

Aborto séptico

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
CALI, COLOMBIA

Dr. Hernando Navarro V.*

INTRODUCCION

De los temas más difíciles de encarar en nuestra sociedad está el problema del embarazo no deseado y sus consecuencias. El aborto inducido por cualquier medio es la única vía de escape para la mujer que se encuentra en estas circunstancias (1).

En los países desarrollados la paciente puede ser amparada legalmente, recurrir a una institución médica y practicarse el aborto en condiciones de seguridad para su vida. (2-3). En los países donde, como el nuestro no se contempla ni aún la posibilidad del aborto terapéutico, con indicaciones médicas precisas, las personas no solo médicas, sino también paramédico y empíricos están practicando abortos en condiciones de grave atentado para la salud de la mujer quien, cuando sobreviene una complicación, generalmente infecciosa, no solo está bajo riesgo de lesión ginecológica grave, sino de morir (4). Esto ha hecho entre otras cosas, mantener un porcentaje elevado de muerte materna (5). Las medidas generales, la planificación familiar,

las charlas preventivas, todo cae en un esfuerzo no palpable pues la cifra de aborto provocado se mantiene casi igual a través de los últimos años (6).

El hecho de ser un problema de salud, de recaer en alto porcentaje de población joven y de causar grandes erogaciones en el tratamiento de las complicaciones hace necesaria una política más acorde con la realidad. Como ésto aún no es de fácil solución enfrentamos el problema de las complicaciones. Aquí igualmente no hay una unificación de criterios para la identificación, clasificación y manejo del aborto provocado. A los hospitales llega la paciente cuando presenta la complicación pero, el aborto provocado que cursa sin mayores problemas queda ignorado. La cifra de aborto provocado hospitalario sigue de 4 a 1 con relación al parto con feto vivo a término. De los pacientes con aborto hemos hecho un estudio de los casos hospitalizados en el primer semestre de 1980 con miras a dar claridad a la conducta o manejo que debe darse para disminuir no sólo la mortalidad sino la morbilidad en estos pacientes. Uno de los problemas es definir cuando un aborto es provocado. En nuestro Servicio definimos como provocado todo aborto ocasionado por maniobras endouterinas confesas o cuando existen serias sospe-

* Profesor Asistente. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

chas de manipulación, como laceración cervical, con o sin áreas de necrosis, cuerpos extraños en cavidad, historia bizarra de desencadenamiento del aborto, a pesar de la negativa de la paciente. La presencia de infección igualmente nos hace pensar en maniobras abortivas.

El siguiente punto es definir cuándo un aborto es séptico (7). No sólo el parámetro de fiebre debe tomarse como diagnóstico. Es necesario el hallazgo de infección endouterina así sea mínima. Igualmente consideramos séptico el aborto provocado con maniobras endouterinas aún en ausencia de cuadro clínico de infección.

El tratamiento, una vez hecho el diagnóstico, es también controvertido en sus puntos:

- a) De evacuación o erradicación del foco séptico (8-9-10-11).
- b) El manejo de antibióticos (12)

Sin pretender abarcar todos los tópicos, el estudio presente da algunas normas que nos han sido de gran utilidad. Sabido es que la erradicación del foco, bien sea por el simple legrado tendiente a dejar limpia la cavidad uterina, o la cirugía para evacuación de sepsis, con o sin histerectomía, han presentado grandes discusiones (13). En cuanto al uso del antibiótico y ayudados por las informaciones existentes (14-15-18), tratamos de adoptar un manejo en base a experiencias de años anteriores y a la patología bacteriana de nuestro medio.

Todo el estudio se presenta como un aporte más que ojalá ayude a quienes tienen en sus manos el manejo de este problema.

