ABORTO SEPTICO EN EL ICSS.

Germán Velasco L.*

Introducción

El presente trabajo se realizó en los Servicios Obstétricos de la Clínica San Pedro Claver del ICSS, siendo jefe el Dr. Jaime Afanador Ruiz.

La invaluable colaboración del Dr. Daniel Rodríguez Cediél, quien compartió nuestra responsabilidad como Instructor de Obstetricia y Ginecología y la labor de los Internos Rotatorios, nos permitió codificar los datos que vamos a exponer, los cuales se refieren al período comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 1974.

Al Dr. Jaime Afanador Ruiz, al Dr. Daniel Rodríguez Cediél y a los Internos Rotatorios nuestros sinceros agradecimientos.

Desde nuestro ingreso a los servicios del ICSS, como Instructores para el personal de Médicos Internos, nos vimos abocados al manejo de pacientes complicadas por procesos sépticos, ya que el cumplimiento de nuestro horario brinda una mejor oportunidad para atender tales casos. De acuerdo a un programa preestablecido en cuanto a criterios clínicos y terapéuticos, manejamos aquellas pacientes que durante el año de 1974 ingresaron al servicio de sépticas del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Esta revisión se refiere a aquellas mujeres cuyo ingreso al ser-

vicio fue el resultado de complicaciones consecutivas al aborto.

No podemos ofrecer comparaciones estadísticas con años anteriores pues tales datos no se recopilan en los servicios de la Clínica. Se elaboró una historia precodificable y un libro de registros se mantuvo al día, con la intención de reunir datos que integran un trabajo como el que presentamos ya que el volumen asistencial del ICSS, permite comparaciones con otros centros hospitalarios.

Se analizan las diferentes variables que habitualmente se toman en los trabajos sobre abortos, agregando aquellas que nos permiten juzgar no solo los aspectos médicos, sino también factores sociales y culturales que inciden en la motivación para inducirse el aborto, ya que a pesar de haberse tomado una muestra ciega, tal vez por azar, resultó que todos los casos fueron abortos provocados. Finalmente se hace un estimativo del costo que este grupo de pacientes representa para la Institución.

La real incidencia del aborto provocado es imposible de establecer en ésta o en cualquiera otra institución como lo anotó recientemente Ludmir del Perú (11), en el Congreso Latino-

* Instructor en los Servicios Obstétricos y Ginecológicos de la Clínica San Pedro Claver. Bogotá - ICSS.

americano y que reitera las apreciaciones de tiempo atrás hechas por Rock, Kopp, y Taussig (2) quienes llegan a creer que el 66% de los abortos son provocados, pues depende de la colaboración que preste la paciente y para tal investigación hay necesidad de lograr un ambiente de confianza que no siempre se alcanza en la relación médico-paciente; más aún, a pesar de haber admitido la realización de maniobras abortivas no siempre se obtuvo respuesta al total de variables propuestas que intentaban fijar los detalles en cuanto a personas, métodos, costos, lugar y motivación conciente, así como el conocimiento y uso de anticonceptivos.

Del crecido número de abortos que se atienden en el Seguro Social, 4.129 en 1973 se ignora cuántos fueron sépticos y cuántos fueron provocados. Nos queda la impresión de que existe un alto porcentaje con maniobras abortivas.

Selección de pacientes

Como usuarias de los Servicios del Seguro Social se atienden pacientes obstétricas en dos categorías, denominadas Beneficiarias y Afiliadas: aquellas, las que reciben servicios como consecuencia de que su esposo o compañero es trabajador que paga un aporte y Afiliadas éstas que tienen derecho adquirido como trabajadoras que sufragan su propio aporte. Existe además una clasificación económica según la suma pagada que es un porcentaje de su sueldo. Ninguna de estas clasificaciones se tiene en cuenta para la prestación de los servicios; más aún, en alguna paciente este dato no fue fácil de encontrarlo en la historia lo que si bien es una falla de la admisión demuestra lo afirmado (Cuadro N° 1). Se tomaron las pacientes de aborto séptico complicado,

es decir estados II, III, y IV. No tuvimos en cuenta los estados I.

