ESTUDIO SOBRE ABORTO SEPTICO

(Octubre 15 de 1968 a Octubre 14 de 1969)

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA — HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL — UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA — FACULTAD DE MEDICINA

*Dr. Alfonso Jubiz H.**
*Dr. Luis de la Hoz P.***
*Dr. Marcelo Huerta****

Introducción

El aborto constituye en la actualidad un problema médico y social. Ha sido ampliamente analizado en América Latina (1-2-3) y en Colombia (4-5-6) y la tendencia ascendente es un hecho ya conocido.

Entre nosotros las estadísticas del Hospital Universitario San Vicente de Paul así lo demuestran desde 1963 (Gráfica N° 1). La gran demanda de casos, los elevados costos y la tasa de mortalidad materna agravan el problema. Esto representa un ingente gasto para la Institución, de por sí limitada en su presupuesto y camas.

Es imposible satisfacer la demanda total por aborto, ya que los recursos insuficientes nos impiden hospitalizar los abortos no infectados y deben ser tratados ambulatoriamente. Solo ingresan los abortos infectados y una gran proporción de éstos son provocados.

En la práctica es imposible conocer el número exacto de abortos provocados debido a la ilegalidad del aborto.

En la legislación colombiana no hay una definición propiamente dicha del aborto, pero en el Código Civil, artículo 90 inciso 2° explica "la criatura que muere en el vientre materno, que perece antes de estar completamente separada del vientre de su madre o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás".

El estado socio-económico de las pacientes que solicitan los servicios del Hospital, el desconocimiento de métodos anticonceptivos adecuados y la deficiente o nula educación hacen que recurran a la inducción del aborto para resolver el problema de un embarazo no deseado.

Una de las complicaciones más graves del aborto es la infección y no podemos negar el lugar que ocupa el aborto séptico como causa de complicación obstétrica. Podemos pensar,

* Profesor Agregado de Obstetricia y Ginecología.

** Residente III de Obstetricia y Ginecología.

*** Profesor Agregado —Estadístico— Escuela Nacional de Salud Pública.

GRAFICO I

TENDENCIA DEL ABORTO INFECTADO H. U.S.V. P. MEDELLIN 1963 - 1967

sin lugar a equivocarnos, que en la gran mayoría de los abortos sépticos juega un papel primordial las maniobras abortivas.

La más temida de las complicaciones sigue siendo el shock endotóxico con teorías muy discutidas y con tratamiento cada vez más complejo (7-8-9-10-11-12-13).

El tratamiento del aborto séptico ha sido un punto difícil de resolver (14, 15, 16, 17, 18, 19), y la evolución de las escuelas se remonta al año de 1900 (20), sin embargo ninguna de estas escuelas ha dicho la última palabra.

Creemos que el aborto séptico continúa representando un problema mundial y que aún falta mucho por

hacer entre nosotros para aliviar en parte las consecuencias que este flagelo produce a la sociedad en general y al Hospital en particular.

Considerando que en nuestro medio no había un estudio relacionado con las ventajas o desventajas del vaciamiento inmediato y que entre nosotros la hospitalización por aborto es elevada, emprendimos la presente investigación.

Propósito

Comparar dos tipos de tratamiento en el aborto séptico.

Objetivo específico: Hacer una investigación de tipo prospectivo sobre el tratamiento quirúrgico inmediato del aborto séptico para:

1. Fijar pautas de tratamiento entre nosotros.

2. Bajar los días de hospitalización.

3. Averiguar el costo de cada caso.

Universo: Son todas las pacientes que consultan al Servicio de Obstetricia por aborto séptico.

Muestra: Se trata de una muestra voluntaria y hospitalaria de modelo ciego.

Unidad de muestreo: El aborto séptico.

Material y Métodos

El grupo de estudio son mujeres con aborto séptico complicado o no.

Definición de aborto séptico: Consideramos que existe un aborto séptico en toda paciente embarazada con aborto completo, incompleto o frustro con temperatura superior a 37.8°C. y/o secreción vaginal maloliente (16). La presente investigación se llevó a cabo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, desde el 15 de Octubre de 1968 al 14 de Octubre de 1969.

