

11217
12
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Facultad de Medicina
División de Post Grado**



"SOBRE EL ABORTO"

HOSPITAL GENERAL S.S.A. ACAPULCO, GRO.

Revisión de 270 casos.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

Que para reconocimiento Universitario en la

Especialidad de Gineco Obstetricia

Presenta

DR. ISMAEL BAUNTA CRUZ
TESIS DE
FALLA DE ORIGEN

Febrero 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE .

Tema.	Pág.
Introducción.	1
Material y Método .	5
Frecuencia.	7
Grupos etáreos.	8
Nivel de escolaridad.	10
Estado civil.	11
Ocupación.	12
Ingreso mensual.	13
Tabaquismo - Alcoholismo.	14
Control prenatal.	15
Diagnóstico equivocado.	16
Menarca.	17
Vida sexual activa.	18
Anticoncepción.	19
Esquemas antimicrobianos.	21
Evolución extrahospitalaria.	23
Aborto séptico.	24
Aborto provocado.	25
Abortos previos .	27
Tipo de maniobra.	28
Manejo.	29
Evolución intrahospitalaria .	31
Evolución extrahospitalaria .	33
Estudio bacteriológico .	34
Conclusiones.	36
Bibliografía .	37

El control de la fertilidad y consecuentemente el aborto son probablemente tan antiguos como la humanidad misma. Las formas de realizarlo han cambiado substancialmente a través del tiempo, desde prácticas totalmente inocuas hasta otras que en verdad ponen en peligro la vida de la madre.

En algunas sociedades preindustriales: Alor, Melanesia, Padua el esfuerzo físico era utilizado para provocar el aborto, se hacía saltar a la mujer embarazada desde objetos elevados: árboles, rocas. Los Kroes de Sumatra colocaban ceniza caliente en el abdomen de la gestante. Los Kgatla de Africa y Bukava de Nueva Guinea hacían sangrar a la mujer mediante una incisión en la piel.

En la antigua Roma el feto era considerado parte del cuerpo materno pudiendo hacer ella su libre voluntad con el producto sin temor a ningún castigo. La mayor parte de los filósofos Griegos, principalmente Platón, Aristóteles, Hipócrates aconsejaban el aborto por razones eugenésicas. En la Edad Media la Iglesia hace perecer a golpes o enterrar viva a la mujer que se hace abortar. En Francia Enrique II y Luis XIV establecieron la pena de muerte; Stuart Mill decía: " Llegará el día en que se comprobará que la verdadera inmoralidad consiste en tener hijos que no puedan alimentarse y educarse convenientemente ". Algunas religiones como los Protestantes y Musulmanes han cambiado sus puntos de vista de acuerdo con la época permitiendo el aborto bajo ciertas circunstancias, esto no sucede con los católicos. (1-2).

En el mundo moderno la legislación sobre el aborto ha sido motivo de acaloradas discusiones. Dos terceras partes

de la población mundial habita países donde se permite el aborto (1).

La Unión Soviética fué el primer país en legalizar el aborto desde 1920, esta actitud es seguida por la mayor parte de los países del bloque Soviético. Hasta 1975 el aborto estaba prohibido en el resto de Europa Occidental año en - que Austria y Francia lo legalizaron en el primer trimestre de la Gestación. Desde 1948 Japón aceptó el aborto como un método de control de la fertilidad y en la República de CHI na juega un papel clave en la reducción de la población.

En América Latina las leyes son en general restricti - vas, tres de los 22 países Americanos lo prohíben bajo cual quier circunstancia y otros doce lo permiten sólo cuando se amenaza la vida de la madre (1).

En México la legislación sobre el aborto data desde - 1931, los artículos 334 y 334 del Código Penal lo autorizan siempre que la gestación sea resultado de una violación o - ponga en peligro la vida de la madre, aborto legal y tera - péutico .

Es clara la dificultad que existe para lograr un regis - tro completo de todos los abortos, se estima que anualmente se practican en el mundo de 30 a 35 millones de abortos in - ducidos, más de la mitad son ilegales y causan aproxima - mente 84 000 muertes (3).

Para América Latina se reportan 5 millones de abortos ilegales en 1974 que corresponden a 65 casos por 1000 muje - res en edad reproductiva (1).

En Estados Unidos se legalizó el aborto en enero de -

1973. En 1977 se reportan 1 079 430 abortos (9 % más que en 1975) que corresponde a un caso por cada tres nacidos vivos (4).

No existen en nuestro país estadísticas confiables sobre todo porque el aborto provocado se practica de manera clandestina, se calcula un subregistro del 45 %, las cifras manejadas no son más que burdas aproximaciones . Lo que resulta bastante claro es el aumento de la población a un ritmo de 2.9 % anual (5).

