

1.229 CASOS DE ABORTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS

Universidad de Caldas — Facultad de Medicina - Departamento de Ginecología y Obstetricia —
Unidad Obstétrica - Noviembre 1969

*Dr. Octavio Vélez Ramírez**

INTRODUCCION

El aborto es el accidente más frecuente de la Patología Obstétrica e influye no solamente en la pérdida potencial de gran número de vidas sino también en la frecuencia de los índices de Morbilidad y Mortalidad maternos.

El mayor número de abortos ocurre entre las semanas octava y duodécima pero hay muchos casos, de las primeras semanas, que transcurren en forma inadvertida porque se piensa en irregularidades y trastornos menstruales, sin sospechar la gestación.

Es problema complejo determinar la frecuencia del aborto. Se afirma que el 10% de los Embarazos terminan en aborto, pero la mayoría de los estudios realizados sobre el particular se refieren a material hospitalario el cual no refleja lo que realmente acontece en las comunidades donde él se origina, especialmente el criminal y clandestino cuya frecuencia aumenta notablemente en las vastas agrupaciones urbanas. Dexeus (4) calcula 1 aborto por cada 3-4 partos y afirma que la mayoría de ellos son provocados.

En los Estados Unidos se calcula que el número de abortos fluctúa entre 200.000 y 1'200.444 por año (18).

En el Hospital Universitario de Caldas llama la atención el elevado número de diagnósticos de aborto hecho en el Servicio de Obstetricia. Conscientes de este problema nos proponemos analizarlo para valorar la incidencia del aborto hospitalario entre nosotros y estudiar las características y modalidades del mismo en nuestro medio.

Entre el 1º de Enero de 1966 al 31 de Diciembre de 1968 hubo 8.835 hospitalizaciones en el Servicio de Maternidad del Hospital Universitario de Caldas.

Estos Ingresos se discriminan así:

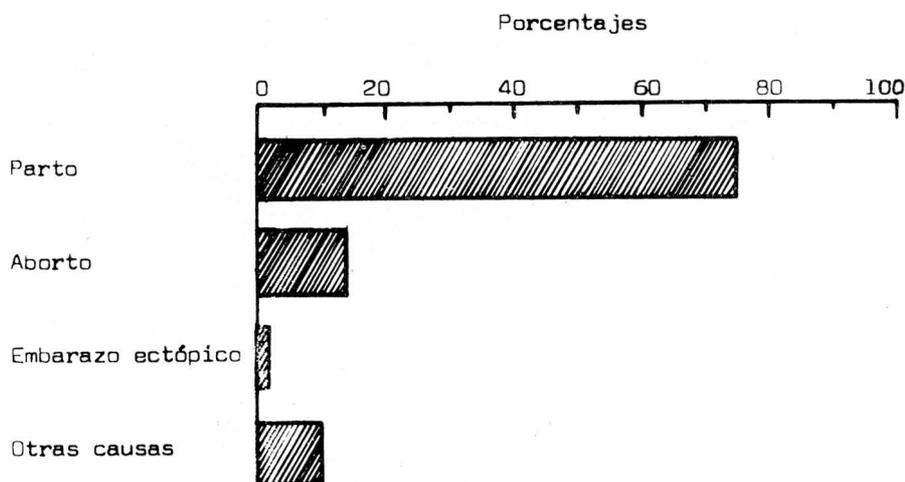
CUADRO N° 1

DISTRIBUCION DE LAS 8.835 PACIENTES
SEGUN CAUSAS DE INGRESO
MANIZALES - 1966-1968
HOSPITALIZACIONES

| Causas de Ingreso | Nº de Casos | % |
|-------------------|-------------|-------|
| Parto | 6.586 | 74,5 |
| Aborto | 1.229 | 14,0 |
| Embarazo ectópico | 94 | 1,0 |
| Otras causas | 926 | 10,5 |
| | 8.835 | 100,0 |

* Jefe Unidad Obstétrica - Hospital Universitario de Caldas.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 8.835 PACIENTES SEGUN CAUSAS DE INGRESO



GRAFICA N° 1

Material y Métodos

El 14,0% de las pacientes se hospitalizó por aborto.

La revisión y análisis de las historias clínicas correspondientes constituye el objeto del presente trabajo.

El diagnóstico de Aborto se hizo teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos en la exploración física, exámenes de Laboratorio (Galli Mainini) y el estudio Anatomopatológico de los tejidos extraídos por el raspado uterino.

Desafortunadamente el examen histológico, el cual tiene importancia indiscutible, no fue verificado en todos los casos, y en los que no lo fué, el diagnóstico se confirmó por las reacciones del Laboratorio (Galli Mainini), los datos hallados al examen clí-

nico y la presencia de signos macroscópicos evidentes de aborto. Los casos dudosos se descartaron.

Resultados y Comentarios

Como resultados del presente estudio se obtuvieron los siguientes:

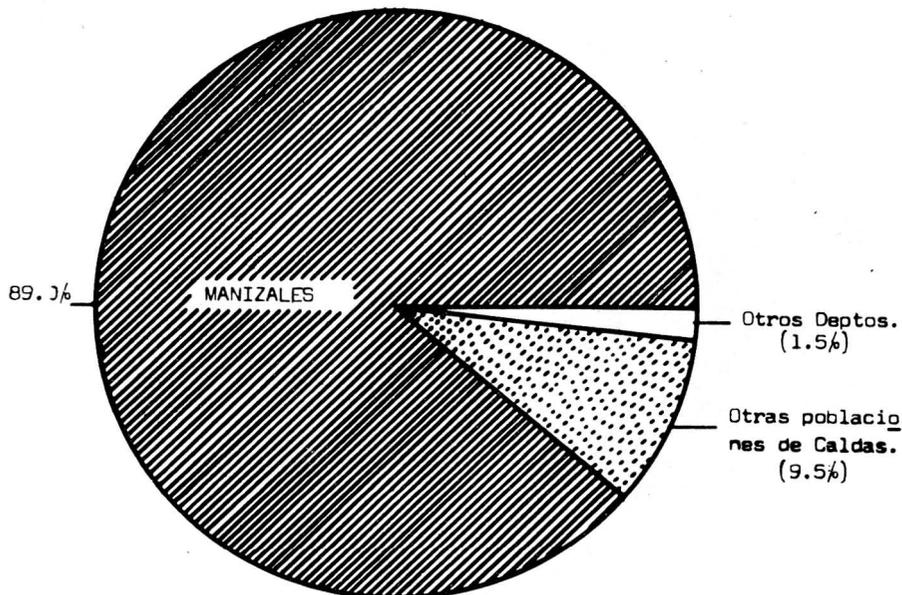
CUADRO N° 2

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN LA EDAD
MANIZALES - 1966-1968**

| Edad | EDAD | |
|-----------------|-------------|-------|
| | Nº de Casos | % |
| 20 años o menos | 181 | 14,7 |
| 21 a 30 años | 555 | 45,2 |
| 31 a 40 años | 437 | 35,6 |
| 41 y más años | 56 | 4,5 |
| | 1.229 | 100,0 |

Encontramos la mayor frecuencia entre los decenios tercero y cuarto de la vida. La paciente de menos

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 1229 PACIENTES SEGUN PROCEDENCIA



GRAFICA Nº 2

edad fue de 14 años y la mayor edad, de 48 años. El promedio de edad fue de 28,4 años. El 80% de las pacientes fluctúa entre los 21 y 40 años de edad lo cual resulta explicable por la mayor actividad sexual en estas edades.

CUADRO Nº 3

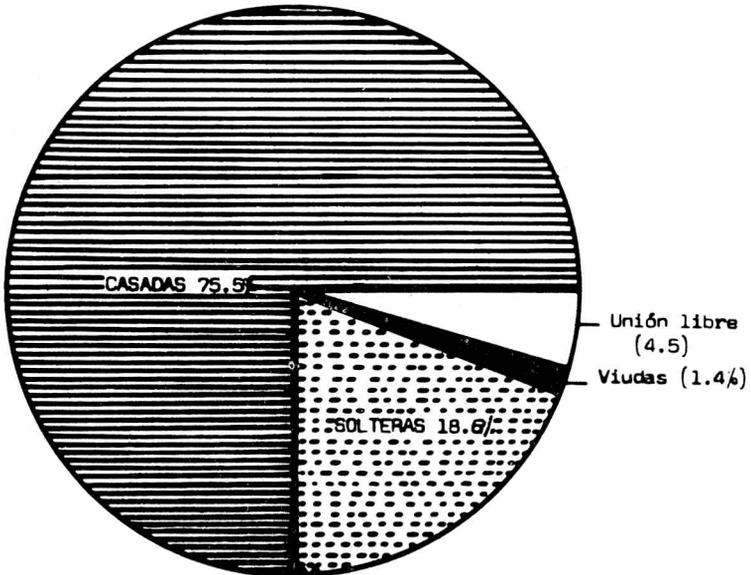
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN SU PROCEDENCIA
MANIZALES - 1966-1968

| Población | PROCEDENCIA | |
|-----------------------------|-------------|-------|
| | Nº de Casos | % |
| Manizales | 1.095 | 89,0 |
| Otras poblaciones de Caldas | 117 | 9,5 |
| Otros Departamentos | 17 | 1,5 |
| | 1.229 | 100,0 |

El 89,0% de las pacientes procede de la ciudad de Manizales. El 11,% restante corresponde a pacientes de otras poblaciones de Caldas y de otros departamentos. El porcentaje de estos últimos es sólo de 1,5%. Llama la atención el porcentaje de pacientes de fuera de Manizales, máxime, si se tiene en cuenta que al Hospital Universitario de Caldas afluye en busca de servicios médicos una gran cantidad de pacientes que proviene no sólo de otras poblaciones de Caldas sino de otros Departamentos. En el caso del aborto solo llegan al Hospital los casos más complicados.

