

11217
21
209



Universidad Nacional Autónoma
de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social

EL ABORTO SEPTICO EN EL HOSPITAL
DE GINECO OBSTETRICIA No. 3

Tesis Profesional

Para obtener la Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

DR. RAUL DIAZ DIAZ



IMSS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Asesor: Dr. Jesús Sánchez Contreras

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1987



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

	Hoja
Título	1
Antecedentes Científicos	2 - 6
Planteamiento del Problema	7
Justificación	8
Objetivos	9
Material y Método	10-12
Resultados	13-19
Análisis y Confrontación de Resultados	20-27
Conclusiones	28-29
Resumen	30
Bibliografía	31-34

EL ABORTO SEPTICO
EN EL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Uno de los 3 problemas más grandes de la Gineco Obstetricia moderna es la Infección. A pesar de los enormes avances de la medicina preventiva, la existencia de nuevos y potentes antibióticos, grandes hospitales con Salas de Quirófano y Terapia Intensiva bien equipados, uso de la asepsia y antisepsia estrictos, laboratorio y equipo de gabinetes sofisticados, etc. es aún muy importante la morbilidad y mortalidad producida por complicaciones infecciosas.

El Aborto Séptico es precisamente uno de esos grandes problemas, que aunque se ha logrado reducir en los últimos años, sigue ocupando uno de los primeros lugares como causa de morbilidad y mortalidad en obstetricia.

Esta entidad se ve favorecida por varios factores como son: La íntima proximidad de la región anal con los genitales externos de la mujer, las malas técnicas en el aseo anal que llevan a hacer de la vulva y la vagina lugares sépticos con flora bacteriana aerobia y anaerobia patógena, la existencia de zonas cruentes y tejido necrosado con poca o nula oxigenación que resultan terrenos propicios para el desarrollo de gérmenes aerobios y principalmente anaerobios. Esto además de algunas maniobras diag-

nósticas como el simple tacto vaginal, el sondeo vesical y muy especialmente el Aborto Criminal que ofrecen una vía para el desarrollo de infección en el interior del útero.

La frecuencia del Aborto Séptico varía en cada hospital - reportándose en el nuestro una relación de 1.5 con respecto al aborto general.

La edad más afectada según algunos autores está en la 4a. década de la vida y según otros, entre ellos Nava y Sánchez que identifican a la tercera década por su mayor frecuencia, con una edad promedio de 27.9 años. Acosta Bendeck encuentra también la tercera década como la más afectada y afirma que el aborto provocado se presenta con mayor frecuencia en mujeres solteras.

La edad gestacional en que se produce este evento varía - poco de un autor a otro; Acosta Bendeck afirma que se produce entre la sexta y la décima semana y como promedio a la octava. Nava y Sánchez encuentra el promedio de edad gestacional en las 9.7 semanas y afirma que el 70% no ningún método de planificación familiar.

Nadie se ha interesado en estudiar la ocupación de las pacientes con esta entidad clínica pero en general se sabe

que es más frecuente en las clases socioeconómicas más bajas.

Con respecto a la Flora Microbiana predominante en el Aborto Séptico, se ha demostrado que puede ser por Agentes aerobios y anaerobios, encontrándose en estos últimos una participación muy importante en la última década; así Totherman y Schick en 1969 encuentran una positividad para anaerobios en el 81% de los casos de Aborto Séptico, destacando la importancia de *Bacterioides Fragilis*. Thadepalli identifica a estos gérmenes con los casos severos de Infección Gineco Obstétrica. Swenson menciona la participación de Anaerobios en el 75% de mujeres hospitalizadas a la que se practicó cultivo de los genitales. Gorbacj y Bartlett encuentran 70% de cultivos cervicales en mujeres sanas con *Bacterioides*. Ledger en 1975 menciona que los anaerobios pueden ser aislados en el 70% de pacientes con infecciones ginecológicas. Meyer en 1976 estudia a pacientes con Aborto Séptico demostrando la presencia de Anaerobios en el 81% de los casos. Uno de los últimos estudios y por cierto llevado a cabo en nuestra Unidad, es del Dr. Nava y Sánchez que estudió 100 pacientes con Aborto Séptico, encontrando un 64.2% de positividad para Aerobios y 35.8% para Anaerobios. De los aerobios los gérmenes predominantes fueron: *E. Coli*, *Staphy-*

lococo patógeno, Enterobacter, Klebsiella y Proteus. De los Anaerobios los más frecuentes fueron: Bacterioides - Frágilis como el predominante siguiéndole el Clostridium el Peptococo y Peptoestreptococo. Este mismo autor destaca la importancia de incluir un antibiótico que cubra esta posibilidad dentro del esquema terapéutico.

