

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**MANEJO DEL ABORTO SEPTICO
EN LA MATERNIDAD DEL
HOSPITAL ROOSEVELT, 1978**

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

BERNER EDY COMPARINI ARAUJO

Al conferírsele el Título de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

ANTECEDENTES

MATERIAL Y METODOS

DEFINICION DE CONCEPTOS Y GENERALIDADES
DE ABORTO Y ABORTO SEPTICO

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El aborto y en especial el aborto séptico, ha sido siempre un tema de mucho interés, que se ha prestado a discusiones las cuales se remontan a la edad de la humanidad misma.

Siendo el aborto una entidad nosológica tan frecuente en nuestro medio así como en todo el mundo, lo que ha llevado a la ciencia a estudiar los diferentes métodos de evitarlo, tratando así su estudio y tratamiento y sobre todo resolver tal problema en la mejor forma posible.

El gran aumento del aborto en nuestros días se debe en gran parte al incremento de la civilización de cada pueblo, lo cual se comprueba comparando estadísticas de aborto, ocurridas en años anteriores con los actuales.

Así mismo es de nuestro conocimiento que la gran mayoría de los pacientes que acuden a nuestros hospitales nacionales, son de escasos recursos económicos, siendo estos: La pobreza, ignorancia, familia numerosa, abandono del esposo y/o simplemente que para ellas la gestación significa vergüenza, esclavitud y dedicación; por lo tanto se ven impulsadas, cuando presentan un embarazo a acudir con personas sin escrúpulos (Médicos, Comadronas, etc.) para que les provoque un aborto, el cual es realizado, como es de esperar, en malas condiciones de asepsia y antisepsia.

Dada la situación en importancia médico legal, Diagnóstico, tratamiento y evolución clínica de estas pacientes, motivado de esta manera, decidí efectuar un estu-

dio sobre el manejo del Aborto Séptico, tomando como u
niverso aquellas pacientes, a quienes se les había diag-
nóstico, aborto séptico durante el año 1978. Queriendo
con ello tener una ilustración más amplia, sirviendo con
ello, a una contribución para su mejor Diagnóstico y tra-
tamiento definitivos.

JUSTIFICACION

Poner en evidencia que esta patología es muy fre-
cuente, en nuestro medio; a pesar de los múltiples es-
fuerzos que se han hecho para evitarlo, estos se produ-
cen siempre.

Queriendo con este estudio analizar los diferentes
factores que en una u otra forma influyen para su Diagnós-
tico, Tratamiento y complicaciones del Aborto Séptico.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, estadísticas propias del manejo del aborto Séptico ocurrido en dicho departamento durante el año 1978.
2. Determinar el número de Legrados realizados durante el año 1978 en comparación con los Legrados Sépticos efectuados en ese mismo tiempo.
3. Investigar las complicaciones y determinar el manejo actualmente empleado.
4. Determinar que tipo de pacientes son las que más frecuentemente presentan esta patología y su tratamiento realizado.
5. Enmendar errores cometidos con anterioridad, en beneficio de mejores métodos diagnósticos y terapéuticos que tiendan a disminuir la Morbimortalidad Materna.
6. Dar recomendaciones para un tratamiento más eficaz, rápido y agresivo; evitando así múltiples complicaciones.
7. Que este trabajo sea el inicio de una continua investigación, actualizando conceptos, métodos diagnósticos y tratamiento, con el único fin de reducir la Morbimortalidad de la mujer Guatemalteca.

ANTECEDENTES

El aborto y en especial el aborto séptico es una de las causas más común de muerte materna, la mayoría de las pacientes que no mueren, sufren largos períodos de hospitalización, siendo sus complicaciones más frecuentes: Hemorragia grave, sepsis, insuficiencia renal y de choque bacteriano; recibiendo tratamientos múltiples, transfusiones; y en algunos casos histerectomía de urgencia. (1, 8, 13).

En tiempos pasados el tratamiento del aborto séptico consistía, en el inmediato vaciamiento del útero, aún valiéndose de la dilatación forzada, método que es aún bastante usual en algunos países. (15)

Antes del advenimiento de los antibióticos, la experiencia no obstante ha enseñado que este método, acarrea ciertos peligros, es sabido que el traumatismo, inherente, al raspado digital o instrumental, moviliza las bacterias y convierte una infección superficial y no peligrosa, en una infección de carácter general fuertemente invasora; el escalofrío y la calentura violenta que tan a menudo se presentan después de las manipulaciones intra-uterinas en el aborto séptico, indicaban la invasión de todo el organismo por las bacterias y toxinas. (1, 15).

Desde la introducción en la lucha contra la infección; de los potentes antibióticos, los graves accidentes observados por la generalización de una infección local, en la intervención quirúrgica precoz del aborto séptico han ido desapareciendo. (9, 13).

Este fue el punto de partida para que se iniciara en los hospitales nacionales el tratamiento quirúrgico precoz, del aborto séptico, tan pronto como se establece el diagnóstico, administrando antibióticos durante 6 horas y luego el legrado uterino instrumental, continuando con tratamiento de antibioticoterapia. (11).

Actualmente hay estudios en algunos países en los que se ha demostrado que el ser intervencionista en un período más corto, en casos de aborto séptico que no responde al tratamiento médico y quirúrgico (legrado precoz) en un tiempo no mayor de 12 horas, el tratamiento quirúrgico es histerectomía total, no importando la paridad de la paciente; con esto se ha logrado disminuir notablemente la mortalidad materna en dichos países. (10, 15, 20).

Las leyes permiten el Aborto Terapéutico realizado por un médico con el consentimiento de la mujer; A) previo diagnóstico favorable, de por lo menos dos médicos más, con el único fin de evitar un peligro debidamente establecido para la vida de la madre, después de agotar todos los medios científicos y técnicos. Las actuales leyes en otros países permiten la interrupción del embarazo cuando se presenta un grave riesgo que pueda causar daño mental o físico en la madre en caso de violación. (6, 8, 16).

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL FISICO:

- A) Libro de Legrados y de sala de Operaciones del Servicio de Séptico.
- B) Hoja especial para recopilación de datos.
- C) Papeletas de registros Médicos.
- D) Papel bond, lápices, bolígrafos, máquina de escribir, material bibliográfico, libros, tesis, revistas, etc.