CUADRO N° 1
USUARIAS DE LOS SERVICIOS

Beneficiarias	Afiliadas
6 20.6%	23 79.4%

Clasificación del aborto séptico

Admitimos como aborto la interrupción de la gestación antes de la 20a. semana de amenorrea siguiendo las recomendaciones de la World Health Organization (20); como aborto séptico aquel que se acompaña de signos locales o generales de infección originada en el contenido uterino.

En la clasificación de los estados clínicos seguimos las normas establecidas en el servicio de sépticas del Instituto Materno Infantil (IMI): (17).

Estado I: Infección localizada en la cavidad uterina.

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

Estado III: Pelviperitonitis y peritonitis.

Estado IV: Septicemia, shock, bacteriemia, insuficiencia renal, etc.

Al hacer los comentarios anotamos razones para subdividir los grupos II y III en cuanto al manejo y pronóstico.

Como aborto provocado aquel en que la paciente refiere haberse sometido a maniobras para inducirlo (7, 12).

Material y Métodos

29 pacientes de 17 a 41 años, con un promedio de 28.1 años, que coin-

cide con el encontrado por Galva-Araújo en Brasil (4) y una distribución por décadas que muestra 26 pacientes (89%) estaban entre 21 y 40 años (Cuadro Nº 2) como es lo habitual en los servicios obstétricos pero cuyo reparto difiere del informado en otros trabajos (6, 17, 18), pues hay un número importante (31%) de mayores de 30 años.

CUADRO Nº 2
EDAD DE LAS PACIENTES

— 20	21 — 30	31 — 40	41
2	17	9	1

Estado civil de las pacientes

El estado civil muestra una distribución igualitaria con 14 casadas, 14 solteras y 1 viuda. En trabajos realizados en medios hospitalarios (17, 18) la mayoría absoluta es de pacientes solteras y esto debe explicar que en nuestro trabajo aparezca un mayor número de pacientes en la cuarta década.

CUADRO Nº 3
ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

Casadas	Solteras	Unión libre	Viudas
14	12	2	1

Paridad y estado civil

Cinco pacientes eran primigestantes, cuatro de ellas solteras, lo que explica fácilmente que se hayan sometido a maniobras abortivas; insólito sí que la casada, primigestante, se someta a ellas, pero en la motivación conciente lo explica por temor a perder su empleo. Siete pacientes eran grávidas II, en todas era su primer aborto, es decir que tienen un hijo vivo, y seis de ellas aparecen como solteras. Analizamos un grupo de grávidas III a grávidas V en el que hallamos 9 mujeres, 7 de ellas casadas, 1 de

éstas con un aborto anterior, es decir que en este grupo la relación del estado civil cambia si lo comparamos con el grupo de baja paridad antes anotado; lo mismo sucede con las grandes múltiparas que reunimos desde 6 hasta 11 gestaciones en donde aparecen 8 pacientes, 5 de ellas casadas. Como dato curioso anotamos que la grávida 11 era soltera. En 6 pacientes, 3 solteras, el actual fue su primer aborto y en una casada era el 2º provocado.

CUADRO Nº 4
PARIDAD Y ESTADO CIVIL

Paridad	Solteras	Casadas	Viudas	Total
Grávida 1	4	1		5 17%
Grávida 2				
PI A1	6	1		7 24%
Grávida 3				
a Gráv. 5	1	7	1	9 31%
Grávida 6				
a Gráv. 11	3	5		8 27%

Edad de la gestación

Está entre 5 y 14 semanas con un promedio de 8.3. Coincide con otros trabajos (7, 17, 18) en que el contacto con las abortadoras se hace en forma temprana con mayor frecuencia hacia la segunda falla menstrual. Igualmente se corroboró que no existe una relación clara entre la edad gestacional y el estado clínico (7, 17, 18); cabe anotar como un hecho curioso que las pacientes de los extremos, una de 5 y una de 14 semanas hicieron estados II de curso benigno, pues salieron con 6 y 8 días de permanencia hospitalaria, respectivamente. Una paciente de 13 semanas ingresó con amenaza de aborto consecutiva a las maniobras abortivas y progresó rápidamente hacia el estado IV siendo la que tuvo permanencia hospitalaria de 82 días.