El grupo fue estudiado basado en la entrevista médico paciente. La población estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de aborto séptico. Las pacientes fueron repartidas en dos grupos denominados A y B, haciéndose la selección al azar y en forma alternativa según el orden de llegada, sin tener en cuenta el grado clínico.

En el grupo A, se practicó de entrada el vaciamiento digital o instrumental del útero sin tener en cuenta el grado clínico y luego se ordenó el tratamiento médico según

esquema que más adelante explicamos. En el grupo B, testigo, se hizo lo que está establecido en el Servicio, que consiste en hacer el tratamiento médico primero y luego el vaciamiento uterino después de 24, 48 o más horas de estar afebril según el grado clínico de infección.

Queremos anotar que solamente la hemorragia profusa hacía cambiar la conducta en caso de que la paciente le correspondiera por suerte pertenecer al grupo B. Sin embargo, como veremos en los resultados, el número de casos que obligó a este cambio no tiene significancia estadística.

Para la clasificación clínica seguimos la de Neuwirth (16).

Grado I: Infección localizada al útero.

Grado II: Infección diseminada a otras estructuras pélvicas además del útero.

Grado III: Infección diseminada más allá de las estructuras pélvicas.

a) Asociada a septicemia.

b) Asociada a peritonitis generalizada.

c) Asociada a tromboflebitis pélvica con o sin embolización pulmonar.

d) Shock séptico.

El tratamiento médico fue exactamente igual para ambos grupos, según el grado clínico. La escogencia de este tratamiento se debe a un estudio anterior efectuado en el Servicio (21).

Grado I: Penicilina procaína 800.000 unidades i.m. cada 12 horas. Estreptomomicina 0,5 gms. i.m. cada 12 horas.

CUADRO N° 1

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL
ESTUDIO SOBRE ABORTO HOSPITALARIO

TIPO EST.	
I	
II	

I. IDENTIFICACION																	
CASO N°.			HISTORIA N°.			NOMBRE			EDAD		ESTADO CIVIL						
											S C V SP.						
II. ANTECEDENTES																	
GINECOLOGICOS					OBSTETRICOS												
MENARCA		CICLO			GRAVIDA		PARA		VIVOS		ABORTOS		ABORTOS CON HOS- PITALIZACION				
III. DEL ABORTO ACTUAL																	
FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION			SEMANA DE ENBARAZO			INICIACION DEL ABORTO			GRADO CLINICO			FECHA DE HOSPITALIZACION			TIPO DE TRATAMIENTO		
D	N	A				ESPONTANEO		PROVOCADO		I	II	III	D	N	A	A	B
EXAMEN FISICO						LABORATORIO											
P. ARTERIAL		PULSO		TEMPERATURA		HB.		HTO.		LEUCOCR.		SEDIMENTACION		ORINA			
RESULTADOS DEL						COMPLICACIONES											
CULTIVO		HEMOCULT.		SENSIBIL.								INMEDIATAS		MUERTE			
IV. INTERROGATORIO																	
1°. LE GUSTARIA TENER MAS HIJOS DE LOS QUE TIENE: NO ☐ SI ☐ CUANTOS																	
2°. CONOCE ALGUN O ALGUNOS METODOS PARA NO QUEDAR EMBARAZADA: SI ☐ NO ☐																	
3°. QUE METODOS CONOCE:																	
4°. CUALES HA USADO ALGUNA VEZ:																	
5°. CUALES ESTABA USANDO CUANDO QUEDO EN ESTE EMBARAZO:																	
6°. HA TENIDO UD. ALGUN ABORTO PROVOCADO: SI ☐ NO ☐																	
7°. COMO SE LO PROVOCARON:																	
8°. QUE PROFESION U OFICIO TIENE LA PERSONA QUE LO PROVOCO:																	
9°. EN LA OPINION DEL MEDICO, ESTE ABORTO ES PROVOCADO: CON SEGURIDAD SI ☐ CON SEGURIDAD NO ☐ PROBABLEMENTE SI ☐ PROBABLEMENTE NO ☐																	
10°. OBSERVACIONES:																	
FECHA EGRESO				DIAS DE ESTADA				COSTO APROXIMADO				MEDICO					

Grado II: Penicilina cristalina 20'000.000 para repartirlos en 2.000 cc. de dextrosa al 5% en A. D., durante 24 horas.