MATERIAL HUMANO:

- A) Médico Asesor
- B) Médico Revisor
- C) Bachiller que recopiló los datos
- D) Personal de registros médicos
- E) Personal de biblioteca del Hospital Roosevelt y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

METODOS:

- A) Científico

B) Estadístico

C) Analítico

D) Revisión de Bibliografía

DEFINICIONES SOBRE ABORTO

- 1- Se llama así a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, antes de serle posible sobrevivir fuera del claustro materno. (14, 18).
- 2- Aborto designa expulsión de los productos de la concepción antes de que el feto sea viable. Toda interrupción del embarazo antes de la vigésima octava semana se llama aborto. (7, 18).

Algunos autores limitan el uso de este nombre a las primeras doce semanas, y dan el nombre de malparto a la terminación del embarazo después de haberse formado la placenta. (18)

Otros consideran el aborto como las interrupciones que ocurren entre la 20 y 27a. semanas de gestación se denominan aborto tardío o parto inmaduro. (14, 18).

VIABILIDAD

Período que oscila entre las 20 semanas de gestación (las que llaman viable a un feto de 500 gramos) y las 28 semanas (en que lo aplican a fetos que pesan 1000 gramos). (2, 7, 13, 14, 18).

CLASIFICACION DEL ABORTO

POR SU ETIOLOGIA:

Causas Orgánicas:

Enfermedades que originan lesiones que pueden inducir a su producción.

Causas Funcionales:

Enfermedades que producen trastornos metabólicos generales y endocrinopatías extragonadales y gonadales.

Causas Psicodinámicas:

Pacientes clínicamente sanas, desde el punto de vista general, pero infértiles por profundos traumas emocionales.

Causas Ovulares:

Huevos constituidos por elementos genéticamente anormales. (7, 14).

SEGUN COMO SE PRODUCE:

Aborto espontáneo:

Es la terminación del embarazo antes de que el producto sea viable, por causas naturales, sin in

tervención mecánica o médica.

Aborto Provocado:

Es el que se induce premeditadamente y puede subdividirse así:

Profilático o Terapéutico: Es la terminación artificial del embarazo, motivada por alteraciones físicas o mentales, en las que la gestación es un peligro para la vida materna.

Aborto Criminal: Es la terminación artificial del embarazo sin justificación médica. Es un capítulo de la medicina legal. (7, 13, 14, 18).

POR SU EVOLUCION CLINICA:

Amenaza de Aborto:

Es cuando una mujer embarazada presenta cólico, acompañado de hemorragia vaginal, sin que haya modificaciones del cuello uterino.

Aborto Inminente:

Empeoramiento del cuadro de la amenaza, con dolor tipo calambre y hemorragia interna.

Aborto Inevitable:

Exageración del cuadro del aborto inminente, más abertura de orificio con membranas rotas.

Aborto en Curso:

Además del cuadro del aborto inevitable, el producto de la concepción se encuentra en el canal cervical.

Aborto Completo:

Se expulsa una parte del producto de la concepción; pero otra, por lo general placenta y membranas, quedan retenidas.

Aborto Diferido:

El producto de la concepción muere antes de las 28 semanas y queda retenido por más de cuatro semanas.

Aborto Habitual:

Es cuando el aborto se produce en una serie de tres embarazos sucesivos como mínimo. (7, 13, 14, 18).

SEGUN LA EDAD DE EMBARAZO EN QUE SE PRODUCE:

Ovular:

Hasta la octava semana.

Embrionario:

De la novena a la décimo octava semana.

Fetal:

De la décimo novena a la vigesimoséptima semana.

SEGUN HAYA O NO INFECCION:

Aborto Séptico:

Paciente con aborto y signos francos de infección.

Aborto no Séptico. (12, 13).

ABORTO SEPTICO

DEFINICION: Es aquel en el cual los gérmenes han invadido la cavidad uterina, y su contenido. La infección es muy común en los abortos, y la razón de su frecuencia es que se dan todas las condiciones que favorezcan a la Proliferación de los microorganismos dentro del útero, es decir, cuello entreabierto, escasa circulación in útero, resto de tejido mortificado y coagulos que constituyen excelente caldo de cultivo, temperatura y humedad apropiada la permeabilidad de linfáticos y venas por insuficiente involución uterina, favorecen la propagación de los mismos.

La infección es la compañera Habitual del aborto provocado, porque con frecuencia no es de una a sepsia perfecta la técnica abortiva; también favorecen la infección las retenciones deciduales, que son casi constantes en los abortos provocados, por lo cual todo aborto febril, especialmente en los primeros meses de su evolución es sospechoso de aborto criminal.

El aborto infectado se reconoce por la aparición de signos generales y locales. Entre los primeros los más importantes son la temperatura y la aceleración del pulso, entre los segundos, el olor del flujo y los datos del Examen Genital.

Consideramos como aborto infectado cuando la temperatura oral o axilar sobrepasa los 38°C y se mantenga por más de 24 horas, no obstante, no siempre la temperatura indica infección uterina, como en el caso cuando hay retención de restos en el canal cervical o también cuando hay infección de coágulos sanguíneos a nivel vaginal, pudiendo alcanzar en estas condiciones temperaturas

de 38°C la cual desaparece rápidamente con la expulsión de material retenido. (10. 11, 20).

Cuando se habla de Aborto séptico involucramos a numerosos cuadros clínicos de gravedad dispar, que va de la simple endometritis superficial hasta los cuadros clínicos con peritonitis generalizada.

Es mucho mas difícil que en los casos de los carcinomas clasificar con relativa precisión el estado evolutivo de un proceso infeccioso, sin embargo, orienta sobre la gravedad de un aborto infectado poder determinar si el proceso se encuentra limitado al útero, lo que permitiría clasificarlo dentro de un proceso A; si la infección ha sobrepasado el útero, pero no ha excedido los límites de la pelvis ESTADO B; o si la infección se ha generalizado y dado un cuadro septicémico ESTADO C. (20).