Clasificamos como Aborto incompleto, con infección presunta o leve, cuando: a) existe el antecedente de manipulación endouterina con fines abortivos, b)

cuando se aprecian restos endouterinos infectados la paciente no muestra compromiso sistémico, su temperatura no es mayor de 38°C, usualmente ambulatoria y no acusa mayor dolor en fase pélvica ni aún, durante el examen. El aborto incompleto con infección moderada cuando: a) la paciente se encuentra en situación de 1.B pero existe el antecedente de maniobras endouterinas confesas. b) cuando la paciente presenta temperatura de 39°C se aprecia con compromiso general de sepsis, deshidratación, taquicardia, disminución de flujo urinario y al examen ginecológico se encuentran restos infectados dentro de útero y dolor a la palpación de útero y anexos.

Aborto incompleto con infección severa: Existe compromiso marcado del estado general, temperatura de 39°C o más, o hipotermia (36°C). El flujo capilar disminuido medido por el lleno capilar inguinal o indirectamente por el flujo urinario, deshidratación, hipotensión, anemia y al examen ginecológico se encuentran restos francamente fétidos o necróticos, en ocasiones con expulsión de gas de cavidad; hay dolor marcado en útero y anexos con o sin formación de masas. Se puede encontrar sepsis intra-abdominal con pus libre o un cuadro claro de shock séptico con colapso circulatorio y anoxia celular severa.

De acuerdo a la clasificación dada se procede a:

1. Iniciación de antibióticos: se hace una vez hospitalizada la paciente y tomando los exámenes de acuerdo a cada caso, sin omitir la toma de cultivo de cavidad uterina.
 - a) se utiliza penicilina 12 millones por día, administrada 2 millones por vía endovenosa cada 4 horas.
 - b) En caso de infección moderada se aplica penicilina cristalina igual a dosis que A, pero adicionamos aminoglucóci-

do, gentamicina, a dosis de 3-5 mg. por kilo peso por día, fraccionada en 3 dosis iguales, para ser aplicada cada 8 horas.

c) En caso de infección severa se da terapia triconjugada, adicionada al tratamiento de B, un antibiótico para gérmenes anaerobios, más específicamente, contra bacteroides frágiles, germen más frecuentemente relacionado con sepsis intra-abdominal o infección grave de tracto genital (17-18-19). Utilizamos Clindamicina dada la facilidad de manejo de esta droga y su eficacia comprobada y su costo relativamente asequible (13-14-15).

La erradicación del foco, consiste en legrado uterino. En los casos clasificados en A y B, solo difiere en el tiempo. Para A se efectúa luego de recibir por lo menos 2 dosis de antibióticos y siempre en las primeras 12 horas de hospitalización y en B, siempre luego de por lo menos 12 horas de iniciada la terapia antibiótica pero en lo posible dentro de las primeras 24 horas.

En C para la eliminación de los productos o de la infección, entra en consideración la presencia de sepsis intra-abdominal, la presencia de masas o grave compromiso de útero o de la paciente en cuyo caso se practica cirugía.

Esta igualmente es controvertida. Algunos autores piensan más en la edad y el porvenir reproductivo de la paciente que en la severidad o hallazgos del cuadro y efectúan cirugías conservadoras (13).

En nuestro servicio ante un cuadro de infección grave con manifestaciones sistémicas evidentes optamos por cirugía radical con extracción del útero y trompas tratando de conservar solo la función ovárica indemne, aunque si hay compromiso ovárico o su identificación es difícil, los extirpamos. Afortunadamente el número de estos procedimien-

tos solo representa un 5% o menos de casos.

En caso de no efectuarse cirugía, el legrado uterino se efectúa luego de 24 horas de tratamiento integrado.

OBJETIVOS

Hacer énfasis en que lo más importante en el aborto séptico es la severidad de la infección, su relación con la presencia de maniobras abortivas y el manejo adecuado del problema con un uso racionalizado de antibióticos y disminuir la morbi-mortalidad materna por aborto séptico.

MOTIVACION

El uso indiscriminado de antibióticos, la gravedad que continúa representando el aborto séptico y en especial las complicaciones por falta de criterios sencillos y claros sobre la severidad de la infección. Además dar una revisión sobre la tendencia actual de grupo de pacientes que presentan abortos sépticos.

