

ABORTO SEPTICO Y MANIOBRAS ABORTIVAS

Dr. Luis Eduardo Santamaría Páez

El Instituto Materno Infantil (I. M. I.) de Bogotá, en cuyo Servicio de Sépticas hemos realizado el presente trabajo conforme a un programa pre-establecido, tiene un enorme movimiento asistencial, en el cual llama la atención la gran proporción de abortos, fenómeno valorado estadísticamente varias veces y recientemente por Peralta Cayón (1) quien halla sobre varios años un 20% de abortos, dato idéntico al publicado por Muñoz Delgado (2) para la ciudad de Cali.

Durante el primer año del trabajo programado —del 1° de Marzo de 1965 hasta el 28 de Febrero de 1966— se registraron los datos estadísticos que aparecen en el Cuadro N° 1 en forma de ingresos totales, partos y abortos. Finalmente hemos citado el número de abortos sépticos atendidos en el Servicio, que son sólo una porción de los ingresados al I. M. I.

La relación global de abortos con el número de partos es de 1: 4.4, muchísimo mayor de la informada

por otros medios hospitalarios. Así para Kansas en una revisión de 10 años Wall (3) registró una relación de 1: 15.8 y Javert y Dunn, por él citados, dan para otros grupos de los Estados Unidos varias cifras que oscilan entre 1: 5.6 y 1: 9.4.

Concientes del gran volumen de abortos provocados en nuestro medio hospitalario sobre ellos hacemos un enfoque especial de tipo socio-económico. Nos abstenemos de hacer proyecciones estadísticas fuera del servicio que manejamos, pues es de todos conocida la imposibilidad para fijar la real extensión de este problema. A manera de ejemplo podemos revisar los datos que Calderone (4) anota para los Estados Unidos, "que pueden variar desde 200.000 hasta 1.200.000 por año"; muchos autores, tales Rock, Kopp, Taussig, citados en la Enciclopedia de Davis (5) creen que los abortos provocados son los 2/3 del número total, pero cita varias opiniones con afirmaciones tan disímiles que van del 10% al 90%.

CUADRO N° 1

MOVIMIENTO ASISTENCIAL EN EL I. M. I. III/65 a II/66

| Ingresos | Partos | Abortos | Abortos en Serv. Sépt. | % Abortos en Serv. Sépt. |
|----------|--------|---------|------------------------|--------------------------|
| 26.963 | 19.417 | 4.808 | 388 | 8,7% |

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Sépticas se atienden todos aquellos procesos infecciosos de origen genital concomitantes con la gestación, obedezcan o no a maniobras abortivas, aun cuando en general procuramos recibir el mayor número posible de los que confiesan ese antecedente. No existe un criterio de selección distinto de la capacidad del servicio, actualmente con 18 camas.

ANATOMIA PATOLOGICA

| | |
|-----------------------|-----|
| Decidua-restos ovul. | 367 |
| Endometrio secretor | 6 |
| Endometrio prolifer. | 11 |
| Sin material para ex. | 4 |

Para la presente relación tomamos los casos de aborto séptico con confirmación histológica y aquella sepsis, 21 en total, determinadas por maniobras abortivas en mujeres no gestantes que presumían estarlo. Todas las pacientes incluídas presentaban evidencia local y general de infección: calofrío, fiebre, hemorragia de olor fétido, vagina caliente y diversos grados de compromiso genital, abdominal o general, fueron los hallazgos habituales. En un pequeño grupo predominaban los fenómenos de alteración del estado general, con mínima reacción local, como es lo frecuente en los cuadros de shock bacteriémico. 388 pacientes en total reunían las condiciones de estar francamente infectadas. Su relación porcentual con los ingresos es baja, apenas el 1,4% y en relación al número total de abortos, es solo el 8,7%. Su número absoluto es bastante mayor si se hace la comparación con las series informadas en trabajos nacionales y extranjeros; Muñoz Delgado (2) en el servicio hospitalario de la ciudad de Cali en-

contró 534 casos en 4 años; en la literatura norteamericana un informe reciente da 173 casos para 5 años (9), y otro informa 342 para 4 y medio años (8); en la literatura inglesa encontramos 513 para 15 años (11) y 1.321 (12) citados por Davis, sin fijar el número de años a que corresponden.

Clasificación. Cuadro N° 2. La tentativa de ordenar los cuadros clínicos del aborto séptico ha provisto la literatura de la especialidad de una serie de clasificaciones, que ofrecen numerosas variantes, desde la muy sencilla de aunarlos bajo el nombre de abortos complicados (6) hasta las de mayor elaboración como la propuesta por Falk (7) en su estudio sobre el manejo de la peritonitis post-aborto, que incluye 6 grupos principales; Goodno (8) al tratar el tema cita una clasificación que admite 3 divisiones, que es la misma seguida por Neuwirth (9).

Nos hemos acogido en el presente trabajo a una división de la sepsis genital en 4 estados que obedecen primordialmente a un carácter topográfico, por lo cual es fácilmente aplicable; implica una orientación terapéutica bastante bien definida, por lo que es enormemente práctica, y además conlleva un aspecto pronóstico de gran utilidad.

METODOS

El manejo de las pacientes incluye en primer término la realización de una historia clínica completa, en la cual se insiste sobre la búsqueda del antecedente de las maniobras abortivas cuya revelación muchas veces se obtiene desde el primer momento. Antes de aplicar cualquier medicación antibiótica se procede a la identificación de los gérmenes causantes mediante los frotis y cultivos de las

CUADRO Nº 2

CLASIFICACION DEL ABORTO SEPTICO

-
- 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.
-

secreciones genitales; el frotis es por demás importante para la iniciación del tratamiento y es método de gran valor para la identificación precoz del B. Welchii cuyo hallazgo por los cultivos es tardío en cuanto a la definición de una conducta. Los hemocultivos se toman igualmente en forma inmediata.

Los exámenes mínimos de rutina incluyen el cuadro hemático con leucograma y eritrosedimentación; la química sanguínea en relación a la azohemia, glicemia, uricemia y creatinina así como las serologías y la clasificación sanguínea también se solicitan. Todos los tejidos obtenidos se remiten al patólogo para su estudio. En presencia de maniobras abortivas preferimos obtener una radiografía simple del abdomen ya sea para confirmar las sospechas clínicas de patología abdominal como para buscar cuerpos extraños en la cavidad; este examen se omitió en buen número de casos por las condiciones económicas del medio hospitalario. Otros exámenes especiales se ordenan en relación a cada caso particular.

Una vez hecho el diagnóstico inicial se clasifica el caso dentro de uno de los 4 grupos admitidos y se procede al manejo terapéutico conforme al esquema siguiente:

Estado I: Penicilina cristalina 6'000.000/día. Una vez enfriado el proceso se hace el raspado uterino.

Estado II: Penicilina cristalina 12'000.000/día. Cloramfenicol 2 gm. si hay gérmenes gram negativos. Fenilbutazona. Raspado una vez enfriado el proceso. Laparotomía ante masas persistentes o evolutivas a pesar del tratamiento médico, cuya duración no será inferior a 2 semanas.

Estado III: Es una emergencia quirúrgica. Se instalará succión gástrica y una vena safena se cateteriza. Penicilina 30'000.000 y Cloramfenicol 4 gm./día. La conducta quirúrgica incluye raspado uterino, colpotomía, y/o laparotomía para drenaje y lavado peritoneal.