Esta agrupación de las variedades del aborto infectado se establece al examinar a la enferma pudiendo hacer ciertas deducciones pronosticas y terapéuticas que en la mayoría de los casos no suelen ser definitivas porque el cuadro clínico puede variar rápidamente agravándose y hasta muriendo pacientes que ni se sospechaban y salvándose otras de un estado mucho mas grave.

ETIOPATOGENIA: La primera Capa de la Infección es la Endometritis Séptica (Estado A). Los Gérmenes son llevados por el instrumento abortivo o introducidos secundariamente, estos encuentran un medio propicio para su desarrollo. El organismo tiende a limitar la infección formando una barrera fibronoleucocitaria, dependiendo de esta defensa la limitación o propagación del proceso llegando entonces a dar una miometritis séptica. (20)

La inflamación del endometrio produce flujo purulento mal oliente, que se evacua al exterior, razón por la cual los orificios cervicales permanecen dilatados.

La endometritis séptica postaborto se traduce clínicamente por síntomas generales o locales. Los síntomas más característicos son fiebre entre 37.5 y 38.5°C. o más según la virulencia del proceso. Salida de material fetido y sensación de escalofríos. (20).

Al examen ginecológico encontramos un útero globoso de movilidad dolorosa, el cuello blando con salida de flujo hemorrágico en ocasiones fétido.

La evolución de este proceso se vigila mediante los exámenes ginecológicos habituales, hemogramas completos, eritrosedimentaciones, y exámenes bacteriológicos del flujo.

ESTADO B: Es el segundo paso del proceso infeccioso cuando los medios del organismo han fracasado ya sea por la virulencia o por la rotura de la barrera fibrinolécocitaria, por manipulaciones intrauterinas la infección rebasa del útero ya sea por vía venosa, por vía linfática o por vecindad. (20).

Si la propagación es intracanalicular produce salpingitis uni o bilaterales. Si es por vía linfática da lugar a la oforitis profunda y a las parametritis. La propagación por vía venosa produce la flebotrombosis o tromboflebitis de la pelvis. (20)

ESTADO C: Engloba los cuadros más graves del aborto: Septicemia o Septicopiohemia, Peritonitis generalizada.

Es el grupo que tiene peor pronóstico.

AGENTE CAUSAL EN ABORTO SEPTICO (7, 10, 11, 14, 20).

Bacterias Aisladas en hemocultivo

Anaerobios Estrictos: Estreptococos
Bacteroides
Micrococos

Microaerofilicos: Estreptococos
Hemofilus
Actinomyces.

Aerobios o Facultativos: E. Coli
Estreptococo Grupo B
Estreptococo Grupo D
Pseudomonas

Microorganismos Aislados a Nivel Cervical:

Anaerobios Estrictos
Microaerofilicos
Aerobios o Facultativos

De los Anaerobios los mas frecuentes:

Bacteroides
Estreptococos
Bacteroides Melaninogenos

Complicaciones del Aborto Séptico:

- a. Pelvipеритонitis
- b. Abscesos pélvicos
- c. Septicemias
- d. Septicopiohemia
- e. Insuficiencia renal
- f. Síndrome coagulación intravascular
- g. Endocarditis bacteriana
- h. Trombo embolismo séptico
- i. Shock séptico

Estudios de Laboratorio que deben realizarse:

El día de su ingreso:

- 1) Hemograma completo.
- 2) Eritrosedimentación.
- 3) Frote y cultivo cervical, antibiograma.
- 4) Cultivo de orina y examen completo.
- 5) Sodio y Potasio.
- 6) Hemocultivo.
- 7) Creatinina y Nitrógeno de Urea
- 8) Rx abdomen y tórax dependiendo del caso.

Conducta Obstétrica:

Aborto Séptico: Todos están de acuerdo que el tratamiento ideal es la evacuación del proceso infeccioso, lo que es muy discutido es el momento en que la evacuación debe llevarse a cabo. La gran mayoría están de acuerdo que no se puede generalizar una conducta, pero logrando mejorar el estado general, saturar a la paciente de antibió-

ticos adecuados al tipo de bacteria de acuerdo al simple frote de la secreción cervical, durante el tiempo de 6-12 horas, luego efectuar un legrado de preferencia digital o por aspiración. (3, 4, 11, 20).

Aborto Séptico y Absceso Pélvico Agudo: El tratamiento de preferencia es conservador, es decir reposo, antibióticos, posición semisentada, tratamiento con una duración de más o menos cinco días, cambiando de conducta según lo siguiente:

- a) Cuando el absceso no madura al fondo de saco posterior.
- b) Si no mejoran los síntomas de la paciente (dolor, ileo).
- c) Si la tumoración en vez de disminuir su tamaño aumenta.

La cirugía más inocua bajo todo punto de vista es la vaginal, es decir la colpotomía posterior. Sin embargo, se recomienda que si en una paciente se le ha efectuado colpotomía pero persisten masas absominales se debe valorar la exploración pélvica.

Los autores que aconsejan el tratamiento quirúrgico primario en absceso agudo pélvico, citan como ventajas, el menor número de estancia hospitalaria, de spues de la cirugía y curación del absceso por histerectomía abdominal total, y salpingoovariectomía bilateral, en cambio en las pacientes que son tratadas conservadoramente, un porcentaje de estas regresa por sintomatología o masas que requieren hospitalización, terminando muchas veces en cirugía. Podemos considerar que la amenaza

primaria en cuanto a mortalidad sigue siendo la Rotura del absceso por lo que se recomienda no manipular a las pacientes, y en el caso de ruptura iatrogénica la intervención es urgente. (11, 20).

Tratamiento Quirúrgico en Shock Séptico:

Cuando el Shock se acompaña de un nido de infección y que sea susceptible de extirpación quirúrgica debe resecarse el foco. En la paciente con aborto séptico debe extirparse el foco con aplicación de medidas de sostén, en término de 12 horas, (uso de antibióticos, hidratación, etc.) basta para erradicar el foco séptico la dilatación cervical, y evacuación del útero con pinzas de anillos o raspado digital, empleo de aparato de succión.

Si el proceso ha avanzado, hasta la formación de microabscesos miometriales, el único tratamiento lógico es la Histerectomía.