Existen una gran cantidad de antibióticos y combinación - de los mismos para el manejo de esta entidad. Acota Ben- deck en 1970 propone a la Tetraciclina en combinación con enzimas proteolíticas con buenos resultados. Pérez de -- Salazar en 1971 utiliza la Carbenicilina reduciendo el - - tiempo de estancia Hospitalaria. Lascurain Obregón estu- dia a la Clindamicina por la posibilidad de Anaerobios, - obteniendo también buenos resultados. Nava y Sánchez en- cuentra a la Penicilina combinada con Kanamicina como el régimen más usado.

Al estudiar las complicaciones del Aborto Séptico encon- tramos que estas son muy variadas. Nava y Sánchez desta- ca la Miometritis, la Pelviperitonitis y el Shock Séptico como las más frecuentes. Wiles y Cols. reportan un caso de Insuficiencia Renal aguda. Otro caso similar es repo- tado por Espinoza Flores en 1970. Muchos otros autores - reportan una gran variedad de complicaciones como la Trom

boflebitis, la Trombosis Pélvica, el Shock Bacterémico -- con Coagulación Intravascular disemida, el Absceso Pélvico, el Síndrome de Asherman, etc..

Todo esto hace que estudiemos al Aborto Séptico en nuestra Unidad desde diferentes tópicos con especial atención a su frecuencia, sus factores prediponentes, su manejo y complicaciones, con el fin de descubrir posibles fallas y mejorar criterios de manejo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El aborto complicado ocupa uno de los 3 primeros lugares dentro de las causas de Morbimortalidad materna en los -- Hospitales de 3er. Nivel del I.M.S.S. en el Valle de Méxi
co.

JUSTIFICACION:

Se hace necesario determinar la frecuencia del Aborto Séptico en nuestra Unidad, identificar los factores predisponentes más importantes, precisar los esquemas de tratamiento antibiótico más recomendados y el manejo quirúrgico de elección. De igual manera indicar las complicaciones organofuncionales del Aborto Séptico con el fin de actuar en las etapas preventivas más precoces y de esta manera disminuir las morbimortalidad debida a esta causa.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la frecuencia del Aborto Séptico en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3.
- 2.- Identificar los factores predisponentes más importantes como la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico y cultural y el uso previo de algún método de Planificación Familiar en las pacientes con esta entidad clínica.
- 3.- Precisar los esquemas de tratamiento médico con los antibióticos de elección y el manejo quirúrgico más adecuado según la etapa clínica proceso.
- 4.- Indicar las complicaciones médicas y quirúrgicas más frecuentes que han causado y conllevan actualmente mayor mortalidad.

MATERIAL Y METODO:

El análisis se llevará a cabo mediante el estudio observacional retrospectivo de los expedientes de las pacientes con diagnóstico de Aborto y en especial del tipo Séptico ingresada en nuestro Hospital entre agosto de 1985 y julio de 1986.

De los expedientes clínicos se recabarán los siguientes datos: edad, estado civil de las pacientes, escolaridad, ocupación, edad al inicio de las relaciones sexuales, método anticonceptivo usado previamente, gestas, paras, abortos previos y evolución de los embarazos.

Con respecto al Aborto Séptico motivo de este estudio, se captarán los siguientes datos: edad gestacional en que ocurrió el aborto, clasificación del mismo de acuerdo al trimestre en que ocurrió, tratamiento médico y quirúrgico instituido, evolución, resolución, acciones de planificación familiar postaborto, días de estancia hospitalaria y datos complementarios.

Criterios de Inclusión:

1.- Se incluirán todos los casos de Aborto Séptico cuya -

gestación sea menor de 20 semanas.

El criterio para catalogar el Aborto como Séptico se basó en los siguientes datos: Expulsión de tejido organizado infectado coexistente con infección del contenido uterino, modificaciones cervicales francas, -- leucorrea purulenta o hematopurulenta fétida, síndrome infeccioso caracterizado por hipertermia mayor de 38.5oC, taquicardia, diaforesis, leucocitosis mayor de 12000, signos de irritación peritoneal y antecedente de maniobras abortivas.

Criterios de Exclusión:

- 1.- Se eliminaron del estudio todas las pacientes con diagnóstico de aborto Incompleto, sin datos de infección y que solo presentaron febrícula o fiebre menor de 38,5oC en el puerperio.
- 2.- Todas las pacientes con diagnóstico de Aborto en evolución que no presentaron proceso séptico.
- 3.- Todas las pacientes con diagnóstico de Huevo Muerto y Retenido no infectado.

- 4.- Fueron descartadas todas las pacientes con expulsión del producto o sus membranas en un embarazo mayor de 20 semanas aún con datos francos de infección uterina.

RESULTADOS:

Al analizar la frecuencia del Aborto Séptico se encontró que de un total de 854 pacientes que ingresaron a nuestro Hospital por aborto, sólo 138 fueron del tipo Séptico, lo que representa el 16.15%. Ver cuadro 1.

De todas las pacientes que ingresaron por Aborto Séptico solo incluiremos en nuestro estudio a 89 pacientes de las cuales logramos captar todos los datos, pues en las restantes 49 no se encontró el expediente clínico, a pesar de una búsqueda exhaustiva en 3 ocasiones.