Fue precisamente la falta de conocimiento sobre nuestra realidad el motivo del presente trabajo, durante el desarrollo del mismo trataremos de dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la incidencia del aborto en el Hospital General de Acapulco ?.

2. ¿ En que porcentaje participan los abortos espontáneos y los provocados ?.

3. ¿Cuáles son las características Gineco-Obstétricas socioeconómicas y culturales de ambos grupos ?.

4. ¿ Existen diferencias significativas entre ellos ?.

5. ¿ Existe desde el punto de vista médico alguna justificación para apoyar la legalización del aborto en nuestro país ?.

Estamos conscientes de las limitaciones de nuestro trabajo, sobre todo en los aspectos cuali y cuantitativos de la muestra, hubiera sido conveniente contar con un número mayor de pacientes que reflejaran de manera más fiel los distintos estratos sociales que existen en nuestro país.

Sin embargo , a pesar de todo , esperamos proyectar un tenue rayo de luz en la gran obscuridad de nuestra ignorancia.

Dr. Ismael Bautista Cruz .

La muestra comprende un total de 270 casos, correspondiente a todas las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de aborto al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital - General de la S.S.A. en Acapulco Gro. Durante el período - comprendido del 10. de mayo de 1984 al 15 de enero de 1985.

Se aplicó un cuestionario especialmente diseñado a cada una de las pacientes contemplando los siguientes parámetros:

Edad.

Escolaridad .

Estado civil .

Ocupación .

Ingreso mensual .

Tabaquismo .

Alcoholismo .

Control prenatal.

Diagnóstico equivocado.

Menarca.

Ritmo menstrual.

Vida sexual activa.

Gestas.

Abortos previos .

Uso de anticonceptivos .

Manejo antimicrobiano .

Evolución intra y extra hospitalaria .

Seleccionamos los abortos sépticos investigando en --
ellos:

Edad gestacional.

Severidad de la infección .

Antecedente y tipo de maniobras.

Esquemas antimicrobianos .

Evolución intra y extra hospitalaria.

Manejo quirúrgico abdominal.

Estudio bacteriológico.

Tratando conocer más de cerca las características de - la paciente con aborto provocado se investigaron específicamente algunos parámetros y se hicieron comparaciones con la muestra general.

Cabe mencionar la uniformidad de la información obtenida, una misma persona efectuó más del 90 % de las entrevistas.

Se tomaron 60 muestras de material endocervical post - legrado, para estudio en fresco se colocó un isopo en tubo de ensayo con solución salina isotónica; se hizo un frotis para tinción de Gram; el cultivo se efectuó en agar chocolate para Gram positivos, los Gram negativos crecieron indistintamente en medios EMB, Endo o Mc Conkey y para candida - albicans se utilizó en Nickerson. El estudio bacteriológico estuvo a cargo del laboratorio de la misma unidad hospitalaria .

Se excluyeron del estudio los abortos molares, los - diagnósticos equivocados y una paciente con aborto séptico grado IV que murió a su llegada al servicio de urgencias.

FRECUENCIA. Encontramos las siguientes cifras:

Un aborto por cada 7 partos .

Un aborto por cada 10 embarazos .

Un aborto por cada 12 ingresos al servicio de Gineco - Obstetricia.

Son semejantes a las encontradas por otros autores . - Con respecto al número de partos se manejan frecuencias de 1:1 a 1:6 en diferentes sitios . En el Hospital de G.O. No.3 del I.M.S.S. Se encontró una relación de 1:4 (6).

La frecuencia del aborto en todas las gestaciones concidas oscila entre cifras que van del 10 al 22 % (7-8). Está bien demostrada la alta incidencia - 50, 60 % - de anormalidades cromosómicas en los productos expulsados espontáneamente (9-10).

El aborto o sus complicaciones ocupan un porcentaje importante de los ingresos hospitalarios en todos los países del mundo, mencionándose cifras hasta del 28.4 % de todas - las admisiones ginecológicas (11).

GRUPOS ETAREOS.

Edad.	No. Ptes.		%	
	Total	Prov.	Total	Prov.
Menores de 18 años	25	5	9.2	17.2
De 18 a 20 años	47	8	17.4	27.5
De 21 a 25 años	93	13	34.4	44.8
De 26 a 30 años	42	-	15.5	-
De 31 a 35 años	23	-	8.5	-
De 36 a 40 "	32	2	11.8	6.8
Más de 40 "	8	1	2.9	3.4
Total	270	29	100.0	100.

Prov. = Provocados .

Como era de esperarse la mayor parte de nuestras pa - cientes son jóvenes, en la muestra general el 61 % de ellas tienen 25 años o menos, únicamente el 14.7 % tuvo más de - 35 años. La mayor edad registrada fué 58 años y la menor 14.