Estado IV: Es una emergencia médica. Cateterización venosa. Tratar o prevenir el shock es el primer objetivo. Corticoides, vasopresores, ganglioplégicos. Cuidadoso manejo de líquidos por la posible lesión renal. Penicilina 6'000.000 y Cloramfenicol 3 gm./día. Evacuación uterina tan pronto se haya recuperado del shock. Si se trata de infección por B. Welchii practicar histerectomía.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

La edad de las pacientes se ordenó en grupos de 5 años —Cuadro Nº 3—; el 62% de los casos aparecen entre los 21 y los 30 años; por encima de 31 hay una mayor incidencia que por debajo de los 20, en proporción estadística significativa. Los límites más bajos corresponden a 2

mujeres de 14 años y los más altos a 2 de 43.

Las maniobras abortivas —Cuadro N° 4— fueron admitidas por 277 pacientes, o sea el 71.4%, es decir, que casi las 3/4 partes del grupo en estudio presentaba esta condición.

La paridad del grupo —Cuadro N° 5— varió desde las nuligestantes hasta las multigestantes XIV. En forma de gráfica expresamos la relación que guardaron las maniobras abortivas con la paridad, en primer término se anotan 3 nuligestantes quienes en el curso de retardos menstruales, que creyeron embarazos, recurrieron a las abortadoras. Las primigestantes son un gran número, 21 en total; solo una primigesta negó haberse sometido a maniobras abortivas, de modo que en el servicio se acepta que

aborto séptico en primeriza es aborto provocado hasta no demostrarse lo contrario. La curva de frecuencia se eleva para formar una meseta con 34 casos de las secundigestantes e igual número de las tercigestantes; de allí nuevamente hay un ascenso para alcanzar la incidencia máxima con 44 mujeres que hacían su cuarta gestación; luego descendiendo para 30 casos en las GV y de ahí hasta las GX que presentaban 6 casos el descenso es uniformemente progresivo. Esporádicamente aparece un caso en las GXI, 2 en las GXIII y uno solo en las GXIV. En conjunto la curva guarda cierta uniformidad alrededor del eje central formado por las GIV. En la misma gráfica, superpuestas, se han marcado las maniobras por embarazos inexistentes.

CUADRO N° 3

EDAD DE LAS PACIENTES

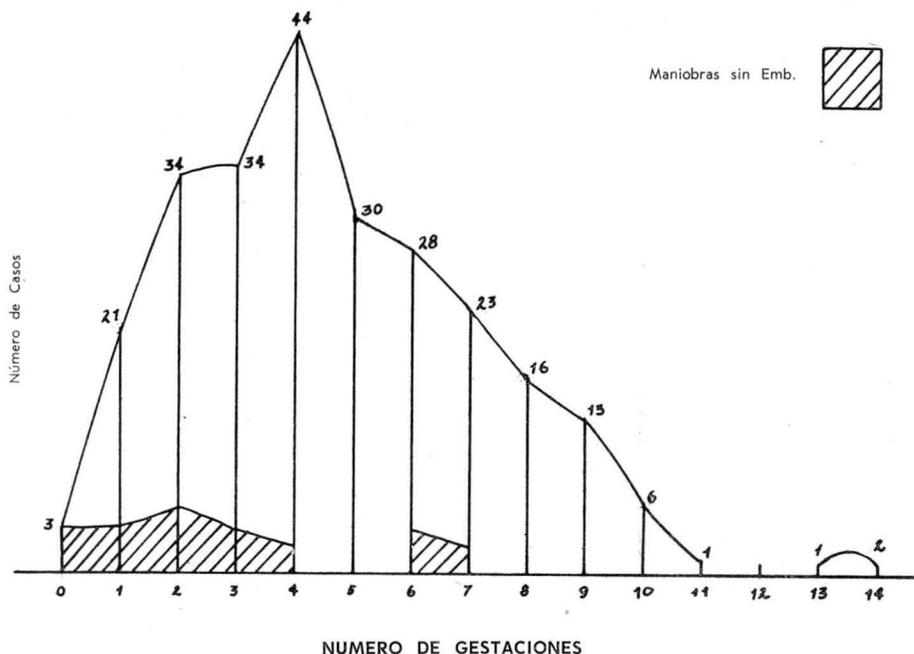
| — 15 | 16 — 20 | 21 — 25 | 26 — 30 | 31 — 35 | 36 — 40 | 41 — 43 |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 2 | 51 | 132 | 108 | 60 | 29 | 5 |
| | | 240 | | | | |
| 13,6% | | 62% | | | 24,4% | |

CUADRO N° 4

ABORTO SEPTICO Y/O MANIOBRAS ABORTIVAS

| | | |
|-------------------------------|-----|-------|
| Confiesan maniobras abortivas | 277 | 71,4% |
| Niegan maniobras abortivas | 101 | 26 % |
| Sin dato | 10 | 2,5% |

CUADRO Nº 5
MANIOBRAS Y PARIDAD



En el Cuadro Nº 6 se muestra la relación entre el total de embarazos que han tenido estas mujeres y el número total de abortos incluidos los anteriores y los actuales, de manera que el 47.5% de los embarazos han terminado en aborto. Sobre 187 abortos anteriores 37 se admitieron como provocados.

Los exámenes de laboratorio mostraron las siguientes variantes: la hemoglobina arrojó un promedio de 9,14 gm.%, las variaciones máximas corresponden a un Estado I con 4 gm., y 13.3 gm. en una paciente con shock bacteriémico, cuyo hematocrito era de 30 y los eritrocitos de morfología normal, lo que sugería la presencia de hemoglobina libre en el plasma. El recuento leucocitario dio

un promedio de 10.030 por mm. cúbico; sus oscilaciones variaron desde 2.100 en un Estado 4 (IV) que presentaban además linfocitosis relativa (41%), y un dato de 26.000 por mm. cúbico encontrado en un Estado III, con neutrofilia del 87%. La eritrosedimentación mostró un promedio de 31 mm. en una hora, con datos extremos tan distantes como 3 y 78 mm.; en general la sedimentación baja correspondió a Estados I y la elevada a Estados II y III. Los niveles sanguíneos de creatinina, ácido úrico y azohemia fueron normales en todas las pacientes, con excepción de los casos de insuficiencia renal.

