

11217

112



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

ANALISIS RETROSPECTIVO DEL ABORTO SEPTICO EN EL HOSPITAL DR. DARIO FERNANDEZ DE LA CIUDAD DE MEXICO.

## T E S I S

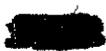
Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

FRANCISCO MARIANO GUTIERREZ DOMINGUEZ



México, D. F.



2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

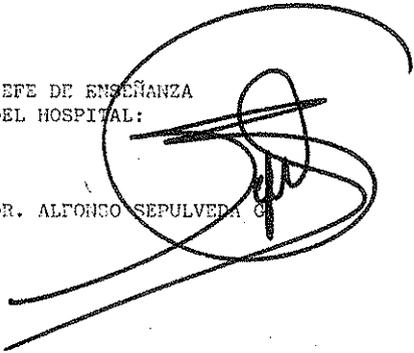
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

JEFE TITULAR DEL CURSO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:

  
DR. LIZANDRO CORREZ PONCE.

JEFE DE ENSEÑANZA  
DEL HOSPITAL:

  
DR. ALFONSO SEPULVEDA C.

ASESOR DE TESIS:

DR. ISAIAS VELAZQUEZ E.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES, FRANCISCO Y EMILIA,  
POR EL AMOR QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO  
Y LA CONFIANZA QUE DEPOSITARON EN MI.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A "MAMAYOTA" POR SUS ORACIONES  
QUE SIEMPRE ESTAN CERCA DE MI.  
UN ETERNO RECUERDO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A TIA ALICIA POR SU GENEROSIDAD  
Y AMOR HACIA MI.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A PATRICIA CON TODO MI AMOR,  
POR SER LA PACIENTE COMPAÑERA  
QUE SIEMPRE ME HA ALENTADO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A PATITA POR HABER LLENADO

MI VIDA DE ILUSIONES.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A MIS HERMANOS CON FRATERNIDAD.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CON GRATITUD, POR SUS ENDEÑANZAS

A MIS MAESTROS:

DR. LIZANDRO GOMEZ PONCE.  
DR. RAUL RODRIGUEZ LOPEZ.  
DR. LUIS FELIPE RODRIGUEZ TORRES.  
DR. CARLOS LOPEZ ROSALES.  
DR. HUGO CISNEROS LUGO.  
DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOG.  
DR. ALEJANDRO ROMERO RESENDIZ.  
DR. LUIS GOMEZ DAZA.  
DR. JUAN CASTELLANOS RODRIGUEZ.  
DR. JORGE JUAREZ VAZQUEZ.  
DR. CARLOS LUHA URGEL.

EN ESPECIAL AL DR. ISAIAS VELAZQUEZ E.  
MAESTRO Y AMIGO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

AL SERVICIO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL  
POR SU VALIOSA COOPERACION.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- I.- INTRODUCCION
- II.- HISTORIA
- III.- DEFINICION
- IV.- OBJETIVOS
- V.- MATERIAL Y METODOS
- VI.- RESULTADOS
- VII.- DISCUSION
- VIII.- CONCLUSIONES
- IX.- BIBLIOGRAFIA
- X.- CUADROS Y GRAFICAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I.- INTRODUCCION.-

El aborto séptico constituye hoy en día un problema de extraordinaria complejidad, no solo en nuestro medio, sino a nivel mundial.

La morbilidad obstétrica ginecológica, de origen infeccioso en nuestro medio es de capital importancia ya que los procesos sépticos ocupan el primer lugar de mortalidad ( 27).

En México el aborto séptico ocupa el primer lugar en mortalidad obstétrica, tal como lo reporta Nava y col ( 21). Boston Lynn Hospital, muestra que el aborto séptico representa del 30 al 50 % de la mortalidad materna ( 30, 31), aunque contradictoriamente otros autores mencionan una mortalidad nula en 262 casos con diagnóstico de - aborto séptico (3, 30, 31).

Dado que el aborto séptico solo muy pocas pacientes aceptan el antecedente de maniobras abortivas(28, 29), esta entidad resulta ser un problema sumamente complejo, grave en sus repercusiones y estadísticamente importante, muy costoso, de difícil solución y en el que influyen múltiples factores, tanto de tipo familiar como social.

Es tal su importancia, que en México se calcula que se presenta de 50 a 75 aborto inducidos por cada parto, en Sud América representa una frecuencia de 90 por cada 100 partos (29). En nuestro hospital, se calcula que se presenta un aborto séptico por cada 16 abortos no sépticos.

Por lo tanto, no podemos mostrar indiferencia ante un problema de esta índole, que en México tiene una importancia especial, debiendo combatir el aborto provocado, mediante campañas permanentes, contra la ignorancia y la miseria, propias del subdesarrollo(25, 29) .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El aborto séptico es una escandalosa realidad y se disculpa en el supuesto de que es compañera de la pobreza, lo cual no es cierto, puesto que las mujeres atentan contra la vida de sus futuros hijos en menor frecuencia por la miseria y si mucho mas frecuentemente por egoismo, por culpa, cobardía, vanidad, malicie e indignidad( 5,28), y aún en el caso de que la miseria presida el aborto, lo lógico sería corregir aquella - que es la causa, antes de legalizar o favorecer éste que es la consecuencia.

Como todo acto que lesiona vitalmente al individuo y a su sociedad se derivan consecuencias que dañan el orden social en diferentes grados: A. indebida tolerancia de parte del estado por falta de adecuada legislación, B. Carencia de responsabilidad. C. Relajamiento moral. D. disminución criminal de natalidad(5).

El aborto séptico y sus complicaciones han resultado ser la causa principal de mortalidad materna, tan sólo detrás de la hemorragia, en la totalidad de estadísticas de mortalidad materna de los Estados Unidos de Norteamérica, el número de muertes debidas a sépsis por aborto se estima alrededor de 5000 al año,(26); en Boston Lynin representa el 30 al 50 por ciento, aunque otros estudios muestran una mortalidad de cero.(3,27, 30,31).

En México la casuística de mortalidad es del 2 % como lo refiere - Ramírez Soto ( 28, 35), llegando en ocasiones hasta el 5.3% en otro estudio realizado por el mismo autor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C. Curiel, en su estudio, la mortalidad fué del 26.8 % de un total de 14 pacientes que ingresaron con diagnóstico de aborto séptico(3,28) Connoville Raul, da cifras hasta del 25% de pacientes que sufrieron-sépsis graves y fallecieron, Bravo Sandoval, en su análisis tiene una mortalidad de 10.11%( 3,26); otros autores en estudios realizados en el IMSS da cifras hasta del 16 % de mortalidad; Nava y col. hasta el 55% de los casos que fallecieron a causa del aborto séptico.

En el Hospital Dr. Dario Fernández la mortalidad fue del 1.7% de el total de pacientes con aborto séptico en 3 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II.-HISTORIA.

En los pueblos primitivos el padre tenía derecho de vida o de la muerte sobre sus hijos, por lo que el aborto y el infanticidio no eran penados(3,26).

Sócrates admitió el aborto por voluntad materna; Aristóteles lo consideraba necesario cuando la madre había tenido numerosa descendencia. Hipócrates en cambio, lo prohibía terminantemente, y en su juramento se consigna: "a ninguna mujer entregaré un pesario abortivo " (8,19,26).

En la antigua Roma, escribe un simpatizadores del aborto, no se practicaba el aborto porque era más fácil que el infanticidio. Consecuentemente desaparece el infanticidio a medida que se van conociendo los métodos abortivos. (3,26).

En Rusia en 1914, se pregona que el aborto no debería de ocupar un artículo en el código penal. Esto trajo como consecuencia una amplia libertad sobre ese aspecto, disponiendo amnistia para las mujeres condenadas por aborto, ó a las obreras para que acudieran a los centros especializados para abortar por cuenta del estado, durante los 3 primeros meses de embarazo. Así mismo en los colegios se impartían prácticas del aborto (8).

Así en Rusia se legaliza el aborto y hace intensa campaña para que las mujeres que deseen abortar, acudan a los Abortium (8). Esto lo realiza no sin antes haber analizado la gran morbilidad observada como consecuencia del aborto. Así ellos mismo llegaron a la conclusión de que " en Ginecología operatoria, ninguna operación tiene tantos peligros como el aborto provocado.( 8).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En México, los aztecas condenaban a la mujer que tomaba algo para abortar, así como a la curandera que les proporcionaba el abortivo.(8). En la época Prehispánica, se describe el aborto séptico llamándosele - CHIHUAPECTLIN a la mujer abortadora, utilizando el cihuaspectlin como un ocitocico. Así mismo existían varias deidades en relación a la obstetricia a la que se le rendía un gran culto como el CENTEOTL, diosa de la tierra , adorada por médicos, parteras y abortadoras ( 4).

En 1871 , la legislación mexicana, es la primera que da una definición del delito de aborto, y considera que solamente en dos casos no es castigable el aborto: El provocado por necesidad o terapéutico, y el -- causado sólo por imprudencia de la mujer, o el aborto que de no provocarse en una mujer, corre peligro de muerte, a juicio del médico que la asiste, siempre y cuando éste oiga el dictamen de otro médico, siempre que éste fuera posible y no sea peligroso su demoramiento ( 5).

La legislación de 1929, solamente lo modifica con un elemento subjetivo indicando que la expulsión o extracción, se hiciera con el objeto de - interrumpir la vida del producto, en cuyo caso será castigado ( 5,8).

A partir de esa época, no hay grandes modificaciones, sólo cambia el número de sus artículos, definiendo el aborto como : " la muerte del producto de la concepción, en cualquier momento de la preñez " (5,8).

## III.-DEFINICION.-

Existen muchas definiciones al respecto del aborto séptico, siendo las principales, las siguientes.

El aborto coexistente con infección del contenido uterino, que se acompaña de síndrome infeccioso, caracterizado por:Fiebre, diaforesis,-taquicardia, leucorrea, signos de irritación peritoneal, leucocitosis de más de 13,000 con neutrofilia, ó el antecedente de maniobras abortivas-uterinas, con ausencia de la sintomatología antes mencionada, ya que -- como sabemos son la fuente de la mayoría de los aborto sépticos.(20).

El aborto séptico es la expulsión del huevo durante las primeras-20 semanas de embarazo, habitualmente en su forma clínica de incompleto ya sea espontáneo o provocado, y el cual se acompaña de una infección-intrauterina. ( 35).

Igualmente se considera aborto séptico, la interrupción del embarazo antes de las 20 o 24 semanas, que se acompaña de fiebre superior a los 38 grados ( 11, 26).

En Boston Lynin Hospital, se considera aborto séptico, aquél aborto asociado a 2 temperaturas sucesivas de 38 grados, prescindiendo de -- otra patología como causante de la fiebre ( 26).