La edad gestacional promedio en que ocurrió el Aborto Séptico fué a las 9.9 semanas y al clasificar al Aborto Séptico de acuerdo al trimestre en que se produjo se encontró que de las 89 pacientes estudiadas, 51 ocurrieron en el primer trimestre, lo que representa el 57.30%, las restantes 38 se produjeron en el 2do. trimestre ocupando el 42.69% . Ver cuadro 2.

El rango de edad de las pacientes se distribuyó desde los 16 hasta los 42 años, siendo el promedio de edad en estas pacientes a los 27.33 años y la tercera década de la vida definitivamente la más afectada ocupando un - -

FRECUENCIA MENSUAL DEL ABORTO NO COMPLICADO Y SEPTICO EN EL H.G.O No.3 IMSS MEXICO 1985/86

MES	No. DE ABORTO NO COMPLICADO	ABORTO SEPTICO OCURRIDO	ABORTO SEPTICO ESTUDIADO
AGOSTO	46	7	4
SEPTIEMBRE	50	10	8
OCTUBRE	96	12	8
NOVIEMBRE	60	5	3
DICIEMBRE	48	11	4
ENERO	70	12	9
FEBRERO	70	5	2
MARZO	51	6	4
ABRIL	49	14	10
MAYO	68	25	17
JUNIO	50	14	6
JULIO	58	17	14
SUBTOTAL	716	138	89
TOTAL	854		

CUADRO 1

DISTRIBUCION DEL ABORTO SEPTICO DE ACUERDO AL TRIMESTRE QUE OCURRIO. HGO No.3 IMSS
1985/86

ABORTO SEPTICO		%
1er. TRIMESTRE	51	57.30
2o. TRIMESTRE	38	42.69
TOTAL	89	100.00

CUADRO 2

52.80% de todos los casos como se puede apreciar en el cuadro No. 3.

Al determinar el estado civil de las pacientes en que se desarrolló el problema, se encontró que el mayor % ocurrió en mujeres casadas con una 69.66%, luego le siguió en orden de frecuencia el grupo de las pacientes que vivían en unión libre con un 12.35% y el 11.25 cayó en el grupo de solteras, lo cual puede verificarse en el cuadro No. 4.

Nivel Educativo. Se relaciona éste con el Aborto Séptico en las 89 pacientes, encontrando que la mayor frecuencia ocurrió en los niveles socioculturales más bajos, -- pues el 31.46% de las pacientes solo había terminado la educación primaria y el 11.23% ni siquiera este grado había alcanzado. Ver cuadro No. 5.

Por otro lado el Aborto Séptico solo se encontró en el 2.24% de pacientes con nivel de Licenciatura.

En lo que respecta a la ocupación de las pacientes, 41 de las 89 se dedicaban al hogar (46.06%), 29 eran empleadas (32.58%), 11 eran obreras (12.35%) y 8 no registraron ocupación.

ABORTO SEPTICO DISTRIBUCION POR EDAD
H.G.O. No.3 IMSS MEX.1985/86

EDADES	No.DE CASOS	%
15-19	9	10.11
20-24	30	33.70
25-29	17	19.10
30-34	18	20.22
35-39	9	10.11
40-44	6	6.74
TOTAL	89	100.0%

EDAD PROMEDIO 27.33 AÑOS.

CUADRO 3

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO
H.G.O. No. 3 IMSS MEX. 1985/86

EDO. CIVIL	No. PACIENTES	%
CASADA	62	69.66
SOLTERA	10	11.23
UNION LIBRE	11	12.35
DIVORCIADA	3	3.37
VIUDA	1	1.12
NO REGISTRADA	2	2.24
TOTAL	89	100.0%

CUADRO 4

NIVEL EDUCATIVO EN 89 PACIENTES CON
 ABORTO SEPTICO H.G.O. No.3 MEXICO
 1985/86

ESCOLARIDAD	No. PAC.	%
ANALFABETAS	1	1.12
PRIMARIA INCOMPLETA	10	11.23
PRIMARIA COMPLETA	28	31.46
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	7.86
SECUNDARIA COMPLETA	8	8.89
OTRA CARRERA NIVEL MED.	9	10.11
PREPARATORIA	6	6.74
LICENCIATURA	2	2.24
NO REGISTRADA	18	20.22
T O T A L	89	100.00

CUADRO 5

OCUPACION EN 89 PACIENTES CON ABORTO SEPTICO
H.G.O. No. 3 IMSS MEX. 1985/86

OCUPACION	No. PACIENTES .	%
HOGAR	41	46.06
EMPLEADA	29	32.58
OBRERA	11	12.35
NO REGISTRADA	8	8.98
TOTAL	89	100.0%

CUADRO 6

Método Anticonceptivo.- Del total de pacientes con -- Aborto Séptico, 47 no usaban ningún método de planificación familiar, lo que corresponde a un 52.80%, 16 usaban hormonales y 16 DIU ocupando ambos grupos el 17.97%, de las restantes 6 usaban Hormonales Inyectables, 1 el ritmo, 2 método local y solo una tenía el antecedente de -- Salpingoclasia, lo que se puede apreciar en el cuadro -- No. 7.