Los estudios radiológicos fueron confirmatorios de la clínica en los

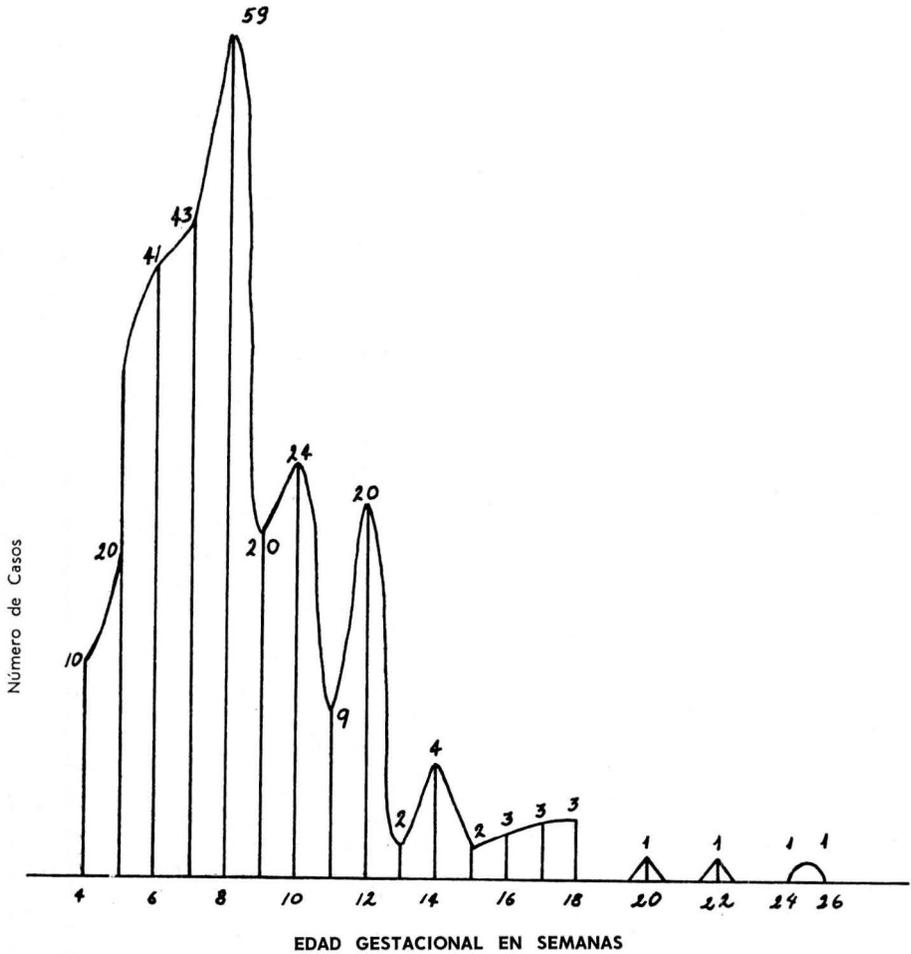
CUADRO N° 6

TOTAL DE ABORTOS Y EMBARAZOS EN EL GRUPO ESTUDIADO

| | | | |
|--|-----|-------|--------|
| Número total de embarazos | | 1.165 | 100 % |
| Abortos actuales | 367 | | |
| Abortos anteriores | 187 | | |
| Número total de abortos | | 554 | 47,5 % |
| De los abortos anteriores 37 se admitieron Provocados: | | | 19,7 % |

CUADRO N° 7

MANIOBRAS Y EDAD GESTACIONAL



casos de peritonitis examinados, y en 9 pacientes mostraron sondas de Nelatón libres en la cavidad abdominal; una de ellas estaba dentro de un gran absceso retroperitoneal, a nivel del psoas izquierdo, pues el instrumento había abierto una brecha que iba desde la vagina y subía sobre el músculo. En casos como este el saber que existe un cuerpo extraño es de excepcional importancia, pues por la dificultad de la intervención quirúrgica, por el enorme volumen de los abscesos, sería posible omitir su extracción si el cirujano no ha sido prevenido acerca de su presencia.

En el Cuadro Nº 7 se muestra en forma de gráfica la edad gestacional en que se realizaron las maniobras abortivas. Aquí se presenta de modo elocuente cómo apenas producido el retardo menstrual se inician los contactos con las abortadoras; entre la 4ª y la 8ª semana se realizan el mayor número de interrupciones, entre la 8ª y la 12ª semana se continúan en forma gradual aun cuando con menor incidencia. Después de la semana 14 se observa un decrecimiento muy marcado del número de los casos. Parece que aquí se cumpliera, también el fenómeno de adaptación a la gestación que Juan León (17) anota en su capítulo de iniciación a la Gestosis-gravídicas.

En el Cuadro Nº 8 se ha hecho una distribución de las pacientes según

el estado de sepsis y las maniobras abortivas que relatan o niegan. Queremos llamar la atención en primer término sobre el grupo de mujeres no embarazadas que se sometieron a maniobras abortivas ocasionándose lesiones con predominio en los Estados II y III, pero sin que ocurriera ningún tipo de Estado IV; quizá esto obedezca a la reducida extensión del grupo estudiado o también a que por faltar el embarazo estaban ausentes los fenómenos vasculares propios del mismo, así como el tejido corial cuya aptitud de medio de cultivo es bien conocida. Ahora bien, si comparamos la columna de los abortos provocados con el grupo de abortos sépticos que niegan esta condición, notaremos en seguida el predominio —absoluto y relativo— de los casos severos entre los provocados, particularmente en lo que se refiere al Estado IV cuyo contingente abarca casi por entero. Los trabajos de Studdiford (10) publicados bajo el epígrafe de "Placental Bacteriemia" ilustran la manera como los gérmenes principalmente los gram negativos se desarrollan en el tejido corial, inundando los capilares desde donde irán a alcanzar la circulación materna por sí mismos o por sus toxinas, para determinar el severo cuadro clínico que identificamos con el nombre de shock bacteriémico por sus relaciones clínicas y fisiopatológicas.

CUADRO Nº 8

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN ESTADO DE SEPSIS Y MANIOBRAS ABORTIVAS

| ESTADO | M A N I O B R A S | | Niegan Maniob. | Sin Dato | Total | % |
|--------|-------------------|----------|----------------|----------|-------|------|
| | Con emb. | Sin emb. | | | | |
| I | 179 | 5 | 79 | 7 | 270 | 69,6 |
| II | 31 | 6 | 9 | 2 | 48 | 12,3 |
| III | 33 | 10 | 11 | — | 54 | 13,9 |
| IV | 13 | — | 2 | 1 | 16 | 4,1 |
| TOTAL | 256 | 21 | 101 | 10 | 388 | |

Los resultados bacteriológicos —Cuadro N° 9— muestran la mayor incidencia de los gram negativos de tipo E. Coli cuyas posibilidades patogénicas son de la mayor trascendencia en particular por la gran cantidad de toxinas que suelen producir. La conversión de estos saprófitos intestinales en patógenos parece guardar relación inmediata con la retención de productos necróticos y con el traumatismo (12); suelen determinar los casos más severos de sepsis; Deane (15) lo halla responsable del mayor número de shock bacteriémicos, igual observación hace Adcock (16) y Studdiford (10), y Madsen (23). Gordon (24) y col. ha descrito recientemente una prueba con

animales de laboratorio para demostrar la presencia de endotoxinas en la sangre circulante de pacientes en estado de shock que es igual a la descrita por Thomas (25) utilizando toxinas de gérmenes gram negativos.

En segundo lugar se halla el Estafilococo frecuentemente asociado al Colibacilo. El reconocimiento de esta duplicidad bacteriológica marca una pauta terapéutica de excepcional importancia, pues la orientación unilateral del tratamiento puede llevar a la aparición de las superinfecciones a cargo del factor olvidado (13). En nuestra serie de mortalidad esta asociación bacteriana se dio en 8 casos.

CUADRO N° 9

BACTERIOLOGIA EN EL ABORTO SEPTICO

| | | | |
|-------------------------|-----|--|---|
| Coli | 188 | Diplococo | 3 |
| Stafilococo | 148 | E. Intermedium | 2 |
| Cándida a | 27 | Proteus | 1 |
| Streptococo | 12 | Welchii | 1 |
| Difteroides | 10 | Semejante Welchii | 1 |
| Subtilis | 7 | | |
| Hemocultivos: Negativos | 77 | | |
| | | Positivos 9: 5 estafilococos - 4 colibacilo. | |

La Cándida a. se halló en frotis y cultivo de secreción genital, en un buen número de casos, se la trató localmente y afortunadamente no tuvimos ningún caso de superinfección por hongos como los que se han descrito (13) en los efectos nocivos consecutivos al uso de antibióticos. Dennis y col. (14) en un estudio sobre las septicemias por Cándida, muestra como las superinfecciones por gérmenes gram negativos o gram positivos, la baja de las defensas orgánicas, el uso de antibióticos particularmente de amplio espectro, los corticoides, los antitumorales, las operaciones múltiples, la diabetes,

favorecen el desarrollo de esta entidad que clínicamente ocasiona cuadros de septicemia, y shock bacteriémico. En su experiencia, que se refiere a 10 casos, la amfotericina b. administrada por vía endovenosa fue capaz de recuperar 4 pacientes.