En nuestro hospital, definimos aborto séptico:aquel aborto ya sea completo o incompleto, que siempre se acompaña de fiebre arriba de 37.5 grados, sangrado transvaginal fétido y purulento, o con el antecedente de haberse practicado maniobras abortivas o intento de ellas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## IV.-OBJETIVOS.-

El propósito fundamental del presente estudio , es conocer en nuestro hospital , la frecuencia del aborto séptico, la correlación si es que existe entre el periodo transcurrido entre la maniobra y el ingreso al hospital, conocer el tipo de maniobra más frecuente si la hubo, magnitud de los signos y síntomas más frecuentemente observados a su ingreso, complicaciones, tiempo de evolución , estancia hospitalaria, tratamientos medico quirurgicos si la hubo.

Así mismo, demostrar que el manejo de el aborto séptico en nuestro hospital, carece de algunos básicos, como serían: la toma de muestra para cultivo de secreciones vaginales a su ingreso y unificar un criterio si es posible, en el manejo de éstas pacientes desde el momento en que se detecta el aborto séptico.

El presente estudio se realizó en el C.H. Dr. Dario Fernández, --- siendo una revision retrospectiva de casos catalogados como abortos --- sépticos, en el servicio de ginecoobstetricia de nuestro hospital.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### V.-MATERIAL Y METODOS.-

En el lapso comprendido de enero de 1981 a agosto de 1983, hubieron 6 8 66 ingresos al servicio de obstetricia del C.H. Dr. Dario Fernández, de los cuales 962 correspondieron a abortos en diferentes estadios, de éstos casos fueron catalogados como abortos sépticos 60 casos, por llenarlos requisitos de la definición de éste padecimiento.

En nuestra revision, se estudiaron 60 expedientes con diagnostico de aborto séptico, que corresponden a un 6.23% de el total de abortos, 962 casos, un 14 por ciento del total de ingresos al servicio de obstetricia.

De los 60 expedientes que seleccionamos, se estudiaron: La edad de la paciente, edad gestacional, gestaciones y paridad previas, inicio de la vida sexual, comprobación de maniobras abortivas, el estado civil, tiempo de evolución a su ingreso, tipo de maniobra si la hubo, persona que realizó la maniobra, signos y síntomas que presento a su ingreso, exámenes básicos de laboratorio, complicaciones si las hubo, tiempo de antibiótico terapia antes de su tratamiento definitivo, tratamiento médico utilizado, tratamiento quirurgico, y estancia hospitalaria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VII.- RESULTADOS.

EDAD.- La edad estuvo comprendida entre los 15 y los 40 años de edad, 6 pacientes tenían 15 años y una paciente tenía 40 años. Hubo predominio en la tercera y cuarta década de la vida, correspondiendo por -- porcentaje al 31.67% a 19 pacientes entre los 21 y 25 años; 23.33% a 14- pacientes de los 26 a los 30 años; 16.66% a 10 pacientes de 36 a 40 años 15% a 9 pacientes de 31 a 35 años, 13.33% a 8 pacientes entre los 15 y 20 años de edad, con promedio aritmético de edad de 27.7 años ( grafica I).

ESTADO CIVIL.- Del total de casos estudiados, 45 pacientes eran casa- das, o sea un 75% , 15 pacientes eran solteras, o sea un 25% de los casos ( grafica II).

GESTACIONES Y PARIDAD.- En la mayoría de los casos, eran pacientes con antecedentes de ser gesta II, correspondiéndole un 25% del total en 15 pacientes; 12 pacientes tenían antecedentes de ser gestas VI o más co- rrespondiéndole un 20%; 11 pacientes eran gesta III o sea un 18.3 %; 8- pacientestenian antecedentes de ser gesta V, sólo 6 pacientes habían teni- do un embarazo previo, o sea un 10% de los casos.

Por paridad, predominaron las qu tenían cuando menos un parto, en 15 caso o sea un 25% siguiéndole las grandes multíparas con 6 o más partos previo en 12 casos o sea un 20%, 11 casos tuvieron antecedentes de 3 partos pre- vios o sea un 18.6%. ( Cuadro I, Gráfica III).

INICIO DE LA VIDA SEXUAL.-El inicio de la vida sexual fué más fre- cuentemente observada en pacientes que tenían entre los 15 y 20 años, con 42 casos o sea un 70%,siguiendo en orden de frecuencia los de la edad - comprendida entre los 21 y 25 años con 7 casos o sea un 11.6%. Siendo la edad minimade 13 años en 2 caos, de 14 años en5 casos y como máxima de 35 años en un caso ( grafica IV).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

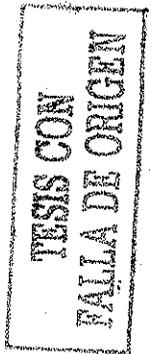
**EDAD GESTACIONAL.**- En relación a la edad gestacional, en el grupo de 60 pacientes, 30 cursaban embarazos entre la 7 y la 9 semana correspondiéndole un 50% del total de casos; 13 pacientes cursaban entre la semana 10 a la 12 con un porcentaje del 21.66 %; en 10 casos hubo embarazos de las 13 semanas de gestación, o sea un 16.6%. El mínimo fué de 4 semanas en 2 casos y el máximo de 23 semanas en un caso o sea el 1.6%, con producto - muerto. Teniendo como edad promedio de la gestación 9.5 semanas. (Gráfica V)

**PERIODO DE LATENCIA .**-El tiempo transcurrido entre la maniobra o el inicio de la sintomatología y el ingreso al hospital.

Fué reconocido en un lapso de 1 a 3 días previos, para 27 pacientes o sea un 45%; de 4 a 6 días en 16 casos, o sea un 26.7%; de 7 a 9 días para 5 casos o sea un 8%, sólo hubo un caso que acudió al hospital hasta los 30 días, o sea un 1.6 %. Teniendo como promedio 6.2 días. ( gráfica VI Cuadro I)

**ANTECEDENTES DE MANIOBRAS ABORTIVAS.**-Al investigar este renglon se pudo constatar que en el grupo de 60 casos, 34 de ellas refirieron haberse practicado o realizado maniobras abortivas o intento de ellas, lo que nos da un 56.66% del total de los casos, 26 pacientes negaron dichas maniobras, argumentando inicio espontáneo. Sólo hubo un caso por traumatismo (gráfica VII).

**MÉTODOS ABORTIVOS UTILIZADOS.**- Los elementos más comunmente empleados en maniobras abortivas fueron en primer lugar, la sonda intrauterina, en 19 pacientes, o sea un 31.6%; legrado uterino instrumental en 13 pacientes o sea un 21.6%; ocitocicos vegetales en 3 pacientes, o sea un 5% sólo hubo una paciente que afirmó haberse inducido el aborto por medio de soluciones hipertónicas por sódico o sea el 1.7%, un caso de legrado por aspiración o sea el 1.7%; 3 pacientes refirieron haberse aplicado medicamentos en vagina medicamentos o sea el 5%. Una paciente utilizó violeta de gencliana aplicada a cavidad uterina por vagina. Cabeos notar que una -



..misma paciente utilizó en varios casos diferentes métodos abortivos a la vez. (gráfica VIII).

PERSONA QUE REALIZO LA MANIOBRA.- El personal que efectuó la maniobra abortiva fue primordialmente el médico, con 17 casos del total, o sea un 23.3 % utilizando legrados uterino instrumental, en la mayoría de los casos incompletos, siguiendole la comadrona con 9 casos, o sea un 15%; la enfermera con 6 casos o sea un 10%, 2 casos por autoaplicacion o sea un 3.3%, y 26 casos 43.4% que negaron maniobras abortivas argumentando inicio espontáneo del trabajo de aborto ( Cuadro III).

SIGNOS Y SINTOMAS MAS COMUNES.- Estos fueron variables aunque localizados a la esfera genito abdominal, siendo los mas importantes: fiebre que se observó en todos los casos , 100%; dolor abdominal en 50 casos o sea un 33.3%; sangrado transvaginal fétido purulento en 22 casos 36.6%; sangrado transvaginal sin alteracion en 33 pacientes o sea un 63.4%; útero subinvolucionado en 5 casos, 8.3%; 4 pacientes con datos francos de irritación peritoneal o sea 6.6%; 2 con datos de anexitis 3.3%. (grafica IX).

EXAMENES DE LABORATORIO.- Los estudios de laboratorio solicitados -- fueron: La biometria hemática, plaquetas, pruebas de coagulación; en ningún caso se solicitó cultivo de exudado vaginal, debido probablemente a que no se cuenta con material disponible para la recolección de la muestra y conservarla en estado aceptable para su cultivo.

La biometria hemática mostró que en 33 pacientes 55%, tenían hemoglobina de 11 a 12 gramos; 14 pacientes 23.3% tenían de 13 a 14 gramos de hb; 9 pacientes tenían valores de 9 a 10 gramos 15%, sólo hubo 4 pacientes que tenían valores de hemoglobina entre los 7 y 9 gramos, o sea un 6.6%. (grafica X).

La formula blanca reveló que 36 pacientes tenían de 4000 a 10000 leucocitos o sea un 60% de los casos; 16 pacientes tenían de 11000 a 15000 leucocitos o sea 26.3% y 8 pacientes tenían arriba de 16,000 o sea un 13.4%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sólo observamos leucocitosis en 24 casos , 40% de los casos con valores arriba de 11000. (gráfica XI) .

Sólo en 18 casos se reportaron bandas, de 2 a 7 bandas en 12 casos y de 7 o más bandas en 6 casos, correspondiendo al primero el 20% del total y al segundo el 10% de los casos. el resto, o sea el 60% no se reportaron bandas.(grafica XII).

No fué posible recabar datos de las plaquetas y pruebas de coagulación- por carecer de resultados en los expedientes.( gráfica XII).

COMPLICACIONES.- Del total de 60 casos de aborto séptico cursaban -- a su ingreso sin complicaciones, o sea el 90% del total. Sólo se observó- que en una paciente presento pelviperitonitis o sea el 1.6%;un caso de -- shock hipovolémico;un caso de shock bacterémico, 2 casos de perforación -- uterina comprobada, un caso en donde se perforó el saco posterior de va- gina o sea el 1.7%. Una paciente Ingresó con diagnóstico de aborto sépti- co; provocado, en donde se sospechó de perforación uterina por lo que se sometió a laparatomía, encontrando una perforacion de útero en cara pos- terior, encontrando violeta de genciana en cavidad peritoneal en grán- cantidad. 20 días despúes presenta pelviperitonitis, abcesos interasas, + sock séptico, CID y fallece.

TIEMPO DE ANTIBIOTICOTERAPIA.- El tiempo de impregnación utilizado en nuestro hospital, antes de su tratamiento complementario quirurgico, es norma la antibioticoterapia por un tiempo que varia de acuerdo a la -- severidad del cuadro.18 pacientes o sea el 30% la antibioticoterapia -- utilizaada antes fue de 12 horas; 9 pacientes o sea el 15% de 4 a 8 horas 12 pacientes 20% necesitaron 24 hrs de impregnación, 4 casos utilizamo 48 de impregnacion, un caso por 72 horas previas al logredo. (graficaXIV)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA.- La terapéutica antimicrobiana se expone en el cuadro IV, así como la dosis promedio diaria de cada uno de los fármacos utilizados: 55 pacientes o sea el 91.6 % se utilizó la asociación - penicilina sódica cristalina con kanamicina, 2 pacientes o sea el 3.6% se utilizó ampicilina y gentamicina; la asociación de penicilina y gentamicina se utilizó en un caso 1.6%; clindamicina y gentamicina en un caso ; el 1.6%; clindamicina y genicilina sódica un caso 1.6% . (cuadro IV).