Esta es en general la tendencia mundial . The Abortion Center For Disease Control en su resumen anual de 1977 repor ta que el 75 % de las mujeres abortantes en los Estados Uni dos tienen menos de 25 años (4), en Finlandia se dan cifras del 65 % y en Nigeria se menciona que el 60 % de los abor - tos inducidos ocurren en muchachas adolescentes (11).

Tomando en cuenta que las principales complicaciones - del procedimiento son hemorragia, sepsis , laceración cervi cal y perforación uterina podemos tener idea del incierto futuro obstétrico de estas muchachas . El panorama es más - triste aún si analizamos específicamente las edades de las

pacientes con abortos provocados, este tipo de aborto tiende a ocurrir en edades más tempranas, el 89.5 % de las pacientes tuvieron menos de 25 años y en él las complicaciones con sus funestas repercusiones sobre la fertilidad aumentan .

ABORTO.

10

NIVEL DE ESCOLARIDAD .

	No. Ptes .		%	
	Total	Prov.	Total	Prov.
Analfabetas	62	2	23	6.8
Primaria incompleta	78	2	29	6.8
Primaria completa	68	7	25	24.1
Sec. o más	62	18	23	62.0
Total	270	29	100	100.0

Es muy bajo el nivel escolar de nuestras embarazadas - de la muestra total prácticamente 1 de cada 4 pacientes no sabe leer ni escribir, el 52 % no terminó la primaria. La - situación parece mejorar ligeramente en el grupo de abortos provocados, se observa una reducción importante en el número de analfabetas y un aumento substancial en el número de pacientes con escolaridad superior a la secundaria. Esta es la imagen descrita de la mujer que se provoca el aborto: J^ó ven, soltera, baja paridad y escolaridad elevada (1-3-4-11).

ABORTO.

11

ESTADO CIVIL .

	No. Ptes .		%	
	Total	Prov.	Total	Prov.
Solteras	60	20	22	68.9
Casadas	190	9	70	31.1
Unión libre	20	-	8	-
Total	270	29	100	100.0

En la muestra total observamos que el matrimonio continúa siendo la relación más favorecida por la mujer mexicana. Sin embargo , más de las dos terceras partes de abortos inducidos se practican en jóvenes solteras, semejante situación se reportan Estados Unidos y algunos países Africanos donde encontramos cifras del 75 al 90 % (3.4.11). Tal parece que la soledad , presiones sociales, falta de apoyo económico y familiar agudizan los sentimientos de rechazo hacia el producto.

ABORTO.

12

OCUPACION.

	No. Ptes.		%	
	Total	- Prov.	Total	- Prov.
Profesionistas	2	-	0.6	-
Burócratas	10	5	3	17.2
Comerciantes	32	3	12	10.3
T. Domésticas	36	3	13.4	10.3
Hogar	190	18	71	62.0
Total	270	29	100.0	100.0

Más de las dos terceras partes de la población (71.1) se dedican exclusivamente al hogar sin aportar ninguna ayuda económica al sostenimiento familiar. Ha sido mencionado en otros estudios que las personas en quienes repite el aborto por abandono de las técnicas contraceptivas poseen una personalidad muy particular y que generalmente tienen empleos poco prestigiados con escasas posibilidades de elevar el nivel socio-económico. (12).

La diferencia más importante se observa en el grupo de burócratas (del 3 al 17.2 %) y en el de hogar (del 71 al 62 %) que supone un mejor nivel de vida para las pacientes con aborto provocado; este grupo de trabajadoras cuentan a la vez con otro sistema de atención a la salud (IMSS - - ISSSTE) acudiendo a nuestra institución con la finalidad de mantener oculto este accidente de su vida obstétrica. - Resultados similares han sido comunicados en otros estudios (3).

ABORTO.

13

INGRESO MENSUAL.

	No. Ptes.		%	
	Total	Prov.	Total	Prov.
Menos de 10 000	44	1	16.2	3.4
De 10 a 20 000	113	8	41.8	27.5
De 21 a 30 000	66	12	24.4	41.3
Más de 30 000	47	8	17.4	27.5
Total	270	29	100.0	100.0

Nota: Nos parece que éste es el parámetro donde existe menor confiabilidad, las pacientes tratan de ocultar sus ingresos a fin de disminuir la cuota de recuperación cobrada por el Hospital, sin embargo los resultados son lógicos, además - de un mejor nivel escolar y empleo las pacientes con abortos provocados tienen un ingreso mensual más elevado.

TASAQUISMO.

Se consideró positivo en todos aquellos casos que fuma ran cuando menos un cigarrillo al día. No se contó con un grupo testigo que hubiera sido lo ideal. La incidencia fué del 11 % (30 pacientes).