Intervenciones quirúrgicas. Cuadro N° 10. En total se realizaron 449 intervenciones. Los raspados se efectuaron en todas las pacientes con excepción de 2 nuligestantes con útero pequeño y cuello cerrado en quienes no se consideró indicado verificarlo; así mismo las 2 pacientes histerectomizadas no fueron raspadas con ante-

CUADRO Nº 10

INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN ABORTO SEPTICO

| | | |
|-----------------------------|-----|--------------------------------|
| Raspados | 386 | (3 pacientes raspadas 2 veces) |
| Laparotomía para drenaje | 32 | (1 paciente 2 veces) |
| Histerectomía | 2 | |
| Salpingooforectomía D | 4 | |
| Salpingectomía D | 1 | |
| Salpingooforectomía I | 1 | |
| Salpingectomía I | 1 | |
| Colpotomías post. | 20 | (1 paciente 2 veces) |
| Quiste Dermoide infectado D | 1 | |
| Cistadenoma Ovario D | 1 | |

rioridad. Tampoco fué raspada una paciente con embarazo ectópico y antecedente de maniobras abortivas, ni una más cuyo embarazo se conservó intacto a pesar de la severa vaginocervicitis que las maniobras le habían determinado. En 3 pacientes se repitió el raspado en cuanto que el primero había sido incompleto.

Las laparotomías para drenaje se llevaron a cabo bajo anestesia general y la cantidad de pus evacuada se apreció entre 500 y 2.000 cm. cúbicos. Se siguió una técnica de desbridamiento de abscesos buscando primero las fosas ilíacas, luego los ángulos paracólicos y los espacios entre las asas delgadas. Seguidamente se exploraron los ángulos subfrénicos hallándose en 20 casos colecciones purulentas a ese nivel. El lavado peritoneal se realizó con soluciones salinas tibias hasta limpiar la cavidad de exudados purulentos.

Se dejaron drenes de Penrose en los espacios sub-frénicos y en las fosas ilíacas. Como hallazgos clínicos importantes y realmente sorprendentes se halló gas dentro de la cavidad que en 2 casos de tres, había sido previsto por los rayos X, en forma de neumoperitoneo intenso, que por ocurrir en pacientes con maniobras abortivas se pensó fuera ocasionado

por ruptura de vísceras huecas. En 1 caso se aceptó como explicación la presencia de una sonda de Nelatón libre por uno de sus extremos en la cavidad y que por el otro se mantenía en contacto con la pared vaginal y por ahí debió penetrar el aire. En los 2 restantes se trataba de gérmenes aerógenos del grupo Coli, con una producción tan intensa de gas que el epiplón aparecía con grandes bullas que crepitaban al palparlas. En ninguno de los casos se halló perforación intestinal.

En los casos de peritonitis es muy difícil determinar la presencia de perforaciones uterinas ya que el órgano se encuentra recubierto de exudados y ordinariamente bloqueado por adherencias de modo que no hacemos ninguna apreciación estadística al respecto.

Dos pacientes presentaban tumores ováricos benignos infectados.

En 9 casos, como anotamos antes, se extrajeron sondas de la cavidad peritoneal.

Complicaciones. Cuadro Nº 11. Estas fueron primordialmente sépticas en particular abscesos de la herida quirúrgica o de la zona donde los drenes afloraban. Su incidencia es alta, pero en relación a los casos ope-

rados era de esperarse que así ocurriera. Más importante fué la aparición de 17 neumonitis, 5 de ellas francamente estafilocócicas, con evidencia radiológica de las lesiones típicas con formación de microabscesos. Pullen (18) en su tratado de Enfermedades Pulmonares dice que la neumonía es una de las complicaciones habituales de la cirugía abdominal alta; ordinariamente ocasionada por neumococo y que cuenta como factores predisponentes la anestesia general, la elevación del diafragma, la limitación de los movimientos torácicos, la baja de las defensas orgánicas, el reposo prolongado y el uso de depresores. Su gravedad es muy marcada y tienden a evolucionar hacia el empiema. Anota hasta un 40% de mortalidad a pesar de los antibióticos. Para la neumonía estafilocócica

anota su rara incidencia con gran tendencia a la formación de empiemas; ordinariamente es debida al estafilococo aureus resistente a la Penicilina. En 2 de nuestros casos los cultivos del esputo fueron positivos para estafilococo albus.

Las exacerbaciones por raspado se manifiestan ordinariamente por calorífico, fiebre y signos locales de dolor y defensa abdominal. Suelen regresar con la acentuación de la terapia antibiótica mixta. En 3 de los casos sin embargo inicialmente Estados I, uno evolucionó hacia la anexitis y 2 más fueron a la peritonitis y a la septicemia que determinó la muerte de las pacientes. Los abscesos glúteos fueron consecutivos a la aplicación de inyecciones.

CUADRO N° 11

COMPLICACIONES

| | | | |
|-------------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| Abscesos de pared | 19 | Fístula ileal | 2 |
| Neumonitis | 17 | Fístula rectovaginal | 1 |
| por estafilococo | (5) | post-colpotomía | (1) |
| Exacerbación post-raspado | 12 | Insuf. cardíaca | 3 |
| Abscesos glúteos | 5 | Coma diabético | 1 |
| celulitis | (1) | Alergia penicilina | 3 |
| Abscesos subfrénicos | 3 | shock anaf. | (1) |
| Pielonefritis | 3 | Cólico renal | 1 |
| Drenaje de absceso pélvico al recto | 1 | Reacciones psicóticas | 3 |
| Hematemesis | 1 | Paro respiratorio anestésico | 1 |
| | | Cefálea post-raquia | 1 |

El caso de hematemesis aparecida durante el postoperatorio del aborto séptico ofrece alguna frecuencia estadística para otros medios, así Buka (20) en su artículo sobre "Hemorragias gastrointestinales altas post-aborto séptico" relata 3 casos en el postoperatorio de abortos provocados uno de los cuales murió a causa de la hematemesis; llama la atención sobre su

baja frecuencia y anota como etiología la sepsis, el stress y los esteroides; aconseja el tratamiento conservativo, de preferencia el enfriamiento gástrico. El caso de nuestra serie cedió con tratamiento médico antiulceroso.

De las complicaciones por accidente quirúrgico contabilizamos una fístula

tula rectovaginal que fué hallazgo de autopsia.

Dos fístulas ileales encontradas evolucionaron de distinta manera: una ocasionó el deceso de la paciente junto con la sepsis y la segunda evolucionó a la curación espontánea por segunda intención.

La insuficiencia cardíaca se ha anotado así mismo como resultante de la acción tóxica de elementos bacterianos (13). En uno de los casos se trató de una cardiópata antigua cuya complicación de insuficiencia hizo imposible el intervenirla quirúrgicamente ya que se trataba de una peritonitis generalizada y la permanencia hospitalaria se elevó a 81 días con un consumo total de 984'000.-000 de Penicilina, 46 gm. de Cloramfenicol y 49 dosis/día de otros antibióticos, logrando su recuperación. Esta paciente tan solo pudo someterse al raspado uterino.

Las reacciones psicóticas a que hacemos referencia son 3 casos de decaimiento el proceso séptico había sido controlado.