Estreptomycin 1 gm. i.m. cada 12 horas.

Grado III: Penicilina cristalina 40'000.000 diarios para repartirlos en 2.000 cc. de dextrosa al 5% en A. D.

Estreptomycin 1 gm. i.m. cada 12 horas.

Cloranfenicol 1 gm. cada 12 horas i.v. disuelto en dextrosa.

Los cultivos de endometrio y hemocultivos se efectuaron en la Sección de Bacteriología del Laboratorio Clínico del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Aun cuando en un comienzo ordenamos estos exámenes a todas las pacientes, en el transcurso de la investigación tuvimos por razones económicas del Hospital que suspenderlos en el grado I.

Los demás exámenes complementarios se efectuaron en el mismo Laboratorio Clínico. No se hizo coloración de Gram porque no nos serviría en la orientación del tratamiento ya que éste, había sido previamente establecido y solo se cambiaría cuando el curso clínico de la enfermedad y los resultados de los cultivos y antibiogramas así lo indicaran. A todas las pacientes se les elaboró una historia modelo. (Cuadro Nº 1).

Para contabilizar los días de hospitalización acordamos computar el tiempo entre dos censos hospitalarios, los cuales se efectúan a las 7 de la mañana.

Para obtener el costo por aborto multiplicamos los días de hospitalización por \$ 121,10 que es el costo por estancia día que tiene el Hospi-

tal, según el informe estadístico del movimiento asistencial durante el año de 1968.

Las historias fueron codificadas personalmente por los autores previa estandarización de criterios pedidos en la encuesta. Se utilizó una tabulación mecánica, las tarjetas fueron perforadas y verificadas en el Departamento de Registros Médicos del Hospital y el cómputo de los datos en el Centro Universitario de Computación instalado en la Facultad Nacional de Minas. Anotamos que el mismo modelo de historia sirvió para otro estudio sobre aborto hospitalario. El estudio I correspondió al aborto séptico y el II al aborto hospitalario.

Las variables que se midieron comprenden: edad, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, semanas de embarazo, iniciación de aborto, grado clínico, días de hospitalización, tipo de tratamiento, exámenes de laboratorio, complicaciones inmediatas, mediatas o muerte y costo por aborto.

Se buscó la asociación entre el tipo de tratamiento versus días de hospitalización, tipo de tratamiento con grado clínico, iniciación del aborto y grado clínico, grado clínico y complicaciones, tratamiento y complicaciones, iniciación del aborto y resultados de los cultivos, distribución por edad y estado civil, tipo de tratamiento y costo.

Resultados y Comentarios

Distribución de los abortos según los días de hospitalización y grado clínico: Se estudiaron 616 pacientes con aborto séptico, 244 pertenecen al grado clínico I, 217 al grado II y 115 al III.

CUADRO N° 2**DISTRIBUCION DE LOS ABORTOS SEPTICOS SEGUN DIAS DE HOSPITALIZACION
Y GRADO CLINICO**

H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Días de hospitalización	Total de pacientes	Grado Clínico		
		I	II	III
1 — 5	386	203	131	52
6 — 10	189	33	75	81
11 — 15	26	5	8	13
16 y más	15	3	3	9
TOTAL	616	244	217	155

Todas las pacientes contabilizaron un total de 3.598 días de hospitalización, de éstas el 64% (386 pacientes) se demoraron de 1 a 5 días. Al buscar la variabilidad según el grado clínico encontramos lo siguiente: para el grado I la estadía varió de 4 a

6 días con una mediana de 5. Para el II esta variabilidad fluctuó entre 5 y 8 días con una mediana de 6. En el grado III la mediana fué de 9 días con extremos de 6 y 16, sin embargo en este grupo tuvimos una paciente que se demoró 67 días.