Son numerosos los estudios que demuestran la frecuencia más elevada de malformaciones congénitas, productos de bajo peso, abortos espontáneos, óbitos, muerte neonatal en tre las mujeres que fuman más de 10 cigarrillos al día aunque la diferencia estadística no sea significativa en algunos casos (13-14-15).

ALCOHOLISMO.

Se consideró positivo en todas aquellas pacientes que llegaban hasta la embriaguez cuando menos una vez al mes. - La frecuencia encontrada fué baja: 1.8 %, quizá por este motivo han sido menos estudiados sus efectos sobre la gesta ción .

CONTROL PRENATAL.

Están ampliamente demostrados los beneficios que el control prenatal brinda al binomio madre hijo. En nuestro país como digno representante del subdesarrollo, por complejos - motivos socioeconómicos culturales son pocas las mujeres - que acuden al médico con la única intención de vigilar su - embarazo. En el presente estudio se encontró que sólo el - 8.8 % de la población lo había hecho . Es éste uno de los - aspectos donde podríamos actuar a fin de disminuir la eleva da morbilidad materna que existe en los países subdesa rrollados , 10 veces mayor que en aquellos lugares donde se ejerce un buen control prenatal (16).

DIAGNOSTICO EQUIVOCADO.

Dx. DE INGRESO.	Dx. CORRECTO.	No. Ptes.
Aborto	S.U.D.	6
S.U.D.	Aborto	5
Aborto	Pólipo endocervical	6
Aborto	Miomatosis uterina	3
Miomatosis	Aborto	1
Total		21

Se tomaron en cuenta únicamente los diagnósticos hechos por residentes de especialidad o médicos adscritos. - La rectificación del diagnóstico se hizo después de conocer el resultado del legrado uterino. No se envió a estudio his topatológico ninguna de las muestras, por problemas en el funcionamiento del departamento. Los sangrados uterinos dis funcionales son el diagnóstico que más frecuentemente confundimos con el aborto.

ABORTO.

17

MENARCA.

	No. Ptes.	%
9 años	1	0.37
10 "	1	0.37
11 "	4	1.4
12 - 15 años	252	93.3
16 años	9	3.3
17 "	2	0.74
18 "	1	0.37
Total	270	100 . 0

La aparición de la pubertad y menarca como fenómeno - culminante está condicionada fundamentalmente por factores genéticos y ambientales, guarda una relación estrecha con - la edad de presentación en la madre, varía ampliamente de - acuerdo con las condiciones raciales, climatológicas y has- ta sociales. Se ha discutido mucho si el peso y composición corporal son críticos en la aparición de la menarquia.

La aparición del desarrollo mamario o del vello pubia- no antes de los 8 años, o la iniciación de la menstruación antes de los 10 se denomina pubertad precoz (17-18) , sólo una de nuestras pacientes se encontró en esta categoría , - la gran mayoría presentó su menarca en la época esperada .

El 16.2 % de las pacientes tuvieron ciclos irregulares.

VIDA SEXUAL ACTIVA.

	No. Ptes.	%
Antes de 15 años	30	11.1
De 15 - 30 años	225	83.3
Mayores de 20 años	15	5.5
Total	270	100.0

Es bastante temprano cuando la gran mayoría de nuestras pacientes inician relaciones sexuales. La mayor parte de las veces sin los conocimientos necesarios respecto a la anticoncepción, enfermedades venéreas, paternidad responsable, control prenatal, esto produce un gran número de embarazos no deseados que terminan en abortos provocados o en el nacimiento de una criatura que encontrará un ambiente no propicio para su desarrollo.

Después de los 20 años sólo tenemos un 5.5 % de posibilidades de encontrar una mujer virgen.

ANTICONCEPCION.

	No. Ptes.		%	
	Total	- Prov.	Total	-Prov.
No utilizan	185	20	68.5	69
Utilizaron algún met.	85	9	31.5	31
Total	270	29	100.0	100

Estas cifras reflejan el rotundo fracaso de nuestras - campañas de planificación familiar, menos de la tercera parte de la población utilizó alguna medida anticonceptiva en alguna época de su vida. No hay diferencias en ambos grupos.

Con respecto al procedimiento empleado:

Met. Anticonceptivo	No. Ptes.	%
H.V.O.	45	53
H. Parenterales	25	30
DIU	8	9
Otros	7	8
Total	85	100.0

Los hormonales combinados vía oral fueron utilizados en más de la mitad de los casos . El DIU sólo se empleo en el 9 % de las pacientes. El grupo de otros comprende procedimientos transitorios , poco seguros : Ovulos , espumas, ritmo, coito interruptus.

HORMONALES VIA ORAL.