Mortalidad. Cuadros Nos. 12 y 13. En primer término presentamos un cuadro que muestra el total de defunciones ocurridas durante el año en que se realizó nuestro trabajo, para relacionarlas con el total de ingresos al I. M. I. En segundo lugar damos cuenta del total de muertes del Servicio en el grupo de estudio. La comparación de los 2 datos globales obtenidos, el primero de 0,192% y el segundo de 4,4% muestra la diferencia enorme que se puede expresar diciendo que la mortalidad del Servicio de Sépticas es 22 veces mayor que la mortalidad general en el Instituto.

En el Cuadro Nº 13 hemos reunido los casos de mortalidad en rela-

ción al estado de sepsis y al antecedente de maniobras abortivas para llamar la atención sobre datos sobresalientes, sobre la innegable relación entre maniobras abortivas y mortalidad. Hemos conservado los casos dentro del Estado de sepsis a que pertenecían en el momento del ingreso; de otra manera, si los cambiáramos de grupo aparecería como que los Estados I y II no son capaces de determinar mortalidad. Para el Estado I el porcentaje de 0,7 establece que la gravedad del más benigno de los abortos provocados es por lo menos el doble de la que ocasiona la apendicitis aguda.

El índice de mortalidad progresa geoméricamente sobre los Estados siguientes: 2% para el II, 11,1% para el III y 50% para el IV.

La mortalidad por peritonitis es ciertamente alta, pero mucho menor de la informada en años anteriores; así por ejemplo Falk y col. (7) y (24) informó en 1949 "que con histerectomía y salpingooforectomía bilateral, drenaje vaginal, más sulfas y Penicilina, se salva el 56% de las peritonitis..."; ciertamente en los servicios quirúrgicos generales se puede obtener una estadística diferente, pero no comparable con la nuestra ya que obedecen a causas distintas.

En el Estado IV nuestra mortalidad es intermedia entre los magníficos resultados obtenidos por Madsen (23) quien sobre 21 casos no tuvo ninguna mortalidad; y Deane (15) que da un 60% de mortalidad en las pacientes que presentaban hipotensión arterial en el momento del ingreso.

Incluimos la desviación standard de nuestros promedios a fin de que sean fácilmente comparables con los obtenidos en otros medios.

CUADRO N° 12

MORTALIDAD EN EL I. M. I. — III/65 a II/66

| | | |
|------------------------------------|--------|--------|
| Defunciones maternas | 52 | |
| Ingresos en el año | 26.963 | 0,192% |
| Defunciones por aborto en Sépticas | 17 | |
| Total abortos en Servicio Sépticas | 388 | 4,4% |

CUADRO N° 13

MORTALIDAD SEGUN ESTADO DE SEPSIS Y MANIOBRAS

| ESTADO | Defunciones | % | Desviación standard | Maniobras | Sin dato |
|-------------------------------------|-------------|------|---------------------|-----------|----------|
| I | 2/270 | 0,7 | — | 2 | — |
| II | 1/ 48 | 2 | 2 | 1 | — |
| III | 6/ 54 | 11,1 | 4 | 6 | — |
| IV | 8/ 16 | 50 | 12 | 6 | 1 |
| Total de defunciones | | | | 17 | |
| Defunciones por maniobras abortivas | | | | 15 | |

Al final del cuadro mostramos el total de muertas en relación al antecedente de maniobras abortivas, para recalcar que 15 de 17 eran abortos provocados. Esto no requiere comentario.

Autopsias. Cuadro N° 14. 15 pacientes tienen resultados de autopsia que aparecen resumidas al final del cuadro en que se muestra su evolución clínica con los datos sobresalientes de la historia.

En el Estado I las muertes fueron consecutivas, en un caso a hepatitis y nefrosis hemoglobinúrica junto con peritonitis y septicemia; el segundo caso presentaba trombosis de las venas pélvicas con infartos pulmonares múltiples, y un empiema pleural izquierdo consecutivo a neumonía estafilocócica.

En el Estado II la muerte fue consecutiva a una septicemia a partir

de un absceso glúteo, que la paciente presentaba desde su ingreso por aplicación de inyecciones intramusculares fuera del Servicio; la lesión progresó hacia una celulitis que alcanzó el espacio perirenal. El aspecto necrótico y el olor pútrido sugerían la gangrena gaseosa que sin embargo no fue confirmada; se trataba de asociación coli-estafilococo.

En el Estado III, 3 casos de mortalidad corresponden a asociación con fístula ileal el primero; el segundo a una diabetes desconocida hasta cuando la paciente entró en coma del cual no se recuperó, y la anatomía mostró un riñón de Kimmestiel-Wilson; el tercero presentaba ictericia desde su ingreso y en la autopsia se mostró una necrosis biliar severa junto con embolías por gas de origen bacteriano. Los 3 casos restantes presentaban afecciones pulmonares concomitantes, que en 2 casos fueron

SERVICIO DE SEPTICAS — CUADRO GENERAL DE MORTALIDAD

Cuadro N° 14

| Historia N° | Edad | Paridad | Edad embarazo | Maniobras | Diagnóstico Ingreso Complicaciones | Tratamiento Quirúrgico | Bacteriología | Permanencia | Autopsia: Resumen de lesiones |
|-------------|------|---------|---------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--|
| 131.737 | 28 | G7P4A3 | Sin embarazo | 5 días antes | III Pelviperitonitis. Neumonía. Fístula ileal. | Raspado, laparotomía. | Coli Estáfilo | 22 días | No proposición familiar. |
| 132.286 | 39 | G8P7A1 | 8 S. | Niega | IV Shock Bact. Insuficiencia renal aguda. | Raspado, hemodiálisis. | Baci. Welchii Coli Estáfilo | 12 días (9 en Nefrología) | Necrosis tubular bilateral 1773 Hospital San Juan de Dios |
| 101.126 | 23 | G4P2A2 | 10 S. | 9 días antes | IV Shock Bacteriémico. | — | — | 1 día | 03665 Necrosis cortical bilateral. |
| 41.477 | 28 | G4P3A1 | 8 S. | 9 días antes | IV Shock Bacteriémico. Insuficiencia renal aguda. | Raspado, hemodiálisis. | Coli Estáfilo | 9 días (6 en Nefrología) | No autopsia por demora traslado Morgue Biopsia renal: Necrosis cortical. |
| 111.088 | 18 | G2P1A1 | 6 S. | 2 días antes | IV Shock Bacteriémico. Hemólisis. Insuficiencia renal. | Histerectomía, Coli S. O. D. | Coli | 5 días | 094-65 Necrosis hemoglobinúrica severa. |
| 137.451 | 31 | G1A1 | 8 S. | 9 días antes | III Peritonitis. Diabetes. | Raspado. Laparotomía. | Coli | 3 días | 111-65 Peritonitis. Riñón Kimmestiel-Wilson Edema pulmonar agudo. |
| 72.509 | — | G7P6A1 | 25 S. | 8 días antes | IV Peritonitis. Gangrena uterina. | Histerectomía total. | Coli | 2 días | 115-65 Peritonitis. Abscesos pulmonares con Cultivos para Coli. |
| 143.666 | 28 | G5P4A1 | 7 S. | 4 días antes | I Infección endouterina. Hepatitis Pelviperitonitis. | Raspado. Laparotomía. | Coli Estáfilo | 32 días | 052-65 Peritonitis. Hepatitis. Nefrosis Hemoglobinúrica. Septicemia. |
| 141.703 | 25 | G4P2A2 | 8 S. | 7 días antes | III Peritonitis. Hepatitis. | Colpotomía. Raspado. | Coli Estáfilo | 15 días | 048-65 Peritonitis, Necrosis biliar severa septicemia. Embolias gaseosas. |
| 139.538 | 18 | G2P1A1 | 22 S. | Maniobras | III Peritonitis. Neumonía. | Raspado. Laparotomía. | Coli Estáfilo | 5 días | 138-65 Peritonitis. Neumonía. |
| 24.718 | 26 | G3P3 | Sin embarazo | 10 días antes | II Absceso Tubo Ovárico D. Absc. glúteo celular. | Raspado. S. O. D. Drenaje Glúteo. | Coli Estáfilo | 24 días | 121-65 Pelviperitonitis. Celulitis Lumbar y perirenal Der. Septicemia. |
| 140.671 | 31 | G9P7A2 | 26 S. | 8 días antes Atend. Comadrona | IV Insuficiencia renal. Hepatitis | Raspado. | Estáfilo Coli | 4 días | 150-65 Septicemia, Colestasis severa, Nefrosis biliar severa. |
| 103.470 | — | G2P1A1 | 10 S. | 2 días antes | III Peritonitis. Neumonía Bilateral. | Raspado. Laparotomía. | E. Intermedium Estáfilo | 19 días | 208-65 Peritonitis, Septicemia, Edema agudo del pulmón. |
| 132.506 | 22 | G3P2A1 | 16 S. | 5 días antes | I Infección Endouterina. Neumonía Estáfilo. | Raspado digital. | Coli Estáfilo | 28 días | 010-66 Trombosis de venas pélvicas, embolías e infartos pulmonares, Empiemas pleural izq. |
| 52.353 | 25 | G4P1A3 | 12 S. | ? ? | IV Shock Bact. Insuficiencia renal. Afibrinoginemia. | Raspado. | — | 1 día | 209-65 Trombosis de arteria mesentérica. Infartos intestino, Nefrosis hemoglobin. |
| 134.316 | 20 | G2P1A1 | 11 S. | 6 días antes | III Peritonitis. Neumonía. | Raspado. Colpocitología. Laparotomía. | Cultivo Negativo | 15 días | 037-66 Peritonitis. Bronconeumonía, Absc. subfrénico der. Necrosis tubular. Ictericia. |
| 144.256 | 25 | G6P5A1 | 9 S. | 8 días antes | IV Peritonitis. Septicemia. Neumon. | Raspado. Colpocitología. Laparotomía. | Coli Estáfilo Subtilis | 3 días | 038-66 Peritonitis con producción de gas. Absceso Subfreni bilateral. Edema pulmonar. Ictericia. |