El 75,5% de las pacientes aparece como casadas. Creemos que esta cifra no es exacta porque resulta de los datos obtenidos por el interrogatorio de las enfermas a las cuales no

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 1.229 PACIENTES SEGUN ESTADO CIVIL



GRAFICA Nº 3

se les exige ningún documento de identificación y es usual en este tipo de clientela el interés por ocultar su verdadera identidad especialmente cuando el aborto es criminal.

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN ESTADO CIVIL MANIZALES - 1966-1968

| Estado civil | Nº de Casos | % |
|--------------|--------------|--------------|
| Casadas | 928 | 75,5 |
| Solteras | 228 | 18,6 |
| Unión ilegal | 56 | 4,5 |
| Viudas | 17 | 1,4 |
| Total | 1.229 | 100,0 |

El 18,6% admitió ser solteras seguidas por un margen muy estrecho de las que vivían en unión ilegal.

En relación con el estatus socioeconómico, un alto porcentaje presenta un bajo grado de cultura pues sólo tiene la instrucción correspondiente a los primeros años de enseñanza elemental y un grupo reducido ha terminado el pensum del programa de primaria.

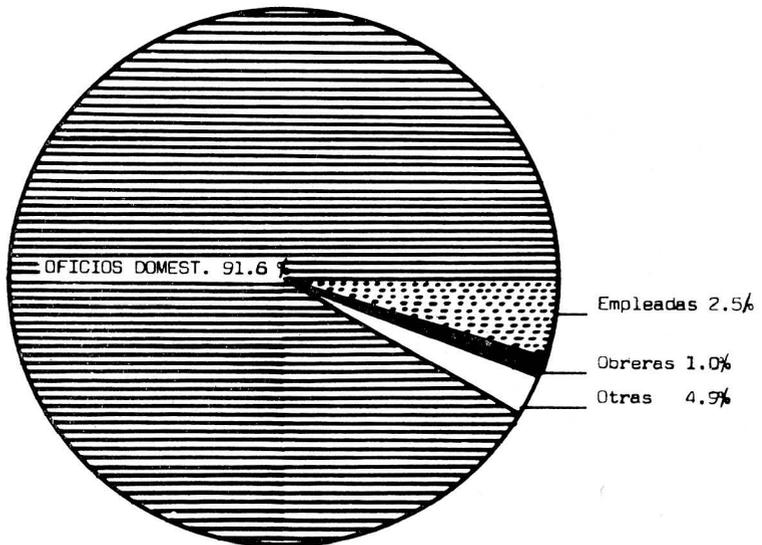
Son frecuentes los casos de analfabetismo y apenas un número muy escaso ha tenido acceso a los primeros años del bachillerato.

La generalidad de las pacientes pertenece a núcleos familiares de pocos ingresos y de recursos económicos limitados. En cantidad apreciable es manifiesta su franca hostilidad y rechazo a nuevos embarazos debido no solo al miedo y terror que tienen por

el parto, el cual consideran como un momento de suspenso entre la vida y la muerte, sino también a las condiciones de miseria en que se deba-

ten sus hogares. Lógicamente, estos factores desempeñan un papel muy importante en la frecuencia del aborto.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 1229 PACIENTES SEGUN PROFESION U OFICIO



GRAFICA Nº 4

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN PROFESION U OFICIO MANIZALES - 1966-1968

| Profesión | Nº de Casos | % |
|--------------------|-------------|-------|
| Oficios domésticos | 1.126 | 91,6 |
| Empleadas | 31 | 2,5 |
| Obreras | 12 | 1,0 |
| Otras profesiones | 60 | 4,9 |
| | 1.229 | 100,0 |

En relación con la profesión el 91,6% se dedica a los oficios domésticos y el 8,4% se distribuye entre empleadas, obreras y otros oficios. Consideramos que estos factores, especialmente los últimos inciden, co-

mo en el caso anterior, en la frecuencia del aborto.

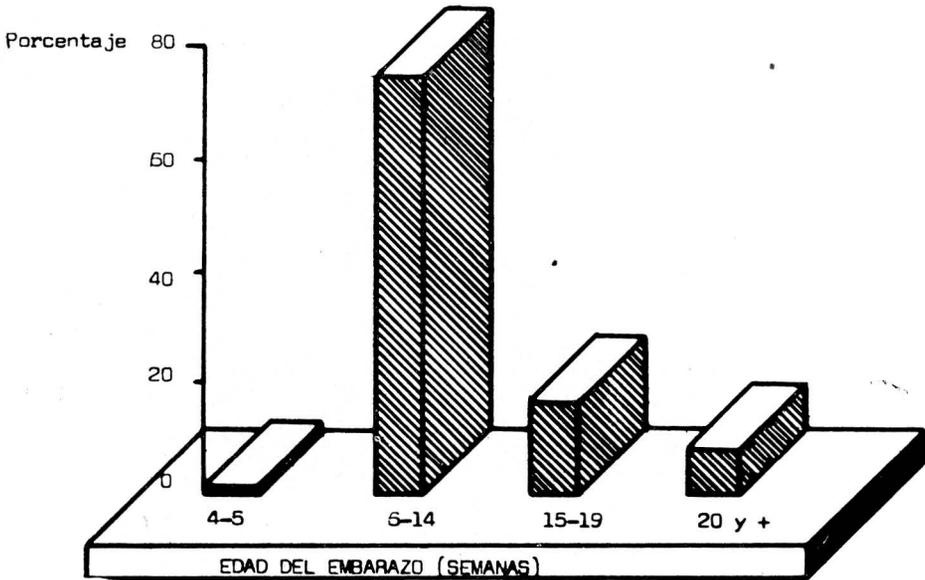
CUADRO Nº 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN LAS SEMANAS DEL EMBARAZO MANIZALES - 1966-1968

| Semanas | EDAD DEL EMBARAZO Nº de Casos | % |
|----------|-------------------------------|-------|
| 4 a 5 | 12 | 1,0 |
| 6 a 14 | 922 | 75,0 |
| 15 a 19 | 205 | 16,7 |
| 20 y más | 90 | 7,3 |
| | 1.229 | 100,0 |

El 75,0% de los abortos se presentó entre las 6 y las 14 semanas del embarazo. Esta frecuencia está de

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 1229 PACIENTES SEGUN LA EDAD DEL EMBARAZO



GRAFICA N° 5

acuerdo con la reportada por otros autores (10) y confirma la influencia que tienen los factores ovulares maternos y emocionales en la etiología del aborto (5-9). El factor emocional influye durante todo el embarazo pero su acción se hace más notoria en esta edad de la gestación porque es la época en la cual la futura madre está en condiciones más desfavorables para adaptarse a su nuevo estado y en consecuencia reacciona fácilmente desencadenando el aborto (9).

El 90,6% de las pacientes no tenía control prenatal, a pesar de que el 75,0% de ellas estaba entre el 2° y 3er. mes de gestación. Resalta el po-

CUADRO N° 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN ATENCION PRENATAL RECIBIDA
MANIZALES - 1966-1968

| Prenatal | ATENCION PRENATAL | |
|-----------------------|-------------------|-------|
| | N° de Casos | % |
| Con atención Prenatal | 115 | 9,4 |
| Sin atención Prenatal | 1.114 | 90,6 |
| | 1.229 | 100,0 |

co interés de estas pacientes por recibir los beneficios y cuidados de la Consulta Prenatal. Esta indiferencia a las necesidades de salud Materno-Infantil anotada por otros autores (7) en medios más cultos y avanzados que el nuestro creemos que se debe

a múltiples causas entre las cuales juega papel primordial el factor socioeconómico, la educación deficiente, el embarazo no deseado etc.

CUADRO Nº 8

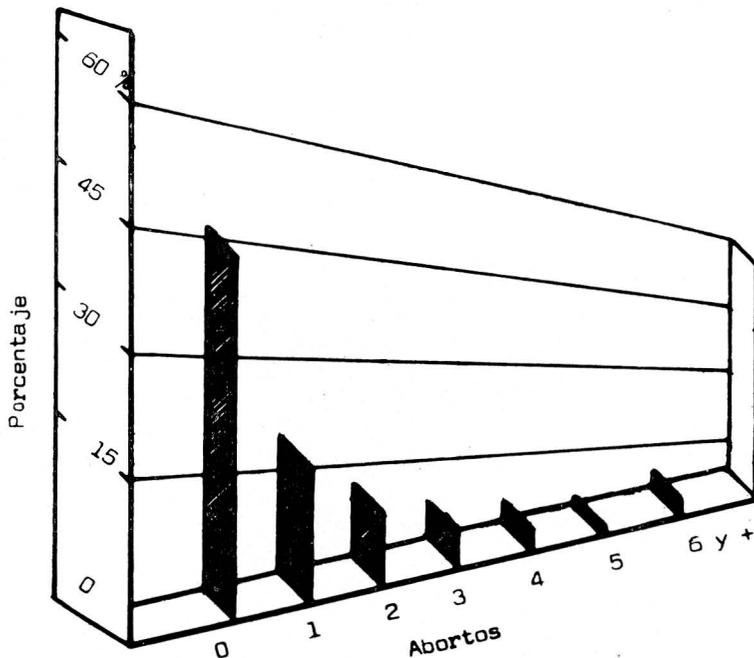
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN EL EMBARAZO ACTUAL MANIZALES - 1966-1968

| Embarazo Actual | GRAVIDEZ | |
|-----------------|-------------|-------|
| | Nº de Casos | % |
| 1 | 101 | 8,2 |
| 2 | 109 | 8,9 |
| 3 | 100 | 8,2 |
| 4 | 106 | 8,6 |
| 5 | 107 | 8,7 |
| 6 | 86 | 7,1 |
| 7 | 90 | 7,3 |
| 8 | 86 | 7,0 |
| 9 | 87 | 7,0 |
| 10 o más | 357 | 29,0 |
| | 1.229 | 100,0 |

Encontramos la mayor frecuencia de abortos en pacientes grávidas 10 o más seguida de mujeres con paridad de uno a cinco. Estos datos confirman lo que sostienen Juan León y col. (10) quienes afirman que los abortos son más comunes en las multigestantes que en las primigestantes.

