

Aborto séptico en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” 1977-2006

Drs. Pedro Faneite, Rossana Amato, Fátima Rodríguez, Josmery Faneite, Yenny Rodríguez, Clara Rivera

Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Puerto Cabello

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia del aborto séptico, características maternas y factores relacionados.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de 9 529 abortos sucedidos durante 1997-2006, de los cuales 168 fueron sépticos. Hubo un aborto séptico por cada 57 abortos.

Ambiente: Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello.

Resultados: El aborto séptico tuvo una incidencia 1,76 % con rangos de 0,67 % (1997) y 2,87 % (2003), hay tendencia a cifras mayores en los últimos 5 años. Pacientes residentes urbanas eran 89 (52,98 %), solteras 107 (63,70 %), de 24 años y menos 94 (55,96 %), con gestaciones entre II-V 118 (70,24 %), edad de embarazo menor de 10 semanas 102 (60,72 %), 8 pacientes (4,76 %) tenían antecedente de ingesta de misoprostol. El diagnóstico fue fundamentalmente por clínica, ecografía y laboratorio en 106 casos (63,1 %); grado séptico I (91,07 %), tratadas con antibióticos y curetaje la mayoría 159 (94,64 %), permanecieron hospitalizadas de dos o tres días el 58,93 %, la mayor morbilidad fue anemia en un 71,16 %. La mortalidad materna fue de 2,38 % o una cada 42 abortos sépticos.

Conclusión: El aborto séptico mostró una incidencia baja con una alta morbimortalidad, se asoció a factores socioeconómicos. En consecuencia, deben incrementarse los programas preventivos de salud sexual y reproductiva y apoyo familiar.

Palabras clave: Aborto. Sepsis.

SUMMARY

Objective: To determine the incidence of septic abortion, maternal characteristics and related factors.

Methods: Retrospective, descriptive and analytic study of 9 529 abortions happened during 1997-2006, from which 168 were septic. There was one septic abortion each 57 abortions.

Setting: Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Results: The septic abortion had an incidence of 1.76 % with ranks of 0.67 % (1997) and 2.87 % (2003), with tendency to higher numbers in 5 last years. Were urban residents 89 patients (52.98 %), unmarried 107 (63.70 %), of 24 years and less 94 (55.96 %), with gestations between II-V 118 (70.24 %), age of pregnancy lower than 10 weeks 102 (60.72 %), and history of misoprostol ingestion 8 patients (4.76 %). Basically the diagnostic was by clinical, ultrasound and laboratory in 106 cases (63.1 %), septic abortion degree I 153 (91.07 %), treatment with antibiotics and curettage 159 (94.64 %), remaining hospitalized from 2 or 3 days 99 (58.93 %), the greater morbidity was anemia 133 (71.16 %). Maternal mortality 2.38 % (4/168) or each for 42 septic abortions.

Conclusion: The septic abortion showed a low incidence with an important morbid-mortality, is associated to social-economic factors. Consequently, the preventive programs of sexual and reproductive health and familiar support must be increased.

Key words: Abortion. Septic.

INTRODUCCIÓN

El aborto se ha definido como la interrupción de la gestación antes de alcanzar la viabilidad fetal, o sea, de la capacidad del feto de poder sobrevivir fuera del vientre materno. Si esta patología se complica con una infección adquiere el calificativo de aborto séptico. En su clínica típica la paciente presenta hipertermia, puede haber calofríos, acompañado o no de secreción vaginal maloliente y dolor hipogástrico. Su entorno se acompaña de un

serio problema médico, de un reto social y una carga económica, a nivel mundial. Es elevado el número de casos, con tasas severas de morbi-mortalidad materna (1-3).

La Federación Internacional de la Planificación de Familia (IPPF), en su documento reciente, titulado “Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza” (4), ha expresado la terrible situación que se vive. Se estima que suceden 211 millones de embarazos

ABORTO SÉPTICO

anuales a nivel mundial, de ellos 87 millones son embarazos no deseados, de los cuales 46 millones terminan como aborto provocado o inducido. Además, otros 31 millones de embarazos resultan en embarazos espontáneos o mortinatos. También señalan (4), que mujeres en todas partes del mundo buscan terminar embarazos no deseados a través del aborto: de los 46 millones de mujeres que cada año deciden abortar, el 78 % son de países en desarrollo, 22 % de países desarrollados; anualmente 19 millones de abortos se consideran inseguros, más del 96 % de los cuales ocurre en países en desarrollo. Finalmente, de las 500 000 muertes maternas anuales, las complicaciones derivadas del aborto inseguro representan aproximadamente 70 000 ó 13 % de todas las muertes.

Un trabajo previo del Instituto Guttmacher (5), reveló que en Latinoamérica se sucedían el 17 % de los abortos a nivel mundial, y que en Latinoamérica y el Caribe se atendían 3,8 millones cada año.

