EL ABORTO SEPTICO Y SU ASPECTO ECONOMICO SOCIAL

Eduardo Acosta Bendek*

Julio Duvá Palacio**

El aborto séptico sigue registrando en nuestro medio una alta incidencia de morbilidad materna, en los servicios de Gineco Obstetricia, a pesar de los adelantos en la quimio y antibioticoterapia.

Aceptamos como aborto séptico toda infección del útero y sus anexos en diferentes grados, asociada a manifestaciones clínicas locales o generales, producida por gérmenes patógenos, seguida de un aborto, bien sea completo, incompleto, retenido, espontáneo o provocado (2, 3, 4, 5). La gravedad del proceso está sujeta a varios factores como son: la edad de la gestación, el procedimiento aplicado, la extensión del proceso, la virulencia del germen patógeno, la resistencia de la paciente y el tiempo transcurrido entre la iniciación de la infección y el tratamiento instituido.

Los gérmenes causales más comúnmente encontrados en esta infección son: *E. coli*, estafilococos, estreptococos, pseudomonas, proteus, bacteroides, clostridium, neiserias, bacilos paracoli y *cándida albicans* (1). Los gérmenes Gram negativos son la flora patógena más comúnmente causante de este proceso. Las complicaciones más graves del aborto séptico son el shock bacterémico o endotóxico y la tromboflebitis.

La clase social más afectada sigue siendo las de bajos recursos económicos, bajas condiciones higiénicas, morales y culturales; por lo tanto, hemos considerado de importancia analizar el problema del aborto séptico desde el punto de vista socioeconómico.

Material y Métodos

Este trabajo fue elaborado en la Unidad Obstétrica del Hospital de Barranquilla en el período correspondiente a Enero 1º/69 hasta el 31 de Diciembre/71. En dicho lapso ingresaron 23.226 pacientes de las cuales 19.120 correspondieron a partos y 4.106 a abortos.

Para efecto de estudio se elaboró un protocolo especial de historia el cual se adicionaba a la historia clínica de la paciente; se tabularon 3.244 casos o sea el 79% de las pacientes con aborto. Se puso especial atención en la edad, paridad, grado de instrucción, procedencia, situación económica, el deseo o no de tener más hijos y el conocimiento de métodos anti-

* Ex-Jefe del Dpto. de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barranquilla. Jefe del Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la Clínica de Protección Familiar del Atlántico. Barranquilla.

** Ex-Instructor del Dpto. de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Barranquilla. Médico Adjunto del Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la Clínica de Protección Familiar.

conceptivos. En su totalidad todas las pacientes correspondieron a bajas condiciones socioeconómicas.

Para la clasificación del aborto séptico se siguió la clasificación adoptada por el Instituto Materno Infantil de Bogotá (9). Ver Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

ESTADO I:	Infección localizada en la cavidad uterina.
ESTADO II:	Infección extendida a los anexos o estructuras para-uterinas.
ESTADO III:	Pelviperitonitis o peritonitis.
ESTADO IV:	Septicemias, shock bacteriémico, insuficiencia renal, etc.

Análisis de los resultados

Registramos un ingreso por aborto del 17,6% o sea, un aborto por cada 4.6 partos. De cada 3 abortos ingresados, uno era provocado. Cuadro N° 2.

CUADRO N° 2

Total de ingresos	23.226	
Ingresos por abortos	4.106	17,6%
Ingresos por partos	19.120	82,4%
1 aborto por c/a	4.6	partos
1 aborto por c/a	5.6	ingresos

EDAD. Cuadro N° 3.

Observamos un aumento considerable del aborto en pacientes menores de 20 años en relación con estudio

CUADRO N° 3**NUMERO IDEAL DE HIJOS** **E D A D**

CUADRO Nº 4

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA

anterior (1); sin embargo, en la tercera década de la vida sigue predominando el mayor número de abortos. Las edades extremas fueron de 15 y 45 años.

PROCEDENCIA. Cuadro Nº 4.

En este cuadro anotamos la procedencia de las pacientes de las cuales, el 93,2% correspondió a la zona urbana y el 6,8% a la zona rural.

GRADO DE INSTRUCCION. Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 5

GRADO DE INSTRUCCION

Analfabeta	2.188	67,4%
Primaria	912	28,1%
Otras	144	4,5%

Como lo podemos observar, el 67,4% correspondió a pacientes analfabetas. Aquí incluimos a todas aquellas pacientes que no habían terminado completamente su instrucción primaria. Las que terminaron completa-

mente su instrucción primaria tuvieron una incidencia del 28,1% y el 4,5% correspondió a pacientes con cierto grado de instrucción secundaria.