En cuanto al tratamiento médico se usaron múltiples esquemas con 2 y hasta 3 antibióticos, siendo el más usado la combinación de Penicilina S.C. con Gentamicina que se usó en el 41.57% de los casos, siguiéndole en orden de frecuencia la Penicilina S.C. sola que se usó en el 19.10%, le siguió la combinación de Penicilina con Kanamicina con el 8.98% y el del Ampicilina con Gentamicina, que se usó en el 7.86%. Se usaron también otros múltiples esquemas como puede verse en la tabla No. 8.

Del tiempo que duró el tratamiento médico también fue -- muy variado con un rango de un solo día en algunas pacientes hasta 11 días en una paciente que terminó en Histerectomía por Hipotonía Uterina. El promedio de días -- que duró el tratamiento médico fue de 3.14.

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EN 89 PACIENTES
CON ABORTO SEPTICO EN
H.G.O. No. 3 IMSS MEX. 1985/86**

METODO	No. PACIENTES	%
RITMO	1	1.12
OTB	1	1.12
H. INY.	6	6.74
H. ORALES	16	17.97
DIU	16	17.97
LOCALES	2	2.24
SIN METODO	47	52.80
TOTAL	89	100.0%

CUADRO 7

ESQUEMAS DE MANEJO CON ANTIBIOTICOS PARA
EL ABORTO SEPTICO H.G.O No.3 IMSS MEX.
1986/87.

ESQUEMA	No. PAC.	%
PENI S.C.	17	19.10
AMPICILINA	2	2.24
GENTAMICINA	2	2.24
CLORAMFENICOL	1	1.12
PENI-GENTA.	37	41.57
PENI-KANA.	8	8.98
PENI-PORC.	1	1.12
PENI-CLINDA.	1	1.12
AMPI-KANA.	1	1.12
AMPI-GENTA.	7	7.86
GENTA-CLINDA.	2	2.24
GENTA-CLORAM.	1	1.12
PENI-GENTA-CLINDA.	3	3.37
PENI-AMPI-GENTA.	2	2.24
PENI-KANA-GENTA.	2	2.24
AMPI-KANA ^{**} -PENI-GENTA.	1	1.12
SIN ESQUEMA	1	1.12

* Solo para impregnación

** Primero un esquema de dos antibióticos y
luego el otro.

CUADRO 8

Debemos destacar que en 21 pacientes (23.59% se administró hidrocortizona o bien Metilprednisolona antes de pasar a Legrado Uterino y conjuntamente con un esquema de Impregnación de antibióticos. Esto seguramente por sospecha clínica de Sepsis generalizada, sin embargo según las características clínicas del cuadro de cada paciente ninguna presentó Shock Séptico franco.

En cuanto al tratamiento quirúrgico con legrado uterino instrumental para el aborto séptico, éste se llevó a cabo en 88 pacientes, la restante fué manejada conservadoramente pues fué catalogada como una Deciduitis postaborto séptico, practicándose el legrado en otra Unidad del I.M.S.S.

Días de Hospitalización.- La estancia hospitalaria varió desde uno hasta 11 días con un promedio de estancia de 3.14 días por paciente, cayendo la mayoría de las pacientes en los grupos que duraron 2, 3 y 4 días respectivamente. Ver cuadro No. 9. La estancia obviamente se prolongó más en aquellas pacientes que sufrieron alguna complicación del proceso.

En lo que se refiere a las complicaciones quirúrgicas -- del Aborto Séptico, podemos ver que solo una paciente re

PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN 89 PAC.
 CON ABORTO SEPTICO H.G.O No. 3 IMSS MEX. 1985/86.

DIAS DE HOSP.	No. PAC.	DIAS ACUM/ CLASE	% DE TIEMPO/ CLASE
1	5	5	1.78
2	27	54	19.28
3	28	84	30.00
4	18	72	25.71
5	7	35	12.50
6	2	12	4.28
7	1	7	3.50
11	1	11	3.92
TOTAL	89	280	100.0%

PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA HOSP. POR PAC. 3.14

CUADRO 9

COMPLICACIONES QUIRURGICAS DEL ABORTO
SEPTICO. H.G.O. No.3 IMSS MEX.1985/86

CIRUGIA	No. CASOS
NUEVO LUI	1
HISTERECTOMIA	2**
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	2***
TOTAL	5

- **POR HIPOTONIA UTERINA AMBAS.
- ***POR DUDA DE PERFORACION UTERINA
DESCARTADA EN AMBOS CASOS.

CUADRO 10

quirió nuevo legrado uterino, pro presentar datos de infección endouterina con secreción purulenta franca y que al llevar a cabo el legrado solo se drenó material purulento y se extrajeron fragmentos de Decidua. Ver cuadro No.10.