CUADRO N° 3**RELACION DE LAS SEMANAS DE EMBARAZO CON LA INICIACION DEL ABORTO SEPTICO**
H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Semanas de embarazo	Iniciación del Aborto				Total	
	Pacientes	Esponáneo %	Pacientes	Provocado %	Pacientes	%
1 — 4	22	3,5	3	0,49	25	4,06
5 — 8	122	19,80	37	6,01	159	25,81
9 — 12	164	26,62	37	6,01	201	32,63
13 — 16	118	19,16	15	2,43	133	21,59
17 — 20	69	11,20	11	1,78	80	12,99
Sin dato	17	2,76	1	0,16	18	2,92
TOTAL	512	83,12	104	16,88	616	100,0

Relación de las semanas de embarazo con la iniciación del aborto séptico: De las 616 pacientes, 512 (83,12%) corresponden a los abortos espontáneos y 104 (16,88%) son provocados. Debemos aclarar que solo aceptamos como aborto provocado aquellos casos en los cuales la paciente confesó alguna maniobra abortiva.

Al analizar el aborto séptico según su iniciación encontramos que en el

aborto provocado el 50% de las pacientes tenían entre 8 y 12 semanas con una mediana de 9. Es de anotar que en este grupo sólo encontramos casos a partir de la cuarta semana.

En el aborto espontáneo que fueron 512 casos, la variabilidad fue de 8 a 14 semanas con una mediana de 10.

Relación entre las semanas de embarazo y el grado clínico: De las 616

CUADRO Nº 4

RELACION DE LAS SEMANAS DE EMBARAZO SEGUN EL GRADO CLINICO
H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Semanas de embarazo	I	Grado Clínico II	III	Total
1 — 4	8	11	6	25
5 — 8	58	44	57	159
9 — 12	70	81	50	201
13 — 16	61	51	21	133
17 — 20	40	23	17	80
Sin datos	7	7	4	18
TOTAL	244	217	155	616
%	39	35	26	100

pacientes, con aborto séptico el 39% corresponden al grado I, 35% al II y el 26% al grado III. No se encontró significancia estadística entre el período de gestación y la clasificación clínica, ya que los promedios son iguales para los 3 grupos (11 semanas).

No conformes con este dato procedimos a analizar las distribuciones en base a los cuartiles para buscar la variabilidad del 50% de las pacientes dentro de cada grado clínico y obtuvimos los siguientes resultados: en el grado I fluctuó entre 10 y 17 semanas con una mediana de 13. En el grado II varió entre 9 y 15 semanas con una mediana de 12, y en el grado III fue de 8 a 15 con una mediana de 12.

Da la impresión de que esta variabilidad según la clasificación clínica está en relación directa con las semanas de embarazo.

Relación entre el cultivo y el grado clínico: El cultivo fue negativo en el 59,6% de los casos. De los cultivos positivos encontramos como más frecuente el colibacilo con 43% en el grado III y 39% en el grado II. La kleibsellla fue positiva en el 47% en el grado II y 34% en el I. El estafilococo coagulasa positivo fue más

frecuente en el grado II con un 46%.

Como podemos observar en nuestro medio los gérmenes gram negativos son los causantes más frecuentes de la infección por aborto.

Relación entre el cultivo y las complicaciones: Se encontraron 255 cultivos positivos, correspondiendo al colibacilo el 33% anotando que se encontró en una de las pacientes fallecidas. El 18% correspondió a la kleibsellla y el 17% al hemophilus.

Por lo que respecta a las complicaciones, el 93% con cultivo positivo no las tuvo. Llama la atención que solamente se encontró el gonococo en 3 casos y una paciente tuvo como complicación una endometritis.