Cuando está indicada la Histerectomía

1. Si la paciente continua en shock después del legrado
2. Utero aumentado au arriba de 16 Cms. del reborde superior del pubis
3. Utero perforado
4. Infección comprobada por clostridium
5. Paciente oligúrica
6. Uso de corrosivos intrauterinos (formol, jabón, etc.)

Como cirugía completa se recomienda la ligadura de la vena cava inferior y las venas ováricas, para evitar el microembolismo séptico. (10, 11, 20).

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Indudablemente son numerosos y variados los factores que pueden influir en una defunción y no en todos los casos está a nuestro alcance la solución o prevención de los mismos; así mismo la mortalidad y/o complicaciones sin embargo hay algunos que dependen del servicio hospitalario y que por lo tanto será de gran utilidad el mantenerlos presentes.

No se puede dejar de mencionar que posiblemente las causas, y factores más importantes, son resultado, de las deplorables condiciones socio-económicas y culturales de nuestras pacientes, pero desafortunadamente no tiene el médico como tal la solución inmediata a los mismos.

Esta revisión de casos va encaminada a proporcionar una información de tipo estadísticos, errores de manejo en cuanto a Diagnóstico, y tratamiento conservador.

El presente trabajo se llevó a cabo en el departamento de Gineco-obstetrica del Hospital Roosevelt, durante el año 1978.

En la tabla número 1, se presentan datos generales en cuanto a servicios prestados.

TABLA No. 1

Datos Generales Depto. Maternidad, Hospital Roosevelt*
1978.

Total de Admisiones	19,398.
Total de Partos	14,808.
Total de Abortos	2,466.
Total de Legrados efectuados por aborto incompleto	2,309.
Total de Legrados efectuados por aborto incompleto séptico	243.

Podemos observar que el total de abortos no corresponde al total de legrados realizados por aborto incompleto, debido a que un gran número el aborto es completo.

Es necesario aclarar que el presente estudio comprende únicamente 243 casos de aborto séptico, siendo el total de aborto séptico registrado de 351, sin embargo, 51 casos no correspondían a los hallazgos encontrados, y 57 casos no aparecieron los registros médicos.

CUADRO No. 1

Clasificación de las pacientes de acuerdo a la edad

15 años	1	0.41%
16 a 25 años	121	49.80%
26 a 35 años	95	39.09%
36 a más	26	10.70%

La mayor incidencia de abortos sépticos se observa en pacientes cuya edad oscila entre 16 a 25 años, asociándolo a edad más fértil de la mujer, la unión conyugal actual (72.02% pacientes unidas y un 26.34% solteras, ver cuadro No. 2) esto nos indica que el aborto sigue siendo utilizado como método para control de la natalidad por múltiples factores que redundan en situaciones socio-económico-cultural.

CUADRO No. 2

Clasificación de las pacientes según su raza

Grupo Etnico	No. Casos	Porcentaje
Pacientes Ladinos	229	94.24%
Pacientes Indígenas	14	5.76%

Se clasificaron los grupos étnicos algunas veces por los apellidos ya que eran mal llenadas las hojas de sumario.

El 94.24% de las pacientes eran ladinas, como es de esperar ya que estos hacen el 92.00% de la población del municipio de Guatemala. (12).

CUADRO No. 3

Clasificación de las pacientes según su estado Civil

Estado Civil	No. Casos	Porcentaje
Unidas	175	72.02%
Solteras	64	26.34%
Casadas	2	0.82%
Divorciadas	2	0.82%

Podemos observar que el 72.02% de las pacientes eran unidas y un 26.34% solteras, lo que suman un total de 98.33% lo que nos refleja la forma de unión conyugal, y el número de madres solteras que acuden a nuestros hospitales por problema de aborto séptico, bajo el supuesto que estas pacientes son las que usan el aborto como una forma de control de la natalidad, aumentando en esta forma la morbilidad materna.

CUADRO No. 4

Clasificación de Pacientes de acuerdo a su Procedencia

Procedencia	No. de Casos	Porcentajes
Urbana	243	96.30%
Rural	9	3.70%

Siendo el hospital Roosevelt un hospital de referencia lo cual lo explica el 3.70% de pacientes que residían fuera de la ciudad, es lógico pensar que la gran mayoría el 99.30% procedían de la ciudad capital.

CUADRO No. 5

Clasificación de pacientes según edad de embarazo

Edad de Embarazo	No. de Casos	Porcentaje
0 - 8 semanas	61	25.10%
9 - 18 semanas	159	65.43%
19 - 27 semanas	23	9.47%

Podemos observar que el 65.43% corresponden a la edad de embarazo de 9 - 18 semanas, período en el cual es más fácil detectar un embarazo y es en ese momento cuando la mayoría lo interrumpen, sin embargo las complicaciones aumentan en proporción directa a la edad de embarazo, sobre todo después de las 12 semanas de gestación. (3, 5, 15).

CUADRO No. 6

Clasificación de Pacientes por edad y número de Gestaciones

EDAD	N	P	S	PM	GM
15 años	1	-	-	-	-
* 16 a 25 años	26	5	31	49	3
26 a 35 años	5	-	12	50	27
* 36 o más	-	-	2	5	19

* 6 pacientes están comprendidas en la edad de 16 a 25 años y 2 pacientes en la edad de 36 años, no aparecen en registro médico No. de gestaciones.

Vemos en el cuadro anterior que el 40.74% habían tenido más de 2 embarazos (PM 99) y el 13.16% presentaron su primer embarazo, esto nos demuestra que pacientes con más de 2 partos y el embarazo actual se ven impulsadas a provocarse el aborto; la razón sería evitar tener más hijos, irresponsabilidad, promiscuidad, condición socio-económica baja, y algunos casos por vergüenza, esclavitud que representa dicho embarazo.