procesos neumónicos y en el tercero edema pulmonar agudo. Los estudios bacteriológicos mostraron coli estafilococo en 4 casos, coli en uno, y en otro el cultivo fue negativo.

Los hallazgos más frecuentes para el Estado IV fueron 6 lesiones renales: 2 necrosis tubulares agudas, 2 necrosis corticales y 2 necrosis biliares; en un caso abscesos pulmonares a colibacilo en el curso de una peritonitis, y en otro peritonitis con abundante producción de gas. Los estudios bacteriológicos mostraron coli estafilococo en 5 casos, en uno de ellos asociado al Welchii; en 2 casos más se identificó el colibacilo solo y en un caso que permaneció apenas un día no hay estudio bacteriológico.

De manera intencional no hemos depurado ningún caso de mortalidad pese a que 2 pacientes murieron en el Servicio de Nefrología y a que 4 casos permanecieron menos de 4 días, 2 de ellos menos de 24 horas, pues nuestro interés primordial es llamar la atención sobre la gravedad de los procesos relacionados con el aborto provocado.

La permanencia hospitalaria —Cuadro N° 15— fué en promedio de 11.03, con datos extremos entre un día para un Estado IV y 81 días para un Estado III. La permanencia más corta en promedio corresponde como

es obvio al Estado I, el cual se trata con antibióticos por 2 o 3 días hasta enfriar el proceso y entonces se somete al raspado uterino, permaneciendo 3 días más en observación, a menos que aparezca alguna complicación. Los Estados III tienen el promedio de permanencia más largo gracias al mayor número de complicaciones que suelen presentar.

En el Cuadro N° 16 hemos hecho una apreciación del valor total que representa el grupo en estudio para el I. M. I. Los servicios médicos no han sido incluidos, y los servicios hospitalarios han sido valorados según el presupuesto del Instituto. En el consumo de drogas llama la atención la Penicilina con 29'873.000.000 cantidad suficiente para tratar algo más de 1.500 sifilíticos. El consumo de sangre es muy bajo si se tiene en cuenta el promedio de 9.4 que se encuentra en la hemoglobina de nuestras pacientes.

A pesar de que el costo hospitalario se ha calculado con las tarifas más bajas el valor total representa un gran impacto para la economía del Instituto, que invierte cuando menos, \$ 306.576,02 en mujeres que han buscado su propia enfermedad. Dicho de otra manera: una Institución que atiende 27.000 pacientes, invierte el 8% de su presupuesto en 388 de ellas.

CUADRO N° 15

PERMANENCIA HOSPITALARIA

| | |
|------------------------------------|-------|
| Permanencia hospitalaria: promedio | 11.03 |
|------------------------------------|-------|

Datos extremos:

1 día para un Estado IV.

81 días para un Estado III.

CUADRO N° 16

ESTIMACION DEL COSTO HOSPITALARIO SIN INCLUIR SERVICIOS MEDICOS

| | | |
|---|------------|----------------------|
| Estancias para 388 pacientes: 4.282 | a \$ 37,05 | \$ 159.820,00 |
| Penicilina 29.873 millones a | 1,60 | 34.652,68 |
| Cloramfenicol Suc. 1.723 gm. a | 5,10 | 9.042,30 |
| Penicilina Benzatínica 6—3—3; 247 a | 4,12 | 1.017,64 |
| Otros Antib. 823 dosis día a | 5,05 | 4.201,60 |
| Fenilbutazona tabl. 1.723 a | 0,60 | 1.033,80 |
| Corticoides, sedantes, vitaminas, anabólicos, etc. | | 7.760,00 |
| Dextrosas, soluciones elec. 6.208 a | 3,25 | 21.728,00 |
| Equipos para sueros 1.000 a | 5,68 | 5.680,00 |
| Sangre 200 U. (frasco \$ 9,15, equipo extracción \$ 6,00, equipo aplicac. \$ 7,70, sangre \$ 75,00) | 97,85 | 19.570,00 |
| Exámenes de Lab. 3.835 a | 5,00 | 19.175,00 |
| Exámenes de Anatomía Pat. 397 a | 15,00 | 5.855,00 |
| Estudios Radiológicos 109 a | 15,00 | 1.635,00 |
| Intervenciones quirúrgicas: | | |
| Raspados y Colpotomías 406 a | 30,00 | 12.180,00 |
| Intervenciones abdominales 43 a | 75,00 | 3.225,00 |
| TOTAL | | \$ 306.576,02 |
| Promedio de costo por estancia | 71,59 | |

Sobre 210 pacientes que respondieron a un interrogatorio acerca de sus maniobras abortivas obtuvimos los siguientes datos:

ESTADO CIVIL

| | |
|----------|-----|
| Casadas | 92 |
| Solteras | 112 |
| Viudas | 2 |
| Sin dato | 4 |

METODO UTILIZADO

| | |
|------------------|-----|
| Sonda | 106 |
| Sonda y varilla | 96 |
| Duchas vaginales | 2 |
| Tab. inyecciones | 5 |
| Espéculo | 46 |
| Guantes | 55 |
| Antibióticos | 10 |
| Man. repetid. | 26 |