RESULTADOS ANATOMOPATOLOGICOS.- Como se refiere en la grafica XV, 20- reportes histopatológicos mostró restos placentarios y vellosidades con de ciduitis necrótica purulenta o sea un 33.3%; 12 casos reportaron restos - restos placentarios y vellosidades sin exudado inflamatorio, 12 pacientes o sea el 20%, el reporte fue; restos placentarios y vellosidades con exudado inflamatorio agudo; 11 pacientes reportaron exudado inflamatorio agudo- crónico; un caso reporto endometrio secretor con reacción residual; 4 casos de fetos, o sea el 6.6% en diferentes estadios de gestacion, aparentemente sin alteración.

Es importante hacer notar que en 43 casos o sea el 70.1% el report e histopatológico mostró de una u de otra manera exudado inflamatorio en las vellosidades coriales.

TRATAMIENTO QUIRURGICO;-El legrado uterino instrumental se empleó de primera elección, a excepción de los casos en que hubo progresión del -- aborto séptico o sospecha de perforación uterina. 56 casos o sea el 93.3% se sometió a legrado uterino, se realizaron 2 laparatomías exploradora por sospecha de perforación uterina; sin embargo no se demostró lesión.

Se realizaron dos histerectomias totales abdominales con salpingooforectomía en una y una sin salpingooforectomía. correspondiendo en cada caso al 1.6%. (grafica XVI).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA.—El tiempo de estancia hospitalaria vario de 1 a 21 días, 54 casos o sea el 90%, la estancia en el hospital fue de 1 a 5 días; 4 pacientes necesitaron de 6 a 10 días, o sea el 6.6%; una paciente requirió 15 días de hospitalización, o sea el 1.6% y otra estuvo 21 días 1.6%. El promedio de días estancias fue de 5.7 días. Gráfica XVII).

## VII- DISCUSION.-

Son múltiples los parámetros que se pueden estudiar o analizar en las pacientes afectadas de aborto séptico, sin embargo en nuestro estudio queremos resaltar algunos aspectos que a nuestro juicio merecen una mayor atención .

El aborto séptico es una patología que se presenta con más frecuencia en mujeres jóvenes, en plena actividad sexual, predominando en la tercera década y cuarta década de la vida, lo cual concuerda con otros autores (11), ya que del total de casos, 52 pacientes entraron en la tercera y cuarta década.

Una de cada 3 pacientes, resultaron ser madres solteras, lo que representa que quizá el estado civil, por la incertidumbre a la que se enfrentan estas pacientes y el problema de un nuevo embarazo, las conduce al uso de maniobras abortivas.

En el CM. Dr. Dario Fernández, se observó que el aborto séptico es más frecuente en pacientes multiparas, de cuando menos 2 partos previos, lo cual es entendible por la mala situación económica que tienen, concordando con otros autores ( 1.23 ). Aunque Ramírez Soto en un análisis de 500 casos, sólo el 21.6% tenían antecedentes de gran multiparidad, aludiendo que entre las múltiples motivaciones que puedan tomarse en cuenta para que una mujer en nuestro país se someta a la práctica del aborto, no es el número de hijos ,pues de acuerdo a la idiocincracia de nuestro pueblo, un hijo afecta poco a la economía del hogar y si es en el nivel bajo donde se piensa que una familia numerosa ayudaría a elevar el ingreso económico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En nuestro análisis, la mayoría de los casos contaban con el antecedente de 2 hijos en 15 pacientes o sea un 25%. Pensamos que generalmente en --- éstas pacientes jóvenes, un nuevo embarazo sería un problema social, mora económico, lo que las conduce a realizar prácticas con fines abortivos, como método anticonceptivo, aún sabiendo sus consecuencias y su actitud --- reprochable desde el punto de vista ético, médico, legal y humano.

Respecto al inicio de la vida sexual, la edad más frecuente correspondió entre los 15 años y 20 años con 42 casos del total, o sea un 70% siendo la mínima de 13 años y la máxima de 35 años. esto nos permite observar que es un padecimiento de mujeres jóvenes. ( 1,28,30).

En relación a la edad gestacional que cursaban en el momento de presentarse el aborto séptico, en el análisis de los casos, el 50% o sea 30 pacientes cursaban la semana 7 a la 9, sólo en 13 casos tenían edad gestacional de 10 a 12 semanas. Coincide con otros estudios previos --- realizados por otros autores ( 1, 10, 18, 22, 30 ), en donde las pacientes cursaban embarazos entre la semana 6 a la 9. Obtuvimos como promedio una edad gestacional de 9.5 semanas.

Es aquí donde es difícil explicar una infección espontánea. Sin embargo en embarazos mayores en los que hay ruptura del saco amniótico sin expulsión del producto, si facilitaría la entrada ascende de la infección.

El periodo de latencia entre la maniobra y el ingreso al hospital es de suma importancia, puesto que como se observa en la gráfica VI, cuadro II, la mayoría de los ingresos fueron entre el primer y tercer día en el 45% de los casos con 27 pacientes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Deduciendo que entre mas temprano acuda al hospital, la paciente portadora de un aborto séptico, su evolución será mas favorable, o lo contrario, entre más retarde su ingreso, ocasiona dilacion para instituir su tratamiento oportuno, teniendo en ocasiones su tardanza, consecuencias muy graves. Esto relacionado con otros autores concuerda fielmente. (1,4,10,13)..

Al correlacionar las maniobras abortivas, los resultados son muy interesantes: En 34 casos o sea el 56.66% refirieron haberse practicado maniobras abortivas, resultados que esañ de acuerdo con estudios realizados por Aguirre Zozaya, Joaquín Fernández, Castelazo Ayala(2,4, 23) con aceptación de maniobras hasta del 64.36%. Esto nos revela que -- nuestra posicion ante el ingreso de una paciente con aborto séptico, es correcta.

Se constató que los elementos empleados más comunmente fueron en primer lugar, la sonda intrauterina, con 19 pacientes o sea un 31.6% del total de ingresos, seguidos por el legrado uterino en 13 pacientes o sea el 21.6 %. 14 pacientes arguementaron o negaron maniobras abortivas. Los resultados obtenidos son iguales a los encontrados por otros autores(1, 4).

Respecto al personal que realizó la maniobra, se observó que fue el médico con 17 casos o sea el 28.3% del total, empleando en algunos casos el legrado uterino con 13 casos, ocitocicos orales , causticos en vagina. en segundo lugar lo fue la comadrona con 9 casos , la enfermera con 6 casos o sea el 10 por ciento. Nuestros resultados obtenidos concuerdan con los encontrados por Ramirez Soto ( 28).

Sincramente debemos enfrentar el problema ,no aparentar desconocimiento de la causa o evasión del mismo. Combartir el aborto criminal debe ser una campaña permanente y activa a todos los niveles contra la---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ignorancia y la miseria. Creemos que deben de realizarse programas educativos respecto a la información, divulgación y obtención de los diferentes métodos anticonceptivos.

Este tipo de programa debe fincarse en estudios socioeconómicos y culturales de cada caso, a fin de tener una retroalimentación fiel para sentar base de una buena planificación familiar.

Al correlacionar el cuadro clínico del aborto séptico deducimos que es un cuadro típico, pero siempre localizado a la esfera genitoabdominal. En los casos estudiados se observó fiebre en el total de 60 casos; 50 -- casos o sea el 83.3% presento dolor abdominal, el sangrado transvaginal -- se presentó en 22 pacientes acompañado de fetidez; sangrado transvaginal sin alteracion en 38 casos o sea un 63.4%. Esto concuerda con Ledger(22) y otros autores ( 4,23,28). Desgraciadamente no contamos con datos complementarios como serían las modificaciones de pulso, respiración, frecuencia cardíaca, variaciones en la curva térmica, no siendo posible la catalogación de los casos de aborto de acuerdo a la severidad del mismo, limitándonos a conocer a fondo los estados prodrómicos del shock u otra complicación.

En relación a los exámenes de laboratorio solicitados a su ingreso de los casos analizados, no fue posible recabar toda la información requerida y tratar de lograr una correlación de estos exámenes; no obstante , sabemos que es muy difícil tratar de relacionar dichos datos con la presencia de infección, pues es sabido que la paciente embarazada está sujeta a cambios de los elementos del sistema hemático, que pudieran enmascarar una infección( 3,4,22).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo pudimos observar que la biometria hemática mostró en 33 -- casos o sea el 55 % , hemoglobina con valor de 11 a 12 gramos por l.;14 casos , el 23.3% tenia valores entre los 13 y 14 g. por l.;9 casos con -- valores de 9 a 10 g por l.4 casos tenian valores de hemoglobina de 7 a 8. g por l. La anemia que se presenta en nuestros casos, 13 paciente de 60 presentaban valores de hb entre los 7 y 10 gramos, siendo un factor -- importante que seguramente contribuyó al desarrollo de la infección, pues como ha sido demostrado, la frecuencia de la infección en éstas pacientes anémicas, aumenta, debido a una hipoxia tisular así como la falla de los -- mecanismo de defensa ( 13).

La fórmula blanca mostro leucocitosis en 24 pacientes del total, con valores arriba de 11000 o más, correspondiendole el 40% del total. El -- resto permaneció sin alteración. .Datos compatibles a los encontrados por otros autores ( 13, 7.

La bandemia observada correspondió al 30% o sea sólo en 17 casos del total, lo que nos dá datos compatibles con síndrome infeccioso uterino. La aceleración leucocitaria que se observó fué variable, la atribuimos a que en proceso sépticos el sistema reticuloendotelial se suprime y por consiguiente hay disminución de globulos blancos. (23, 18 ).

54 casos del total de 90 analizados cursaban sin complicación a su ingreso, sólo se observó pelviperitonitis en un caso; 2 perforaciones uterinas comprobadas, una perforación de fondo posterior de vagina sin --- interesar estructuras vecinas. Sólo una paciente se complicó con pelviperitonitis , shock séptico , y muerte, posterior a la plicacion de una substancia ( violeta de genciana)intrauterina, lo que nos hace pensar que la conducta quirurgica radical en éstos casos es la adecuada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Recordemos que cuando es alcanzado el peritoneo se encuentran datos sugestivos de irritación peritoneal, lo encontrado en el 6.6% de nuestros casos, condicionando de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, la inflamación pélvica, exudado, abscesos interasas y la absorción masiva de las toxinas. Aunque es sabido que la absorción de toxinas no necesariamente es por vía peritoneal, sino que puede efectuarse a través de los vasos del miometrio y endometrio, condicionando estado de alerta para el paciente y el cirujano, de no hacerse ésto la fase reversible no puede ser detectada, presentando en ocasiones rebeldía a la antibioticoterapia establecida. (2,3,4).