ESCOLARIDAD .	No. Ptes.	%
Analfabetas	17	38
Primaria Incompleta	13	29
Primaria Completa	7	15
Secundaria o más	8	18
Total	45	100

Como todos sabemos la ingestión diaria de tabletas es un método anticonceptivo que requiere una gran motivación, buena memoria y cierto nivel intelectual. Sin embargo son analfabetas la mayor parte de nuestras usuarias. Esto seguramente tiene relación con el tiempo de uso:

	No. Ptes.	%
Menos de 6 meses	17	38
De 7 - 12 meses	10	22
De 1-5 años	17	38
Más de 5 años	1	2
Total	45	100

El 60 % de las mujeres abandonan el método antes de completar 1 año. ¿ No serían mejores los resultados si, de acuerdo a las características culturales de nuestro pueblo, incrementaríamos el uso de un procedimiento que requiere menor participación femenina como el DIU ?.

ABORTO.

21

	No. Ptes.	%
No sépticos	201	74.4
Sépticos	69	25.4
Total	270	100.0

Se consideró aborto séptico todo aquel que tuviera - una o más de las siguientes características:

- a). Hipertermia de 38 grados centígrados o más cuando menos en dos ocasiones.
- b). Antecedente de maniobras abortivas .
- c). Loquios fétidos

Se encontró que 1 de cada 4 abortos eran sépticos.

Los abortos NO SEPTICOS se dividieron en 3 grupos que se manejaron posteriormente al legrado con los siguientes - esquemas antimicrobianos.

ANTIBIOTICO .	No. Ptes.	%
Ampicilina	100	50
Penprocilina	50	25
Sin antibiótico	50	25
Total	200	100

Se eligieron estos antibióticos por ser los que se - manejan con mayor frecuencia.

Se ha mencionado que los sucesos traumáticos del aparato reproductor incluyendo partos , cirugía , neoplasias, abortos, producen un aumento en la colonización por los microorganismos que a menudo se encuentran en las infecciones

pélvicas (19).

Las complicaciones más frecuentes del aborto son:

Infección, se reporta hasta un 7.5 % de manifestaciones clínicas (20).

Hemorragia , asociada a procedimientos incompletos y laceraciones cervicales .

Perforación uterina , 1 a 3 por cada 1000 procedimientos. (21).

En este grupo , ABORTOS NO SEPTICOS , no se encontraron tales complicaciones ni hubo diferencias en la evolución intrahospitalaria independientemente de usar o no un agente antimicrobiano, no variaron los días de estancia hospitalaria .

Quedaría por valorar complicaciones más tardías como : Esterilidad , incompetencia ístmico cervical, síndrome de Asherman .

EVOLUCION EXTRAHOSPITALARIA .

Todas las pacientes fueron citadas a control post le - grado a las 2 y 4 semanas. Sólo acudieron 50 pacientes a - control quincenal, 20 de las cuales no tenían complicación alguna.

En las 30 restantes se detectó la siguiente patología.

MORBILIDAD .	No. Ptes.	%
Cervico Vaginitis	15	7.5
Síndrome Anémico	7	3.5
I.V.U.	5	2.5
E.I.P.	3	1.5
Total	30	15

Porcentajes respecto a los 200 casos de abortos no sépticos.

No acudió paciente alguna a revisión mensual. Se dió - el tratamiento adecuado a cada caso.

El 25.4 % de todos los abortos fueron sépticos (69 casos), de ellos el 63.7 % correspondieron al I trimestre y el 36.3 % al II.

En otro tipo de población parece ocurrir un menor porcentaje de abortos sépticos después de las 13 semanas, 10 % en la Gineco 3 del IMSS (8) , es bien sabido que las complicaciones aumentan después de esta edad gestacional (11).

Con respecto a la severidad de la infección se obtuvieron los siguientes resultados.

GRADO.	No. Ptes.	%
I	55	79.7
II	11	15.9
III	3	4.3
Total	69	100.0

En la mayoría de los casos la infección se localiza exclusivamente en la cavidad uterina y sus manifestaciones clínicas son síndrome febril y escurrimiento genital hemático purulento.

Una paciente con aborto séptico grado IV murió a los pocos minutos de su llegada al servicio de urgencias, se le excluyó del estudio por no haber sido ingresada ni aplicar esquema terapéutico alguno.

Aceptaron haberse practicado maniobras abortivas el - 11.8 % de todas las pacientes, el 46.3 % de todos los abortos sépticos . Corresponde a 32 casos .

Es clara la dificultad que existe para obtener una respuesta sincera en aquellas pacientes que se provocan el aborto, generalmente tienden a ocultar el hecho por temor a las repercusiones de tipo legal, familiar, social de manera que podemos suponer que la incidencia de aborto criminal es aún mayor . En otro estudio se reportan cifras del 5.9 % de maniobras abortivas en abortos sépticos grado II y III (8), - nos parecen sumamente bajas , consideramos que aproximadamente 1 de cada 2 abortos sépticos es provocado .