COSTO DE LAS MANIOBRAS

| | |
|-------------------------|-----|
| De 20 a 50 pesos | 110 |
| De 60 a 100 pesos | 34 |
| De 110 a 200 pesos | 12 |
| De 300, 500 y 700 pesos | 3 |
| Sin costo | 6 |
| Ignoran el costo | 7 |

SITIO DONDE SE REALIZARON

| | |
|-----------------------|-----|
| Casa de la abortadora | 56 |
| Droguerías | 11 |
| "Consultorios" | 5 |
| Hogar de la paciente | 138 |

PERSONA QUE HIZO EL ABORTO

| | |
|--------------------------|-----|
| Comadronas, "enfermeras" | 105 |
| Abortadoras | 55 |
| La paciente misma | 28 |
| Droguistas | 11 |
| "Médicos" | 5 |
| El esposo | 1 |

ACTITUD DEL MARIDO

| | |
|-------------------------------------|----|
| Instigador o partícipe | 76 |
| Indiferente | 21 |
| En los demás casos ignoró el aborto | |

MOTIVACION PARA EL ABORTO

| | |
|-----------------------------------|----|
| Puramente económico | 50 |
| Mala relación familiar | 40 |
| No consigue trabajo por los hijos | 25 |
| Abandono del hogar por el marido | 23 |
| Soltería | 22 |
| Viudez | 2 |
| Temor a los padres | 10 |
| Embarazo ilegítimo | 9 |
| Muy pequeño el último hijo | 7 |
| El marido niega la paternidad | 7 |
| Temor al embarazo | 4 |
| Por hijos defectuosos | 3 |
| Prostitución | 5 |
| Desempleo del marido | 3 |

La sonda es el método más frecuentemente utilizado, Davis (11) anota que es el preferido por los abortadores profesionales en Inglaterra; armada sobre una varilla, sin espéculo, sin guantes, reúne las condiciones de ser ciega, agresiva y séptica, a la vez. Unas cuantas veces se usaron antibióticos profilácticos, y 26 pacientes repitieron el proceso. En 12 pacientes se extrajeron sondas a su ingreso: 9 veces de la cavidad peritoneal, 2 de la vagina y 1 del útero. El reducido costo del procedimiento abortivo relleva el carácter inmoral de los abortadores quienes ni siquiera aspiran a una solución económica. Las personas inculpadas son de la más baja extracción social y un grupo numeroso de ellas no conoce otro oficio, "son señoras que ponen la sonda" como dicen las pacientes; entre los empleados de Droguerías hay quienes la aplican o aconsejan a pacientes que les han consultado por hemorragia genital o molestias del embarazo.

Los maridos aparecen como partícipes o instigadores en 76 casos pero si se tiene en cuenta que en las motivaciones se anotan casos de mala relación familiar (40), otros en que abandonan el hogar, otros que niegan la paternidad, más el grupo de mujeres puramente solteras que se ven abandonadas en su situación, la responsabilidad del factor marido se aumenta enormemente.

El concepto moral sobre el aborto provocado es de carácter universal y no se trata aquí de hacer una exposición al respecto. El pensamiento de la Iglesia Católica está claramente expresado en la Encíclica *Casti Connubii* de Pío XI (25); el criterio filosófico se puede resumir en las palabras de J. P. Sartre quien lo llamó "homicidio metafísico", supuesto que nadie lo dijera antes que él. Para al-

gunos psiquiatras como María Langer (22) en la mayor parte de los casos se encontrarían alteraciones de la personalidad.

La legislación establece claramente una sanción penal tanto para la mujer que admite o consiente el aborto como para la que lo realiza y así en el código francés, el italiano y el nuestro, como seguramente en los de los demás países, al parecer ahí radica uno de los grandes escollos en la lucha legal contra las abortadoras pues la ley une en el castigo (26) a la paciente y a la abortadora, obligándolas a encubrirse mutuamente para defenderse de la acción penal; tal vez una solución como el perdón judicial para las mujeres que colaboren con la justicia, en la identificación de las abortadoras, permitiera que ante el juez se hicieran las mismas confesiones que recibimos diariamente bajo secreto profesional, y que muchas veces llegan hasta el reconocimiento total de las personas inculpadas. En nuestra serie la gran mayoría reside en Bogotá, pero también se las identificó en Fontibón, Soacha, Suba, Siberia, Facatativá, Cachipay, Paipa, Calarcá y Orocué; es decir que el fenómeno alcanza las pequeñas comunidades y el área rural.

De especial importancia es el problema de las madres solteras a cuya defensa se han dedicado numerosos estudios, de los cuales quiero citar el (27) aprobado por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología en 1962, y refrendado por las Asociaciones de Bienestar del Niño, en donde se plantean las soluciones para las mujeres que no desean criar su hijo, para los que pueden resolver su problema civil, para aquellas que lo darán en adopción, y para las que quieren seguir con ellos; esto requiere un equipo de trabajo in-

tgrado por médicos, trabajadores sociales y abogados.

Todas las pacientes admitieron ser católicas y solo 6 de ellas no recibían los sacramentos; durante su permanencia en el Servicio la mayoría suele confesar y comulgar. Se mostraron arrepentidas de su aborto 18 de las que lo habían practicado ellas mismas; ninguna otra hizo alusiones a conaciones de pecado o culpa en relación a sus actos, es decir, no se sentían inmorales. 50 de ellas estaban agradecidas con la abortadora y en las demás había una mezcla de gratitud y rencor, más bien como un resentimiento por el resultado de las cosas, pero en ningún caso aparece un contenido ético en esa relación. Estos hechos, la desfiguración de su doctrina religiosa y la idiosincracia

que muestran, plantean una problemática de orden filosófico-teológico de grandes alcances especulativos, de la cual vamos a escaparnos para dirigir la atención en un sentido quizás menos elevado pero más práctico. Esto es, recalcar que si se desea llegar a un afrontamiento real del problema se buscará darles no una mera información cultural, sino que es indispensable hacer una transformación de los patrones éticos que para ellas rigen. En otras palabras: se debe convencerlas por demostración objetiva, de que la moral de las capas sociales superiores es mejor y que a ella deben adherirse por convencimiento, y no limitarse a mostrarles la diferencia entre una y otra. Sobrentendido que la unidad moral implica un mínimo de unidad socio-económica.

CONDICION ECONOMICA DEL GRUPO ESTUDIADO

| | Hijos que educan | Arriendo | Personas a cargo | Ingreso por cápita por mes | % salario del esposo que llega al hogar |
|----------|---------------------|----------|------------------|-------------------------------|--|
| CASADAS | 70% | \$ 156 | 6 | \$ 75 | 77% |
| SOLTERAS | 28% | \$ 116 | 4 | \$ 100 | 63% |

Del número de hijos en edad escolar se tomó el porcentaje de los que reciben educación. Indudablemente la situación económica de las mujeres casadas es la peor y lo único en su favor es que procuran la educación de sus hijos.

Del grupo en estudio las que gozan de mejor situación económica son las empleadas del servicio doméstico ya que su salario es libre, en tal forma que además de tener alimentación y vivienda muy superiores, les quedan en promedio \$ 43 mensuales tanto para ella como para cada uno de sus hijos.

Solamente 17 casadas y ocho solteras (11.8%) habitan un pequeño

apartamento; la enorme mayoría solo dispone de una pieza de inquilinato, con baños comunes, lavadero público y cocina para todos.

72 mujeres solteras trabajan y contribuyen al sostenimiento de sus hogares en tanto que solo 36 (38%) de las casadas perciben algún ingreso económico. 22 mujeres solteras y 12 casadas ignoraban el salario que el esposo devengaba.