Respecto al tiempo de impregnación de antibióticos antes de proceder al tratamiento quirúrgico complementario, es norma del servicio la impregnación con antibióticos en un tiempo que va de las 6 a las 12 hora nuestro estudio mostró que el 30% de los casos fué de 12 horas; para 10 casos de 4 a 8 horas; 12 pacientes por 24 horas; 4 pacientes por espacio de 48 horas o sea un 6.6%. Solo un caso se mantuvo por 72 horas antes de proceder a su tratamiento quirúrgico. . Esto concuerda totalmente con autores norteamericanos y europeos de aplicar terapéutica previa antes de proceder al legrado o a la histrectomia, esperando preservar la capacidad reproductiva de la mujer joven, aunque muy frecuentemente quedan secuelas irreversibles (28, 29, 30).

La terapéutica antimicrobiana debe considerarse como complemento del manejo integral, recordemos que en medicina hay un principio básico y es de drenar o extirpar el foco infeccioso, ya sea por medio del legrado o la histrectomia. ( 2)-.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el Hospital Dr. Dario Fernández , en el servicio de ginecoobstetricia se norma utilizar salvo que haya alguna contraindicacion, la penicilina sódica cristalina de primera intension, usada a dosis elevadas que van de los 10 a los 20 millones de U cada 4 a 6 horas., siempre asociado con un aminoglucósido como la kanamicina o gentamicina, o en su defecto utiliza asociaciones de ampicilina con gentamicina en dosis de un gramo a 2 . . 7 gramos la ampicilina cada 4 a 6 hrs y gentamicina 80 mgrs IM cada 12 hrs

Usamos la penicilina sodica cristalina en un 91.6% de los casos asociada con kanamicina, obteniendo muy buenos resultados, debido al efecto terapéutico de éstos fármacos sobre bacterias gram negativas o gram positivas; un 3.0% se utilizó ampicilina y gentamicina; la clindamicina se utilizó asociada con gentamicina en un caso. clindamicina y penicilina se utilizó en un caso. Estamos conscientes de que a pesar de una antibiótico terapia utilizada es inapropiada, las pacientes sobreviven, probablemente ésta resolución satisfactoria se ha atribuido a que el legrado uterino practicado en forma oportuna, influye benéficamente, sin embargo debemos tratar de reevaluar un nuevo ajuste en la antibioticoterapia para mejores resultados. NO olvidemos que éste padecimiento es causado principalmente por E. Colli; klebsiella; peptoestreptococo; bacteroides; bacterias anaerobicas, como lo mencionan ledger, Eaton, López Ortiz y otros ( 11,12,6,15, 20,22,24,25,28,30,33,32 0. Desgraciadamente no contamos con los estudios complementarios como serían la toma de especimen o cultivo de exudado vaginal y poder conocer la flora bacteriana más común en nuestro hospital

De acuerdo con Kislak ( 10), los anaerobicos gram negativos no esporulados, son los que con mayor frecuencia se asocian a infecciones graves, razon por la cual en algunos casos se empleó clindamicina, pensando en una probable resistencia a la penicilina y ampicilina (4,10,35).

El encontrar 12 reportes el 20% de los casos, de estudios anatómopatológicos sin exudado inflamatorio, puede ser a que el material haya sido inadecuado, por lo que debemos tomar en cuenta como factores como serían el envío de la muestra del material, corte no representativo, por lo que se deduce que la infección podía haber sido reciente y no dió tiempo a que se formaran alteraciones morfológicamente detectadas por el patólogo

El 33.3% o sea 20 pacientes mostraron exudado inflamatorio con deciduitis necrótica purulenta, resultados que concuerdan con los encontrados en el centro Médico La Raza . ( 2, 4, 28). Nos llama la atención que del total de pacientes 43 mostraban exudado inflamatorio de una o de otra forma.

Tratamiento quirúrgico: La mayoría de los autores están de acuerdo en que debe evacuarse el útero, previa antibioticoterapia ( 4,7,14, 15,21 ) el cuadro severo norma cirugía de primera intención, puesto que son infecciones localizadas a un espacio, de allí que la terapéutica inicial sea el drenaje quirúrgico y eliminar el tejido necrótico. ( 21, 7, 15).

La conducta quirúrgica en 56 pacientes o sea el 93.3% fue primordialmente conservadora, pues se les realizó legrado uterino instrumental; a solo dos pacientes se les practicó histerectomía total abdominal, una con salpingooforectomía bilateral y otra sin salpingooforectomía. Esto fué debido a que presentaba una shock séptico y otra un perforación uterina múltiple en cara anterior y datos de shock séptico inicial y compromiso peritoneal importante. En un caso se realizó resección intestinal por presentar compromiso de asas intestinales. Sólo una paciente falleció a los 30 días por complicaciones agregadas como son: abscesos interasas, pelvi-peritonitis química por violeta de genciana. Estas cifras concuerdan con otros autores ( 7,14,15,28,30,33).



## VIII.- CONCLUSIONES.

- 1.- El aborto séptico en nuestro medio, es más frecuente en mujeres jóvenes, entre la tercera y cuarta década de la vida. en mujeres que tienen dos o más hijos.
- 2.- El aborto séptico es más frecuente en mujeres casadas que en mujeres solteras.
- 3.- El aborto séptico se presenta con más frecuencia en pacientes que inician vida sexual tempranamente.
- 4.- Se presenta con más frecuencia entre la semana 7 y 9 de gestación, como promedio 9.5 semanas.
- 5.- Sólo el 56.6% confesaron haberse practicado maniobras abortivas.
- 7.- El legrado uterino y la aplicación de sonda intrauterina son los métodos más utilizados.
- 8.- El "médico" y la comadrona constituyen los principales realizadores de las maniobras.
- 9.- El cuadro clínico del aborto séptico está constituido por: fiebre, sangrado y fétido purulento, dolor abdominal en la mayoría de los casos.
- 10.- Debemos tener siempre en cuenta los datos de laboratorio que puedan sugerir una infección agregada fuera del útero.
- 11.- Es necesario conocer la epidemiología de los gérmenes causales del aborto séptico, recomendando la toma de cultivo, frotis y cultivo de exudado vaginal para un mejor manejo.
- 12.- La mayoría de las pacientes cursaron sin complicaciones, debido a su temprano ingreso al hospital, y el tratamiento oportuno.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 13.- El tratamiento de elección en el aborto séptico consiste en dar antibiocioterapia masiva a las pacientes y posteriormente evacuar el utero, con legrado uterino, o si las condiciones no dejan alternativa en casos de sangrado o estados toxiinfeccioso severo, es preferible efectuar -- histerectomia total abdominal con salpingooforectomia bilateral .
- 14.- Se debe realizar histerectomia total abdominal cuando se presentan cualquiera de las siguientes condiciones:
- A.- Si el aborto ha sido ocasionado por inyeccion intrauterina de agentes quimicos como la violeta de genciana.
  - B.- Si hay abscesos pélvicos con o sin perforacion uterina.
  - C.- Perforación uterina múltiple con compromiso intestinal.
  - D.- En infecciones prolongadas que se acompañan de oliguria .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## IX.- BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Aguirre Z. F.J.Fdz.O.J.Castelazo Ayala.  
Estudio epidemiológico comparativo entre pacientes con o sin antecedentes de aborto.  
Ginecoobstetricia Mexico. 27-187-1970
- 2.- Anued A. J.R. y col.  
Experiencia clínica de un nuevo sistema de succión para le- grado uterino.  
Ginecobstetricia México. 43-387-1975.
- 3.- Agresive management septic abortion.  
Rev. 262. South med. j. 650 1480- 1972.
- 4.- Berthand Foulkes Hoog.  
Flora microbiana en el aborto séptico.  
Tesis UNAM 1979.
- 5.- Carrasco Trujillo Raul.  
Código Penal Mexico.  
Capitulo VI. Pg. 751.
- 6.- Gorbach S.L.  
Antibiotico terapia de infecciones obstetricas y gineco- lógicas.  
Clinicas quirurgicas de Norteamerica. Dic 1975- pg 1379
- 7.- Coronolly, W. J. Bree J. L.  
Agresive management abortion . Report of 357 case.  
Afr. Med J. 65- 480- 1975.
- 8.- Consideraciones legales y sociales sobre el aborto.  
Ginecoobstetricia México. 1-5-1961- 1960.
- 9.- Dain Alberto Golds man.  
Bacteriología en el aborto séptico.  
Obstetricia y ginecología latinoamericanas.  
mayo- junio 1977.
- 10.- Doroty, K, Nemeo MSPH, T, J. Prendergast JR.  
Medical abortion complications, and epidemiologic study at - missori clinic.  
Obstetric and gynecologic  
Vol. 51- No. 4. april 1975.



- 11.- Donal B. Louria y Purnondu.  
Infecciones anaeróbicas de la pélvis.  
Actualizaciones en ginecoobstetricia y planificacion fan.  
Vol III, No. 6. Agosto 1982.
- 12.-Eaton, C. J. y Peterson E. P.  
Diagnosis and acute management of patients with advanced clostri---  
dial sepsis and complication abortion.  
A.M. J. Obst Gynecol. 109 1162- 1972.
- 13.-Feldner J.M. y Dowel V R.  
Bacteroid Bacteremia.  
Americ J. Med 50-787-1971.
- 14.-Feldner y cols.  
Anaerobic sepsis and heparine.  
A. S. Med. 50-787- 1979.
- 15.-Finegdd y col.  
Practical aspect of anaerobic sepsis.  
Medicine AM J. 52- 311- 1973.
- 15.-George J.L. Muff, JR MD. FACOG.  
Elective abortion.  
Obstetric and gynecology.  
Vol 49. No. 3 march 1977
- 17.-Corbach H. col.  
New England A. Med.  
Vol 200- 1177-1979.
19. Hematología clínica 1982.  
Talleres gráficos . México.
- 18.-Iriarte E.  
Posibilidad del aborto.  
Prensa Médica Argentina  
482104-1001.
- 20.-James W. Smith M.D. Paul H. Southern . J.  
Bacteremia in septic abortion.  
Obstetric and gynecologic  
Vol 38. No.5 1970.