Distribución de los días de hospitalización según el tratamiento y costo: El costo total fue de \$ 435.596,70. El cuadro nos dice que el 57% del costo total del aborto séptico correspondió al tratamiento B. Al observar su distribución notamos las siguientes características: en los primeros 4 días de hospitalización el tratamiento A, es más caro, pero a partir del 5º día este fenómeno se invierte a favor del tratamiento B, ya

CUADRO N° 5

RELACION ENTRE EL CULTIVO Y EL GRADO CLINICO

H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Cultivo	Grado Clínico							
	I	%	II	%	III	%	Total	%
Sin cultivo	191	52,0	112	30,5	64	17,5	367	100,0
Colibacilo	15	17,8	33	39,3	36	42,9	84	100,0
Kleibselia	9	19,1	16	34,0	22	46,9	47	100,0
Stafilocoagulosa	8	33,3	11	45,8	5	20,8	24	100,0
Strepto-beta hemolético	8	40,0	5	25,0	7	35,0	20	100,0
A. Aerógenes	1	7,7	8	61,5	4	30,8	13	100,0
Hemophilus	5	33,3	6	40,0	4	26,6	15	100,0
Proteus	3	33,3	3	33,3	3	33,3	9	100,0
Alcaligenes			3	33,3	3	33,3	9	100,0
Salmonella	3	33,3	2	50,0	2	50,0	4	100,0
Pseudomona			4	80,0	1	20,0	5	100,0
Gonococo	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100,0
Sin confirmar			13	81,2	3	18,8	16	100,0
TOTAL	244		217		155		616	100,0
%	39,6		35,2		25,2			100,0

CUADRO Nº 6

RELACION ENTRE EL CULTIVO Y LAS COMPLICACIONES

H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Complicaciones Cultivo	Peritonitis	Shock séptico	Púrpura infeccioso	Piosalpin.	Absceso pélvico	Salpin- gitis	Endome- tritis	Agranulo- citosis	Muerte	Sin com- plicación	Total	%
Negativo	2	1	1	1					1		6	2,4
Coibacilo	1								1	82	64	33,0
KleibSELLA	1	1			1					44	47	18,4
Stafilococoagulasa						1				23	24	9,4
Streptococo										31	31	12,2
A. Aerógenes		1							1		2	0,8
Hemophilus										44	44	17,3
Goriococo							1				1	0,4
Sin confirmar							1	1		14	16	6,3
TOTAL	4	3	1	1	1	1	2	1	3	238	255	
%	1.6	1.2	0.4	0.4	0.4	0.4	0.8	0.4	1.2	933		100,0

CUADRO Nº 7

DISTRIBUCION DE LOS DIAS DE HOSPITALIZACION SEGUN TRATAMIENTO Y COSTOS

H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Días de hospitalización	Pacientes	Tratamiento		Pacientes	Costo en Pesos	Pacientes	Costo en Pesos	Totales Costo en Pesos	%
		A	B						
1 — 5	233	97.485,50		153	74.113,20	386		171.598,70	39,4
6 — 10	68	58.733,50		122	108.990,00	190		167.723,50	38,5
11 — 15	6	9.203,60		19	28.579,60	25		37.763,20	8,7
16 y más	8	23.130,10		7	35.361,20	15		58.491,30	13,4
TOTAL	315	188.552,70		301	247.044,00	616		435.596,70	100,0
%	51,1	43,0		48,9	57,0				100,0

que este tratamiento de hecho alarga los días de hospitalización.

El 74% de las pacientes que recibieron el tratamiento A, estuvieron en promedio 5 días. En el tratamiento B, el 75% de las pacientes demoraron 7 días. Estamos interesados en mostrar cuál fué la realidad de la variabilidad de costo según el trata-

miento y procedimos a analizar el 50% de las pacientes que nos den los costos más representativos y obtuvimos para el tratamiento A, valores entre \$ 484,40 a \$ 968,80 con una mediana de \$ 605,50. En el tratamiento B, la variabilidad estuvo entre 5 a 11 días que nos representa en pesos \$ 605,50 a \$ 1.332,10 con una mediana de \$ 847,70.