Con respecto al número de gestaciones encontramos los siguientes datos.

GESTAS	No. Ptes.	%
I	15	51.7
II-III	9	31.0
Más de III	5	17.2
Total	29	100.0

El 82.7 % de las pacientes tenían tres gestaciones - o menos .

Una de cada dos abortadoras son primigestas menores de 20 años. Se excluyeron de esta tabulación tres pacientes - con manejo quirúrgico abdominal.

Igual tendencia se observa en algunos otros países como Estados Unidos , Escocia , Nigeria (1-11-22) , sin embargo, en la Gineco 3 del IMSS se encontró que los abortos sépticos predominan en pacientes con más de 6 gestaciones - (53 %).

La baja paridad de nuestras pacientes correlaciona muy bien con su juventud y hace más temibles aún las complicaciones de los abortos provocados mal realizados .

Aunque se menciona que las pacientes tienden a recurrir en sus prácticas abortivas, en el presente estudio se encontró que la mayor parte de la población experimentaba su primer aborto. Esto es acorde con su baja edad y paridad.

ABORTOS PREVIOS	No. Ptes.	%
0	25	87
1	3	10
2	1	3
Total	29	100

ABORTO PROVOCADO .

28

TIPO DE MANIOBRA.	No. ftes.	%
Sonda por empírica	15	51.7
Legrado por médico	13	44.8
Permanganato de K	1	3.4
Total	29	100.0

En los países subdesarrollados las empíricas participan en la mayor parte de los abortos provocados conocidos . Nuestros resultados no muestran diferencia importante con respecto a la participación médica, pero si con respecto a las complicaciones, siendo por supuesto más frecuentes y graves cuando el procedimiento lo realiza personal no entrenado.

MANEJO .

	No. Ptes.	%
Lui más antibiot.	29	90.6
Quirúrgico abdominal.	3	9.3
Total	32	100.0

El vaciamiento de la cavidad uterina, soluciones parenterales y antimicrobianos son suficientes en la mayoría de los casos para controlar el proceso infeccioso.

Se hizo manejo quirúrgico abdominal en 3 pacientes - con perforación uterina acompañada de lesiones intestinales en dos casos. Participaron dos empíricas y un facultativo - particular.

La cirugía consistió en una HTA más SOOB , Histerectomía subtotal en otra paciente y cierre de la perforación uterina en la tercera . Además una ileostomía y dos entero - entero anastomosis.

Las complicaciones fueron: Dos dehiscencias de H.Q. y - una suboclusión intestinal manejada médicamente. La morbilidad atribuida al procedimiento quirúrgico en la Gineco 3 - del IMSS fué de 41 %.

La estancia hospitalaria promedio en los abortos no sépticos fué de 1 día, en los abortos sépticos sin perforación uterina de 4 días y en aquellos con perforación la hospitalización se prolongó hasta 24 días. .

Como es de esperarse, en este último grupo de pacientes no sólo aumentaron los días cama sino también el número de medicamentos y transfusiones utilizadas .

ESQUEMAS ANTIMICROBIANOS .

ABORTOS SEPTICOS.

I Grado.	No. Ptes.	%
PSC	30	45.5
PSC + Kana	15	22.7
Ampi + Genta	10	15.1
II Grado.		
PSC	5	7.5
PSC + Kana	3	4.5
Ampi + Genta	3	4.5
Total	66	100.0

Se excluyeron los 3 casos en que se hizo manejo quirúrgico abdominal.

Dosis: La PSC se utilizó a razón de 5 000 000 U. I.V.

cada 6 hrs en la etapa febril, posteriormente se cambió por penprocilina I.M. cada 12 hrs. hasta completar 10 días .

Ampicilina, se administró 1 gramo I.V. Cada 6 hrs . Mientras se controlaba la hipertermia completando 10 días - con 500 mg. C/6 hrs. V.O.

La kanamicina fué utilizada por igual tiempo a dosis - de 500 mg. I.M. C/12 hrs.

La gentamicina se usó a 80 mg. I.V. c/8 hrs. Cambiando se posteriormente por vía I.M. Hasta completar 10 días.

EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA.

En los abortos sépticos de I grado manejados con PSC - (30 casos) fué necesario agregar kanamicina a 3 de ellos (10 %) por continuar con hipertermia a las 48 hrs. de iniciado el tratamiento.

Los esquemas peni-kana y ampi-genta dieron resultados igualmente satisfactorios .

En los de II grado, de las 5 pacientes manejadas con PSC, una de ellas (20 %) se complicó con derrame pleural, neumonía lobar aguda, empiema , fistula pleurocutánea. Se - agregó: Kana , genta, dicloxa, clinda, cefalosporinas. Su - estancia hospitalaria se prolongó por 39 días . En todos - los demás casos la PSC sólo o la asociación Peni-kana , - Ampí-genta fué suficiente para controlar el problema infec- cioso.