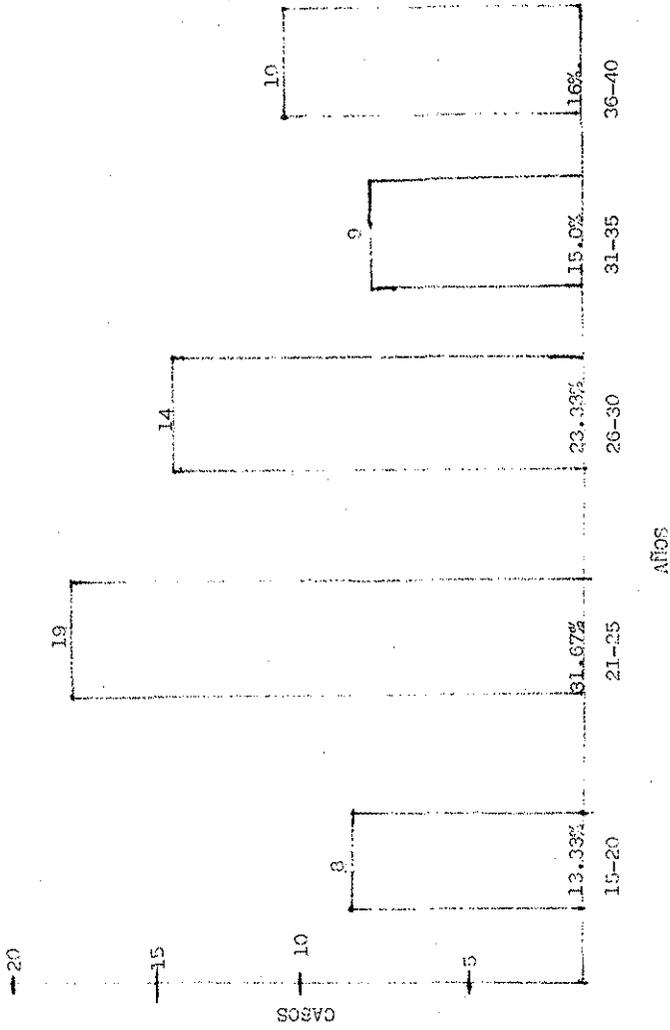
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 21.- Kislak J. W.  
The susceptibility of bacteroides fragilis.  
J. Infect. dis. 125-295-1972.
- 22.- Ledger W. Norman, More. col.  
A fever index evaluation of chloramphenicol or clindamycin in  
patients with serious pelvic infections.  
obstetric and gynecology  
50-523-1977.
- 23.- Ledger y col.  
infecciones en obstetricia y ginecologia  
clinicas norteamerica quirurgicas .  
Vol 52, 1447, año 1972.
- 24.- López Ortiz Etelberto , col.  
Valor de la amoxicilina y de la ampicilina en el trata-  
miento del aborto séptico-  
Ginec Obstetricia Mexico vol 43, año 33, No.256. feb 1978.
- 25.- Mateos F.H.  
Estudio Epidemiológico entre pacientes con o sin antece-  
dentes de aborto ilegal.  
Ginec Obstetricia Méx. 27- 163-1970.
- 26.- David Charles . Maxwell .  
Infecciones perinatales y obst etricas.  
Editorial salvat. Méx. 1982.
- 27.- Pérez S.L.J.  
Mortalidad por infecciones en el hospital de la gineco3.  
IHSS. G.O. MEX. 29- 483. 1971.
- 28.- Ramírez ,Soto , E. NCH.  
Aborto Infectado.  
Memorias de la V jornada Médico Bional 331- 1972.
- 29.- Ramírez Soto, E.  
Aborto infectado y seck bacterémico.  
VI congreso Mex de G.O. PG 177. 1971
- 30.- SEPTIC ADORTION.  
JAMA 189- 919- 1936.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

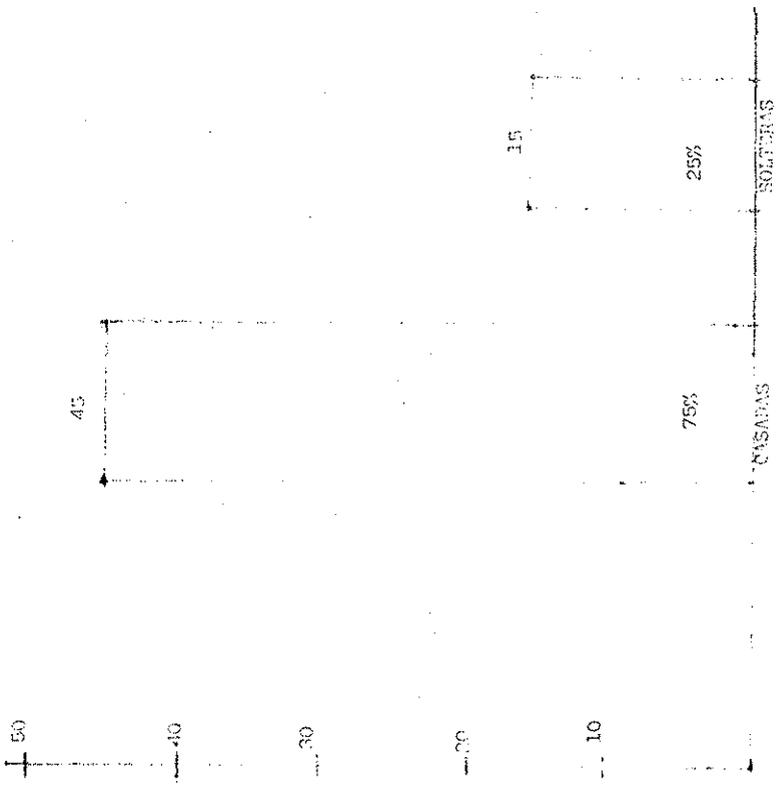
- 31.- Shock séptico en ginecoobstetricia.  
Revista Médica del INSS ( México).  
16-161-1977.
- 32.- Sweson R. H. Michaelson T.C. Daly.  
obstetryc and gynecology.  
420-538. 1973.
- 33.- Silva Mendoza Humberto.  
Aborto séptico e insuficiencia renal.  
Revista Médica del INSS ( mex). 17-231-1978.
- 34.- Thadepalli- H- Gorbach. S.L.  
Anaerobics infection of female genital tract, bacteriologi a  
and terapeutic aspect.  
A.M. Obstetric gynecol. 117-1934-1973.
- 35.- Velasco Márquez y col.  
Shock bacterémico.  
Actualidades en G.O. VOL III VII- Congreso Mex de G.O.  
1978.
- 36.- W.A. Hemeir. M.D. Facs.  
Studies of the sthapylococcus causation of toxic shock, sín.  
Surgery G.O. Obstetric. .  
vol 153- No. 4. Octubre 1981.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



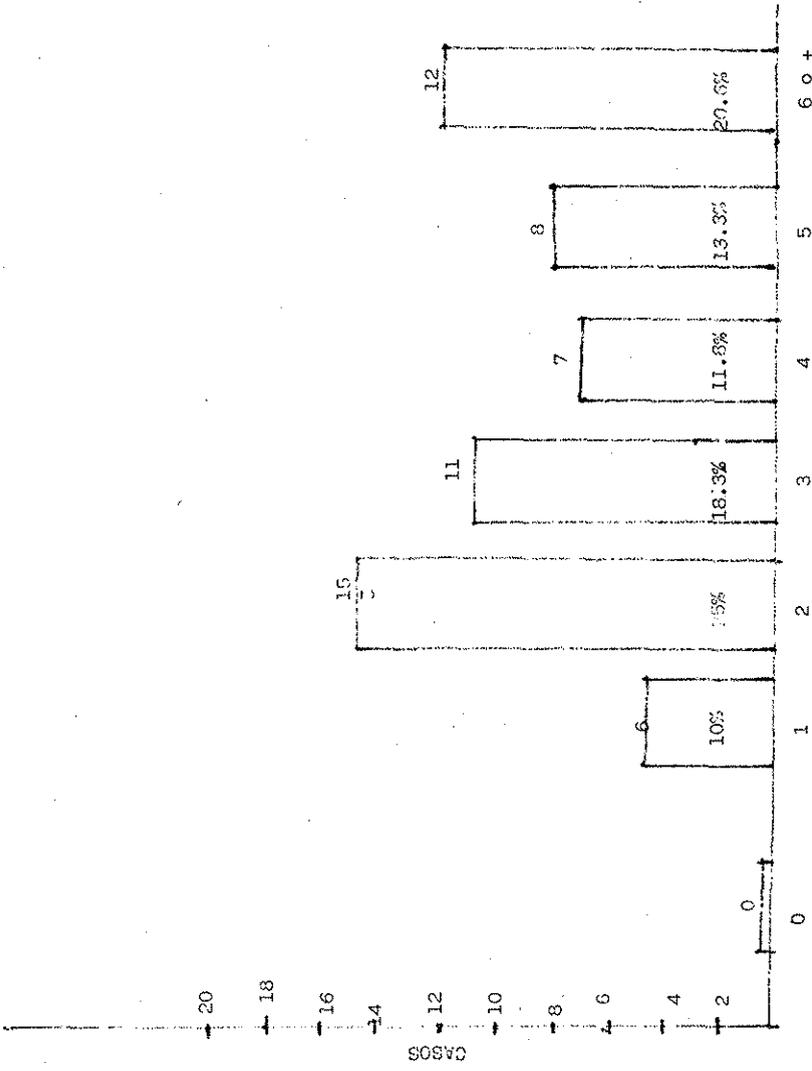
ABORTO SEPTICO  
EDAD EN AÑOS  
GRAFICA I