INGRESO ECONOMICO. Cuadro Nº 6.

CUADRO Nº 6

INGRESO MENSUAL

Más de mil pesos mensuales	27 %
Menos de mil pesos mensuales	55,8%
Lo ignoran	17,2%

En este cuadro encontramos que el 27% de las pacientes tuvieron un ingreso mensual superior a los mil pesos y el 55,8% un ingreso inferior; el 17,2% de las pacientes dijeron ignorar el ingreso mensual.

PARTOS ANTERIORES. Cuadro Nº 7.

Encontramos que el 13,8% de las pacientes eran nulíparas y el 86,2% eran multíparas. La incidencia mayor

PARTOS ANTERIORES

ABORTOS ANTERIORES

de abortos correspondió a pacientes de más de 5 partos. La mayor paridad registrada fue de 16 hijos.

ABORTOS ANTERIORES. Cuadro Nº 8.

Llama la atención que el 78,6% de las pacientes tenían antecedentes de 1 o 2 abortos, y en el 18%, el aborto

actual correspondía a su primera gestación.

NUMERO IDEAL DE HIJOS. Cuadro Nº 9.

El 60,8% de las pacientes consideró como el número ideal de hijos el de 2 a 3; sólo el 6,5% de las pacientes aceptó como ideal más de 5 hijos.

CUADRO Nº 9

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS. Cuadro Nº 10.

CUADRO Nº 10

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS

Duchas-óvulos	116	3,6%
Píldoras	916	28,2%
Ritmo	50	1,5%
D. I. U.	120	3,8%
Ninguno	2.042	62,9%

Observamos una ignorancia muy elevada sobre los métodos anticoncep-

tivos actuales, es decir, que el 62,9% de las pacientes lo ignoraban. Las "píldoras" fue el método más conocido; le siguió en su orden el D.I.U., las duchas vaginales y el ritmo.

TIPO DE ABORTO.

Clasificamos como abortos provocados todos aquellos casos en que se comprobó el uso de maniobras abortivas por confesión de la paciente o por signos clínicos evidentes de las mismas. Encontramos un 67,1% de

abortos espontáneos y un 32,9% de abortos provocados.

MOTIVACION PARA EL ABORTO.
Cuadro N° 11.

CUADRO N° 11

MOTIVACION PARA EL ABORTO

Mala situación económica	782	73,5%
Problemas familiares	134	12,6%
Desavenencias conyugales	48	4,5%
Otras causas	100	9,4%

La principal motivación para el aborto la registró la mala situación económica; le siguió en su orden: problemas familiares, desavenencias conyugales y otras causas como: motivos de salud, último hijo muy pequeño, temor a los padres, etc.

METODOS UTILIZADOS PARA EL ABORTO. Cuadro N° 12.

CUADRO N° 12

METODOS UTILIZADOS PARA EL ABORTO

Sondas	745	70,0%
Mechas	123	11,5%
Legrados	96	9,5%
Inyecciones	86	8,1%
Duchas	14	0,9%

La mecha y la sonda fueron los métodos más utilizados para la interrupción de la gestación con un 81,5% de los casos; le siguió: las inyecciones, el legrado y las duchas.

PERSONA QUE HIZO EL ABORTO.
Cuadro N: 13.

CUADRO N° 13

PERSONA QUE HIZO EL ABORTO

Abortadora	475	43,7%
Enfermera	426	40,0%
Médico	120	11,2%
Farmacéuta	34	3,1%
Esposo	9	2,0%

Las abortadoras y las enfermeras ocuparon el primer lugar entre las personas que hicieron el aborto, con un porcentaje de 83,7%.

TRATAMIENTO. Cuadros Nos. 14 y 15.

CUADRO N° 14

CLASIFICACION

ESTADO I:	464	43,4%
ESTADO II:	523	48,9%
ESTADO III:	60	5,6%
ESTADO IV:	21	2,1%

CUADRO N° 15

TRATAMIENTO

Médico	16	0,6%
Colpotomía	56	1,6%
Histerectomía	20	0,7%
Laparotomía	8	0,3%
Legrado	3.144	96,8%

El tratamiento se realizó de acuerdo a la clasificación por estados como se registra en el Cuadro N° 14. En él observamos que al estado I y II correspondió la mayor incidencia con un 92,3% de los casos; al estado III correspondió el 5,6% y al estado IV el 2,1% de los casos.