CUADRO No. 7

Clasificación de las pacientes de acuerdo a la edad y número de Abortos Previos

EDAD	0	1	2	3
15 años	1	-	-	-
16 a 25 años	* 76	* 34	2	2
26 a 35 años	* 51	* 34	5	3
36 a más	7	9	3	6

* Este cuadro nos demuestra que el 127 pacientes presentaron '0' abortos que corresponde a un 52.26%, y que 68 pacientes o sea 27.99% presentaron '1' aborto previo, ambos comprendidos durante la edad de 16 a 35 años, siendo 76 pacientes el mayor número que no presentó abortos previos y que va con relación directa con la edad de las pacientes que por primera vez presentaron el primer aborto siendo considerado este como séptico. En general 135 pacientes presentaron '0' abortos (55.56%), 11 abortos 77 (31.6%), 2 abortos 10 (4.11%), 3 abortos 11 (4.53%), 10 pacientes no se determinó número.

CUADRO No. 8

Clasificación de pacientes con Restos Embrionarios y Ovulares. Con fiebre o sin ella

Restos Fétidos con Fiebre:	141	58.02%
Restos Fétidos sin Fiebre:	34	14.00%
Restos no Fétidos con Fiebre:	37	15.22%
Restos no Fétidos sin Fiebre:	5	2.05%
* Restos ? con Fiebre:	20	8.23%
* Restos ? sin Fiebre:	6	2.48%

* No determinado.

Se consideró pacientes febriles todo aquel que tuviera temperatura mayor de 37.5°C; el 58.02% es el mayor número de pacientes con restos fétidos y fiebre, sin embargo los demás términos asociados no excluyen un aborto séptico más aún si hay historia de manipulación previa (comadrona, médico particular, etc.)

CUADRO No. 9

Clasificación de las pacientes con referencia de haber sido Manipuladas por Comadrona o Médico Particular

Comadrona	Médico Particular	No Referido
53 = 21.81%	2 = 0.82%	188 = 77.37%

La mayoría de pacientes el 77.37% negó o no proporcionó datos de manipulación previa, posiblemente por tener conocimientos que son penados por la ley aun siendo

estas inestables y tolerantes. (6) si fueran llevadas por las autoridades tal como lo describe el código penal (6) la incidencia de aborto y en especial el aborto séptico disminuirán notablemente, y por ende disminuirá la morbilidad materna.

CUADRO No. 10

Clasificación de Pacientes a quienes se les efectuaron cultivos

Tipo-Cultivos	No. Casos	Porcentaje	
Total de Cultivos	49	20.16%	
No se Realizaron	194	79.84%	
Cultivos Positivos	9	3.70%	
Hemocultivo	2	0.82%	Bacillus gran positivo del género bacillus (1 = 0.41)
			Bacilo gran negativo pendiente de identificar (1 = 0.41)
Endocervical	5	2.05%	Bacilo gran negativo, Klebsiella Neumoniae (1 = 0.41)
			Bacilo gran negativo pendiente de identificar (1 = 0.41)
			Bacilo gran positivo anaerobio, Peptostreptococcus (2 = 0.82)
			Bacilo gran positivo difteroides, staphylococcus epidermidis (1 = 0.41)

Urocultivo	2	0.82%	Bacilo gran negativo enterobacter agglomerone (1 = 0.41)
			Bacilo gran negativo pendiente de identificar. (1 = 0.41)
Cultivos Esteriles	40	16.46%	
a. Hemocultivo	24	9.87%	
b. Endocervical	10	4.11%	
c. Urocultivo	5	2.05%	
d. Coprocultivo	1	0.41%	

Como podemos observar en el cuadro No. 10 el total de cultivos realizados fue de 20.16%, siendo los cultivos positivos únicamente el 3.70%, encontrando múltiples gérmenes, entre ellos: Bacilo gran negativo y positivos, así como Bacilos gran positivos anaerobios. Cabe mencionar que el 81.63% de cultivos tomados, fueron estériles.

CUADRO No. 11

Clasificación de las Pacientes según Antibióticos Utilizados

Antibióticos	No. de Casos	Porcentaje
1. Penicilina	6	2.46%
2. Penicilina Cloranfenicol	191	78.60%
3. Penicilina Cloranfenicol Clindamicina	4	1.64%
4. Cloranfenicol Clindamicina	7	2.90%
5. Clindamicina Gentamicina	8	3.30%
6. Penicilina Cloranfenicol Gentamicina	10	4.11%
7. Penicilina Cloranfenicol Clindamicina Gentamicina	9	3.71%
8. Penicilina Clindamicina	2	0.82%
9. Otros (ampicilina, eritromicina, penicilina)	6	2.46%

La asociación Penicilina Cloranfenicol, fue lo más utilizado 78.60%, debido a la clase de gérmenes que generalmente participan en estas infecciones, además en estudios realizados con el uso de Penicilina y Cloranfenicol se demostró con cultivos, que las bacterias más frecuentes fueron Bacteroides; la disponibilidad, obtención y li-

mitaciones económicas de la institución es una razón más para la asociación de estos medicamentos, siendo los aminoglicosidos menos utilizados.

CUADRO No. 12

Clasificación de Pacientes según tratamiento médico antes y después de efectuado el tratamiento quirúrgico (legrado uterino instrumental)

Tratamiento Médico Antes del Tratamiento Quirúrgico			
Horas		No. de Casos	Porcentaje
0	- 6 horas	75	30.87%
6.01	- 12 horas	60	24.70%
12.01	- 24 horas	58	23.87%
24.01	- más	19	7.81%

Tratamiento Médico Después del Tratamiento Quirúrgico			
0	- 6 horas	23	9.47%
6.01	- 12 horas	6	2.46%
No efectuaron legrado (murió)		1	0.41%
No determinado No. de horas		1	0.41%

Como demuestra el cuadro anterior 55.57% correspondiendo el 30.87% a las horas de 0 - 6 horas y el 24.70% horas comprendidas de 6.01 a 12 horas, la evolución clínica fue satisfactoria aún cuando administraron antibió-

ticos 6 y/o 12 horas después de legrado uterino instrumental, sin embargo esto nos demuestra que cuanto más rápido es el tratamiento intervencionista, mejores resultados se obtienen, es decir cuando simultáneamente se administran antibioticoterapia y el tratamiento quirúrgico (legrado uterino instrumental), ya que el mayor porcentaje no se realizaron antes de las 6 horas como lo propone protocolo del hospital.