METODOLOGIA

Se utilizó un protocolo siempre de fácil manejo donde se consignan los factores comunes como edad, paridad, abortos previos y edad de gestación. Se diseñó una casilla para consignar lo referente a maniobras endouterinas con fines abortivos: si la paciente refiere al ingreso se coloca en la columna de confesión; si no los anota pero el examinador encuentra motivos suficientes en los hallazgos del examen pélvico que lo hagan pensar en maniobras abortivas (el hallazgo de laceraciones, rupturas, material o cuerpos extraños) si no existe confesión ni hallazgos dudosos al examen, se coloca en la columna de no provocado. El estudio cubrió toda paciente que llegó a consultar por aborto al servicio de Admisión Partos del Hospital en los meses comprendidos entre

febrero de 1980 a agosto del mismo año. Sólo se analizaron las pacientes que requirieron hospitalización por catalogarse el aborto como séptico.

RESULTADOS

En el período estudiado, 1o. de febrero a 31 de julio de 1980, se atendieron 1.222 abortos. En este mismo tiempo se presentaron 3.720 partos (Cuadro No. 1). Del número total de abortos se encontraron 695 casos de abortos sépticos, es decir que necesitaron hospitalización por presentar algún tipo de infección. En este cuadro (2) aparece el número de casos confesos de haberse practicado maniobras abortivas.

Cuadro No. 1

ESTUDIO DE ABORTO HOSPITALARIO

No. de Partos	No. de abortos Sépticos	No. de abortos Ambulatorios
3.720	695	527

Cuadro No. 2

DISTRIBUCION SEGUN GRUPOS DE EDAD

Edad	No. Total de casos	%	Confesos	% de los confesos
19	102	14.68	31	13.30
20 - 24	244	35.91	82	35.19
25 - 29	181	26.04	67	28.76
30 - 34	95	13.67	31	13.31
35 - 39	55	7.91	17	7.29
40	18	2.59	5	2.15
TOTAL	695	100.00	233	100.00

Al adentrarnos en algunos resultados se dividieron en confesos, aquellos en los cuales hubo informe directo por par-

te de la paciente; presuntamente provocados por hallazgos clínicos o por la historia dada y aquellos en los que no se encontró motivo para pensar que fuesen inducidos y se discriminaron por edad de gestación (Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION SEGUN SEMANAS DE GESTACION

Semanas de Embarazo	Sospecha de Manipulación SI	NO	Confesó
4	—	—	5
5 - 9	166	68	90
10 - 14	144	80	118
15 - 19	17	23	15
20 - 24	5	6	5
TOTAL	282	177	233

Se incluye en el Cuadro No. 4, al antecedente de abortos anteriores al que analizamos resaltando los confesos, así como el número de embarazos previos (Cuadro No. 5).

Cuadro No. 4

SEGUN ANTECEDENTES DE ABORTOS PREVIOS

No. de abortos p. evios	No. Total de casos	%	Confesos	%
0	530	76.26	156	66.95
1	122	17.55	46	19.74
2	20	2.88	16	6.87
3	14	2.01	8	3.43
4	7	1.01	5	2.15
5	2	0.29	2	0.86
TOTAL	695	100.00	233	100.00

Cuadro No. 5

**DISTRIBUCION SEGUN NUMERO
DE EMBARAZOS PREVIOS**

No. de Embarazos Previos	No. Total de casos	Confesos	
		%	%
0	27	3.88	6.01
1	105	15.11	34.76
2 - 3	274	39.42	36.05
4 - 5	149	21.44	11.16
6 - 7	62	8.92	10.30
8 - 9	40	5.76	1.29
10	38	5.47	0.43
TOTAL	695	100.00	100.00