En las 3 pacientes con perforación uterina y aborto - séptico de III grado que se hizo manejo quirúrgico abdomi - nal se agregó de primera intención un antibiótico especifi-

co contra anaerobios: Clindamicina o metronidazol que posteriormente se intercambiaron entre sí o con el cloranfenicol. Se utilizó como promedio dos transfusiones de sangre total en estas pacientes.

En base a lo antes dicho, nos parece que podemos recomendar el uso de PSC sólo en los abortos sépticos grado I, teniendo presente que en el 10 % de los casos será necesario agregar un aminoglucósido.

En los de II grado es preferible utilizar ambos de primera intención y en los de III grado es necesaria la adición de un antimicrobiano específico contra anaerobios: Clindamicina o metronidazol o cloranfenicol.

EVOLUCION EXTRAHOSPITALARIA.

	No. Ptes.	%
No asistieron a cont.	61	92.4
Sin complicaciones	4	6
Cervico vaginitis	1	1.5
Total	66	100.0

En este grupo donde las complicaciones son más frecuentes la asistencia a control post legrado fué más reducida.

Durante el estudio no se registraron muertes maternas - (salvo el caso que se excluyó), perforaciones uterinas o complicaciones por la anestesia que en todos los casos fué general I.V.

En la Gineco 3 del INSS manejando exclusivamente abortos sépticos grado II y III se encontró una mortalidad de - 7.5 %, 1.1 % de perforaciones uterinas; se ha mencionado - que el uso de anestesia gral incrementa en 2 a 4 veces la - probabilidad de muerte en abortos menores de 12 semanas con respecto a los procedimientos anestésicos locales (23). En el año de 1977 se reporta en Estados Unidos para los abortos inducidos menores de 12 semanas una mortalidad de - 1.4 por 100 000 abortos (4).

Se realizó en 60 pacientes, 22 % de la muestra . Se -
obtuvieron los siguientes resultados:

FRESCO	No. Ptes .	%
Trichomona Vaginalis	5	8.5
FROTIS		
Bacilos Gram negativos	53	88.3
Cocos Gram positivos	18	30.0
Levaduras	1	1.6
CULTIVOS.		
Escherichia Coli	29	48.3
Stafilococcus Albus	11	18.3
Klebsiela Aerógenes	10	16.6
Bacteroides Sp.	7	11.6
Aerobacter Aerógenes	7	11.6
Proteus Mirabilis	3	5.0
Enterobacter Aerógenes	3	5.0
N. Gonorrhoeae	2	3.3
Serratia	2	3.3
Enterobacter Hafniae	2	3.3
Providencia Sp.	2	3.3
Cándida Albicans	1	1.6
Sarcina	1	1.6
Alcaligenes Faecallis	1	1.6

Es un hecho bien conocido que las bacterias comensales potencialmente patógenas alojadas en el cérvix y la vagina de una mujer sana son el origen de las infecciones cuando la barrera local es rebasada como en el parto , aborto o legrado.

Llama la atención en nuestros resultados la baja incidencia de Trichomonas y Cándida Albicans, se reportan cifras mucho más elevadas .

Como en otros reportes (7,8,20) la Escherichia Coli con otras enterobacterias se encuentran entre los gérmenes más frecuentes.

Desafortunadamente, por falta de recursos , no fué posible investigar la presencia de anaerobios que parecen ir en aumento , se reportan cifras hasta del 72 % . (24) .

1. El tema que nos ocupa constituye un importante problema de Salud Pública en nuestro país, encontramos que 1 - de cada 10 gestaciones terminan en abortos y la proporción seguramente es mayor.

2. A pesar de los demostrados beneficios del control prenatal seguimos muy atrasados en este aspecto, sólo se registró en 8,8 % de las pacientes.

3. Nuestras campañas de Planificación Familiar son hasta el momento un fracaso. Menos de la tercera parte de la población femenina utiliza anticonceptivos en alguna época de su vida reproductiva.

4. Uno de cada cuatro abortos es séptico y de éstos la mitad son provocados .

5. Los abortos provocados ocurren de preferencia en muchachas jóvenes, solteras, con baja paridad y educación media que no utilizan anticoncepción .

6. Personal no entrenado practica la mayor parte de abortos provocados y con ello las complicaciones, gastos , - días de estancia hospitalaria aumentan enormemente .

7. La solución parece radicar en elevar nuestro nivel de preparación y conciencia, difundir la educación para la reproducción, aceptar la sexualidad de la adolescente y hacer realmente efectiva la Planificación Familiar .