Permanencia hospitalaria

El grupo contabilizó una permanen-

cia hospitalaria de 575 días es decir 19 meses, con un promedio general de 22.1 que ofrece la siguiente variabilidad de acuerdo al estado de sepsis: para el estado II trece días, que aumenta a 20 días en el estado III y llega hasta 36 en el estado IV. Los extremos de permanencia fueron de 6 días para el estado II y 82 para un estado IV. Vale la pena comparar tales datos con la permanencia promedio del total de pacientes obstétricas que en el mismo servicio es de 3.1, vale decir que 29 pacientes sépticas utilizaron el mismo número de camas que hubieran utilizado 185 pacientes obstétricas.

CUADRO N° 5
PERMANENCIA HOSPITALARIA

Promedio	22.11 días
3 Pacientes	6 "
1 Paciente	82 "
Total	575 "

CUADRO N° 6

PERMANENCIA HOSPITALARIA POR ESTADOS

ESTADO II	10 casos	Promedio 13.4 días
ESTADO III	12 casos	Promedio 20.0 días
ESTADO IV	7 casos	Promedio 36.0 días

REINGRESO

6 PACIENTES

Estimativos de costos para el ICSS.

575 días-cama de 29 pacientes con aborto séptico complicado deben tener un costo aproximado de \$ 2'000.000,00.

Diagnóstico

Al ingreso del Servicio de Sépticas se hace un diagnóstico de impresión que en 18 casos, 62%, es coincidente con el diagnóstico de salida; se trataba de 10 estados II, 6 estados III y dos septicemias. La variación más frecuente fue la de 6 estados II que

progresaron a peritonitis, seguidos de estados I que pasaron a septicemias, cuatro pacientes.

CUADRO N° 7
DIAGNOSTICOS

	Entrada	Salida
11 casos	4 I 6 I — II 1 III	IV III IV

18 CASOS IGUAL DIAGNOSTICO

CUADRO N° 8
HIJOS VIVOS

5 Pacientes	0	22 Pacientes Promedio 5.8
7 "	1	
10 "	2 — 3	
7 "	3 — 9	

5 mujeres no tienen hijos vivos, 7 un solo hijo; 10 entre 2 y 3; 7 grandes múltiparas, hasta 9 hijos con un promedio de 5.8. Coincide con lo anotado por Herrera (6).

Manejo del foco séptico primario

Somos decididamente intervencionistas (7, 8, 13) en el manejo del foco séptico primario e inmediatamente ingresa la paciente procedemos al Legrado Uterino simultáneamente con el manejo médico del caso; así fueron tratadas 26 pacientes: a 3 pacientes con igual criterio se practicó la Histerectomía de entrada; fueron pacientes con perforación uterina, dos de ellas con Peritonitis y una con septicemia. Cuando la Colpotomía está indicada la practicamos en el mismo acto operatorio del vaciamiento uterino, manteniendo el drenaje con sonda de Foley que habitualmente retiramos hacia el cuarto día; si es necesario no vaciamos en practicar una segunda Colpotomía. En nuestra casuística en dos pacientes la practicamos en dos ocasiones. En 10 pacientes practicamos Colpotomías, en 5 casos se obtuvo curación sin requerir nueva interven-

ción; en los demás casos influyó para un mejoramiento del estado general de la paciente y facilitó la práctica de nuevas cirugías, tres de ellas tan solo requirieron Salpingo Ooforectomía Unilateral que en todas fue coincidentalmente derecha. Si transcurridas 24 a 48 horas después de esta intervención no hay una franca mejoría o antes si aparecen signos de peritonitis generalizada o septicemia procedemos a la laparotomía. Por la brevedad del tiempo entre las dos intervenciones la consideramos como manejo del foco séptico primario, en tales condiciones se practicó Histerectomía en dos pacientes y laparotomía en otros dos.

Intervenciones practicadas

Durante su permanencia en el servicio se practicaron un total de 59 intervenciones que incluyen además de las efectuadas para el manejo del foco séptico primario, la realización de Histerectomías hasta un número de 6, operaciones sobre anexos 9 pacientes, 2 Laparotomías por drenaje, 2 drenajes de abscesos subfrénicos, un cierre primario de herida Sigmoide y la práctica de una Colostomía. En promedio cada paciente fue sometida a dos intervenciones quirúrgicas.