Por otro lado 2 pacientes requirieron de Histerectomía por presentar Hipotonía Uterina post-legrado, que se había llevado en un caso en nuestra Unidad y el otro caso en otra Unidad del I.M.S.S.

Otra de las complicaciones quirúrgicas fué la necesidad de Laparotomía exploradora que se llevó a cabo en dos casos por sospecha de perforación uterina, misma que fué descartada en la intervención. En ambos casos el Legrado Uterino se había practicado en otra Unidad del I.M.S.S. Ver cuadro 10.

De las complicaciones médicas del Aborto Séptico, la anemia leve fué la más frecuente, la cual se presentó en el 22.47% de los casos. La anemia moderada en 10 casos, ocupando el 11.23% y la anemia severa 10.11%. Debemos destacar que de las 9 pacientes con anemia severa 8 requirieron de transfusión de sangre o paquete globular, que varió de 1 hasta 4 bolsas y de las pacientes con anemia

moderada 2 también requirieron transfusión.

Los trastornos de la coagulación se presentaron en 14 pacientes, 12 de ellas con TPT que varió entre el 50 y 80% y en dos fué menor del 49%. Sin embargo ninguna de nuestras pacientes desarrolló coagulopatía por consumo franca o coagulación intravascular diseminada.

La hepatitis reactiva se presentó en una paciente que desarrolló Síndrome Ictérico post-transfusión, la cual evolucionó satisfactoriamente, dándose de alta al 40. día.

Otra de las complicaciones más severas, es la hipotonía uterina, la misma que se presentó en 3 casos, uno de ellos manejándose conservadoramente con Ocitócicos, soluciones parenterales y antibióticos y los 2 casos restantes como ya se comentó, fueron llevados a Histerectomía. En total 57 pacientes desarrollaron alguna complicación médica, lo que corresponde al 64.04% contra 5 pacientes (5.61%) que desarrollaron alguna complicación quirúrgica (7.86%).

Debemos destacar que de las 89 pacientes 7 declararon de manera abierta que se habían practicado maniobras abortivas y en 8 pacientes (8.98%) se había practicado Legrado

Uterino en medio particular o bien en otra Unidad del --
I.M.S.S.

ANALISIS Y CORRELACION DE RESULTADOS.

El Aborto Séptico como causa de Morbilidad sigue ocupando uno de los lugares más prominentes en la patología -- Obstétrica. Sin embargo su mortalidad ha descendido en forma extraordinaria en los últimos años, como ocurrió - en nuestro estudio.

La frecuencia con que este se presenta es de un 16.15% - de todos los casos de aborto que llegan a nuestra Unidad y su relación es de 1 Aborto Séptico por cada 5.18 abortos en general, lo que está en relación con estudios previos llevados a cabo en esta Unidad y reportados en el - Libro de la Asociación de Médicos Gineco Obstetras de este mismo Hospital.

Llama la atención que no se haya producido ningún caso - de mortalidad, sin embargo no queremos decir que no se - haya presentado, sino que pensamos que posiblemente haya ocurrido alguna muerte materna y que haya quedado en el grupo de pacientes cuyo expediente no se encontró, a pesar de una búsqueda exhaustiva .

La edad promedio en que se produjo el Aborto Séptico fué a los 27.33 años y la tercera década de la vida la más -

afectada. Resultados muy similares reporta Nava y -- Sánchez y Cols. en un estudio llevado a cabo en 1983 sobre Flora Bacteriana en el Aborto Séptico. Acosta Bendeck en Colombia en 1970 también encontró que en 50% de los casos de aborto Séptico se presenta en la tercera década de la vida. Estos resultados son fácilmente explicables pues es la etapa de la vida de mayor actividad sexual y mayor número de gestaciones.

Al analizar el cuadro No. 4 apreciaremos que el Aborto Séptico se presentó en un porcentaje predominante -- (69.66%) en mujeres casadas, dato que está en contraposición con el reporte de Acosta Bendeck que encuentra el grupo de solteras como el más afectado, sin embargo esto tiene una explicación muy simple, ya que su estudio se efectuó en 1970 época en la que había mayores restricciones sociales y sexuales y menos libertades en general y por otra parte en nuestro estudio un porcentaje importante de madres tenían satisfecha su paridad.

En cuanto al nivel Sociocultural de las pacientes con Aborto Séptico, éste siguió predominando en las clases sociales y culturales más bajas como clásicamente se ha venido observando, pero podemos apreciar en el cuadro 7

que cada vez tiende a afectar a estratos superiores.

Al estudiar la ocupación de las pacientes se puede apreciar que su incidencia es mayor en el grupo de las pacientes que se dedican al hogar (46.06%) lo cual va en relación con el nivel socioeconómico y cultural más bajo en el cual el hombre sale al trabajo y la mujer se dedica al cuidado de los hijos. Pero podemos verificar en el cuadro No. 6, que el grupo de las pacientes empleadas y obreras también se ve cada vez más atacado.