La mayor frecuencia de abortos en las grandes múltiparas tiene como causas principales las anomalías del huevo, las deficiencias y alteraciones del útero que favorecen las implantaciones viciosas y no permiten la buena nutrición del embrión. Consideramos que el factor emocional contribuye en forma importante si se tienen en cuenta las condiciones económicas y ambientales en que viven estas pacientes, afectadas por privaciones y

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 1.229 PACIENTES SEGUN ABORTOS ANTERIORES



GRAFICA Nº 6

frustraciones diversas. Naturalmente estos hechos gravitan particularmente sobre la gestante que ya tiene (3-4-5) o más hijos y la condicionan síquicamente para esperar con angustia y desagrado el nacimiento de un hijo más porque ello significa ansiedad y pesadumbre en el transcurso del embarazo, miedo y terror durante el parto, además de la responsabilidad que conlleva una familia numerosa. En estas condiciones se aumentan las causas y mecanismos para abortar y lógicamente aparecen las pacientes "que abortan más fácilmente" como bien lo dice Isaza Mejía (9).

CUADRO N° 9**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN ABORTOS ANTERIORES
MANIZALES - 1966-1968**

| Abortos | ABORTOS ANTERIORES | |
|---------|--------------------|-------|
| | Nº de Casos | % |
| Sin | 565 | 46,0 |
| 1 | 252 | 20,5 |
| 2 | 159 | 12,9 |
| 3 | 96 | 7,8 |
| 4 | 61 | 5,0 |
| 5 | 36 | 2,9 |
| 6 o más | 60 | 4,9 |
| | 1.229 | 100,0 |

Se encontró la mayor frecuencia de abortos en pacientes sin antecedentes de interrupción de embarazos anteriores seguida de aquellas que habían tenido uno y dos abortos previos.

Estas cifras no están de acuerdo con la teoría de Malpas (3), quien quería demostrar que el riesgo de aborto para una paciente se aumentaba en un 13% después de un aborto previo, un 37% después de 2 abortos y un 84% después de 3 abortos. Es decir, sostenía que las probabilidades de aborto se aumentaban con el número de abortos anteriores.

Duarte Contreras y col. (5) también reportan cifras que no confirman esta teoría.

En trece pacientes se encontraron antecedentes de 10 y más abortos anteriores hecho que es frecuente en nuestro medio. Una paciente abortadora habitual, tenía el antecedente de 24 abortos.

CUADRO N° 10**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN ANTECEDENTES
QUIRURGICOS
MANIZALES - 1966-1968**

| Intervención | ANTECEDENTES QUIRURGICOS | |
|----------------------------------|--------------------------|------|
| | Nº de Casos | % |
| Legrados uterinos | 317 | 25,7 |
| Cesárea | 45 | 3,6 |
| Apendicectomía | 41 | 3,3 |
| Colecistectomía | 24 | 1,9 |
| Amigdalectomía | 24 | 1,9 |
| Herniorrafía | 18 | 1,4 |
| Salpinguectomía | 17 | 1,3 |
| Extirpación quiste ovario | 8 | 0,6 |
| Corrección prolapso genital | 7 | 0,5 |
| Tiroidectomía | 6 | 0,4 |
| Extirpación mioma uterino | 3 | 0,2 |
| Corrección labio leporino | 3 | 0,2 |
| Corrección cistocele y rectocele | 2 | 0,1 |
| Mastectomía | 1 | 0,08 |
| Extirpación pólipo endocervical | 1 | 0,08 |
| Extirpación sinequias uterinas | 1 | 0,08 |
| Sin intervención | 776 | 63,1 |

435 casos (36,9%) tenían antecedentes de una o más intervenciones quirúrgicas. Los antecedentes quirúrgicos observados con más frecuencia fueron el legrado uterino (25,7%), la cesárea (3,6%) y la apendicectomía (3,3%).

Nuestra opinión es la de que estos antecedentes tienen poca relación con la etiología del aborto, excepción hecha de las intervenciones practicadas sobre los órganos genitales que pueden ocasionar alguna lesión cervical especialmente a nivel del orificio interno como los raspados uterinos

agresivos, la corrección de un prolapso genital y las secuelas dejadas por maniobras obstétricas en partos laboriosos (3).

CUADRO Nº 11

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN EDAD DE LA MENARQUIA

| MENARQUIA | | |
|--------------------|-------------|-------|
| Edad | Nº de Casos | % |
| 10 | 8 | 0,7 |
| 11 | 30 | 2,4 |
| 12 | 176 | 14,3 |
| 13 | 275 | 22,4 |
| 14 | 304 | 24,7 |
| 15 | 174 | 14,2 |
| 16 | 68 | 5,6 |
| 17 | 25 | 2,0 |
| 18 | 3 | 0,2 |
| 19 | 2 | 0,2 |
| Sin dato | 164 | 13,3 |
| Edad promedio 13,7 | | |
| | 1.229 | 100,0 |

La mayor frecuencia de abortos la encontramos en aquellas pacientes cuya primera menstruación apareció a los 14 años de edad, seguida de mujeres que presentaron su menarquia a los 13 años.

La edad promedio de la menarquia en el grupo de estudio fue de 13,7. Estos datos son muy semejantes a las cifras anotadas por otros autores (5).

Al examen clínico se encontró patología ginecológica asociada en 484 casos (39,4%). La patología más frecuentemente reportada fue la cervicitis (22,2%), el prolapso genital (16,5%) y la retroversoflexión uterina (12,4%), seguida de infección por tricomonas (6,4%) y neisseria gonorrhoeae (6,3%).

Consideramos que los procesos inflamatorios y la retroversoflexión fija uterina son factores importantes en la etiología del aborto espontáneo.

CUADRO Nº 12

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229 PACIENTES SEGUN PATOLOGIA GINECOLOGICA ASOCIADA MANIZALES - 1966-1968

| Examen Ginecológico | Nº de Casos | % |
|---|-------------------------------------|------|
| Cervicitis | 273 | 22,2 |
| Prolapso genital | 203 | 16,5 |
| Retroversoflexión | 153 | 12,4 |
| Tricomoniasis vaginal | 79 | 6,4 |
| Neisseria gonorrhoeae | 78 | 6,3 |
| Lesiones traumáticas del cérvix por maniobras abortivas | 65 | 5,3 |
| Láterodesviaciones | 50 | 4,0 |
| Desgarros del cérvix | 39 | 3,2 |
| Desgarros del periné | 30 | 2,4 |
| Flujo por causa no determinada | 29 | 2,3 |
| Anexitis aguda | 24 | 1,9 |
| Moniliasis vaginal | 16 | 1,3 |
| Quiste de ovario | 14 | 1,1 |
| Cuello incompetente | 9 | 0,7 |
| Pólipo del cérvix | 8 | 0,6 |
| Condilomatosis | 7 | 0,5 |
| Miomatosis uterina | 7 | 0,5 |
| Carcinoma escamocelular del cérvix | 5 | 0,4 |
| Quiste de la glándula de Bartolino | 3 | 0,2 |
| Utero bicorne | 2 | 0,1 |
| Fibroadenoma de la glándula mamaria | 1 | 0,08 |
| Sin patología asociada | 745 | 60,0 |
| Carcinoma escamocelular del cérvix | In situ 3 casos Est. III 2 casos | |

Se sabe que las adherencias dejadas por los procesos infecciosos fijan ulteriormente el útero y actúan como factores mecánicos de aborto, al dificultar el crecimiento del órgano.

Otros factores como las malas condiciones de la caduca, desarrollada a expensas de un endometrio preparado inadecuadamente, con disminución de la irrigación sanguínea, los tumores uterinos, las malformaciones uterinas y el prolapso genital predisponen igualmente al aborto debido a que las condiciones para la anidación no son adecuadas y al desarrollarse

el feto la cavidad resulta demasiado reducida.