CUADRO Nº 9

INTERVENCIONES PRACTICADAS

Legrados Uterinos	26
Histerectomías	6
Colpotomías	12
S. O. Bilateral	1
S. O. Unilateral	5
S. Unilateral	3
Laparotomía - Drenaje	2
Colorraffias	1
Colostomías	1
Drenajes de abscesos subfrénicos	2
TOTALES	59
Promedio: 2 por paciente	

Complicaciones médicas

Las complicaciones más severas aparecen en el Cuadro Nº 10 y se refieren a ictericias, patología cardiopulmonar, tromboflebitis, dos casos de insuficiencia renal aguda que evolucionaron satisfactoriamente. Dos casos de alteraciones mentales y 6 pacientes con infecciones urinarias.

CUADRO Nº 10

COMPLICACIONES MEDICAS

Ictericias	5
Tromboflebitis	3
Bronconeumonías	3
I. C. Congestiva	1
Infarto Cardíaco	1
Alteraciones mentales	2
Infecciones urinarias	6
Insuficiencia renal aguda	2
Absceso de cúpula	1
Sordera bilateral y ceguera	1
Drenaje espontáneo por recto	1
Anemias	20
Ulceras de Stress	1

CUADRO Nº 11

MORTALIDAD

1 caso sobre 29 Pacientes: 3.4%

Una mujer de 28 años, grávida 2 Para 1, aborto 1, a quien se practicó Legrado Uterino y tratamiento médico con diagnóstico de estado séptico II. Reingresa 10 días después con sepsis diseminada; en la laparotomía se drenan abscesos subfrénicos bilaterales, pus libre en cavidad y se extirpa el anexo derecho. Muere súbitamente el día 12 de su segunda hospitalización; infortunadamente no se practicó autopsia por oposición de los familiares.

Habitualmente iniciamos la terapia con penicilina cristalina de 12 a 30 millones de unidades día, de acuerdo a la gravedad del caso. En

CUADRO N° 12
ANTIBIOTICOS USADOS

Penicilina Cristalina	3.294 Mill. de Unid.
Ampicilina	262 Gramos
Kanamicina	137 "
Cloranfenicol	274 "
Otros	290 Dosis día

segundo lugar preferimos la Ampicilina y la Kanamicina. El cloranfenicol y toda la gama de antibióticos que sugieren los antibiogramas se administraron ante la persistencia del cuadro infeccioso. Estamos convencidos de la bondad de la asociación de antibióticos y entre ellas podemos mencionar las siguientes: Penicilina-Kanamicina, Ampicilina-Kanamicina, Penicilina-Cloranfenicol, Cefalotina-Kantrex. Los Dres. Franklin Hevrón y Thompson en el manejo del absceso pélvico (3) usan combinaciones de antibióticos tipo: Penicilina - Estreptomina; como combinaciones adicionales mencionan Cefalotina-Kanamicina, Penicilina-Tetraciclina, o Cloranfenicol.

Igualmente utilizan mezclas de antibióticos Rotheran y Lerner (16, 10).

En cuanto al tiempo de uso de los antibióticos tenemos como norma continuarlos si el cuadro clínico mejora, excepto la kanamicina, que la suspendemos al octavo día. Si no hay respuesta, lo cambiamos de acuerdo al cultivo y antibiograma, alrededor del 4º o 5º día de uso. Siempre que se encontró pús libre en cavidad abdominal se hizo lavado peritoneal de Rificina en solución salina.

La Penicilina se administró siempre con previa prueba de sensibilidad por inyección intradérmica. No observamos efectos adversos atribuibles claramente al uso de los distintos antibióticos si bien en el caso de la paciente que presentó sordera y ceguera quedó la duda si tales lesiones fueron

una manifestación más de su septicemia o efectos de la kanamicina administrada, como lo citan algunos autores (14, 19).

Unidades de sangre administrada

25 pacientes requirieron la transfusión sanguínea con un promedio de 2 unidades de 500 cc. para cada uno.

CUADRO N° 13**BACTERIOLOGIA**

Estafilococos	70 %
Estreptococos	70 %
Coli - Proteus	70 %
Aerobácter Aerógenes	10 %

La asociación de gérmenes más frecuentemente hallada fue la de Estafilococo-Colibacilo, Estreptococo-Estafilococo y Estreptococo-Colibacilo. Solamente un caso fue informado con un solo germen, el Estreptococo. No hubo casos de Gonococo ni de Clostridium.