CUADRO No. 13

Clasificación de pacientes según horas de Ingreso hasta Legrado Uterino Instrumental

Horas		No. de Casos	Porcentaje
0	- 6 horas	56	23.05%
6.01	- 12 horas	71	29.21%
12.01	- 24 horas	82	33.75%
24.01	- más	32	13.17%
No realizaron legrado		1	0.41%
No determinado el No. horas		1	0.41%

El presente cuadro nos demuestra que al 33.75% de pacientes se le realiza el Legrado Uterino Instrumental, en el tiempo comprendido entre 12.01 a 24 horas, esto es lógico de esperar según protocolo del tratamiento del aborto séptico que sigue el departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. (16)

CUADRO No. 14

Clasificación de las pacientes según quien realizó el Legrado

Legrado por Médico Interno	27	11.11%
Legrado por Médico Residente	215	88.48%
* No efectuaron Legrado	1	0.41%

* Paciente falleció.

En el cuadro anterior vemos que el 88.47% de legrados los realizó el médico residente en contraposición de legrados efectuados en aborto incompleto no séptico por médico interno, quien como demuestran otros estudios que es la persona que más legrados efectúa (11, 12).

Este tipo de legrados los realiza un médico residente porque posee mayor experiencia ya que generalmente a estas pacientes se les tiene que efectuar el legrado ya sea por las malas condiciones generales y/o por peligro de perforación uterina, ya que este tejido por el mismo proceso infeccioso es muy friable y hay mucho más riesgo de perforarlo.

CUADRO No. 15

Clasificación de pacientes de acuerdo a los hallazgos radiológicos

Tórax y Abdomen	38	15.64%
Hallazgos Normales	32	13.17%
Hallazgos Anormales	6	2.47%

RX ABDOMEN

1. Normal
2. Dilatación generalizada de Asas intestinales delgadas y gruesas edema o derrame intraperitoneal.
3. Distensión de Asas de intestino delgado y grueso, niveles líquidos, respectivamente tumefacción hipogastrio de gran dimensión y proceso inflamatorio.
4. Normal
5. Normal
6. Normal

RX TORAX

Gas libre hemidrafragma de recho, imagen de vidrio despulido.

Moderada congestión

Elevación hemidriafragmas por distensión de Asas de intestino delgado y grueso.

Gas libre en hemidriafragmas

Gas libre debajo del diafragma derecho.

Hipoventilación, campos pulmonares, elevación de diafragmas.

CUADRO No. 16

Clasificación de las pacientes por complicaciones presentadas

1. LEGRADO INCOMPLETO:	10	23.80%
a. Solo legrado incompleto	4	
b. Más anemia secundaria	4	
c. Más infección pélvica	1	
d. Más embolia pulmonar ?	1	
2. INFECCION PELVICA AGUDA:	10	23.80%
a. Infección pélvica, distensión abdominal, ileo adinámico	1	
b. Infección pélvica	2	
c. Endometritis	1	
d. Anexitis	1	
e. Absceso pélvico	2	
f. Parametritis	2	
g. Absceso tubo ovárico izq.	1	
3. ANEMIA:	8	19.05%
4. SOSPECHA DE PERFORACION UTERINA	2	4.77%
5. SEPTICEMIA	5	11.90%
a. Pelvipеритонitis, ileo paralítico insuficiencia renal.	1	
* b. Pelvipеритонitis, ileo paralítico, DHE moderado, shock séptico, absceso, tubo ovárico izquierdo roto.	1	

* b. Infección pélvica, pelvipеритонitis, shock séptico	1	
* d. Infección pélvica, absceso pélvico, insuficiencia renal, shock hipovolémico, shock séptico.	1	
* e. Perforación uterina, shock séptico, shock hipovolémico.	1	
6. SHOCK ANAFILACTICO POST TRANSFUSION	1	2.38%
7. ILEO PARALITICO, INFECCION URINARIA (Hipopotasemia)	1	2.38%
8. INFECCION URINARIA	1	2.38%
9. BRONCO-NEUMONIA	1	2.38%
10. ICTERICIA	1	2.38%
11. FLEBITIS MIEMBROS SUPERIORES	2	4.77%
Total de Casos	42	100.00%

* Pacientes fallecidas.

En el cuadro No. 16 observamos que el 47.60% de las complicaciones corresponden a legrados incompletos, acompañados algunas veces de infección y/o cuadros de anemia, y asociado a procesos infecciosos, lo cual en su mayoría son infecciones pélvicas de diversos grados, secundarios a manipulación por comadronas, médico parti-

cular etc. aún no siendo referidas por dichas pacientes, el 19.05% de complicaciones correspondió a anemia.

Es de lamentar que en general las pacientes de nuestro medio buscan la asistencia médica cuando el problema de salud ha llegado a su máximo, es de lamentar porque en muchos casos, la condición patológica primaria, no es de pronóstico grave si es tratada a tiempo; como ocurrió en 5 pacientes, que comprendían el 11.90%.

En cinco casos se intervinieron quirúrgicamente, - fueron cuatro exploraciones pélvicas, y una colpotomía posterior, según lo demuestra cuadro siguiente.

CUADRO No. 17

Clasificación de pacientes según tratamiento Médico en las diferentes complicaciones

Esteroides		
Solucortef	1	0.41%
Diuréticos		
Lasix	2	0.82%
Manitol	-	
Transfusiones:		
300 cc Células Empacadas	2	0.82%
1 unidad Células Empacadas	9	3.70%
2 unidades de Células Empacadas.	1	0.41%
1 unidad Sangre Completa	2	0.82%

En este cuadro podemos observar el tipo de trata-

miento empleado en estas pacientes, cuyo diagnóstico era Shock Séptico e insuficiencia renal, las transfusiones fueron administradas a 14 pacientes que hacen el 5.76%, administrándosele únicamente a 2 pacientes, con diagnóstico de insuficiencia renal, (1 unidad Células Empacadas) y 1 unidad de sangre completa a paciente con diagnóstico de shock séptico. Siendo en su mayoría administradas a pacientes quienes presentaban anemias moderadas.

Es de lamentar que en la gran mayoría de las veces se deja de administrar por que las reservas del Banco de Sangre son inadecuadas e insuficientes.