CUADRO N° 13

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PACIENTES SEGUN PATOLOGIA CONCOMITANTE

MANIZALES - 1966-1968

| Entidad clínica | N° de Casos | % |
|--|-------------|------|
| Focos sépticos dentarios | 345 | 28,0 |
| Várices miembros inferiores | 304 | 24,7 |
| Infecciones urinarias | 159 | 12,9 |
| Parasitismo intestinal | 104 | 8,4 |
| Cardiopatías (ductus arteriovenoso 1 caso) | 72 | 5,8 |
| Infecciones amigdalinas | 59 | 4,8 |
| Infecciones respiratorias | 43 | 3,5 |
| Hernias | 36 | 2,9 |
| T.B.C. (TBC renal 2 casos, Mal de Pott 1) | 28 | 2,3 |
| Amebiasis intestinal | 23 | 1,8 |
| Afecciones vesiculares (colec. coelít.) | 19 | 1,5 |
| Enfermedad vascular hipertensiva | 16 | 1,3 |
| Trastornos mentales | 15 | 1,2 |
| Bocio | 11 | 0,9 |
| Dermatitis (psoriasis 2 casos) | 11 | 0,9 |
| Asma bronquial | 10 | 0,8 |
| Signos de desnutrición | 10 | 0,8 |
| Flebitis en miembros inferiores | 9 | 0,7 |
| Epilepsia | 7 | 0,6 |
| Diabetes | 5 | 0,4 |
| Enterocolitis | 5 | 0,4 |
| Hiperemesis gravídica | 4 | 0,3 |
| Úlcera péptica | 3 | 0,2 |
| Infecciones de los senos nasales | 2 | 0,1 |
| Hepatitis | 2 | 0,1 |
| Paladar hendido | 1 | 0,08 |
| Hemorroides | 1 | 0,08 |
| Papiloma nasal | 1 | 0,08 |
| Enfermedad de Rynod | 1 | 0,08 |
| Sin patología concomitante | 429 | 35,0 |

Se encontró patología sobreagregada en 800 pacientes (65%).

La patología más frecuentemente observada fue focos sépticos denta-

rios (28,0%) y el parasitismo intestinal (8,4%). (Esta última entidad solo se reportó cuando se comprobó por examen de Laboratorio).

Las infecciones focales son importantes porque los gérmenes procedentes de diferentes partes infectadas del organismo pueden colonizar a nivel de la decidua y, al alcanzar el embrión determinan el aborto. El agente causal ordinariamente es el estreptococo. En aquellos casos de aborto en los cuales no se encuentre una explicación satisfactoria no debe olvidarse la posible existencia de un foco séptico (4).

Pueden las enfermedades del aparato urinario ser causa de aborto como las nefropatías crónicas, la litiasis y las fístulas. Hunner citado por Dexeus Font (4) refiere casos de aborto en los cuales se observa una mayor participación etiopatogénica de procesos de pielitis concomitantes con estenosis ureteral.

Beck (19) encuentra bacteriemia asintomática en un 4 a 6 por 100 de las embarazadas y anota que las infecciones urinarias predisponen a una mayor frecuencia de parto prematuro.

Otros estados como el parasitismo intestinal y la anemia asociados con una dieta deficiente, mal equilibrada, insuficiente en proteínas, lípidos, hidratos de carbono, minerales, vitaminas etc. son factores que debilitan y deterioran las defensas orgánicas de la embarazada creando condiciones que pueden determinar la interrupción de la gestación y naturalmente coadyuvan en la frecuencia del aborto.

Causas del Aborto

CUADRO Nº 14

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN CAUSAS DEL ABORTO
MANIZALES - 1966-1968**

| Causas | Nº de Casos | % |
|--------------------------|-------------|-------|
| Sin causa conocida (1) | 996 | 81,0 |
| Aborto provocado | 147 | 12,0 |
| Antecedentes traumáticos | 43 | 3,5 |
| Aborto molar | 43 | 3,5 |
| | 1.229 | 100,0 |

(1) Incluye 130 casos de aborto habitual (10,5%).

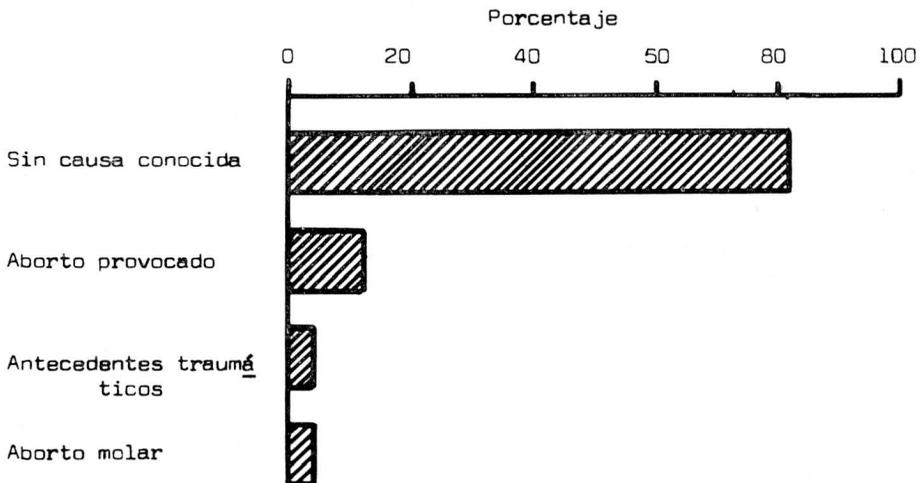
Uno de los problemas complejos en el aborto es el que plantea la determinación de su causa. Esta es la razón por la cual el 81,0% de nuestros casos aparece sin causa conocida. Hertig y Sheldon (15) sostienen que el 52,1% de los abortos se debe a anomalías de orden genético que conducen a la formación de huevos

patológicos los cuales terminan en aborto. Se ha comprobado que una causa común de aborto puede ser el medio ambiente anormal en el cual se cumple el desarrollo del embrión que resulta a partir de un huevo patológico o de una función uterina anormal (3).

Finalmente otros abortos son provocados o bien su causa reside en otros factores de orden materno, paterno u ovular que influyen en la incidencia del aborto. La multiplicidad y variabilidad de las causas potenciales del aborto fueron las razones fundamentales que nos impidieron sacar conclusiones definitivas del problema.

Los abortos traumáticos comprenden: a) Los consecutivos a una caída violenta, a un golpe en las proximidades del útero grávido, un accidente automovilario o de cualquier otro origen etc. y b) El aborto provocado criminal (4).

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1229 PACIENTES SEGUN CAUSAS DEL ABORTO



GRAFICA Nº 7

El embarazo normal presenta una gran resistencia a los traumatismos uterinos externos e internos. Merger (11) sostiene que los traumatismos únicos, incluso violentos, son raras causas del aborto, pero pueden originar la interrupción de un embarazo ya comprometido.

Lo cierto es que en el grupo de los abortos traumáticos entran en realidad numerosos casos en los cuales aparentemente el traumatismo es el factor causal.

En las pacientes estudiadas encontramos 147 casos (12,0%) con aborto provocado criminal comprobado y 43 casos (3,5%) que presentaron antecedentes de una caída, golpes recibidos sobre la región del hipogastrio, viajes largos y prolongados en automóvil o en otros vehículos, etc. En nuestra experiencia gran número de pacientes con aborto criminal tratan de ocultar la causa real del aborto atribuyéndola a alguno de los factores traumáticos anteriormente citados. Esto nos induce a pensar que nuestra incidencia de aborto criminal es realmente mucho más alta.

Clasificación Clínica del Aborto

CUADRO N° 15

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN DIAGNOSTICO AL INGRESO

MANIZALES - 1966-1968

| Diagnóstico | Nº de Casos | % |
|-------------------|-------------|-------|
| Aborto incompleto | 1.008 | 82,0 |
| Aborto en curso | 196 | 16,0 |
| Aborto diferido | 19 | 1,5 |
| Aborto completo | 6 | 0,5 |
| | 1.229 | 100,0 |

El 82,0% de las pacientes vino al Hospital en la etapa clínica de abor-

to incompleto. Realmente fueron muy pocas las que consultaron cuando estaban en la etapa de amenaza de aborto. Creemos que esto se debe: 1º) A la mentalidad de la gran mayoría de nuestras pacientes las cuales solo van al médico cuando el cuadro se complica por hemorragia o infección. 2º) El 75% de los casos estudiados estaba entre la 6ª y la 14ª semanas de gestación época en la cual en el mecanismo del aborto hay una mayor tendencia a la expulsión del feto y a la retención del resto del huevo y de la decidua debido a la mejor fijación de las vellosidades coriónicas, lo cual determina que la hemorragia benigna o profusa continúe hasta que los restos retenidos se expulsan espontáneamente o sean extraídos. Si este proceso no se cumple aparecen las condiciones ideales para la infección.

CUADRO N° 16

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN SINTOMA PREDOMINANTE

MANIZALES - 1966-1968

| Síntoma | SINTOMA PREDOMINANTE | |
|---------------------------|----------------------|-------|
| | Nº de Casos | % |
| Hemorragia, dolor | 878 | 71,4 |
| Hemorragia, dolor, fiebre | 257 | 20,9 |
| Hemorragia | 71 | 5,8 |
| Dolor | 23 | 1,9 |
| | 1.229 | 100,0 |

El 92,3% de las pacientes presentó como síntomas predominantes la hemorragia y el dolor. El 20,9%, además de hemorragia y dolor, presentó fiebre. El dolor y la hemorragia se deben, el primero a las contracciones del miometrio y la segunda al desprendimiento del huevo. Como se puede observar los síntomas que se encontraron con mayor frecuencia en estas pacientes fueron la hemorragia y el dolor asociados.