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



ACENTO GERTICO  
SEPARO CIVIL  
GENICA II

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

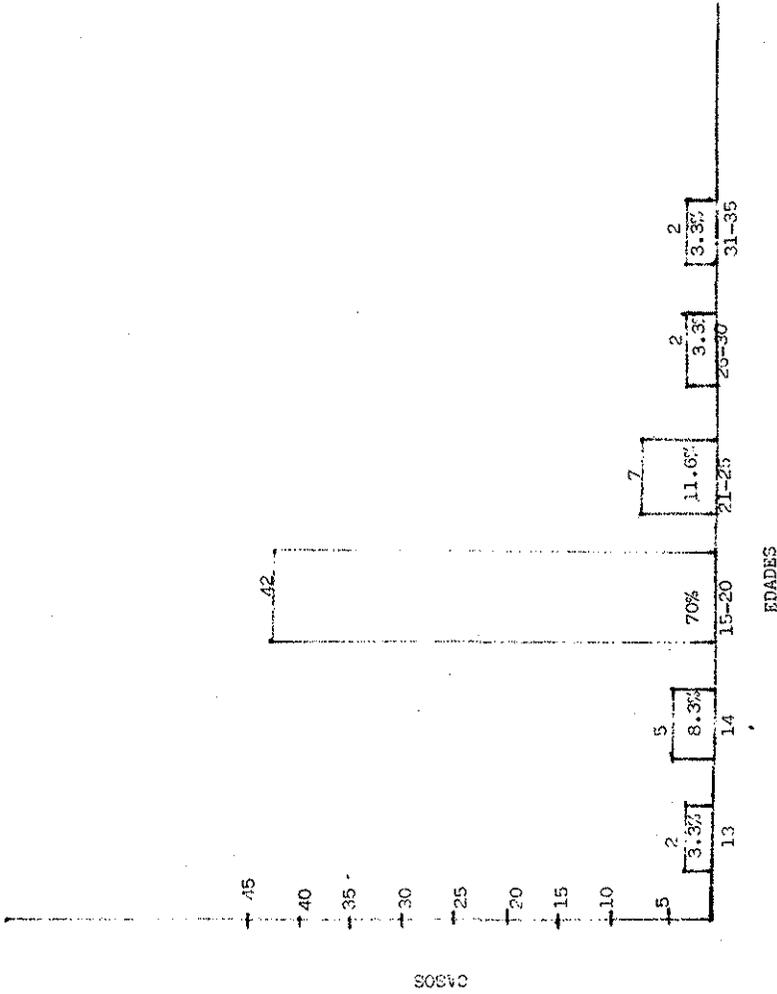


ABORTO SEPTICO  
GESTACIONES Y PARIDAD  
GRAFICA III

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

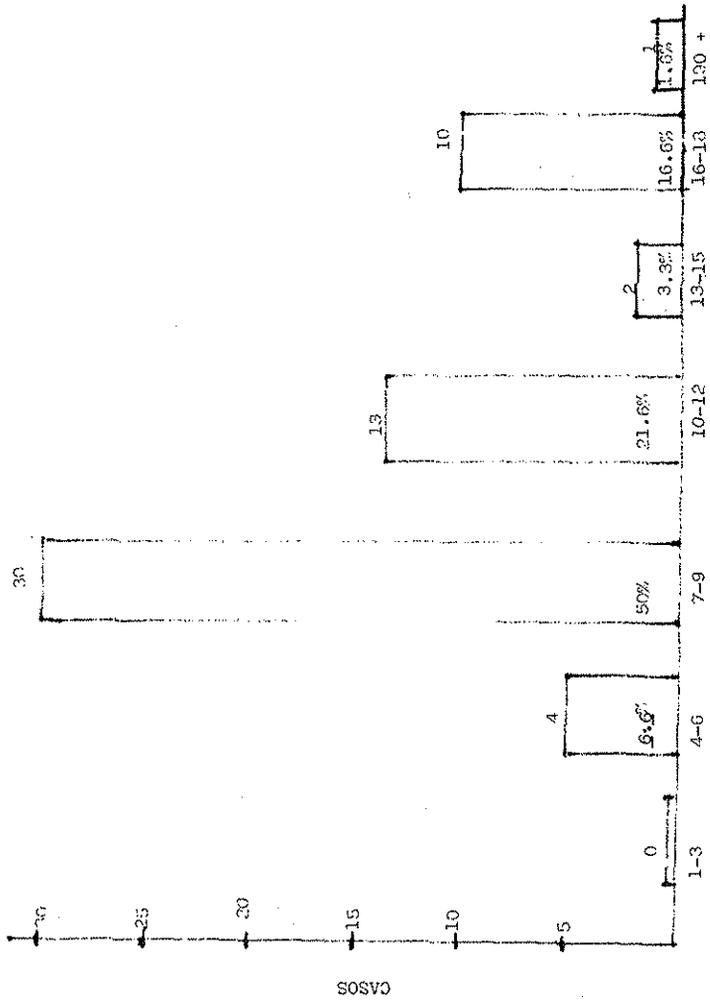
	0	1	2	3	4	5	6	50 +
ANTECEDENTES G.O.	0	1	2	3	4	5	6	50 +
GESTACIONES PREVIAS	0	5	15	12	7	6	12	
PARIDAD PREVIA	3	15	5	12	6	7	7	
ABORTOS PREVIOS	32	16	8	2	0	0	0	
C'SAREAS PREVIAS	55	5	0	6	0	0	0	
ARONTO EPRICO								
ANTECEDENTES GINECOGONESTRICO								
CUARTO I								

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



ABORTO SEPTICO  
 INICIO DE LA VIDA SEXUAL  
 GRAFICA IV

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

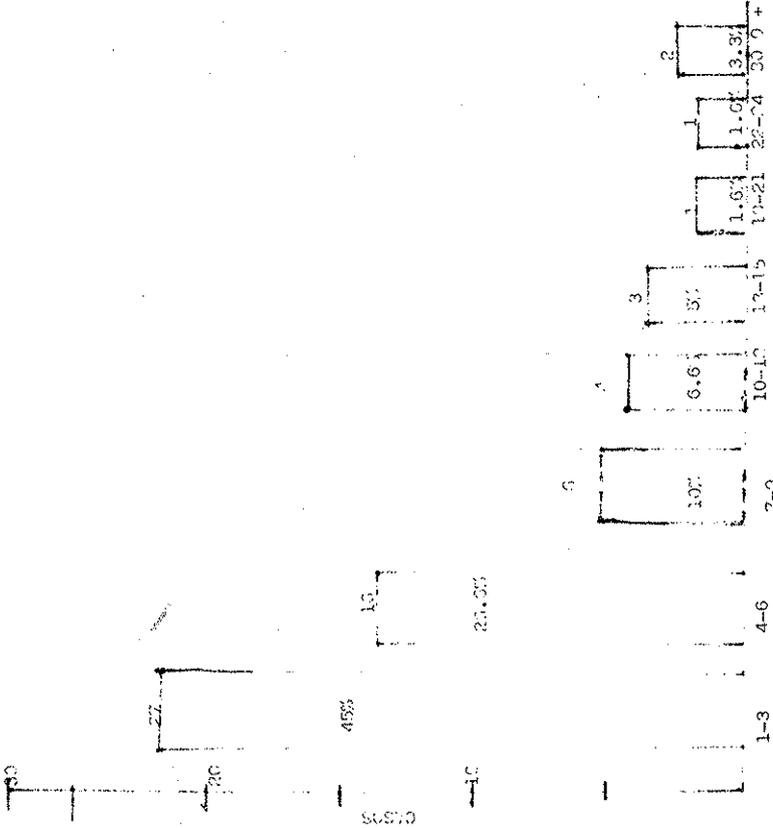


EDAD GESTACIONAL POR SEMANAS

ABORTO SEPTICO  
EDAD GESTACIONAL  
GRAFICA V

CASOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



DIAS

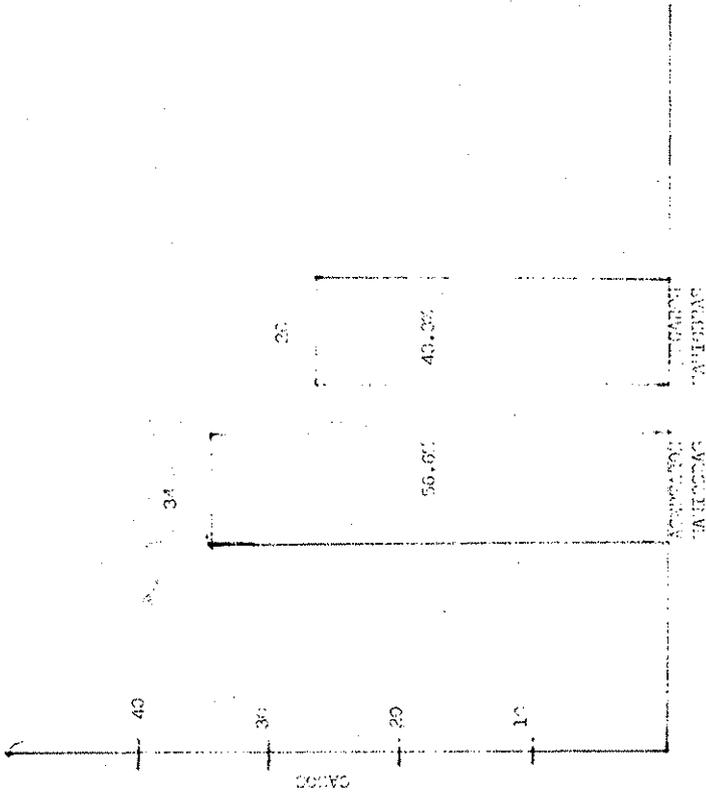
USANO CARTUCHO  
 PROYECTOR DE DISTANCIA DE DIAS  
 GRUPO VI

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

NUMERO DE DIAS	NUMERO DE CASOS	POR CIENTO
1 A 3 DIAS	27	45.0%
4 A 6 DIAS	16	26.6%
7 A 9 DIAS	6	10.0%
10 A 12 DIAS	4	6.6%
13 A 15 DIAS	3	5.0%
16 A 18 DIAS	0	0.0%
19 A 21 DIAS	1	1.7%
22 A 24 DIAS	1	1.7%
25 A 27 DIAS	0	0.0%
28 A 30 DIAS	1	1.7%
30 O MAS DIAS	1	1.7%
	60 CASOS	100.0%

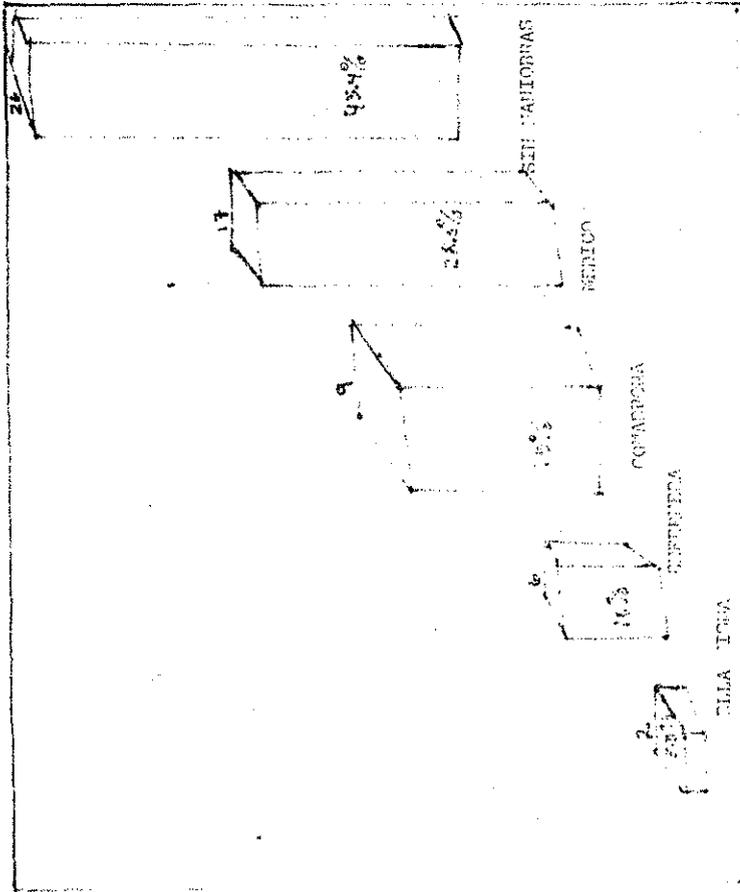
ABORTO SEPTICO  
PERIODO DE LATENCIA  
CUADRO II

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



A UNO CENITICO  
APROXIMACION DE MANIOMBROS ADICIONALES  
STATICA VII

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



ARQUITO SUTPICO  
PRUEBA QUE REALIZO LA MANIOBRA  
CHASC III

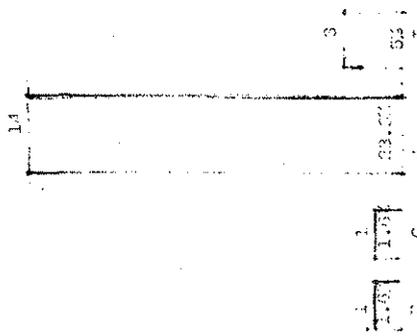
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