Infelizmente no siempre se procesaron adecuadamente las muestras para buscar gérmenes anaerobios. Como lo sugieren Rotheran y Lerner (10, 16).

Los hallazgos más significativos fueron anemia, leucocitosis y V. de S. alta. Los demás exámenes y otros que no aparecen relatados se solicitaron de acuerdo al criterio clínico y solo se tuvieron en cuenta para corroborar los diagnósticos que fundamentalmente fueron clínicos.

Maniobras abortivas

Su conocimiento se hizo por interrogatorio directo de la paciente; se insistió en la importancia de la información para un manejo médico adecuado sin ejercer otra presión y así aparece un número importante de pacientes que se negaron a dar los datos solicitados.

CUADRO Nº 14

LABORATORIO CLINICO

Leucocitos:	11 pacientes menor de 11.000 18 pacientes entre 12 y 29.000 Promedio 18.000
Neutrofilia:	Entre 33 y 70 MM hora Promedio 47 MM Normal en dos pacientes
Hemoglobina:	20 pacientes con promedio de 8.7 gram. 9 pacientes con 12 gramos
Transaminasas:	Niveles significativos en 3 casos
Azohemia y Creatinina:	Elevadas en dos casos que corresponden a I.R. aguda
Bilirrubinas:	Altas en 5 pacientes

RAYOS X

Tórax: Positivo en tres pacientes
Abdomen: Positivo en seis pacientes

ELECTROCARDIOGRAMA

Anormal: en 2 pacientes

Se verifica al igual que en otros trabajos nacionales cómo el mayor número de casos, 17 de 22, fueron hechos por auxiliares de enfermería y comadronas, 4 por abortadoras. En 7 casos no se informó bien quién lo hizo. 59% de las maniobras se realizaron en casa de la paciente, 2 en droguerías, 2 en casa de la abortadora; 8 negaron la información.

25 de 26 que informaron el método habían usado la sonda, siete veces con alambre; solo 2 usaron espéculo; luego habitualmente se trató de maniobras ciegas cuya agresividad se muestra con 4 perforaciones uterinas, dos de ellas con compromiso de sigmoides; una paciente admitió haberla repetido 4 veces dando como razón un viaje al exterior.

Se exploró únicamente motivación conciente y se hallaron como factores predominantes los económicos y la soltería, igual que Acosta y Santamaría (1, 6, 17). Por temor a perder el empleo se anotan 4 casos, uno de

ellos en una primigestante casada. La legislación laboral del país quiere proteger a la embarazada prohibiendo tales despidos, pero se ve claramente como es violada por los patronos. Infortunadamente en 3 casos se lo sigue utilizando como método de planificación familiar. Cinco mujeres no pudieron expresar su motivación, quizás entren en el número de las psíquicas a quienes se refirió León y col. (9).

El costo para 19 pacientes dio un promedio de \$ 184,00, pero algunas solo sufragaron \$ 60,00. En nuestro estudio, que corresponde a un medio socio-económico mayor del de los grandes hospitales universitarios del país, se hallan 4 pacientes que pagaron hasta \$ 2.000,00. 6 negaron la información.

Igualmente se verifica un nivel cultural superior al de la clientela de los grandes centros universitarios, aun cuando su comportamiento no difiere, pues el 73% de las que contesta-

ron la encuesta, conocían métodos anticonceptivos, pero las 2/3 partes no lo utilizaban; de 5 que empleaban anticonceptivos, 3 eran usuarias del D.I.U.

Todas las que dieron información tenían escolaridad desde un mínimo de 3 años de primaria —7 casos—

hasta una con bachillerato completo y 8 con 4 años de él.

Se encontraron 19 pacientes que informaron sobre su salario, la mayoría de ellos, sumas muy bajas —\$ 400— inferiores al mínimo legal, con un promedio de \$ 945,00, con lo que verificamos una nueva violación de las leyes del país.