CUADRO Nº 17

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN LAS COMPLICACIONES
POST-ABORTO**

MANIZALES - 1966-1968

| COMPLICACIONES POST-ABORTO | Nº de Casos | % |
|-----------------------------|-------------|-------|
| Anemia | 166 | 13,6 |
| Shock hipovolémico y anemia | 207 | 16,8 |
| Infección | 179 | 14,5 |
| Sin complicaciones | 67 | 55,1 |
| | 1.229 | 100,0 |

El aborto se complica con retención ,hemorragia e infección (11). El 44,9% de los casos presentó complicaciones relacionadas con la hemorragia y la infección. En 207 casos (16,8%) hubo shock post hemorrágico. Desde el punto de vista fisiopatológico la retención placentaria es muy frecuente y es causa de hemorragia e infección. Cuando la expulsión

del huevo es natural y completa, eventualidad de mayor frecuencia en el aborto espontáneo, las complicaciones ocasionan menor morbilidad y son menos frecuentes. Las complicaciones son más graves y frecuentes en el aborto provocado criminal.

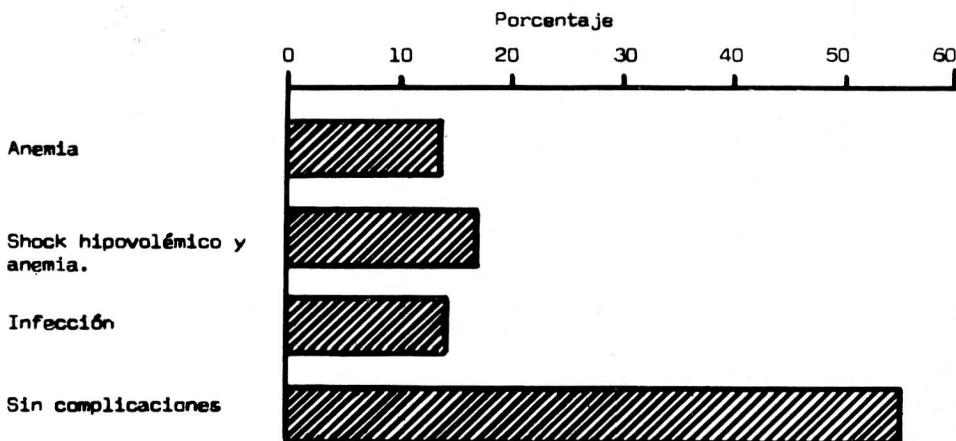
Aunque se afirma que la sífilis ha disminuído en los últimos 20 años (10) lo cierto es que se aprecia un aumento de su frecuencia en la clientela que acude al Hospital, especialmente al consultorio Prenatal y Salas de hospitalización obstétrica.

CUADRO Nº 18

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES CON EXAMEN SEROLOGICO
MANIZALES - 1966-1968**

| EXAMEN SEROLOGICO | Nº de Casos | % |
|-------------------|-------------|-------|
| Con serología | 963 | 78,4 |
| Sin serología | 266 | 21,6 |
| | 1.229 | 100,0 |

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 1229 PACIENTES SEGUN COMPLICACIONES DE POSTABORTO



GRAFICA Nº 8

CUADRO N° 19

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 963
PACIENTES SEGUN RESULTADO SEROLOGICO
MANIZALES - 1966-1968**

| Resultado | Nº de Casos | % |
|-------------|-------------|-------|
| Reactiva | 77 | 8,0 |
| No reactiva | 886 | 92,0 |
| | 963 | 100,0 |

En nuestro servicio, los reglamentos generales ordenan practicar sistemáticamente en toda embarazada el examen serológico el cual permite descubrir a menudo la sífilis latente o tardía que de otra manera pasaría desapercibida. Sólo en esta forma es factible iniciar un tratamiento precoz con agentes terapéuticos eficaces para prevenir y combatir los estragos de esta enfermedad.

En las pacientes estudiadas se practicó serología a 963 (78,4%). Se obtuvieron los siguientes resultados: 886 serologías no reactivas y 77 reactivas, lo cual da una incidencia no depurada del 8,0%.

Según Juan León (10), durante la gestación algunas reacciones serológicas pueden dar resultados positivos falsos, en una proporción que oscila entre el 1% y el 3% y considera que actualmente la asociación de sífilis y embarazo oscila entre el 0,3% y el 1,5%.

Estas cifras comparadas con la incidencia encontrada por nosotros, aunque no depurada, nos habla en favor de una gran frecuencia de la asociación de sífilis-Embarazo en nuestro medio.

Merger (11) al considerar el problema de la sífilis y embarazo dice: "se ha repetido como un aforismo, durante mucho tiempo, que la "sífilis es la gran abortadora". Este slogan condenaba a tratamientos tan

desagradables como inútiles a mujeres que habían sufrido abortos espontáneos. El estudio del aborto espontáneo demuestra que la sífilis es origen de modestos porcentajes (de 2 a 7%). El aborto sífilítico tiene por caracteres ser tardío (5 meses) estar precedido de una fase más o menos larga de retención e implicar poca hemorragia".

CUADRO N° 20

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN EL TIEMPO TRANSCURRIDO
ENTRE EL COMIENZO DE LOS SINTOMAS Y EL
MOMENTO DE HOSPITALIACION
MANIZALES - 1966-1968**

| Tiempo en días | Nº de Casos | % |
|----------------|-------------|-------|
| De 1 a 10 | 948 | 77,1 |
| De 11 a 20 | 170 | 13,8 |
| De 21 a 30 | 48 | 3,9 |
| De 31 a 40 | 8 | 0,7 |
| De 41 a 90 | 17 | 1,4 |
| Sin dato | 38 | 3,1 |
| | 1.229 | 100,0 |

El 77,1% (948 casos) de las pacientes se demoraron entre 1 y 10 días para concurrir a la consulta del Hospital a partir del momento de la iniciación de los síntomas. El promedio global total fue de 7,3 días.

El 19,8% (243) acudió al hospital en un tiempo que fluctúa entre 11 y 90 días después de haberse iniciado la sintomatología.

Como se anotó anteriormente, es usual en esta clase de pacientes buscar tardíamente la ayuda médica cuando ya las complicaciones no solamente han debilitado sus defensas sino que han ocasionado graves daños en órganos vitales.

Estancia pacientes 4.180 días, promedio de hospitalización: 3.4 días.

El 96,3% (1.183 casos) permaneció de 1 a 10 días en el Hospital. El

CUADRO Nº 21

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS 1.229
PACIENTES SEGUN TIEMPO DE
PERMANENCIA HOSPITALARIA
MANIZALES - 1966-1968**

| Días | PERMANENCIA HOSPITALARIA Nº de Casos | % |
|------------|---|-------|
| De 1 a 10 | 1.183 | 96,3 |
| De 11 a 20 | 30 | 2,4 |
| De 21 a 30 | 7 | 0,6 |
| De 31 a 52 | 9 | 0,7 |
| | 1.229 | 100,0 |

3,7% (46 casos) estuvo hospitalizada por un tiempo que fluctúa entre 11 y 52 días. Como datos extremos se encontraron 3 pacientes que permanecieron en el hospital durante 41-51-52 días respectivamente.

Si se tiene en cuenta que el 12% (147 casos) correspondía a abortos

provocados criminales, el mayor tiempo de hospitalización fue empleado por casos sépticos. 289 casos (23,5%) de aborto espontáneo sólo requirieron un día de hospitalización. La estancia pacientes alcanzó a 4.180 días y la permanencia hospitalaria global fue en promedio de 3,4 días.

No se hizo examen histológico en 212 casos (17,2%).

Se encontró un elevado número de inflamaciones agudas así: Decidua con infiltrado inflamatorio agudo con presencia de vellosidades coriales 278 casos (22,6%), Endometritis aguda post-aborto 88 casos (7,2%), Placentitis 22 casos (1,8%), Inflamación aguda de los vasos del cordón umbilical 4 casos (0,3%) y Miometritis aguda post aborto 1 caso (0,08%). Este hecho tiene importancia por

Resultados Anatomopatológicos

CUADRO Nº 22

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PACIENTES SEGUN ESTUDIO HISTOLOGICO
DEL MATERIAL EXTRAIDO POR LEGRADO UTERINO
MANIZALES — 1966 - 1968**

| Estudio Histológico | Nº de Casos | % |
|--|-------------|------|
| Vellosidades con estroma, trofoblasto, vasos y decidua normales | 364 | 29,6 |
| Vellosidades y decidua con infiltrado inflamatorio de tipo agudo | 278 | 22,6 |
| Endometritis aguda post-aborto | 88 | 7,2 |
| Vellosidades coriales y decidua con cambios necróticos y hemorragia | 60 | 4,9 |
| Vellosidades coriales con edema | 53 | 4,3 |
| Mola Hidatiforme | 43 | 3,5 |
| Infarto placentario | 35 | 2,8 |
| Placenta con áreas de necrosis fibrinoide, hilinización y decidua uterina con signos de autólisis | 35 | 2,8 |
| Placentitis | 22 | 1,8 |
| Placenta con áreas extensas de necrosis con zonas de calcificación: Infiltración calcárea de la placenta | 16 | 1,3 |
| Cortes de decidua uterina necrótica con colonias bacterianas y sin reacción leucocitaria | 11 | 0,9 |
| Inflamación aguda de los vasos del cordón umbilical | 4 | 0,3 |
| Sífilis placentaria | 2 | 0,1 |
| Endometritis sincitial | 2 | 0,1 |
| Decidua uterina con zonas glandulares en las que se ven frecuentes peñachos "Signo de Arias Stella" | 2 | 0,1 |
| Decidua uterina y vellosidades coriales con extensa necrosis fibrinoide y escasa reacción celular | 1 | 0,08 |
| Miometritis aguda post-aborto | 1 | 0,08 |
| Sin dato | 212 | 17,2 |

cuanto se ha dicho que la presencia de inflamación concomitante con vellosidades normales, permite sospechar el aborto criminal (9).