1-25



1-26

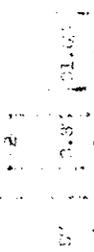
1-27



1-28

1-29

1-30

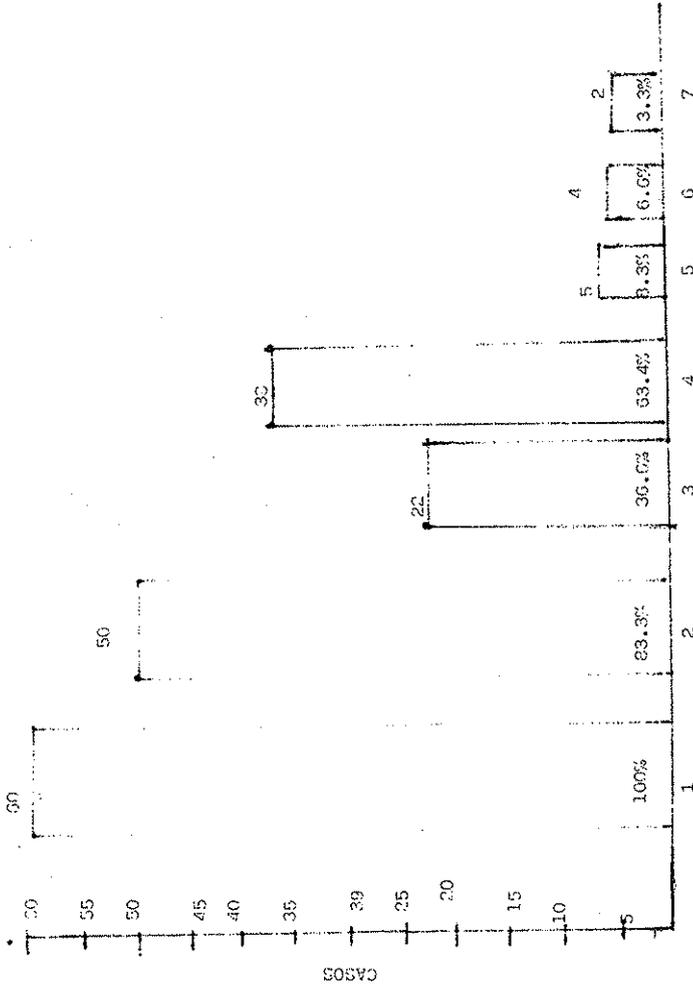


A.- OBJETIVOS GENERALES  
 B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS  
 C.- JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS  
 D.- PLAN DE TRABAJO  
 E.- RESULTADOS  
 F.- CONCLUSIONES  
 G.- RECOMENDACIONES  
 H.- BIBLIOGRAFÍA  
 I.- ANEXOS  
 J.- GLOSARIO  
 K.- ÍNDICE  
 L.- LISTA DE FIGURAS  
 M.- LISTA DE TABLAS  
 N.- LISTA DE SIGLAS  
 O.- LISTA DE ACRÓNIMOS  
 P.- LISTA DE ABREVIATURAS  
 Q.- LISTA DE SIMBOLOS  
 R.- LISTA DE UNIDADES  
 S.- LISTA DE MATERIALES  
 T.- LISTA DE EQUIPOS  
 U.- LISTA DE REACTIVOS  
 V.- LISTA DE REAGENTES  
 W.- LISTA DE REACTIVOS  
 X.- LISTA DE REACTIVOS  
 Y.- LISTA DE REACTIVOS  
 Z.- LISTA DE REACTIVOS

INSTITUTO TECNOLÓGICO  
 DE CANTÓN  
 DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA  
 DE SISTEMAS DE COMPUTACIÓN

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

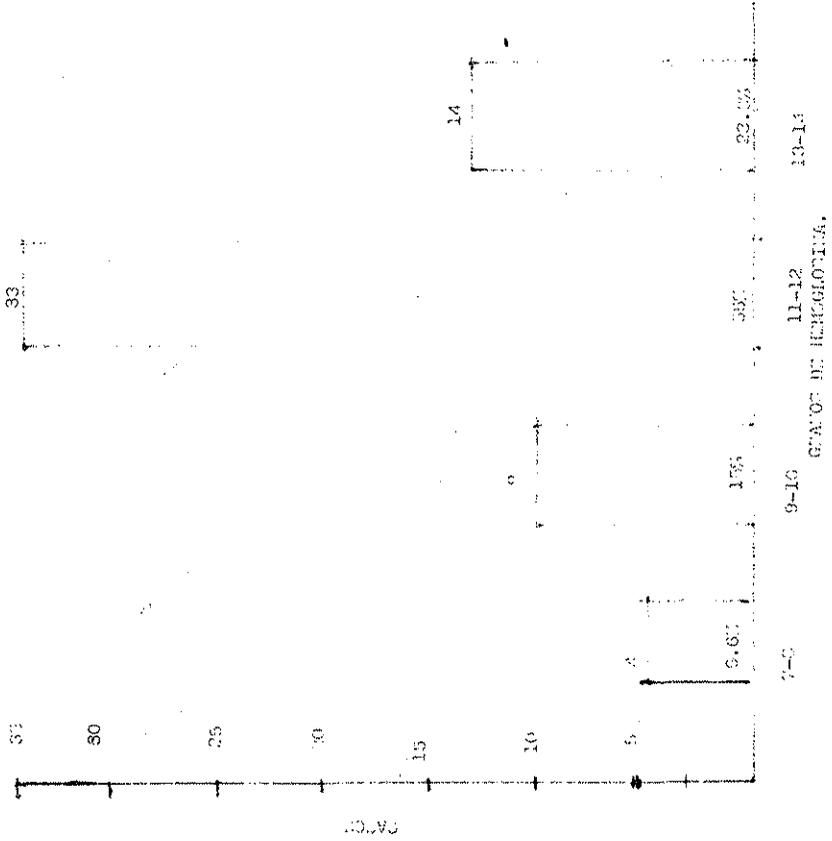
B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS  
 C.- JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS  
 D.- PLAN DE TRABAJO  
 E.- RESULTADOS  
 F.- CONCLUSIONES  
 G.- RECOMENDACIONES  
 H.- BIBLIOGRAFÍA  
 I.- ANEXOS  
 J.- GLOSARIO  
 K.- ÍNDICE  
 L.- LISTA DE FIGURAS  
 M.- LISTA DE TABLAS  
 N.- LISTA DE SIGLAS  
 O.- LISTA DE ACRÓNIMOS  
 P.- LISTA DE ABREVIATURAS  
 Q.- LISTA DE SIMBOLOS  
 R.- LISTA DE UNIDADES  
 S.- LISTA DE MATERIALES  
 T.- LISTA DE EQUIPOS  
 U.- LISTA DE REACTIVOS  
 V.- LISTA DE REAGENTES  
 W.- LISTA DE REACTIVOS  
 X.- LISTA DE REACTIVOS  
 Y.- LISTA DE REACTIVOS  
 Z.- LISTA DE REACTIVOS



- 1.- FIEBRE
- 2.- DOLOR ABDOMINAL
- 3.- SANGRADO TRANSVAGINAL FEJIDO
- 4.- SANGRADO TRANSVAGINAL SIN ALTERACION
- 5.- UTERO SUIVOLUCIONADO
- 6.- IRRITACION PERITONEAL
- 7.- DATOS DE ANEXITIS.

ABORTO SEPTICO  
 SIGNOS Y SINTOMAS  
 GRAFICA IX

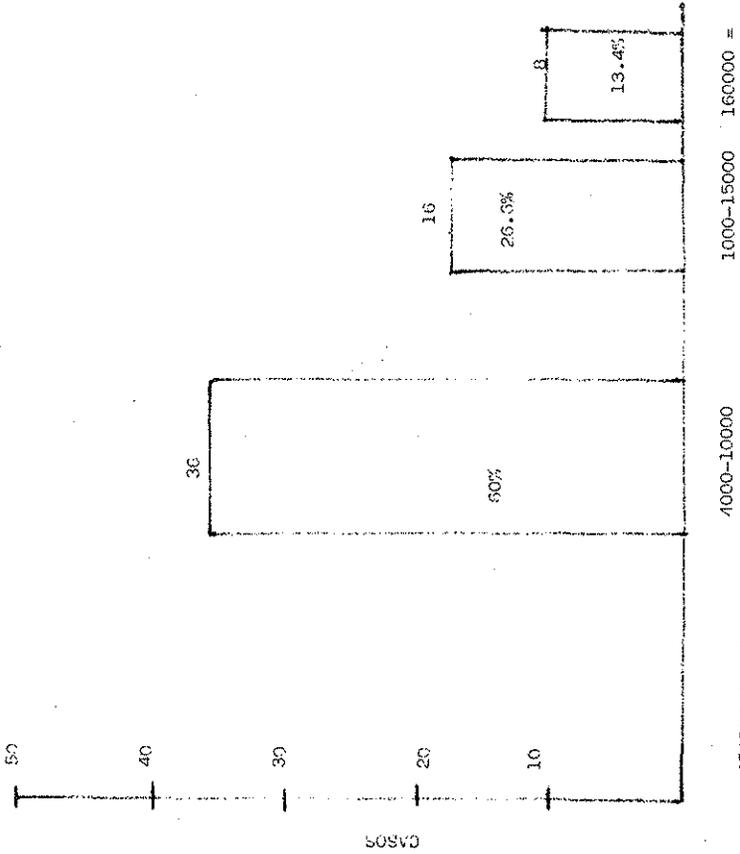
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

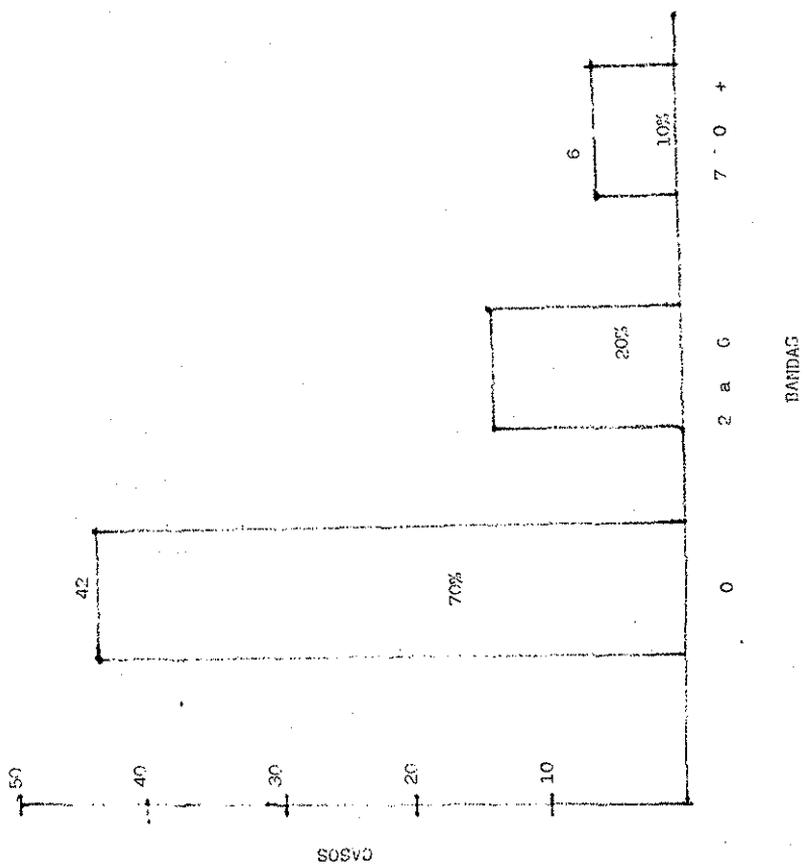
AÑO DE SERVICIO  
INSTITUTO DE GEOLOGIA DE I.  
SERVICIO