La ausencia de método anticonceptivo en la mayoría de las pacientes, se supone que puede deberse a varios factores entre los que destacan la ignorancia de su existencia, la idiosincrasia de la mujer mexicana que a pesar de saber de su existencia todo lo deja "para mañana", otro factor puede ser la ignorancia de días fértiles, la practica de relaciones sexuales esporádicas en el grupo de las solteras y divorciadas, por no creerlo necesario o no justificar su uso. Otro factores implicados pueden ser la misma falla del método y la poca información existente.

El Aborto Séptico clásicamente se ha relacionado con el aborto provocado por el uso de sondas de plástico o bien

metálicas y con el aborto practicado en forma clandestina en medio particular. En 1970 Acosta Bendeck reporta maniobras abortivas en el 26% de sus pacientes estudiadas y Nava y Sánchez menciona un 64% de pacientes con Aborto Séptico que no deseaban la Gestación. En nuestro estudio solamente 7 (7.86%) pacientes manifestaron abiertamente haberse practicado maniobras abortivas y en 8 (8.89%) pacientes se habían practicado Legrado Uterino en medio particular o bien en otra Unidad del I.M.S.S. Estos hallazgos no son muy creíbles ya que en la mayoría de los casos la paciente niega la provocación del aborto por el problema legal que implica y el miedo a ser arrestada.

Al estudiar el cuadro No. 8 nos damos cuenta de la gran variedad de esquemas de antibióticos que se usan para el manejo médico del Aborto Séptico, uno de los esquemas -- más empleados por los resultados obtenidos es la combinación de Penicilina Sódica Cristalina con Gentamicina, siguiéndole en orden de frecuencia la Penicilina sola. En 1971 Pérez de Salazar estudió 60 casos de Aborto Séptico de los cuales 30 fueron tratados con Carbenicilina y los restantes con otros antibióticos, logrando buenos resultados y consiguiendo reducción a 3 días del tiempo de es

tancia hospitalaria. Ledger en 1974 también obtiene buenos resultados con el uso de la Clindamicina sobre todo en los casos con infección por Anaerobios. Lascurain -- Obregón en 1978 también estudia a la Clindamicina en el tratamiento de las infecciones por Anaerobios en obstetricia con la cual obtiene buenos resultados. Nava y Sánchez en un estudio efectuado en 1983 sobre Flora Bacteriana en el aborto séptico encuentra que la combinación de la Penicilina con la Kanamicina es la más empleada. -- Heisterberg en 1985 utiliza el Metronidazol más que como terapéutico, como Profilactico para disminuir el riesgo de infección post-aborto y la enfermedad Inflamatoria -- pélvica.

Es bueno pues contar con tantos recursos terapéuticos -- para el manejo de este problema, sin embargo no debemos olvidar que nuestro regimen siempre deberá ir dirigido a combatir el agente etiológico que se sospeche, teniendo muy en mente que los agentes anaerobios juegan un papel muy importante sobre todo en las infecciones más severas en cuyo caso siempre se deberá incluir en el manejo un antibiótico como la Clindamicina o el Metronidazol que cubra estas posibilidades.

La duración del tratamiento médico es también un parámetro muy importante a considerar; en nuestro estudio el tiempo promedio de duración fué de 3.14 con un rango de 1 hasta 11 días de acuerdo a la severidad del cuadro clínico y muy similar al de otros autores que esperan entre 48 y 72 horas después de que haya desaparecido la fiebre para suspender el medicamento. Con lo anterior queda -- aún la interrogante: Bastará con un esquema de antibióticos por 1 o 2 días aún para infecciones leves? No será éste un factor predisponente para el desarrollo de Enfermedad inflamatoria pélvica? Estas son incógnitas que deben de resolverse en un futuro próximo.

El uso de Corticoides en el manejo del Aborto Séptico es una situación que se presente con frecuencia. En nuestra serie estudiada se usaron en el 23.59% de los casos sin una buena justificación, pues como sabemos éstos solo es tán indicados en el caso de Shock Séptico y bacterémico inicial moderado o bién establecidos.

Existe cosenso general de que en las fases iniciales del Aborto Séptico cuando la infección se encuentra limitada al interior de la cavidad uterina y no existe compromiso de los anexos ni del peritoneo, luego de la impregnación con antibióticos por un mínimo de 12 horas el tratamien-

to de elección es el Legrado Uterino Instrumental y solo en aquellos casos más avanzados con Shock Séptico con -- compromiso peritoneal o perforación uterina se contraindica este procedimiento.

La estancia hospitalaria en nuestras pacientes fué en -- promedio de 3.14 días, tiempo mucho menor al reportado -- por Acosta Bendeck en pacientes con aborto séptico en es tadío I cuando la infección se haya localizado a la cavidad uterina, cuyo promedio fué de 5 días y de 8 días -- cuando las pacientes se encontraron en estadía II.