Los extremos de pobreza corresponden a una mujer casada que con ingreso de \$ 350,00 debe sostener once personas, y una soltera quien cuenta con \$ 150,00 para siete personas.

La mayor capacidad económica es la de una mujer casada que dispone de \$ 1.000,00 para dos personas, y una soltera con \$ 600,00 para ella sola.

La Estadística obtenida por las Religiosas descansa sobre un plano de certidumbre que nos atrevemos a calificar de exacto. Pinta con caracte-

res dantescos el drama social de la clientela hospitalaria: 70% de madres solteras, más de 300 niñas embarazadas, medio millar de niños expósitos y, por si esto no bastara para conmover la conciencia social de los colombianos, se nos revela un porcentaje casi increíble —87%— de abortos provocados y un número monstruoso de incestos.

CUADRO Nº 23

DATOS DEL AÑO 1965 OBTENIDOS POR LAS RELIGIOSAS DEL I. M. I. (28)

| | | |
|---|-----|-------|
| Sobre 29.754 ingresos, 21.312 eran solteras | | 70,6% |
| Pacientes menores de 15 años | 327 | |
| De 5.738 abortos, fueron provocados el | | 87 % |
| Niños abandonados | 490 | |
| INCESTOS: | | |
| Jóvenes violadas por sus padres | 10 | |
| Jóvenes violadas por sus hermanos | 73 | |
| Jóvenes violadas por su abuelo | 3 | |
| Total de Incestos | 86 | |

Ante estos hechos es imposible callar. Y es inútil hacer discursos. Es necesario insistir hasta conmover la conciencia nacional, hasta que actúen quienes detentan el poder de hacer.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1) Se presentan 388 casos de aborto séptico, de los ingresados al I. M. I. en un año, manejados en el Servicio de Sépticas según un programa preestablecido.

2) Fueron clasificados en 4 Estados según la extensión de la sepsis. 270 casos (69,6%) en el Estado I, 48 (12,3%) en el Estado II, 54 (13,9%) en el Estado III y 16 (4,1%) en el Estado IV. Se detalla el método terapéutico seguido para cada Estado.

3) El antecedente de maniobras abortivas, presente en 277 casos

(71,4%) incluye 21 casos sin embarazo; la relación de la gravedad de la infección aparece directamente relacionada con ese antecedente.

4) Se muestran los principales hallazgos clínicos y para-clínicos haciendo resaltar que la asociación coli estafilococo predominó en el grupo estudiado.

5) La mortalidad se discrimina por Estados para mostrar su aumento progresivo según la clasificación; se la refiere a las maniobras abortivas hallando que 15 de las 17 pacientes muertas acusaban el antecedente. Una revisión sobre 15 autopsias señala los hallazgos patológicos. El índice global de mortalidad no depurada es de 4,4%.

6) En cuanto a maniobras abortivas se investigó el método seguido, las personas que lo hacen, su costo

y la motivación que hubo para ello. Se analiza el estado socio-económico del grupo de abortos provocados resaltando su extrema pobreza, su idiosincracia, y su deformación de los conceptos ético-religiosos.

7) Se hacen sugerencias de orden jurídico a fin de luchar contra las abortadoras, y de orden socio-cultural a fin de prevenir el aborto criminal.

8) Se hace una estimación del costo hospitalario del grupo en estudio para mostrar el impacto que representa en la economía de la Institución. En promedio la permanencia hospitalaria es de 11,03, 2 veces mayor que la habitual para los servicios generales del Instituto.

9) Se incluye una estadística obtenida por las religiosas del I. M. I. que muestra: 70% de madres solteras, 87% de abortos provocados, 490 expósitos, 327 madres menores de 15 años y 86 casos de incesto.

BIBLIOGRAFIA

- 1 PERALTA CAYON, R.: Aborto, Cesáreas Previas. Bogotá, 1962.
- 2 MUÑOZ DELGADO, S., y col. Tratamiento agresivo en el aborto séptico. Rev. Col. Obst. Gynec. 11: 488, Oct. 1960.
- 3 WALL, A. L. Abortions: Ten years at Kansas University Medical Center. Am. J. Obstet. Gynec. 79: 510, marzo 1960.
- 4 CALDERONE, MARCY, STEICHEN: Abortions in the United States, New York, 1958. Paul B. Hoeber Inc.
- 5 DAVIS, C. H., CARTER, B.: Gynecology and Obstetrics. Edit. W. F. Prior Co. Inc. Hagerstown. 6v I, 10: 3, ss.
- 6 CALATRONI-RUIZ: Terapéutica ginecológica. Ed. Ateneo. VI ed. Bs. Aires. 1954. I: 29: 501.
- 7 FALK, C. HENRY, BLINICK, GEO.: Management of postabortal peritonitis. Am. J. Obst. and Gynec. 54: 315, agosto 1947.
- 8 GOODNO, A. JOHN, CUSHNER, M. IRONIG, and MOLUMPBY, E. PAUL: Management of infected abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 85: 17 enero 1º, 1963.
- 9 NEUWIRTH, S. ROBERT: Septic abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 85: 25, Enero 1, 1963.
- 10 STUDDIFORD, E. W., and GORDON WATKINS DOUGLAS: Placental bacteremia. Am. J. Obst. and Gynec. 71: 842, abril, 1956.
- 11 RAMSAY, A. M., BROWN, E. H. and MANNERS, S. M.: Brit. M. J. 2: 1.239, 1955.
- 12 DAVIS, A.: Brit. M. J. 2: 123, 1950.
- 13 PLANELLENES, I., JARITONOVA, A.: Efectos nocivos consecutivos al empleo de antibióticos en el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Ed. española. Moscú.
- 14 DENNIS, D. AMIEL, MICHAEL J. MILLER, and CLARE, GRAY, PETERSON: Candida Septicemia. Surg. Gynec. Obstet. 119: 520-530, septiembre 64.
- 15 DEANE, M. ROBERT: Enterobacillary septicemia and bacterial shock in septic abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 79: 529, mar. 1960.
- 16 ADCOCK, L. LEON., HAKANSON, Y. ERICK: Vascular collapse complicating septic abortion. Am. J. and Gynec. 79: 516-517, marzo 1960.
- 17 LEON JUAN: Tratado de Obstetricia. 3 Ed. Científica Argentina. Bs. Aires. Primera edición.
- 18 PULLEN, L. R.: Pulmonary diseases. Edit. H. Kimpton. Londres. 1955. pp. 284.
- 19 PULLEN, L. R.: op. cit. pp. 273.
- 20 BUKA, J. N., JAMES, A. W., and TENNEY, B.: Upper gastrointestinal hemorrhage after septic abortion. Am. J. Obst. and Gynec. 91: 504, febrero 15, 1965.
- 22 LANGER MARIA: Maternidad y sexo.
- 23 MADSEN, R. PAUL, and TIECHE L. HENRY: Hydrocortisone therapy for bacterial shock in septic abortion. Obst. and Gynec. 20: 56, julio. 1962.
- 24 FALK, H. C., and IRVING A. W.: West. J. Surg. 57: 419-423. Sep. 1949.
- 25 PIO XI: Encíclica Casti Connubii. Ordinal XXXIX.
- 26 Código Penal Colombiano. Libro II, Título XV, capítulo IV, art. 386-389.
- 27 Tribuna Médica. El Médico, el trabajador social y el abogado en la protección a la madre soltera. Vol. V: 229, marzo 21 de 1966.
- 28 SOR ANA MARIA DEL CAMPO, Religiosa del I. M. I.: Comunicación personal.