41



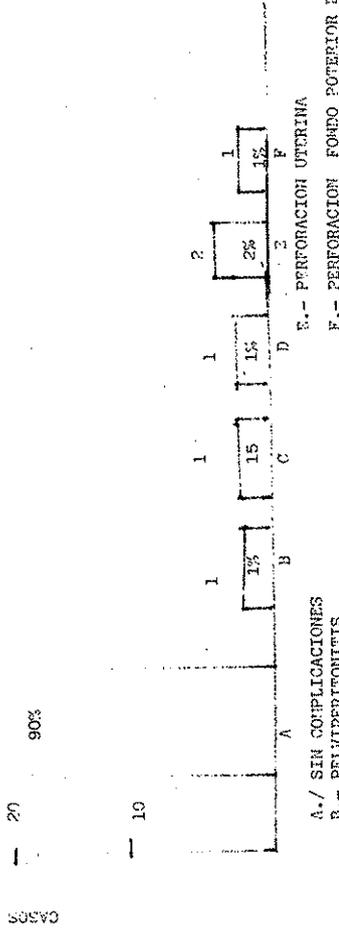
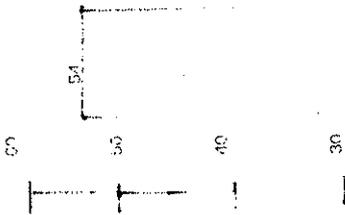
ABORTO SEPTICO  
FORMULA BLANCA: LEUCOCITOS  
GRAFICA XI

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



AMORTO SEPTICO  
FORQUILA BLANCA: BANDAS  
GRAFICA VII

TESIS CON  
BALLA DE ORIGEN

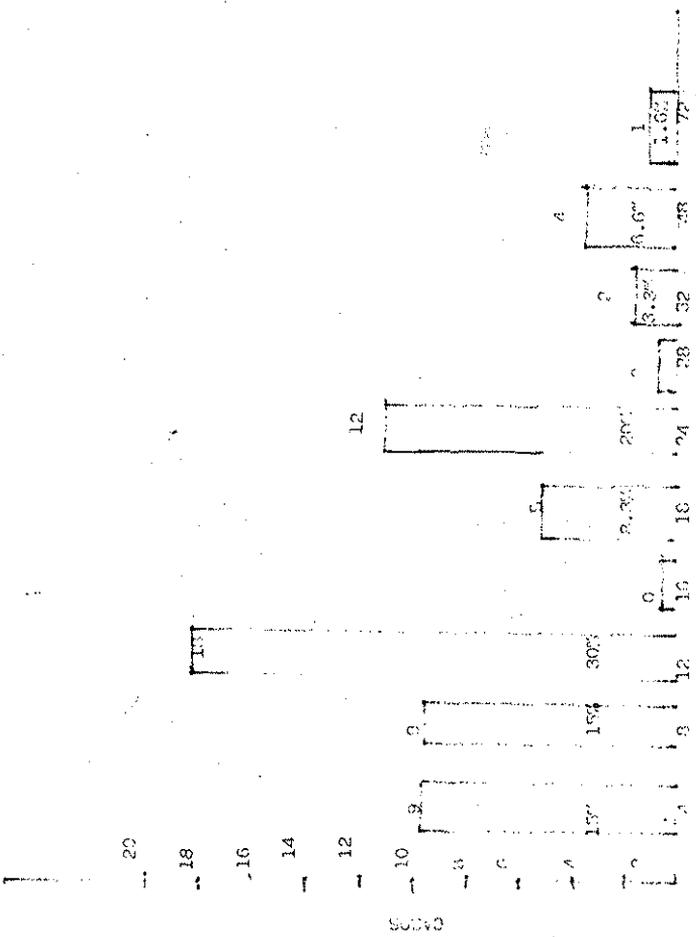


A.- SIN COMPLICACIONES  
 B.- PELVIPERITONITIS  
 C.- SHOCK HIPOVOLEMICO  
 D.- SHOCK BACTEREMICO  
 E.- PERFORACION UTERINA  
 F.- PERFORACION FONDO POSTERIOR DE VAGINA

ABORTO SEPTICO  
 COMPLICACIONES A SU INGRESO  
 GRAFICA XIII

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

74



TIEMPO DE INTERFERENCIA EN HORAS.

AGENCIA EJECUTIVA  
 TIEMPO DE INTERFERENCIA  
 1974-1975

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

<u>ANTIBIOTICO</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
PENICILINA- KANAMICINA	55	91.6%
PENICILINA - GENTAMICINA	1	1.6 %
AMPICILINA- GENTAMICINA	2	3.6%
CLINDAMICINA-GENTAMICINA	1	1.6 %
CLINDAMICINA-PENICILINA	1	1.6%
<u>TOTALES</u>	<u>60 CASOS</u>	<u>100.0%</u>

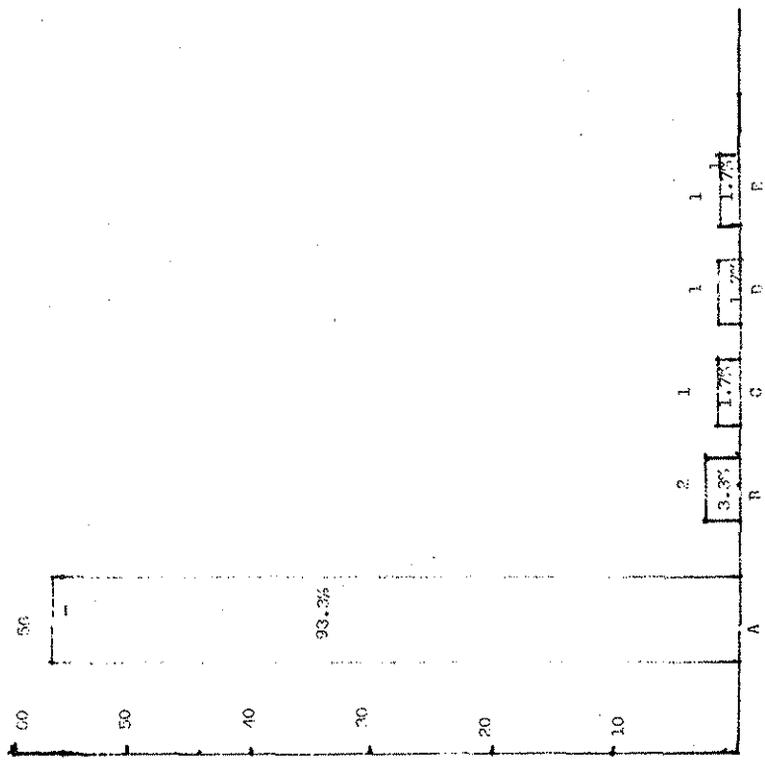
ABORTO SEPTICO  
TERAPEUTICA ANTIMICROBIANA  
CUADRO IV

<u>ANTIBIOTICO</u>	<u>DOSIS TOTAL DIARIA</u>
PENICILINA SODICA CRISTALINA .-	10-20 MILLONES IV CADA 6 HRS.
KANAMICINA .-	UN GRAMO IM CADA 12 HORAS
AMPICILINA	UNO- DOS GRAMOS IV CADA 4-6 HORAS
GENTAMICINA	80. MG IM CADA 12 HORAS.
CLINDAMICINA	600 MG. IV CADA 6 HRS

ABORTO SEPTICO  
DOSIS PROMEDIO  
CUADRO V

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



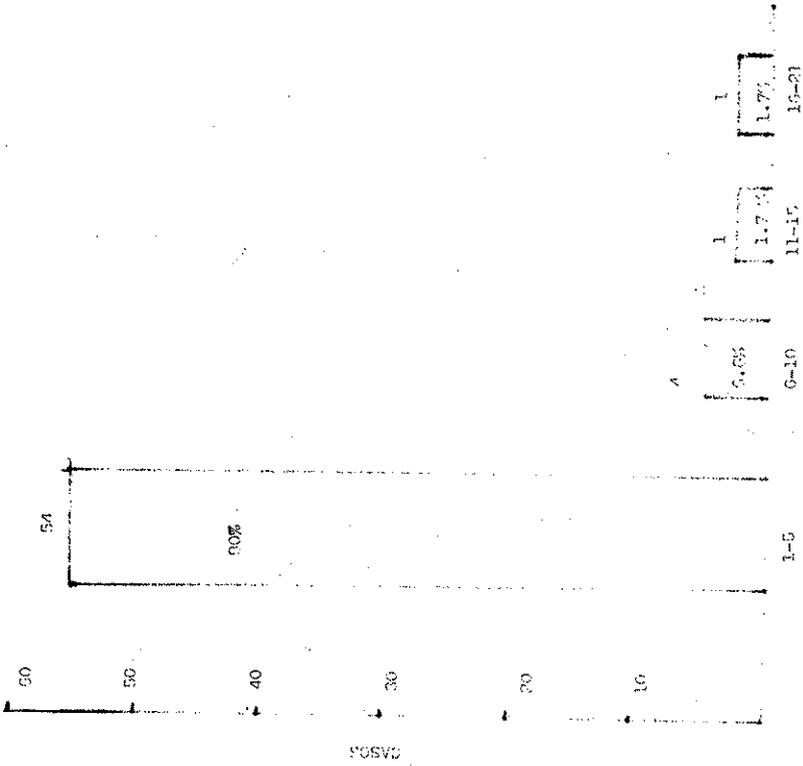


- A.- LIGADO UTERINO INSTRUMENTAL.
- B.- LAPARATOMIA EXPLORADORA.
- C.- HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL SIN SOP.
- D.- HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON SOP.
- E.- RESECCION INTESTINAL.

ABORTO SEPTICO  
 TRATAMIENTO QUIRURGICO  
 GRAFICA XVI

CASCOS

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



ALFONSO SERRANO  
 DIRECTOR GENERAL DE INVESTIGACIONES  
 Y ESTADÍSTICA

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**