Las complicaciones quirúrgicas se presentaron solo en el 5.61% siendo la hipotonía uterina una de las más frecuentes que llevó a histerectomía a dos pacientes. Esto está en contraposición con otros autores que no reportaron esta eventualidad. Otra de las complicaciones que se -- presentan con frecuencia es la perforación uterina al -- practicar el Legrado Uterino, situación que se sospechó en dos de nuestras pacientes y que fué descartada al llevar a las pacientes a Laparotomía exploradora. No queremos con esto decir que no se presentó esta complicación ya que es muy factible que haya quedado entre las pacientes cuyo expediente no se encontró. De las complicaciones reportadas por otros autores como Nava y Sánchez en

1983 que se encuentra a la miometritis, la Pelviperitonitis y el Shock Séptico entre los 3 primeros lugares, no logramos identificarlos en nuestro estudio.

Las complicaciones médicas más frecuentes en nuestro estudio fueron las siguientes en orden de frecuencia: La anemia en primer lugar y en sus diferentes grados, los trastornos de la coagulación la hipotonía uterina y la hepatitis reactiva. Esto se hace destacar por el mayor tiempo de hospitalización y mayor consumo de recursos que implicaron y sobre todo por la alta frecuencia con que se presentaron (64.04%).

Debemos aclarar que los trastornos de la coagulación se definieron por la reducción del tiempo de Protrombina -- por abajo de lo normal y que en ningún caso se desarrolló Coagulopatía por Consumo de Factores o Coagulación Intravascular Diseminada, situaciones en las que hubiera existido alto riesgo de perder la vida.

COMPLICACIONES MEDICAS DEL ABORTO SEPTICO
H.G.O. No. 3 IMSS MEX. 1985/86

ALTERACION	CRITERIO	No. PAC.	%
ANEMIA LEVE	CLINICO Y LAB	20	22.47
ANEMIA MODERADA	CLINICO Y LAB	10	11.23
ANEMIA SEVERA	CLINICO Y LAB	9	10.11
TRANSTORNOS DE	TPT 50 - 80 %	12	13.48
CUAGULACION	TPT 49 %	02	2.24
HEPATITIS REACTIVA	CLINICO Y LAB	1	1.12
HIPOTONIA UT.	CLINICO	3	3.37
TOTAL		57	64.04

Hb entre 10 y 12 Gr/100ml

Hb " 8 " 9.9 "

Hb Menor de 7.9

CUADRO II

CONCLUSIONES.

- 1.- El Aborto Séptico continúa siendo una de las causas más importantes de morbilidad en Gineco Obstetricia.
- 2.- El promedio mensual de aborto sépticos en nuestra -- Unidad es de 11.5%
- 3.- Su frecuencia es mayor en el 1er. trimestre.
- 4.- El promedio de edad gestacional es a las 9.9 semanas y la edad materna a los 27.33 años.
- 5.- El evento ocurre mucho más frecuentemente en mujeres casadas en tercer década de la vida y con nivel socioeconómica y cultural más bajo.
- 6.- La mayoría de las pacientes no lleva un método de -- planificación familiar.
- 7.- El esquema de antibióticos más frecuentemente usado en nuestra Unidad es a base de Penicilina y Gentamicina.
- 8.- Los Corticoides se usasn en forma indiscriminada y -- sin una clara justificación.
- 9.- El promedio de estancia hospitalaria es de 3.14 días.
- 10.- El Legrado Uterino Instrumental es el tratamiento -- quirúrgico más empleado en las etapas iniciales y el

ESTR
SALUD
DE LA
MADRE

- 29 -

Quirúrgico Radial en las avanzadas.

- 11.- Las complicaciones hematológicas fueron las más frecuentes, en especial la Anemia.
- 12.- La Hipotonía Uterina es una complicación muy grave que implica un alto riesgo y requiere manejo médico y/o quirúrgico.
- 13.- La perforación uterina es una complicación que debe evitarse realizando el Legrado Uterino con extremo cuidado.

RESUMEN

Se analizaron 89 expedientes de pacientes con diagnóstico de Aborto Séptico que ingresaron a nuestro Hospital entre agosto de 1985 y Julio de 1986. Se identifica la frecuencia del Aborto Séptico en el H.G.O. No. 3, con respecto al aborto general, ocupando el primero el 16.15%