1.- Rochelle, N.S.: Abortion Practices and attitudes - in cross cultural perspective. Am. J. Obstet. Gynecol. 142: 245-251, 1982.

2.- Aguirre, Z. F.; Iglesias, M.; Reyes, R.M.; Iturralde, G.; Martínez, M.M.; Pineda, H.C.: Aspectos históricos, culturales, legales, psicosociales y educativos del aborto inducido. Ginec. Obstet. Méx. 48: 111-135, 1980.

3.- Nancy, J.B.; Nadine, N. Burton.; Atacher, H. T.; - Lamine, M. T.; y Roger, W.R.: Women hospitalized for abortion complications in Mali. International Family Planning - Perspectives. 10: 8-11, 1984.

4.- Center for disease control ABORTION surveillance . U.S. Department of health, education, and welfare. Annual - Summary 1977. September . Pág. 1.

5.- Bravo Sandoval Jorge. Implicaciones socio médicas y cons. Legales sobre el aborto. AMEPRH . Curso mayo 1984.

6.- López, O. E.: Aborto séptico. En: Ginecología y - Obstetricia. 2a. Edición. Méndez Ateo Edit. México, 1982.

7.- Williams.: Aborto. En: Obstetricia. Segunda Edición. Salvat Edit., México, 1980, pp 474 - 502.

8.- Ortiz, A.R.: El aborto séptico morbilidad temprana y tardía. Ginec. Obstet. Méx. 35. AÑO XIX, No. 28.

9.- Rosas, A.J.; Ruiz, V.V.; Armendarez, S.; Domville, Enrique. y Velasco, M. O.: Aborto habitual de causa genética. Ginec. Obstet. Méx. 47: 411-417, 1980.

- 10.- Kunhardt, R. J. Abortos. En: Operatoria Obst. Básica. A.M.G.O. Memoria del curso. Septiembre 1983.
- 11.- A.E. Omu.; A.U. Oronsaye.; M.K.B. Faal y E.E.J. Asuquo.: Adolescente induced abortion in Benin City, Nigeria. Int. J. Gynaecol. Obstet. 19: 495-499, 1981.
- 12.- P. Niemda.; P. Lehtinen.; L. Rauramo.; R. Hermansson.; R. Karjalainen y H. Mäki.: The first abortion - and the last? A study of the personality factors underlying repeated failure of contraception. Int. J. Gynaecol. Obstet. 19: 193-200, 1981.
- 13.- Kari Hemminki; Pertti Mutanen e Irma Saloniemä.: Smoking and the occurrence of congenital malformations and spontaneous abortions. Am. J. Obstet. Gynecol. 145: 61-65, 1983.
- 14.- Michael L. Socol; Frank A. Manning; Yuji Murata y Maurice L. Druzin.: Maternal smoking causes fetal hypoxia: Experimental evidence. Am. J. Obstet. Gynecol. 142: 214-218, 1982.
- 15.- M. Forss.; P. Lehtovirta.; I. Rauramo y V. Karimäki.: Midtrimester fetal heart rate variability and maternal hemodynamics in association with smoking. Am. J. Obstet. Gynecol. 146: 693-695, 1983.
- 16.- I. Cheng Chi.; T. Agoeslina y J. Harbin.: Maternal mortality at twelve teaching hospitals in Indonesia - an epidemiologic analysis -. Int. J. Gynaecol. Obstet. 16: 259-266, 1981.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

17.- Zárate, T.A.; Canales, P.E.: Pubertad y adolescencia. En: Ginecología .Francisco Méndez C. Edit. México, 1982

18.- González, M.J.: Pubertad y climaterio. En: Ginecología. Tercera Edición . Salvat Edit. España, 1983, pp 128.

19.- Bryan L. y Rodolph G.: Flora microbiana vaginal: Importancia práctica y teórica. G.O. Post Grado.6:129, 1981

20.- J. Reichman.; J. Ashkenazi.; I. Elian y J.A. Goldman.: Bacteriologic studies in second trimester pregnancy - termination. Int. J. Gynaecol. Obstet. 19: 409-412, 1981.

21.- Ronald, T. B.: Aborto electivo: Asp. Quirúrgicos. Mundo Médico. VIII:57-62, 1980.

22.- Z.O. Amarin y K.A. Grant.: Metronidazole and proglactandin induced abortion. Int. J. Gynaecol. Obstet. 19: - 165-168, 1981.

23.- Herbert B. Petterson.; David A. Grimes.; Willard Gates Jr. y George L. Rubin.: Comparative risk of death - from induced abortion at 12 weeks gestation performed with local versus general anesthesia. Am. J. Obstet. Gynecol. - 141: 763-769, 1981.

24.- Paavonen, J.; Kajavoja, P.: Susceptibility of abortion patients to infection. Int. J. Gynaecol. Obst.18:44,1980