CUADRO N° 15**MANIOBRAS ABORTIVAS**

QUIEN:		DONDE:	
Enfermera auxiliar	10	Casa paciente	17 59%
Comadronas	7	Casa abortadora	2
Abortadoras	4	Droguería	2
Enfermero	1	No dan información	8
No dan información	7		
METODO:			
Sonda	18		
	} 25	Método informado	26
Sonda - Alambre		Sonda	25 96%
Spéculo			
Dilatadores		Perforación Uterina	4
Pinzas cuello	3	Más perforación Sigm.	2
Drogas	3		
No dan información	3		

Una paciente 4 veces por "viaje al exterior"

COSTO:

De \$ 60,00 a \$ 350,00

De \$ 600,00 a \$ 2.000,00

No informaron

19 pacientes

4 pacientes

6 pacientes

Promedio \$ 184,00

Tiempo transcurrido entre maniobras e ingreso a la Clínica: Hasta 43 días en 1 caso.

MOTIVACION CONCIENTE:

Económica 8
Soltería 6
Temor pérdida empleo 4
Planificación 3
Separadas Esposo 2
Viaje exterior 1
No informan 5

CONOCIMIENTO USO ANTICONCEPTIVOS

Sabe y no usa 11
Sabe y usa 5
No sabe 6
D:I:U. 3
Ritmo 1
Tabletas 1
No informan 7

ESCOLARIDAD:**PRIMARIA:**

Hasta 3 años 7 pacientes
Hasta 5 años 6 pacientes
Hasta 4 años 8 pacientes

BACHILLERATO:

No dan información

Hasta 6 años

1 paciente
7 pacientes

SALARIO:

19 pacientes devengaban:
16 entre \$ 400,00 y \$ 1.500,00 Promedio \$ 945,00
3 entre \$ 1.800,00 y \$ 2.500,00 Promedio \$ 2.100,00

Comentarios

En nuestra serie la extracción social de las pacientes diferentes a las puramente hospitalarias dá un toque de novedad a la casuística pues se trata de casos semi-privados que participan tanto de la condición de institucionales como de asignadas a un médico determinado.

El criterio diagnóstico es fundamentalmente clínico y nada reemplaza la buena historia y la buena exploración física; el laboratorio solamente se utiliza como auxiliar para reafirmar el diagnóstico o sugerir las pautas de manejo. La eritrosedimentación acelerada y la leucocitosis son los datos positivos frecuentemente hallados como indicativo del proceso séptico siendo un buen auxiliar de la clínica, excepto en los estados IV en donde su variación puede ser muy amplia. El cuadro radiológico en la peritonitis no siempre es típico y vale más guiarse por la clínica.

Seguimos una clasificación que aceptamos como un artificio para poder manejar un número de casos y por tanto sin valor absoluto. Hemos acogido la de 4 estados clínicos seguida en el Instituto Materno Infantil para facilitar la comparación con trabajos similares, aún cuando nos permitimos introducir algunas modificaciones. En el II es evidente la diferencia en la evolución de la salpingitis o reacción anexial simple que suele manejarse con Legrado Uterino

y tratamiento médico: en nuestra serie seis casos con permanencia hospitalaria relativamente breve, en comparación al absceso tubo-ovárico que fácilmente evoluciona hacia el estado III, o bien requiere mayor número de intervenciones y prolongada permanencia hospitalaria. En el estado III nos parece importante una diferenciación entre pelviperitonitis —III A— y peritonitis generalizada —III B— pues su evolución y pronóstico son muy distintos; claro es que el diagnóstico de pelviperitonitis solo se establece con certeza al finalizar la evolución, es retrospectivo, y esto es lo que justifica el mantener el grupo III.

En el manejo del foco séptico primario somos decididamente intervencionistas ya con el legrado, la histerectomía, la laparotomía, o la colpotomía; insistimos en la colpotomía pues su bondad es manifiesta: en 5 pacientes fue el tratamiento básico, en 2 de ellas fue repetida; en otro grupo de cinco casos fue un auxiliar valioso para la preparación de la cirugía mayor. Es revivir una de las más antiguas prácticas de la cirugía ginecológica como que ya aparece indicada y prolijamente descrita en el Libro de Aetios del siglo VI (15).

Recientemente Franklyn y col. en Atlanta (3) informan 120 casos de absceso pélvico agudo, en 35 de los cuales con "grandes masas pélvicas que ocupaban el centro de la pelvis menor" fue posible el drenaje por colpotomía.

En 19 casos muy severos —17 estados III y 7 estados IV— solo practicamos seis histerectomías, por lo cual nos permitimos aconsejar prudencia en la indicación de esta intervención.