Al estudiar algunos factores predisponentes se encontró que la edad más afectada fue la tercera década de la vida, predominando en la mujer casada y con nivel socioeconómico y cultural bajo, quien además no llevaba un método de planificación familiar. Se destaca el uso de maniobras abortivas y el legrado clandestino como factor predisponente muy importante. Se identifica al tratamiento médico y quirúrgico que mejores resultados dió. Se critica el uso indiscriminado de Corticoides sin una buena justificación. Mención especial se da a las complicaciones médicas entre las que destacan la anemia en sus diferentes grados, los trastornos de la coagulación, la Hipotonía Uterina y la Hepatitis Reactiva. De las complicaciones quirúrgicas se hace resaltar la Hipotonía Uterina que llevó a la Histerectomía en 2 casos y la Laparatomía Exploradora por duda de perforación uterina también en dos casos habiendo sido descartada en ambos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Acosta Bendeck E.: Empleo de la Asociación de Anti--
bióticos con Enzimas Proteolíticas en la Infección -
Pélvica post-aborto. Ginec Obstet Mex 27:297, 1970.
- 2.- Reuben Amster, Lessing J.B, Jaffa AJ, Reuben Peyser
M: Typhoid Fever Complicating Pregnancy. Acta Obstet
Gynecol Scand 64: 685, 1985.
- 3.- Bravo, S.J., Cinco EG, Cruz RP: Flora Bacteriana en
Ginecología y Obstetricia. Ginec Obstet Mex 41: 185,
1977.
- 4.- Espinoza F C, Fernández S A, Peña C, Salazar JH, Gue
rra GE: Contribución al tratamiento del Shock Bacte-
rémico. Ginec Obstet Mex 27: 551, 1970.
- 5.- Grimes DA, MD, Flock ML, MSPH, Schulz KF, MBA, Cates
W, MD, MPH: Hysterectomy as Treatment for Complica--
tions of Legal Avortión. Obstetrics and Gynecology -
63 (4): 457, 1984.
- 6.- Heisterberg L, MD, and Petersen K. MD.: Metronidazo-
le Prophylaxis In Elective First Trimester Abortion.
Obstetrics and Gynecology 65 (3): 371, 1985.
- 7.- Kafrissen, ME, MD, MSPH, et al. : Coagulopathy and -

- Induced Abortion Methods: Rates and relative Risks.
Am J Obstet Gynecol 147 (3): 344, 1983.
- 8.- Lascurain O. A. Cinco, E.G., Hernández E F y Cruz -
R.P.: La Clindamicina en el tratamiento de las In-
fecciones por Anaerobios en Obstetricia. Ginec Obs-
tet Mex 43: 349, 1978.
 - 9.- Ledger, W J. : Infections in Obstetrics and Gyneco-
logy. Surg. Clin North America. 52: 1447, 1972.
 - 10.- Ledger, WJ: Anaerobic Infections. Am. J Obstet Gyne-
col 123: 111, 1975.
 - 11.- Ledger, W J, Kriewall, T J, Sweet, R L, and Fekety,
F R.: The use of parenteral clindamycin in the trea-
tment of obstetrics Gynecologic patient with Sever -
Infections. Obstet Gynec 43: 490, 1974.
 - 12.- Mober, P J, Eneroth, P, Harlin, J, Ljung, A, and --
Nord, C E: Preoperative Cervical Microbial Flora --
and post-Abortion Infection. Acta Obstet Gynecol --
Scand 57: 415, 1978.
 - 13.- Munday, P.E. et al: Spontaneous Abortion an infec-
tious Aetiology?. Br J Obstetrics and Gynecology 91
1177, 1984.
 - 14.- Nava, S. R. y cols.: Choque Séptico en Gineco-obste-
trica. Rev Med IMSS (Mex) 16: 161, 1977.

- 16.- Pérez, S. J.L: Cirugía en los Procesos Infecciosos en Obstetricia. Ginec Obstet Mex 30: 449, 1971.
- 17.- Pérez, S. J.L; Ruiz, V. V.; Trujillo, R; Espinoza, V.R.: Resultado en el Tratamiento del Aborto Séptico con Carbenicilina. Ginec Obstet Mex 30:31,1971.
- 18.- Quezada, R.T.; Ruiz V.V.; y Rieviello, O, H: Flora Bacteriana en la población del H.G.O. 3 del IMSS. - Ginec Obstet Mex 32: 455, 1972.
- 19.- Ramírez, S. E; Delgado, U. J; González, L. J.P.; - Valenzuela, L.S.; Castelazo, A. L.: Tratamiento -- del Shock Bacterémico 100 casos. Ginec Obstet Mex. 28: 479, 1970.
- 20.- Rivlin, E M; MD, and Hunt A.J. Md: Surgical Management of Diffuse Peritonitis Complicating Obstetric Gynecologic Infections. Obstetrics and Gynecology 67: 652, 1986.
- 21.- Sidhu, S M, MD and Kent, R D, MD.: Effects of Prostaglandin E2 analogue Suppository on Blood Loss In -- Suction Abortion. Obstet Gynecol 64: 128, 1984.
- 22.- Sweet, RL, L. Anaerobic Infections of the female - genital tract. Am J Obstet Gynecol. 122: 891, 1975.
- 23.- Swenson, RM.; Michaelson, T.C.; Dady, M.J. y Spal--

- ding E.H.: Anaerobic Infections of The female genital tract. *Obstet Gynecol* 42: 538, 1973.
- 24.- Williams, W. J; Hellman, M L, Pritchard A. J: *Obstetrics*. Ed. 1973.
- 25.- Wiles C.M. Cohen, S.L., and Ward, T. R. H.: Septic Abortion and Rental Failure in a Patient With an Intrauterine Contraceptive Device. *Int. J Gynaecol Obstet* 15: 464, 1978.