Se reportaron 53 casos (4,3%) de vellosidades coriales con edema, proceso degenerativo, que puede resultar de los trastornos circulatorios que ocurren, particularmente cuando muere el embrión o el feto. La lesión edematosa, hidrópica, de la vellosidad corial se ha encontrado al estudio histológico de los especímenes de aborto espontáneo. Isaza Mejía (9) reporta este trastorno en el 24,8% sobre 137 preparaciones histológicas por aborto conjuntamente con otras alteraciones degenerativas de las vellosidades coriales.

Se encontraron 43 casos (3,5%) de Mola Hidatiforme. El diagnóstico se comprobó tanto al examen macroscópico por la visualización de los racimos formados por las vellosidades vesiculares como por el examen histológico.

Se reportan diversas alteraciones placentarias tales como el infarto y la presencia de áreas de necrosis fibrinoide. Novak (15) dice que estas lesiones se deben a la necrosis isquémica de las vellosidades, debida a trastornos circulatorios de la sangre materna en la decidua a lo cual coadyuvan los depósitos de fibrina colectados entre las vellosidades coriales. En 70 casos (5,6%) de nuestro estudio se encontraron estas alteraciones degenerativas.

En relación con la sífilis placentaria se encontraron 2 casos (0,1%) en el estudio histológico. Creemos que el hallazgo de esta patología, si se le investiga específicamente, puede ser más frecuente, dada la concomitancia de la sífilis y embarazo en nuestro medio.

La endometritis sincitial, de la cual se reportan 2 casos (0,1%) indica la infiltración del trofoblasto (sobre todo por el sincitio) en la pared uterina, con notable reacción inflamatoria e incluso fenómenos necróticos. Aparece con más frecuencia después de un aborto especialmente después de los legrados que se practican con motivo de Molas Hidatiformes.

El signo de Arias Stella, caracterizado por la presencia de glándulas endometriales en forma de penacho, se encontró en 2 casos (0,1%). Algunos autores (9) sostienen que autoriza para hacer el diagnóstico de Embarazo ectópico. Mackles y col., Pildes y Wheeler citados por Novak (15) han observado y consideran con valor diagnóstico estas modificaciones atípicas del endometrio en las mujeres que albergan un Embarazo ectópico. En los 2 casos estudiados por nosotros no se encontró Embarazo ectópico.

Consideraciones sobre el Aborto Séptico en nuestro medio

Entre las complicaciones que el médico debe afrontar en el campo obstétrico la infección constituye una de las más serias y frecuentes. Es una de las causas de mayor mortalidad materna en nuestro medio, a pesar de todos los recursos que hoy se tienen para combatirla.

El aborto incompleto es la patología más constante de los servicios obstétricos y es el factor que condiciona la mayor parte de las complicaciones sépticas. Diversos estudios han tratado de valorar estadísticamente el problema en nuestro país. Peralta Cayón (17) encuentra en varios años una frecuencia del 20% de abortos y Muñoz Delgado y col. (13) anotan la misma incidencia para la ciudad de Cali.

Pardo Vargas y col. (16) anotan que durante el año de 1965 fueron atendidos en el país, en medio hospitalario, 280.671 partos y 56.438 abortos; es decir que por cada 5 partos hubo un aborto.

Nosotros encontramos sobre 8.835 pacientes hospitalizadas en la Unidad Obstétrica, durante los años 1966-1967-1968, que el aborto representó el 14,0% de estas hospitalizaciones. Durante este mismo tiempo hubo 6.586 partos (74,5%), lo cual significa que por cada 5 partos se atendió 1 aborto.

El aborto es en nuestro país un problema médico social de magnitud considerable, que afecta a un gran número de mujeres. Ocupa un alto porcentaje de las camas hospitalarias y para su atención médica adecuada, nuestros centros hospitalarios, deben destinar, de sus precarios presupuestos, importantes sumas de dinero.

El monto total de las sumas presupuestales del Hospital Universitario de Caldas ascendió durante los años 1966, 1967 y 1968 a la suma global de \$ 27'728.000,00. De esta cifra debió destinar \$ 503.136,00 para la atención del aborto hospitalario.

En otros términos, dedicó el 1,81% de su presupuesto a la asistencia médica del aborto.

Durante estos 3 años 28.328 pacientes ingresaron a las Salas Generales del Hospital. Si se relaciona esta cifra con el número de abortos hospitalizados se encuentra que por cada 100 pacientes que ingresaron al hospital el 4,3% se admitió por aborto.

Durante esta misma época se transfundieron por aborto 147.615 cc. de sangre. El hospital utilizó en transfusiones gratuitas, en sus Servicios

Generales, la cantidad de 3'176.420 cc. Esto es: el aborto significó el 4,6% del total de sangre transfundida. Para entonces, cada cc. de sangre transfundida representó para el hospital la erogación de \$ 0,21; de donde resulta que se invirtió en transfusiones por aborto, durante este tiempo, la suma de \$ 30.999,15 m/cte.

Resulta muy difícil valorar los daños y pérdidas económicas producidas por el aborto. El Dr. Rolando Armijo (1) anota que la tasa de letalidad en los hospitales oscila alrededor de 5 por mil más del doble que la mortalidad materna. Las secuelas y complicaciones, tanto inmediatas como tardías, comprenden una amplia gama de patología en la cual deben considerarse también los trastornos psicológicos.

Es un hecho evidente que las complicaciones son más graves y frecuentes en el aborto provocado; lo cual se explica por los siguientes hechos:

1º) La apertura del huevo conduce rápidamente a la infección de su contenido, y en consecuencia, a la muerte del embrión.

2º) El desprendimiento placentario traumático no es más que parcial y abre una red vascular de considerable actividad en esta etapa de la gestación.

3º) La culminación del desprendimiento y más tarde la expulsión completa del huevo, condiciones indispensables de la hemostasia espontánea, son difícilmente realizados.

4º) La placenta, respecto al feto, es muy voluminosa y se halla profundamente adherida en la pared uterina, la cual no está preparada para la evacuación útero-placentaria.

5º) El útero, durante este período de la gestación, está en reposo porque en esta época el equilibrio neuro-hormonal está regulado para asegurar su inmovilidad. Esta inactividad uterina explica las dificultades de la dilatación y del borramiento del cuello (10-11).

En el aborto espontáneo las complicaciones sépticas graves son excepcionales. Estas son el atributo de las maniobras abortivas criminales, realizadas en malas condiciones de asepsia, siendo los agentes causales principales el estreptococcus hemolítico, la escherichia coli, el aerobacter aerógenes, la pseudomona aeruginosa, el proteus vulgaris etc.

En nuestro estudio encontramos 179 casos con aborto infectado. Todas las pacientes incluídas presentaban evidencia local y general de infección: calofrío, fiebre 38º o más, hemorragia de olor fétido, vagina caliente y diversos grados de compromiso genital, abdominal o general. Esta fue la sintomatología más frecuente. En un pequeño grupo predominaban los fenómenos de alteración del estado general, con poca reacción local, lo cual es frecuente en los cuadros de septicemia y shock bacteriémico.

Clasificación

Existen varias clasificaciones en la literatura obstétrica, en un intento por fijar normas respecto al grado de extensión o propagación de la infección a partir del útero. Son clasificaciones que se extienden desde la más simple y sencilla que engloba en una sola todas las lesiones bajo el nombre de Aborto Complicado (2), hasta las más complejas como la propuesta por Falk y col. (6) en la cual la infección comprende 6 grupos principales. Otros autores como Goodno y

col. (3-8), Neuwirth y S. Robert (14) dividen la sepsis en 3 categorías y Muñoz Delgado y col. (13) consideran la división de la sepsis en cinco grados.

Nosotros, por parecernos más objetiva y fácil de aplicar desde el punto de vista clínico y fisiopatológico, acogimos al clasificación que divide la sepsis en 4 estados (18) así:

Estado I: Infección localizada en la cavidad uterina.

Estado II: Infección extendida a los anexos o estructuras parauterinas.

Estado III: Pelviperitonitis o peritonitis.

Estado IV: Septicemias, Shock bacteriémico, Insuficiencia renal etc.

En la literatura nacional existen varios estudios sobre el Aborto Séptico en los cuales sus autores utilizan diversas clasificaciones.

No conocemos, hasta el momento, ningún criterio que oriente hacia una clasificación única y fácilmente aplicable. Por lo tanto, nos parece oportuno recomendar que se estudie la conveniencia de adoptar a nivel nacional una clasificación unificada, que señale normas con relación a la extensión y propagación de la infección, reúna las alteraciones patológicas y fisiopatológicas producidas por la enfermedad, que permita una orientación terapéutica definida y clínicamente pueda aplicarse con facilidad.

Los 179 casos de Aborto Séptico hallados por nosotros los presentamos en el Cuadro N° 23.

El 14,5% del total de abortos analizados tenía complicaciones por infección.

CUADRO Nº 23

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 179 ABORTOS INFECTADOS SEGUN EL ESTADO DE INFECCION

| Clasificación | Nº de Casos | % |
|---------------|-------------|-------|
| Estado I | 148 | 82,7 |
| Estado II | 14 | 7,8 |
| Estado III | 6 | 3,4 |
| Estado IV | 11 | 6,1 |
| | 179 | 100,0 |

Su relación con el total de ingresos (8.835) es del 2,0% y si se compara con el total de partos atendidos (6.586) resulta una relación de 1 por 36.