En el estado I se utilizó la penicilina cristalina a dosis de 6 millones en las 24 horas o la Ampicilina a dosis de 2 grs. en 24 horas. El legrado uterino se practicó después de enfriado el proceso.

En general, en el estado II, el tratamiento consistió en penicilina cristalina a dosis de 10 millones/día o Ampicilina a dosis de 4 grs./día, asociadas, en algunos casos, a la estreptomicina (medio gr. cada 12 horas) o al cloramfenicol (1 gr./día). El antibiótico siempre se asoció a los antiinflamatorios.

En el estado III se utilizó la penicilina cristalina a dosis de 20 a 30 millones/día o la Ampicilina a dosis de 4 grs./día, asociadas al cloramfenicol (2 grs./día) o a la estreptomina (medio gr. cada 12 horas). El tratamiento quirúrgico como colpoto-mía, histerectomía, salpingectomía, etc., se practicó según las condiciones individuales de cada caso.

En el estado IV el tratamiento consistió en prevención del shock, corticoides y administración de líquidos de acuerdo a los requerimientos diarios y a la presión venosa central de la paciente. Las dosis de antibióticos variaron de acuerdo a la diuresis. La conducta quirúrgica estuvo condicionada a la respuesta individual de cada caso. En el Cuadro Nº 15, los datos corresponden a tratamiento médico únicamente, el cual se realizó en pacientes en malas condiciones generales que no dieron tiempo a ninguna otra intervención.

CUADRO Nº 16

MORTALIDAD

ESTADO I:	0	Casos
ESTADO II:	0	Casos
ESTADO III:	1	Caso
ESTADO IV:	19	Casos

Mortalidad

La mortalidad fue del 1,8% sobre el total de abortos provocados; de éstos, 19 pertenecían al estado IV y 1 al estado III. De estos 20 casos, 18 pacientes tuvieron una estancia hospitalaria de 3 a 4 días y 2 de 16 y 42 días respectivamente.

El costo cama paciente/día es de 185 pesos en aborto séptico. El hospital invierte el 8,6% de su presupuesto en él.

Comentarios

La morbimortalidad del aborto séptico se ha reducido en los últimos años debido a los adelantos científicos, al mejor ambiente quirúrgico y a la gran gama de antibióticos de amplio espectro; sin embargo, sigue ocupando el primer puesto en los servicios de Gineco-Obstetricia, en mortalidad materna.

El aborto séptico es problema de salud pública muy serio y que hasta el presente sólo se le ha dado soluciones con procedimientos médicos de tipo curativo y no preventivo. Las estadísticas, tanto nacionales como extranjeras, nos demuestran que el gran núcleo afectado es el correspondiente al de bajo nivel cultural, social, económico, ético, higiénico, moral y religioso; por lo tanto, el problema hay que enfocarlo elevando el nivel socioeconómico y cultural con enseñanzas de educación sexual y conocimientos prácticos de métodos anticonceptivos. Tanto más sea el grado educacional, el control de la fertilidad será mayor como se registra en los de alto nivel sociocultural, como los países europeos y norteamérica.

La edad más afectada sigue siendo la tercera década de la vida; por ser esta edad, de 20 a 30 años, la de mayor actividad sexual y de mayor número de gestaciones.

El aumento de abortos en mujeres menores de 20 años, en relación a un estudio anterior, nos los explicamos por la política actual de la libertad sexual de nuestra época.

El hecho de que un altísimo porcentaje de abortos provocados procedan de la zona urbana, se explica porque este medio proporciona recursos y condiciones para poner en práctica la interrupción del embarazo.

En el grupo de pacientes con abortos provocados, hay un elevado grado de analfabetismo. Ese analfabetismo funcional de que habla Mendoza Hoyos (7), gravita en la incidencia del aborto criminal, ya que la elevación del nivel social de los pueblos facilita la aplicación de recursos preventivos tendientes a la planificación de la familia, evitando así el embarazo no deseado, y por consiguiente, el aborto.

Otro factor que incide en el aborto criminal es el económico; el 55,8% de nuestras pacientes tenían un ingreso mensual inferior a los mil pesos, lo que las obliga a limitar, sin que ellas lo quieran, su descendencia. El estado de miseria conduce al aborto; por lo tanto, lo conducente sería corregir las causas de ésta y no legalizar la interrupción del embarazo.