CUADRO N° 8

ASOCIACION ENTRE EL GRADO CLINICO Y EL TRATAMIENTO
H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Grado Clínico	Nº	Tratamiento				Nº	TOTAL	
		A	%	Nº	B	%	Nº	%
I	135		55,3	109		44,7	244	100,0
II	108		49,8	109		50,2	217	100,0
III	92		59,4	83		40,6	155	100,0
TOTAL	315		51,1	301		48,9	616	100,0

Asociación entre el grado clínico y el tratamiento: Al obtener a través de la prueba de X² una asociación positiva al nivel del 5% de la significancia, procedimos a medir significancia estadística de acuerdo con el grado clínico del aborto y encontramos lo siguiente: a un nivel del 5% la prueba es favorable al tratamiento A en el grado I y III. En el grado II no representó significancia estadística. Por lo tanto concluimos que siendo éste un experimento de modelo ciego y las 616 pacientes aleatorias nos permitimos recomendar el tratamiento A, descrito en el trabajo.

Relación entre el tratamiento y las complicaciones: Encontramos 6 complicaciones en el tratamiento A y 11 en el tratamiento B.

Al buscar la significancia estadística no se encontró diferencias entre el tratamiento A y el B a un nivel

CUADRO N° 9

RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO Y LAS
COMPLICACIONES - H. U. S. V. P.
MEDELLIN 1968 - 1969

Complicaciones	A	B	Total
Sin complicaciones	309	290	599
Endometritis		2	2
Salpingitis	1		1
Peritonitis	3	1	4
Shock séptico		3	3
Absceso pélvico		1	1
Agranulocitosis	1		1
Púrpura infeccioso		1	1
Piosalpin		1	1
Muerte	1	2	3
TOTAL	315	301	616

del 5%. Aunque la teoría estadística recomienda no hacer análisis con datos menores de 30 unidades pues, la distribución porcentual obtenida de hecho es muy inestable, nosotros empleamos esta distribución por la gran importancia que le hemos dado a los datos representados en el cuadro y

además oprque fue una de nuestras hipótesis planteadas en la planificación de la investigación.

Al buscar la distribución Z del test de las proporciones a un nivel del 5% se encontró que las diferencias entre el A y el B no son significativas.

Relación entre el grado clínico y las complicaciones: El 97% de las pacientes estudiadas no tuvo complicaciones. De las complicaciones encontradas queremos resaltar la agranulocitosis producida en una paciente con aborto séptico grado II, esta paciente estuvo hospitalizada 32 días.

CUADRO Nº 10

COMPLICACIONES SEGUN GRADO CLINICO EN PACIENTES CON ABORTO SEPTICO
H. U. S. V. P. — MEDELLIN 1968 - 1969

Complicaciones	I	II	III	Total
Sin complicaciones	243	213	143	599
Endometritis		2		2
Salpingitis			1	1
Peritonitis		1	3	4
Shock séptico			3	3
Absceso pélvico			1	1
Agranulocitosis		1		1
Púrpura infeccioso			1	1
Piosalpin	1			1
Muerte			3	3
TOTAL	244	217	155	616
Porcentaje	39,6%	35,2%	25,2%	100,0%

Comentaremos brevemente las 3 pacientes que fallecieron lo cual representa el 4,9 x 1.000.

L. S. - Paciente de 19 años, soltera, grávida 3, para 2 abortos 1, con 20 semanas de embarazo y aborto provocado con sonda. El cultivo endometrial fue positivo para estreptococo beta hemolítico, colibacilo y kliebsella. El hemocultivo fue negativo. Se clasificó como aborto séptico III y recibió tratamiento B. Tuvo una peritonitis y se practicó una anexo-histerectomía total con ligadura de la vena cava. Hizo posteriormente varios abscesos pélvicos que se drenaron. Estuvo hospitalizada 59 días. El estudio anatomopatológico mostró una endometritis purulenta y salpingitis. No se practicó autopsia.