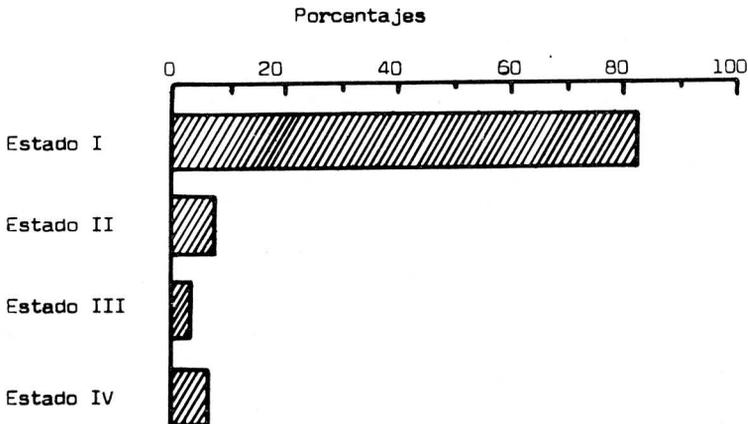
La infección más frecuente se encontró en el estado I seguida de sepsis en los Estados II y IV respectivamente.

En el Estado III encontramos 6 casos.

La conducta a la cual se sometieron estas pacientes incluyó: Elaboración de una historia clínica completa, haciendo énfasis en la posibilidad de aborto criminal (siempre se consideran infectados y con posibilidad de perforación uterina). Se investigó el antecedente de maniobras abortivas. Para la identificación de los gérmenes causales se tomaron frotis, cultivos y antibiogramas de las secreciones genitales así como hemocultivos. Otros exámenes incluyeron hemoglobina, hematocrito, leucograma, sedimentación, orina, azohemia, glicemia, creatinina, serología y hemoclasificación.

Los tejidos obtenidos del endocérvix y de la cavidad uterina fueron sometidos a estudio histológico y en algunos casos se ordenó cultivo y antibiograma de estos productos. En los casos con presunción de patología abdominal y ante la sospecha de maniobras abortivas se solicitó radiogra-

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 179 ABORTOS INFECTADOS SEGUN EL ESTADO DE INFECCION



GRAFICA Nº 9

fía simple del abdomen. Cuando el caso lo requirió se ordenaron otros exámenes especiales.

Inicialmente los casos se incluyeron dentro de uno de los 4 grupos de la clasificación y se inició la terapéutica indicada para cada caso según el esquema de tratamiento del servicio. Posteriormente el tratamiento se orientó de acuerdo con los resultados del laboratorio y la evolución clínica.

Tratamiento quirúrgico

Excepción hecha de los raspados uterinos que constituyen conducta de rutina en todo aborto incompleto, los otros procedimientos quirúrgicos fueron efectuados en su totalidad en los casos complicados con sepsis. Ellos se esquematizan en el Cuadro N° 24.

CUADRO N° 24
TRATAMIENTO QUIRURGICO

| Procedimiento | Nº de Casos |
|----------------------------------|-------------|
| Histerectomías | 6 |
| Colpotomías | 7 |
| Histerorrafias | 4 |
| Salpinguectomía bilateral | 2 |
| Salpingo-ooforectomía unilateral | 3 |
| Laparotomía y drenaje | 5 |

Los anteriores procedimientos quirúrgicos se ejecutaron en casos de aborto séptico con antecedentes de maniobras abortivas criminales.

En 6 casos (0,5%) de aborto espontáneo hubo ruptura uterina accidental al practicar el raspado. Uno de ellos fue remitido por el médico que practicó el legrado en una de las poblaciones vecinas (puesto de salud). En 4 de ellos fue necesario hacer histerorrafia, los otros dos mejoraron con el tratamiento médico.

Principales gérmenes encontrados en un grupo de pacientes complicadas sépticas

Los principales gérmenes encontrados en 116 pacientes complicadas por infección fueron:

CUADRO N° 25

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 116 PACIENTES INFECTADAS SEGUN TIPO DE GERME CAUSAL

| Germen | Nº de Casos | % |
|--------------------------------|-------------|-------|
| Scherichia Coli | 31 | 26,7 |
| Estafilococcus Albus | 16 | 13,8 |
| Estreptococcus Beta hemolítica | 11 | 9,5 |
| Klebsiella pneumoniae | 8 | 6,9 |
| Estreptococcus faecalis | 8 | 6,9 |
| Diplococcus pneumoniae | 7 | 6,0 |
| Estreptococcus alfa | 6 | 5,2 |
| Proteus vulgaris | 6 | 5,2 |
| Estreptococcus anaerobio | 5 | 4,3 |
| Neisseria gonorrhoeae | 4 | 3,4 |
| Clostridium Welchii | 4 | 3,4 |
| Aerobácter aerógenes | 3 | 2,6 |
| Pseudomonas aeruginosa | 2 | 1,7 |
| Estafilococcus dorado | 2 | 1,7 |
| Bacilo subtilis | 1 | 0,9 |
| Proteus Morganii | 1 | 0,9 |
| Alcalígenes faecalis | 1 | 0,9 |
| | 116 | 100,0 |

El germen que se encontró con mayor frecuencia fue la Scherichia Coli (26,7%) seguida del estafilococcus albus (13,8%) y el estreptococcus beta hemolítico (9,5%). También se encontraron gérmenes del tipo de clostridium Welchii; aerobácter aerógenes, las pseudomonas aeruginosa y el proteus vulgaris cuyas toxinas condicionan el Shock séptico.

Métodos principales utilizados para provocar el aborto

Por lo anteriormente expuesto puede afirmarse que en nuestro medio la causa predominante en la frecuencia del aborto séptico la constituyen las maniobras abortivas realizadas por la misma paciente o por otras

personas en pésimas condiciones de asepsia.

En las pacientes que analizamos, encontramos que la forma más usual de provocar el aborto fue introduciendo por vía vaginal diversos artefactos tales como clavos, sondas con alma metálica, tijeras, cucharas, alambres y varillas, agujas de tejer, palillos, cánulas, aplicadores, gasa y algodón, portaplumas etc. Otro método socorrido fue la utilización de duchas y lavados vaginales con cocimientos a base de sustancias de origen vegetal como el sauco (*sambucus nigra*) la ruda (planta rutácea), la altamisa o artemisa (*artemisia vulgaris*) y el mastuerzo (*Lepidium sativum*) etc. La ingestión de estas sustancias también se utilizó con fines abortivos.

También se usaron con fines abortivos la aplicación de algunas drogas occitócicas tales como la occitocina y el maleato de ergonovina, drogas que se pueden adquirir fácilmente, sin fórmula médica y no están sometidas a control alguno por las autoridades sanitarias. Así mismo se utilizaron la quinina que tiene una acción occitócica y el "Mejoral". Este último lo utilizaron mezclado con jugo de limón en duchas y lavados vaginales o también por ingestión. En uno de nuestros casos se encontró que había ingerido en mezcla con jugo de limón hasta la cantidad de 20 pastas de Mejoral. Finalmente, en algunas pacientes, como método abortivo, se emplearon jeringas, peras de caucho y cánulas para introducir en la cavidad uterina a través del cuello sustancias preparadas a base de jabón, aceite, etc.

La utilización de los métodos en nuestras pacientes se discrimina así:

A 10 pacientes les habían aplicado Maleato de Ergonovina y Occitocina, pero no creemos que los occitócicos

CUADRO Nº 26

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL METODO UTILIZADO POR 58 PACIENTES CON ABORTO CRIMINAL

MANIZALES - 1966-1968

| Método | ABORTO PROVOCADO | |
|--|------------------|-------|
| | Nº de Casos | % |
| Sonda | 14 | 24,1 |
| Alambres y varillas | 7 | 12,0 |
| Baños y duchas vaginales | 6 | 10,4 |
| Otros artefactos de hierro | 5 | 8,6 |
| Pera para aplicación intra-uterina de solución jabonosa | 4 | 6,9 |
| Aplicadores y palillos | 4 | 6,9 |
| Jeringa para aplicación intrauterina de líquidos aceitosos | 3 | 5,2 |
| Cuchara | 3 | 5,2 |
| Mecha, gasa y algodón | 3 | 5,2 |
| Agujas de tejer | 3 | 5,2 |
| Cánula | 3 | 5,2 |
| Tijeras | 2 | 3,4 |
| Clavo | 1 | 1,7 |
| | 58 | 100,0 |

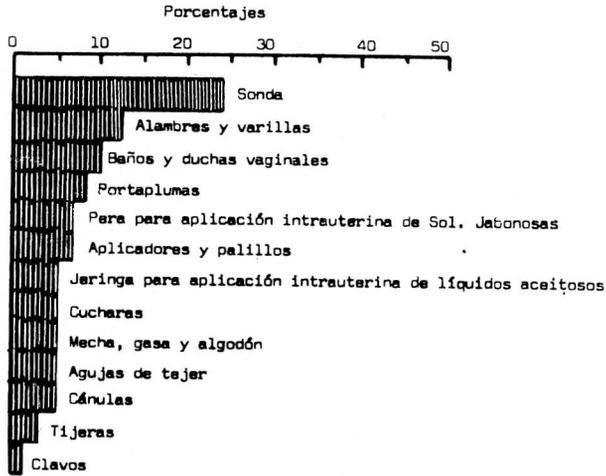
tengan mucha acción como sustancias abortivas en úteros con gestaciones normales. En casos predispuestos a la interrupción estas sustancias pueden desencadenar la evacuación del contenido uterino. En 2 pacientes se encontró la sonda: una que se retiró del canal cervical en el momento del examen y otra de la cavidad abdominal al practicar la laparotomía.