Las multíparas son las que registran la mayor incidencia de maniobras abortivas, ya que el presupuesto familiar afectado, se ve agravado por el advenimiento de otro hijo. Además, registramos una marcada ignorancia sobre los métodos de planificación familiar lo que contribuye a agravar el problema.

El aborto es un problema mundial tanto desde el punto de vista médico como social y hay que tratar de enfocarlo elevando el nivel educacional, higiénico, cultural, moral y sexual con conocimientos de planificación familiar.

El tratamiento del aborto séptico debe ser agresivo para reducir la morbilidad (8). El índice de mortalidad es bajo en relación a estudio anterior, pero elevada en relación a la registrada por otros autores nacionales y extranjeros (6, 10, 11).

Resumen

El presente trabajo se elaboró en la Unidad Obstétrica del Hospital de Barranquilla en el período correspondiente a Enero 1º/69 hasta el 31 de Diciembre/71. En este lapso ingresaron a la Unidad Obstétrica 23.226 pacientes, de las cuales el 17,6% correspondieron a abortos y el resto a partos. Registramos un aborto por cada 4,6 partos.

En la tercera década de la vida predominó el mayor número de abortos. Las edades extremas fueron de 15 y 45 años.

El 93,2% de las pacientes procedían de la zona urbana y el 6,8% de la zona rural.

El 67,4% eran pacientes analfabetas; el 28,1% habían completado su instrucción primaria y el 4,5% tenían cierto grado de instrucción secundaria.

El 55,8% de las pacientes tenían un ingreso mensual inferior a los mil pesos; el 27% un ingreso superior a los mil pesos y el 17,2% de las pacientes ignoraban el ingreso mensual.

El 86,2% de las pacientes fueron multíparas y la mayor incidencia de abortos correspondió a las de más de 5 hijos. El 78,6% tenían antecedentes de uno a dos abortos.

El 60,8% consideró como número ideal de hijos el de 2 a 3 y el 6,5% de las pacientes aceptó como ideal más de 5 hijos.

Se observó una marcada ignorancia sobre los métodos de planificación familiar, ya que el 62,9% de las pacientes no conocían ningún método anticonceptivo.

El 67,1% de los abortos fueron espontáneos y el 32,9% fueron provocados.

La principal motivación para el aborto fue la mala situación económica, siguiéndole en su orden: problemas familiares, desavenencias conyugales y otras causas.

La sonda y la mecha tuvieron la mayor incidencia entre los métodos utilizados para la provocación del aborto.

Las abortadoras, enfermeras y médicos fueron las personas que con mayor frecuencia, en su orden, provocaron el aborto.

Al estado I y II correspondió la mayor frecuencia de abortos y su tratamiento se hizo según su clasificación.

La mortalidad fue de 1.8%. El Hospital invierte en el aborto provocado el 8,6% de su presupuesto.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ACOSTA BENDEK E.; DUVA PALACIO J.: Infección pelviana. Rev. Col. Obst. y Ginec. 19: 29, 1968.
- 2 BUSSAMARA NEME: Aborto séptico. Diagnóstico e tratamiento. Maternidade e Infancia. 29: 255, 1972.
- 3 CASTELAZO AYALA L.: Aborto séptico. Ginec. Obstet. Méx. 22: 131, 1962.
- 4 EASTMAN: Obstetricia de Williams. 494, 3a. ed. 1960.
- 5 EZETA J. M.: Valoración de la Rimfamici-na en el aborto séptico. Ginec. Obstet. Méx. 32: 561, 1972.
- 6 JUBIZ HASBUN A.: Estudio sobre aborto séptico. Rev. Col. Obst. y Ginec. 22: 233, 1971.
- 7 MENDOZA HOYOS H.: Superpoblación y elevada densidad social. Rev. Col. Obst. y Ginec. 17: 321, 1966.
- 8 MUÑOZ S.: Tratamiento agresivo en el aborto séptico. Rev. Col. Obst. y Ginec. 11: 488, 1960.
- 9 SANTAMARIA PAEZ G. Aborto séptico y maniobras abortivas. Rev. Col. Obst. y Ginec. 17: 273, 1966.
- 10 VELASCO MARQUEZ H. y cols.: Shock bacterémico. Monografías de Obst. y Ginec. Pág. 53, 1966. México.
- 11 VELEZ RAMIREZ O.: 1.229 casos de abortos en el Hospital Universitario de Caldas. Rev. Col. Obst. y Ginec. 21: 147, 1970.