A. S. - Soltera de 22 años, grávida 3 para 2, abortos 1, con 7 semanas de embarazo, negó toda maniobra abortiva y se clasificó como aborto séptico III por los hallazgos clínicos le correspondió el tratamiento A. El cultivo endometrial dio aerobácter aerógenos. El hemocultivo fue negativo. Hizo como complicación

un shock séptico, una insuficiencia renal aguda y anemia hemolítica. Su hospitalización fue de 12 días. Llama la atención que esta paciente manifestó durante el interrogatorio deseos de tener 2 hijos. No se hizo autopsia.

A. R. G. - Soltera de 19 años, grávida 2, para 1. Aborto provocado con sonda 15 días antes del ingreso, con 20 semanas de embarazo. Cuatro días antes de ingresar al Hospital le habían practicado raspado uterino en la Clínica Luz Castro. El diagnóstico de ingreso fue el de piosalpin derecho con reacción peritoneal, su estado general se agravó por una hemoptisis y un neumotórax espontáneo dificultando el acto quirúrgico, falleció a los 13 días de estar hospitalizada. El cultivo de endometrio y el hemocultivo fueron negativos. Autopsia Nº 5134: Metritis purulenta, absceso parametrial y tubo-ovárico derecho, trombosis séptica en senos venosos uterinos y en venas periuterinas y útero-ováricas. Embolismo séptico pulmonar bilateral, infartos hemorrágicos pulmonares bilaterales, pleuresía fibrinopurulenta derecha, cor pulmonar agudo. Septicemia por estafilococo?

Se practicaron 7 anexo-histerectomías totales por peritonitis y endometritis, en 2 pacientes con tratamiento A y en 5 con tratamiento B. En una paciente con piosalpin derecho y que había recibido tratamiento B, se le practicó anexectomía derecha.

Consideramos que el aborto infectado representa un peligro por sus complicaciones y tenemos la necesidad de ser más intervencionistas. Aun cuando solo practicamos la ligadura de la vena cava en una paciente, pensamos que siendo la tromboflebitis pélvica una complicación frecuente en las peritonitis por aborto séptico, debe ser considerada como una medida quirúrgica para evitar la embolia pulmonar.

Conclusiones

1. La hospitalización fue de 4 a 6 días en el grado I, de 5 a 8 días en el grado II y de 6 a 16 en el grado III.

2. El 50% de las pacientes con aborto inducido se lo provocaron entre la 8ª y la 12ª semanas. En el aborto espontáneo entre la 8ª y la 14ª semanas.

3. No se encontró significancia estadística entre las semanas de embarazo y el grado clínico.

4. El 57% del costo total del aborto séptico (\$ 435.596,70) correspondió al tratamiento B.

5. El costo del tratamiento A fluctuó entre \$ 484,40 a \$ 968,80 con una mediana de \$ 605,50.

En el tratamiento B, varió entre \$ 605,50 y \$ 1.332,10 con una mediana de \$ 847,70.

6. Solamente el 7% de las pacientes declararon haberse provocado el aborto.

7. En el 97% de los casos no hubo complicaciones.

8. La tasa de mortalidad en el grupo de estudio fue de 4.9 x 1.000.

9. El colibacilo se aisló en el 33% de los cultivos positivos.

10. No se encontró significancia estadística entre el tratamiento y las complicaciones.

11. El grupo concluye que el tratamiento A puede ser adoptado por las siguientes razones:

- a) es más barato
- b) es estadísticamente significativo a un nivel del 5%
- c) acorta el tiempo de hospitalización.

Resumen

Se estudian 616 pacientes con aborto séptico. Se dividen en dos grupos A y B elegidos al azar y se comparan según las complicaciones, días de hospitalización y costo. En el grupo A se hace vaciamiento digital o instrumental del útero inmediatamente sin tener en cuenta el grado clínico. En el grupo B, testigo, se hace el tratamiento médico primero y luego se practica el vaciamiento uterino después de estar afebril. El tratamiento médico fue igual para los dos grupos. En el 93% de los casos no se presentaron complicaciones y la mortalidad fue de 4.9 x 1.000.

Summary

Six hundred and sixteen patients with septic abortion are studied. These are divided into two groups, A and B, selected at ramsom and are compared in accordance with complications, days hospitalized and cost.