Creemos que la Penicilina en altas dosis sigue siendo el mejor antibiótico como lo afirma igualmente Graham (5) y usamos la mezcla de antibióticos como lo hace Franklin y col. (3), Rotheran (16) y Lerner (10). Afortunadamente dispusimos de las drogas necesarias que nos fueron suministradas sin limitación alguna. Solemos mantener los antibióticos iniciales cuando la respuesta clínica es satisfactoria, a menos que se trate de sustancias de alta toxicidad; si la mejoría no es evidente hacemos cambio de antibióticos en períodos aproximados de cuatro a cinco días. Seis mujeres reingresaron, una de ellas terminó falleciendo: tratada primero como un séptico II, regresa con septicemia consecutiva a peritonitis severa que no pudimos controlar a pesar del tratamiento médico-quirúrgico.

Este pequeño grupo de 29 pacientes ocuparon 575 días-cama, ocasionando erogaciones al ICSS que estimamos en dos millones de pesos, teniendo en cuenta el costo promedio al cual hicimos un moderado aumento por tratarse de casos complicados.

Las maniobras abortivas se indagaron y ninguno de los parámetros fue absuelto por todas las pacientes. Generalmente es practicado por auxiliares de enfermería o comadronas, frecuentemente en casa de la paciente; confirmamos que el método usual es la sonda, a veces con varilla y de 25 casos en cuatro se ocasionaron perforaciones uterinas, dos de ellas con herida de sigmoide. Al igual que en otros trabajos los factores económicos y la soltería son predominantes

y llamamos la atención sobre cuatro casos realizados por temor a perder el empleo, y tres más que lo utilizaron como método de planificación familiar. Las tarifas de las abortadoras son bajas con promedio de \$ 184 para la mayoría de las pacientes. Llama la atención que a pesar del grado de escolaridad del grupo en estudio su comportamiento es similar al de las usuarias de los hospitales universitarios y así a pesar de que la mayoría conocían métodos anticonceptivos solo 5 los empleaban. Al investigar los salarios encontramos que la mayoría percibía sumas inferiores al mínimo fijado por la ley.

Con la práctica del aborto clandestino, la pérdida del trabajo por causa de la gravidez, los salarios por debajo del mínimo legal, verificamos, cuando menos, tres violaciones de la ley.

Recomendaciones

Nos parece indispensable reestructurar el servicio de sépticas para casos complicados en donde con pautas bien determinadas se pueda realizar una labor médica de alto nivel lo que supone planta física y humana adecuada al cuidado intensivo que estas pacientes requieren. Es indispensable hacer obligatoria la práctica de autopsias, para poder sustentar los resultados.

Resumen

Un grupo de 29 pacientes de los servicios obstétricos del ICSS con abortos sépticos complicados, todos provocados, se manejan de acuerdo a criterios definidos. Diez casos con patología anexial, doce de peritonitis y siete septicemias cuya permanencia promedio fue de 13, 20 y 36 respectivamente, con un total de 575 días cuyo costo se estima en dos millones

de pesos. Sólo hubo una defunción. Se sugieren modificaciones a la clasificación del I.M.I. Se recomienda la intervención quirúrgica del foco séptico primario, recalcando la utilidad de la colpotomía; cada paciente requirió dos cirugías. Se verifica la bondad de la penicilina y se insiste en la combinación de antibióticos que se rotan cada 4 a 5 días, si es necesario. Las maniobras abortivas habitualmente practicadas por auxiliares de enfermería y comadronas, en casa de las pacientes, con un costo muy bajo utilizando sonda, a veces con alambre, dieron cuatro perforaciones uterinas y dos de sigmoide; el motivo conciente fue el económico, la soltería, la planificación familiar y el temor a perder el empleo. Se encontraron abortos clandestinos, temor a perder el empleo y salarios por debajo del mínimo legal.

Se recomienda la reestructuración del servicio de sépticas.

Summary

A group of 29 patients of the obstetrics services of ICSS, with complicated septic abortions, all induced, are handled with specific criteria. Ten cases showed annexial pathology, twelve with peritonitis and seven with septicemia which average hospitalization was 13, 20 and 36, respectively, with a total of 575 days which cost is estimated in two million pesos. There was only one death.

It is suggested that the I.M.I. classification be modified. It is recommended that surgery of the primary septic point be performed, with emphasis on the usefulness of colpotomy; each patient required to surgeries.