Cuadro No. 6

CLASIFICACION AL INGRESO

Grupo de Infección	Sospecha de Manipulación		Confeso	Total
	SI	NO		
Presunta o Leve (Grado I)	189	157	70	416
Moderada (Grado II)	73	23	109	205
Severa (Grado III)	20	—	54	74
TOTAL	282	180	233	695

Cuadro No. 7

MANEJO ANTIBIOTICO

Antibiótico	No. de Pacientes	Mejoría	Adición otro Antib.
Penicilina	386	350	36
Penicilina más gentamicina	288	220	8
Penicilina más gentamicina más clindamicina	81	74	7
TOTAL	695	644	51

Toda vez que iniciamos antibióticos según la gravedad de la infección se hace un análisis al ingreso, Cuadro No. 6, diferenciando confesos, sospechosos y sin antecedente de manipulación.

Cuadro No. 8

GRUPO DE NO CONFESAS

Complicación	Sospecha de Manipulación				Total
	SI	%	NO	%	
Anemia	30	10.53	15	8.47	45
Infección pélvica	20	7.02	8	4.52	28
Laceración Cerv.	28	9.83	7	3.96	35
Ruptura Uterina	2	0.70			2
Perf. Uterina	5	1.75			5
Septicemia	3	1.05			3
Muerte					
Ninguna	197	69.12	147	83.05	344
TOTAL	285	100.00	177	100.00	462

Cuadro No. 9

**CUADRO DE COMPLICACIONES
MAS FRECUENTES EN EL GRUPO
DE CONFESAS**

Complicación	No. de Casos	%
Anemia	35	15.02
Infección Pélvica	25	10.73
Laceración Cervical	15	6.44
Ruptura Uterina	4	1.72
Perforación Uterina	5	2.14
Septicemia	10	4.29
Muerte	2	0.86
Ninguna	137	58.80
TOTAL	233	100.00

Según esta clasificación se hizo terapia con uno o varios antibióticos, Cuadro No. 7, y en el Cuadro No. 8, se presentan las complicaciones encontradas según antecedentes de manipulación o no y los casos confesos en el Cuadro No. 9. Finalmente el Cuadro No. 10 se

Cuadro No. 10
DISTRIBUCION SEGUN MANIOBRA
EFECTUADA EN LA CONFESA

Maniobra Efectuada	No. de casos	%
Sonda Intrauterina	132	56.65
Infusión de perejil	30	12.88
Tallo de cebolla	25	10.73
Legrado	15	6.44
Alambre	12	5.15
Otros	19	8.15
TOTAL	233	100.00

presenta en el grupo de pacientes el método o instrumento utilizado para la interrupción del embarazo.

COMENTARIOS

Los resultados en general presentan una concentración de la población por debajo de los 30 años, como se espera por ser la época reproductiva. Igualmente la mayoría de los abortos están por debajo de la semana 14 como es lo esperado. Sí es representativo el hecho de que los abortos confesos y sospechados de manipulación sumaron las 2/3 partes de los abortos sépticos, siendo los confesos un poco más de la tercera parte. Igual se nota claramente que el número de hijos es hasta 2-3 en las 2/

3 partes siendo notable en las confesas una proporción igual (tercera parte) con antecedente de un hijo o 2-3 como máximo. Como era de esperarse la infección fue más grave en los casos confesos o sospechosos, siendo en la infección severa donde se presentaron 2 casos de muerte que aunque no se anota es bueno aclarar que estas muertes ocurrieron en las primeras 24 horas de hospitalización lo cual habla del deterioro en que llegaron las pacientes. El resultado del tratamiento es muy bueno cuando más del 90% de los casos evolucionaron hacia la mejoría con la terapia inicial. Las complicaciones aún menores fueron más frecuentes y graves en los casos de manipulación sospechosa o confesa. Cabe destacar como la sonda intrauterina fue el método utilizado en más de la mitad de los casos.