Group A undergoes immediate digital or instrumental evacuation, of the uterus without taking the clinical level into consideration. Group B, witness, first undergoes a medical treatment and a subsequent uterine evacuation after being nonfebrile. The medical treatment was the same for the two groups. Ninety three percent of the cases did not show complications and mortality was 4.9×1.000 .

Recomendaciones

A) **Educación:** Encaminada a educación sexual en las escuelas secundarias.

B) **Planificación familiar:** Ampliando el área de cobertura a todos los niveles.

C) Debe adoptarse el tratamiento A descrito, para el aborto séptico.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal médico y paramédico del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

A Doña Lilliam Hernández, Jefe del Departamento de Registros Médicos del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

A Don Javier Gómez quien colaboró eficazmente en la tabulación de los datos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ARMILLO, R. y MONREAL, T. Epidemiología del aborto provocado en Santiago. Rev. Med. de Chile. 92: 548, 1964.
- 2 REQUENA, M. Condiciones determinantes del aborto inducido. Rev. Médica de Chile. 94: 714, 1966.
- 3 NEME, B. y col. Obituario Materno no Abortamento Criminoso. An. Brasileiros Gynec. 59: 7, 1965.
- 4 MENDOZA HOYOS, H. y MERCEDES DE TORRES. Planificación familiar. Motivación, Comunicación, Valoración. Antares - Tercer Mundo. 1967. Bogotá.
- 5 AGUALIMPIA, C. MEJIA, R. PAREDES, R. y col. Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia. Enero 1968.
- 6 SANTAMARIA PAEZ, L. E. Aborto séptico y maniobras abortivas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 17: 273, 1966.
- 7 BYRNE, J. J. Current concepts shock. The New England Journal Medicine. 275: 543, 1966.
- 8 CAVANAGH, D. CLARK, P. J. and McLEOD, A. G. Septic shock of endotoxin type. Some observations based on the management of 50 patients. Am. J. Obst. and Gynec. 102: 13, 1968.
- 9 CHAVEZ, E. y col. Aborto séptico y shock bacterémico. Ginecología y Obstetricia de México. 21: 108, 1966.
- 10 COLEMAN, B. Septic shock in pregnancy. Obst. and Gynec. 24: 895, 1964.
- 11 MARTINEZ, T. J. y VASQUEZ, L. Aborto séptico complicado con shock. Consideraciones generales. Normas terapéuticas. Rev. Venezolana de Obst. y Gynec. 26: 407, 1966.
- 12 STUDDIFORD, W. and DOUGLAS, G. W. Placental bacteremia: A significant finding in septic abortion accompanied by vascular collapse. Am. J. Obst. and Gynec. 71: 842, 1956.
- 13 ADAMS, R. H. and PRITCHARD, J. A. Bacterial shock in obstetrics and gynecology. Obst. and Gynec. 16: 387, 1960.
- 14 KNAPP, R. CH. PLATT, M. A. and DOUGLAS, R. G. Septic abortion. Five year analysis at the New York Hospital. Obst. and Gynec. 15: 344, 1960.
- 15 MORTIZ, C. R. and THOMPSON, N. J. Septic Abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 95: 46, 1966.
- 16 NEUWIRTH, R. FRIEDMAN, E. Septic Abortion. Changing concept of management. Am. J. Obst. and Gynec. 85: 24, 1963.
- 17 GOLD, E. M. Observaciones sobre el aborto. Rev. Med. Mundial. 2: 67, 1966.
- 18 SPEROFF, L. Bacterial shock in obstetrics and gynecology with emphasis on the surgical management of septic abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 95: 139, 1966.
- 19 MUÑOZ, S. y col. Tratamiento agresivo en el aborto séptico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 11: 488, 1960.

20 BROWN, W. HANISCH, E. C. and ROCK, L. A. A review of the aggressive management of abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 76: 716, 1958.

21 DIAZ, P. y GUERRERO, E. Estudio clínico y bacteriológico de 121 casos de aborto incompleto infectado. Hospital Univ. San Vicente de Paúl. Sin publicar. 1966.