The utility of penicilin is evidenced and it is insisted in a combination of anti-biotics rotated every 4 to 5 days, if necessary.

The abortion measures routinely accomplished by assistant nurses and midwives at the homes of the patients, with a very low cost and making use of probangs—and sometimes wires—resulted in uterine perforations and two sigmoid. The conscious reasons were economical, being single, family planification and fright of losing employment.

Clandestine abortions were encountered, due to fright of losing employment and salaries below the minimum.

The re-organization of the septic services is recommended.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ACOSTA, B. E.: "El Control de la Natalidad y el Aborto Provocado". Rev. Col. de Obst. y Ginec. XXI, 579. Noviembre 1970.
- 2 DAVIS, C. H. y CARTER B.: Gynec. and Obst. Edit. W. F. Prior Co. Inc. Hagerstown 6, V. 1, 10: 3 ss.
- 3 FRANKLIN, W. E. y col.: "Tratamiento del Asceso Pélvico". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas". P. 67-79. Junio 1973.
- 4 GALVA-ARAUJO, J.: "Conducta Clínica Nas Complicacoes Do Abortamento Séptico". Memorias VII Congreso Latinoamericano y V Ecuatoriano de Ginec. y Obst. 1.207, Julio 22-28 1973. Quito, Ecuador.
- 5 GRAHAM, C. R.: "Antibióticos para tratamiento de infecciones causadas por cocos gram positivos". Clínicas Médicas de Norteamérica. P. 505 Mayo 1974.
- 6 HERRERA, M. M. y col. "Aborto séptico no Perfringens". Memorias VII Congreso Latinoamericano y V Ecuatoriano de Ginec. y Obst. 1.208, Julio 22-28 1973. Quito, Ecuador.
- 7 JUBIZ, H. A.: "Estudio sobre Aborto Séptico". Rev. Col. Obst. y Ginec. XXII, 233, Julio-Agosto 1971.
- 8 JUBIZ, A.: "Aborto Séptico". Memorias VII Congreso Latinoamericano y V Ecuatoriano de Ginec. y Obst. 1.280, Julio 22-28 1973. Quito, Ecuador.

- 9 LEON, C. y VARGAS D. C.: "Aspectos Psico-sociales del Aborto Provocado". Rev. Col. de Psiquiatría. 2: 543. 1971.
- 10 LERNER, I. P.: "Consideraciones sobre Antimicrobianos en Infecciones Anaeróbicas". Clínicas Médicas de Norteamérica. P. 531. Mayo 1974.
- 11 LUDMIR, A.: "Aborto Séptico". Memorias VII Congreso Latinoamericano y V Ecuatoriano de Ginec. y Obst. 1.206, Julio 22-28. 1973. Quito, Ecuador.
- 12 MOORE CAVAR, C. E.: Induced Abortion. Columbia University. P. 6. 1974.
- 13 MUÑOZ, D. S. y ocl. "Tratamiento agresivo en el Aborto Séptico". Rev. Col. Obst. y Ginec. XI, 487. Septiembre-Octubre 1960.
- 14 PLANELLENES, J. y JARITONOVA, A.: "Efectos Nocivos Consecutivos al empleo de Antibióticos". Edit. Progreso, Moscú. 92.
- 15 RICCI, V. J.: "The Development of Gynaecologicae Surgery and Instruments". Edit. Maple Press Co. York, P. A. 51. 1949.
- 16 ROTHERAN, B. E.: "Patogenic Anaerobes seen dominant in Septic Abortions". Ob-gin observer. Vol. X. Nº 8. G. 8. Dic. 1971.
- 17 SANTAMARIA, P. L.: "Aborto Séptico y Maniobras Abortivas". Rev. Col. Obst. y Ginec. XVII, 275, Julio-Agosto 1966.
- 18 SANTAMARIA, P. L. y col.: "Aborto Séptico. Maniobras Abortivas". Rev. Col. Obst. y Ginec. XVIII, 381, Noviembre-Diciembre 1967.
- 19 VAN OMMEN, A. R.: "Efectos Secundarios de Antimicrobianos". Clínicas Médicas de Norteamérica. P. 466. Mayo 1974.
- 20 WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Technical Reference Series". Geneve. 1950. Nº 25.