CUADRO No. 18

Clasificación de Pacientes según tratamiento Quirúrgico

Tratamiento	No. de Casos	Porcentaje
1. Legrado Uterino Instrumental	242	99.59%
2. No se realizó	1	0.41%

Otros Procedimientos Quirúrgicos además del Legrado Uterino Instrumental

3. Exploración Pélvica	5	2.05%
a. Infección pélvica	1	
b. Drenajes de absceso pélvico	1	
* c. Histerectomía total anexectomía bilateral	1	
* d. Histerectomía total anexectomía bilateral	1	
* e. Histerectomía radical	1	
4. Colpotomía Posterior	1	0.41%

Predominó como procedimiento quirúrgico el legrado uterino instrumental, o sea del total de 243 pacientes, 99.59%, 1 pacientes no se le realizó dicho procedimiento, el segundo lugar fue para las exploraciones pélvicas además de efectuado el legrado, siendo el 2.05% del total de casos.

La colpotomía posterior fue realizada únicamente a un paciente o sea el 0.41%.

CUADRO No. 19

Clasificación de pacientes de acuerdo a tratamiento Quirúrgico luego de efectuado el Legrado Uterino Instrumental y/o tratamiento médico conservador

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	LAPARATOMÍA EXPLORADORA	No.	Horas
1. Legrado Uterino Instrumental	Laparatomía exploradora	1	1 hora
2. Tratamiento Médico	Laparatomía exploradora	1	16 horas
3. Legrado Uterino Instrumental	Laparatomía exploradora	1	120 horas
4. Legrado Uterino Instrumental	Laparatomía exploradora	1	192 horas
5. Legrado Uterino Instrumental	Laparatomía exploradora	1	240 horas
6. Legrado Uterino Instrumental	Colpotomía Posterior	1	360 horas

Como podrá observarse este cuadro, el Tratamiento Quirúrgico fue tardío y los resultados fueron desastrosos, muriendo 4 de estas 6 pacientes.

CUADRO No. 20

Consulta a otros Departamentos

Cirugía	3	1.23%
Medicina	4	1.64%

Dichas consultas se realizaron de acuerdo a las diferentes complicaciones presentadas, ya que en algún momento eran complicaciones médicas y/o quirúrgicas y además para confirmar diagnóstico y determinar conjuntamente una mejor conducta que redundara en beneficio de la paciente.

CUADRO No. 21

Clasificación de pacientes de acuerdo a días de Estancia Hospitalaria

Días	No. de Casos	Porcentaje
1 - 10	238	97.95%
11 - 20	2	0.82%
21 - 30	2	0.82%
31 - 40	1	0.41%
41 - más	-	-

Como observamos en el cuadro No. 21 el 97.95% se les da egreso entre los días comprendidos de 1 a 10 días, y en esa forma, dada a la demanda de pacientes en la maternidad, se trata de evitar los problemas que ocasiona la falta de espacio vital que obliga incluso a colocar 2 pacientes en cada cama.

CUADRO No. 22

Clasificación de pacientes de acuerdo a Condiciones de Egreso

Curadas	0	-
Mejoradas	237	97.54%
Contraindicado	2	0.82%
Muertas	4	1.64%

Del total de pacientes estudiadas, el 97.54% egresaron mejoradas. Egresando en forma contraindicado 2 pacientes, consultando una de ellas días más tarde y que desafortunadamente falleció.

El número de fallecidas fue de 4, que hacen 1.64%.

CONCLUSIONES

El número de pacientes que son admitidas por aborto en la maternidad del Hospital Roosevelt es de: 2,466. que corresponden a 12.71% del total de admisiones. (19,398 - 100.00%).

El total de legrados realizados por aborto incompleto es de 2,309. (93.63%) siendo 157 considerados a bortes completos (6.36%), del total de legrados incompletos fueron considerados en este estudio como abortos sépticos 243. que corresponden a 9.85%.

351 casos fueron catalogados como abortos séptico encontrando únicamente 243, ya que 51, no correspondían los hallazgos al diagnóstico establecido y 57 no aparecieron los registros médicos.

El 49.80% de las pacientes que presentaron aborto séptico, pertenecen a la edad comprendida de 16 a 25 años.

El 94.24% de las pacientes eran ladinas, siendo el 5.76% pacientes Indígenas.

El 72.02% de las pacientes eran Unidas y un 26.34% solteras, haciendo un total de 98.33% lo que nos refleja las formas de unión conyugal, y el número de madres solteras que acuden a nuestros hospitales.

La edad de embarazo en que ocurrió el aborto, fue mayor entre la de 9 a 18 semanas (65.43%) y en segundo lugar antes de la 8a. semana (25.10%).

8. El 96.30% de pacientes proceden del área Urbana, siendo únicamente el 3.70% del área Rural.
9. El 40.74% habían tenido más de 2 embarazos, y el 13.16% era su primer embarazo, dichos porcentajes están comprendidos en la edad de 16 a 35 años.
10. Respecto a abortos previos, el 55.56% de pacientes presentaron "0" abortos, "1" 31.69%, "2" 4.11%, "3" 4.53% respectivamente, 4.11% no determinado.
11. El 58.02% de pacientes presentaron fiebre y restos ovulares y/o placentarios fétidos, sin embargo el no presentar cualquiera de estos factores no excluye la posibilidad de aborto séptico más aun si hay historia de manipulación previa (comadrona, médico particular, etc.)
12. El 21.81% de las pacientes refirió manipulación previa por comadrona, siendo el 0.82 por médico, no reportado 77.37%.
13. Fueron realizados 49 cultivos o sea 20.16% correspondiendo, 9 a cultivos positivos; siendo el germen más frecuente, Bacilo gran positivo anaeróbico, - peptoestreptococcus.
14. El uso de antibióticos fue de 78.60%, que correspondió a la asociación Penicilina, cloranfenicol, siendo esta muy efectiva en infecciones a Gran Negativas (15).
15. El 30.87% de pacientes que recibieron tratamiento