28 pacientes atribuyeron el aborto al traumatismo sufrido por una caída. Creemos que con esto la mayoría de las pacientes trataron de enmascarar la verdadera etiología del aborto.

Mortalidad

Tres pacientes murieron: Una por shock séptico, Insuficiencia Renal aguda. Septicemia por *Streptococcus Beta hemolítica*. Otra presentó una peritonitis generalizada, tabicada

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 58 PACIENTES SEGUN METODO UTILIZADO PARA EL
ABORTO CRIMINAL



GRAFICA N° 10

con aglutinación de asas intestinales. En los cultivos se aislaron: Scherichia Coli, Proteus vulgaris y Diplococcus pneumoniae. La última presentó peritonitis generalizada a partir de una ruptura uterina. Se aislaron de los cultivos del material extraído de la cavidad abdominal Scherichia Coli, Keksiella Pneumoniae y Estreptococcus Beta hemolítico.

Todas ingresaron al hospital con antecedentes de Aborto Provocado y en pésimas condiciones generales.

La incidencia total de mortalidad por aborto fue del 0,2%.

Hacemos la siguiente relación:

Con el número total de abortos (1.229) 0,2%.

Con el número de abortos infectados (179) 1,7%.

Con el número de abortos provocados (147) 2,0%.

Resumen y Conclusiones

1º) De 8.835 hospitalizaciones hechas en la Unidad Obstétrica del Hospital Universitario de Caldas entre el 1º de Enero de 1966 al 31 de Diciembre de 1968, el 74,5% (6.586) ingresó por parto y el 14,0% (1.229) por aborto. Se presenta la revisión y análisis de las historias clínicas de estos abortos.

2º) Ante la ausencia de signos evidentes macroscópicos de aborto solo el estudio histológico confirma este diagnóstico.

3º) Debe hacerse el estudio sistemático de todos los productos obtenidos por legrado uterino no solamente para confirmar o descartar el diagnóstico de aborto sino para descubrir otra patología.

4º) El 80,8% de las pacientes estaba entre los decenios 3º y 4º de la vida y el 89,0% procedía de la ciudad de Manizales.

5º) Según la clasificación socio-económica hecha por el Hospital, la totalidad de las pacientes pertenecían a núcleos familiares de pocos ingresos y de recursos económicos limitados, con un bajo nivel cultural.

6º) El 91,6% se dedicaba a los oficios del hogar.

7º) El 75,0% de los abortos se presentó entre la sexta y catorceava semanas de embarazo y el 90,6% no había asistido a Consulta Prenatal.

8º) El 46,0% de los abortos se presentó en pacientes sin antecedentes de interrupción de embarazos anteriores, lo cual no concuerda con la teoría de Malpas.

9º) Se encontró una incidencia de aborto provocado comprobado del 12,0%. No obstante, hay bases suficientes que permiten pensar en una frecuencia real mucho más alta.

10º) En el 92,3% los síntomas predominantes fueron la hemorragia y el dolor asociados.

11º) En el 44,9% hubo complicaciones relacionadas con hemorragia e infección. El shock post-hemorrágico se presentó en el 16,8% de los casos y la infección se presentó en 14,5%. Se sugiere estudiar la posibilidad de adoptar a nivel nacional una clasificación de la sepsis post-aborto unificada.

12º) Se encontró en el grupo de estudios una incidencia de sífilis no depurada, del 8,0%.

13º) El promedio de hospitalización global fue de 3,4 días. El mayor tiempo de hospitalización fue empleado por abortos criminales complicados con sepsis.

14º) Cuando hay sospecha de maniobras abortivas criminales la pre-

sencia de inflamación concomitante con vellosidades normales puede ser un indicio más en la configuración del diagnóstico de aborto criminal.

15º) El signo de Arias Stella se encuentra en el embarazo pero no autoriza para confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico.

16º) Durante los años 1966, 1967 y 1968 el aborto significó para el Hospital Universitario de Caldas:

A) El 14,0% de las hospitalizaciones en la Unidad Obstétrica.

B) Por cada 5 partos se atendió 1 aborto.

C) Por cada 100 pacientes ingresadas a las Salas Generales del Hospital el 4,3% se admitió por aborto.

D) El 4,6% de las transfusiones se hizo a pacientes con aborto.

E) El costo total de estas transfusiones ascendió a la suma de \$ 30.999,15.

F) El Hospital empleó en la atención de los abortos hospitalarios la suma de \$ 503.146,00; es decir, el 1,81% del presupuesto global.

17º) El 14,5% de los abortos presentó complicaciones por infección, lo cual representa el 2,0% del total de abortos y el 1 x 36 de los partos atendidos.

18º) Las intervenciones quirúrgicas se ejecutaron en su mayoría en pacientes complicadas por aborto provocado.

19º) Los gérmenes que se encontraron con mayor frecuencia como causantes de la complicación séptica fueron:

Scherichia Coli, 26,7%. Estreptococcus Beta hemolítico, 9,5%. Estafilococcus Albus, 13,8%.

20º) Los métodos más utilizados por este grupo de pacientes para provocar aborto fueron:

La aplicación de la sonda, alambre y varillas.

21º) Se encontró una incidencia de mortalidad total por aborto de 0,2%. Todas murieron a consecuencia de aborto provocado criminal. Su relación con el número de abortos infectados fue del 1,7% y con el número de abortos provocados y comprobados del 2,0%.

Recomendaciones:

Se recomienda estudiar la posibilidad de adoptar a nivel nacional una clasificación para el aborto séptico unificada que dé normas con relación a la extensión y propagación de la infección, permita una orientación terapéutica definida y clínicamente pueda aplicarse con facilidad.

Agradecimientos:

Quiero rendir mis más sinceros agradecimientos y mi perenne reconocimiento de gratitud y admiración a los Profesores y Médicos Residentes de la Unidad Obstétrica, así como al personal Médico y Para-Médico de los Laboratorios Clínico y de Anatomía Patológica sin cuya entusiasta y decidida colaboración no hubiera sido posible la elaboración de este estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ARMIJO, ROLANDO Y MONREAL, TEGUALDA. Epidemiología del aborto provocado en Santiago. San Juan, Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Abril de 1964. pp.: 1-32. (Mimeografiado).
- 2 CALATRONI, CARLOS Y RUIZ, VICENTE. Terapéutica ginecológica. 7a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1954. p. 501.
- 3 DANFIRTH, DAVID. Spontaneous abortion. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2 (1): 22-35. Marzo/59.
- 4 DEXEUS FONT, S. y DEXEUS TRIAS D EBES, J. M. Tratado de Obstetricia. 2ad. ed. Barcelona, Salvat, 1957. pp. 1059-1099.
- 5 DUARTE CONTRERAS, A. y otros. Estudio completo de 235 abortos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 15 (5): 421-428. Septiembre-Octubre 1964.
- 6 FALK, C. HENRY Y BLINICK, G. Management of post-abortual peritonitis. *American Journal Obstetrics and Gynecology* 54 (2): 315 Agosto/47.
- 7 GOLD, EDWIN M. Identificación del feto que corre riesgo alto. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas* Nº 4: 1069 1080. Diciembre/68.
- 8 GOODNO, A. y JOHN y otros. Management of infected abortion. *American Journal Obstetrics and Gynecology* 85 (1): 17. Jan. 1º 1963.
- 9 ISAZA MEJIA, G. 270 raspados uterinos para el aborto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 11 (5): 539-549. Septiembre-Octubre/60.
- 10 LEON, JUAN y otros. Manual de Obstetricia. Buenos Aires, Gumersindo F. Fernández, 1967. pp. 548-571.
- 11 MERGER, ROBERT y otros. Manual de Obstetricia. Barcelona, Toray-Masson, 1964. pp. 210-233.
- 12 MORAGUEZ B. JAIME. Clínica Obstétrica. 8a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1960. pp.: 321-332.
- 13 MUÑOZ DELGADO, S. y otros. Tratamiento agresivo en el aborto séptico. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 11 (5): 487-502. Septiembre-Octubre/60.
- 14 NEUWIRTH, S., ROBERT. Septic abortion. *American Journal Obstetrics and Gynecology* 85 (1): 25 Jan. 1º/63.
- 15 NOVAK, EDMUNDO Y WOODRUFF, DONALD. *Ginecología y Obstetricia*. 2a. ed. Madrid, Alhambra, 1964. pp. 550-567.
- 16 PARDO VARGAS, F. y GARCÉS FERRER, M. Aspectos médico-sociales del aborto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 20 (4): 213-227. Julio-Agosto/69.
- 17 PERALTA CAYON, RAFAEL. Aborto, cesáreas previas, controversias clínicas y terapéuticas. Bogotá, Omnia, 1962. pp. 6.
- 18 SANTAMARIA P., LUIS EDUARDO. Aborto séptico y maniobras abortivas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 17 (4): 273-290. Julio-Agosto/66.
- 19 TAYLOR, STEWART. *Obstetricia de Beck*. 8a. ed. México, Interamericana, 1968. pp.: 298-309.