A pesar de faltar otros enfoques del aspecto del aborto provocado, el estudio se hace con miras a mejorar la morbimortalidad en estos casos objetivo que se alcanza al encontrar en los libros de estadística del Hospital Universitario del Valle que en el primer semestre de 1979, sobre un total de 480 casos de aborto hospitalario, se presentan 8 muertes y éste número en el presente estudio fue solo de 2 pacientes sobre 695 casos.

Se deja como inquietud la posibilidad de adoptar la clasificación dirigida a tratamiento como enfoque positivo al problema del aborto séptico y llamar la atención sobre las campañas de educación y prevención del aborto al grupo de mujeres jóvenes.

BIBLIOGRAFIA

1. EASTMAN NICHOLSON J. MD. Aborto inducido y contracepción: una consideración de filosofía ética en obstetricia. *Ob-gynec. Survey*, Vol. 22, No. 1-311, feb 1967.
2. TIETZE C: The effect of legalization of abortion on population grown and public health. *Fan plann perspect* 7: 123-127, 1975.
3. SHAEFER G., FUCHS F., GORDON M., KERENYI B., MURRAY R., NATHAN-

- SON B., SCHULMAN M. TOWELL H. M.M., WALTON L.A., Simposio sobre aborto legal. Clínicas obstétricas ginecológicas. 300-314 marzo 1971.
4. HURTADO HUGO. Biólogo, U/S.P. Prevalencia del aborto, Hospital Universitario San José. Popayán 1978. Seminario Internacional sobre metodología para el estudio del aborto en la comunidad, Cali, Colombia, 1978.
 5. RODRIGUEZ J., QUINTERO C. Mortalidad materna en Cali, Colombia, Comunicación personal.
 6. LISKIN L.S., Complication of abortion in developing countries. Population Reports, Series F, No. 7: F 105, F 155, julio 1980.
 7. BISHOP IR: Discussion of treatment of septic abortion. Section on obstetric an gynecology. Proc Soc Med 41: 318-320, 1948.
 8. BENSON RALPH C. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México P. 667 D.F. 2a. Edición 1982.
 9. BREEN JL: The aggressive management of septic abortion. Ob gyn news January 1968.
 10. JONES WR: Septic abortion: new aspects of management. Med J. Augt 2: 195-199. 1967.
 11. CONNOLLY, WJ NEWARK, NJ, and BREEN J.L.: Aggressive management of septic abortion: Report of 262 cases. Southern Medical Journal, Vol. 65, No. 12: 1480-1484.
 12. REES ELIZABETH. M.D. The treatment of pelvic inflammatory disease. Am. J. Obst Gynecol 138: 1042-1047, 1980.
 13. RIVLIN M.E., and HUNT, J.A.: Ruptured tubo-ovarian abcess: is Histerectomy necessary? Obst. Gynecol 50: 518,1977.
 14. LEDGER W.J.: MOORE DF.; LOWENSONN RI; GEE GL: A fever index evaluation of cloramfenicol or clindamycin in patients. Obst. Gynecol. 1977 Nov.; 50 (5): 523-30.
 15. CHOW AW; MARSHALL JR; GUZE LB; A double-blind comparison of clindamycin with penicillin plus cloramphenicol in treatment of septic abortion J. infect dis Mar; 135 suppl: 835-839, 1977.
 16. SCHWARCZ. R.H.: Septic Abortion Revisited. Contemp OB/gyn 19 (2): 135-156. 1982.
 17. ROTHERAM, E.B. JR, SHICK S.F. Non-Clostridial Anaerobic Bacteria in septic abortion. Am. Journal of Medicine, Vol. 46 80-89 January 1969.
 18. YHADEPALI, H., GORBACH, S.L., KULH, L. anaerobic, H. infections of female genital tract: bacteriologic and therapeutic aspects. Am. J. Obstet. Gynecol 177: 1034, 1973.
 19. SWENSON, R.M., MICHAELSON, T. C., Dalv, M.J. SAPULDING, E.H. Anaerobic Bacterial Infection of the female genital tract. Obst. Gynecol. 42; 538. 1973.