- médico fueron legradas al cumplir 6 horas, y 9.46% recibieron tratamiento médico luego de haber efectuado el legrado, siendo su evolución clínica satisfactoria para ambas conductas.
16. El tiempo transcurrido entre el ingreso y la intervención (legrado) fue mayor de 12 horas (33.75%).
17. El 88.48% de legrados por aborto séptico es efectuado por médico Residente.
18. El tratamiento médico utilizado en las diferentes complicaciones fue de 0.41% esteroides, 0.82% para diuréticos, 5.76% para transfusiones.
19. La intervención Quirúrgica (legrado) fue realizada en 242 (99.59%) de los 243 pacientes estudiados.
20. El 2.05% le realizaron exploración pélvica, siendo el 0.41% para la colpotomía posterior.
21. El tratamiento quirúrgico determinado en horas del legrado uterino instrumental, y tratamiento médico, fue de: el menor tiempo de 1 hora y el mayor de 360 horas, la mayor incidencia de mortalidad materna fue en aquellas pacientes en que la intervención quirúrgica fue realizada hasta pasadas 120 horas del tratamiento médico conservador y quirúrgico (legrado).
22. El número total de complicaciones fue de 42 o sea el 17.28%, siendo la complicación más frecuente legrado incompleto, infección pélvica aguda, 47.60%.

23. El número de defunciones es bajo pero comparado con el número de complicaciones es alto, 9.52%.

24. Al 97.95% de las pacientes se les egresó entre los días comprendidos de: 1 a 10 días, y las condiciones de egreso en el 97.53% son de mejoradas.

RECOMENDACIONES

1. Toda paciente que presenta una temperatura mayor 37.5 grados sin causa aparente debe ser tratada como aborto séptico.
2. Realizar simultáneamente la administración de antibióticos y tratamiento quirúrgico sin esperar tiempo de acción de medicamentos, para realizar dicho procedimiento.
3. Si la evolución clínica de la paciente no mejora de 6 a 12 horas de legrado uterino instrumental, y su estado va empeorando debe tomarse conductas quirúrgicas agresivas.
4. Basarse rigurosamente aunque algunas veces no se puede individualizar al protocolo actual del hospital, de aborto séptico y shock séptico.
5. Cambiar la legislación actual y castigar severamente a las personas sin escrúpulos, que realizan estas intervenciones Quirúrgicas (legrados)
6. Tener una área de cuidado intensiva y un banco de sangre exclusivo de la maternidad.
7. Solicitar en cada admisión de pacientes 2 donadores de sangre como mínimo.
8. Realizar frote y cultivo de secreción endocervical para aerobios y anaerobios, para toda paciente con diagnóstico de Aborto séptico.

9. Realizar estudios radiológicos a toda paciente con diagnóstico de aborto séptico, sospecha de perforación uterina o el antecedente de manipulación previa.
10. Que la maternidad del Hospital Roosevelt realice su propio archivo de casos interesantes.
11. Anotar concretamente los números de registros en los libros respectivos de las pacientes a quienes se les efectúa algún procedimiento quirúrgico y así facilitar trabajos posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Concenza Chacón, Gustavo Enrique. Trece meses de aborto séptico en el hospital general San Juan de Dios. Guatemala, 1973. 39p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Chávez Meza, Guillermo Antonio. Perforación uterina por legrado instrumental en la maternidad del Hospital Roosevelt, durante los años 1970-1977. Guatemala, 1978. 40p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala).
3. Díaz De León Ponce, Manuel. Pulmón de choque en gineco-obstetricia. Ginecología y Obstetricia de México, 37(222): 1975.
4. Glaeff H., et al. Evaluation of hipercoagulability in septic abortion. Haemostasis, 5 (5): 285-299, 1977.
5. Goodman, Louis S. Bases farmacológicas de la terapéutica. 4a. ed. México, Interamericana. - 1974. pp 999-1054, 1472p.
6. GUATEMALA, Leyes y Decretos. Decreto No. 17-73; Código Penal y Procesal Penal Asociación de estudiantes de Derecho 1976-1977. Guatemala, 1977. pp. 26-27.
7. Hellman, Louis M., et al. Obstetricia de William's.

España, Salvat. 1977. pp. 421-459, 1076. 203p.

8. Keith L. G., et al. Agresive treatment of septic abortion. Am. Fam. Physician. 3: 98-103, 1971.

9. Lira Dardón, Humberto Emidio. Aborto séptico en la maternidad del Hospital Roosevelt, durante los años 1971-1972. Guatemala, 1974. 42p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

10. López Ortiz, Etelberto. El aborto séptico en el Hospital de gineco-obstetricia No. 3 del I. M. S. S. - morbilidad temprana y tardía. Ginecología y Obstetricia de México, 35(208): 141-154, 1974.

11. Montenegro, Raúl. Protocolo de tratamiento del aborto séptico 1977 maternidad, Hospital Roosevelt. Guatemala, 1978.

12. Novak, Edmund R., et al. Tratado de ginecología. 8a. ed. México, Interamericana, 1971. pp. 645-655. 839p. illus.

13. Reyes R., Arturo. Consideraciones sobre el grado precoz en el aborto séptico. Guatemala, 1951. 44p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

14. Schwarcz, Ricardo, et al. Obstetricia. 3a. ed. Argentina, El Ateneo. 1978. pp. 490-502, 756-759, 773-861. 944p.

15. Soto Vásquez, Carlos Francisco. Entrevista personal.

16. Stewart, G. K., et al. Therapeutic abortion in California effects of septic abortion and maternal mortality. Obst. Gynecol. 37:510, 1971.

17. Viechnick, M. Bruce. Septicemia and abortion with the CU-7. American Journal of Obstetric and Gynecology. 127(2): 203, 1977.

18. Villatoro Méndez, Hugo Enrique. Muerte materna post aborto en el Hospital Roosevelt; revisión de 4 años. Guatemala, 1974. 39p. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala.

19. Wilson, E. S. B. Septic abortion and IUCDs. British Medical Journal. 1(6114): 719, 1978.

20. Denis Zavanagh, et al. Choque séptico (choque endotóxico) Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. - Ed. México Interamericana. 16 No. 2, 1973.

Br.

BERNER COMPARINI ARAUJO

Asesor

ANGEL MARIA GUERRERO ROLDAN

Revisor.

DR. BENEDICTO VASQUEZ.

Director de Fase III

Julio De Leon

Secretario General

DR. RAUL CASTILLO RODAS

Vo.Bo.

Decano

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.