En Venezuela las estadísticas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social revelan que las tasas de mortalidad materna en los últimos quince años ha estado oscilando alrededor de 60 por cien mil nacidos vivos, con un poco más de 320 muertes maternas anuales, de las cuales cerca del 12 % corresponden a abortos, con cifra absoluta anual mayor a 40 muertes maternas (6,7).

En esta localidad realizamos una primera revisión del aborto séptico en el lapso 1985-1996 (8), ese trabajo reveló que esta patología es de importancia; en esta oportunidad nos hemos propuesto determinar la incidencia del aborto séptico, identificar las características maternas y conocer los factores relacionados durante los últimos diez años.

MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico de 9 529 abortos sucedidos durante 1997-2006, de los cuales 168 fueron sépticos; por cada 57 abortos hubo un aborto séptico.

El Departamento de Historias Médicas del hospital aportó las historias para la revisión de todas las pacientes atendidas durante el lapso de tiempo seleccionado, para ello se elaboró una ficha donde se recabaron los datos estadísticos.

Las variables fueron las características maternas: procedencia, estado civil, edad, antecedentes obstétricos: gestaciones, edad de embarazo, se tomó en cuenta el diagnóstico, grado clínico, tratamientos, permanencia hospitalaria, y complicaciones. En la presentación se emplearon cuadros de distribución

de frecuencia. A los diferentes datos se les realizan el análisis estadístico correspondiente.

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra la frecuencia absoluta del aborto en general, aborto séptico y su incidencia anual para el período de 1997-2006. El aborto séptico tuvo una incidencia promedio 1,76 % (168/9 529) con rangos de 0,67 % (1997) y 2,87 % (2003), hay tendencia a cifras mayores en los últimos 5 años.

Cuadro 1
Aborto. Frecuencia

Año	Aborto global Número	Aborto séptico Número	%
1997	1 195	8	0,67
1998	1 159	20	1,72
1999	1 033	15	1,45
2000	1 034	20	1,93
2001	1 106	14	1,26
2002	915	20	2,18
2003	870	25	2,87
2004	875	8	0,91
2005	714	20	2,80
2006	628	18	2,86
Total	9 529	168	1,78

Predominaron las pacientes residentes urbanas 89 (52,98 %), luego en barrios 51 (30,36 %) y finalmente rural 28 (16,67 %). El estado civil mayoritario fue soltera 107 (63,70 %), luego concubina 23 (16,07 %), casada 11 (6,55 %) e ignorado 23 (13,70 %). La edad materna determinante fue el grupo de 24 años y menos 94 pacientes, 55,96 %, siguen de 25-29 años 39 (23,21 %), de 30-34 años 22 (13,10 %), 34-39 años 10 (5,95 %) y 40 y más años 3 (1,79 %).

En el estado obstétrico destacaron las pacientes con II-V 118 (70,24 %), luego VI y más 27 (16,07 %), y I gesta 23 (13,70). En cuanto a la edad del embarazo prevalecieron los embarazos menores a 10 semanas 102 casos (60,72 %), le siguen los de 11-12 semanas de gestación 23 (13,69 %), de 13-14 semanas 13 (7,74 %), de 15-16 semanas 13 (7,74 %), de 17-20 semanas 13 (7,74 %) e ignoran edad del embarazo 4 (2,38 %). Ingerieron el medicamento misoprostol 8 casos (4,76 %).

Las características del aborto séptico se demuestran a continuación.

En el Cuadro 2 se expresa el método diagnóstico, fue fundamentalmente por clínica, ecografía y laboratorio en 106 pacientes (63,1 %). En el Cuadro 3 se muestra el grado del aborto séptico, predominó el grado séptico I en 153 pacientes (91,07 %). El tratamiento empleado lo podemos observar en el Cuadro 4, el más empleado fue antibiótico y curetaje en 159 casos 94,64 %. La permanencia hospitalaria se presenta en el Cuadro 5, mayoritariamente fue de dos o tres días en 99 (58,93 %). La morbilidad determinante encontrada fue anemia en 133 casos, 71,16 %, ver Cuadro 6. La mortalidad materna fue de 2,38 % (4/168), tres en 1998 y una en 2005, equivale a una proporción de una muerte cada 42 abortos sépticos.

Cuadro 2
Método diagnóstico

	Número	%
Clínica, laboratorio y ecografía	106	63,10
Clínica	54	32,14
Clínica y laboratorio	8	4,76
Total	168	100,00

Cuadro 3
Grado del aborto séptico

	Número	%
I	153	91,07
II	13	7,74
III	2	1,29
Total	168	100,00

Cuadro 4
Tratamiento empleado

	Número	%
Antibiótico y curetaje	159	94,64
Antibiótico	6	3,57
Curetaje	1	0,60
Histerectomía	2	1,19
Total	168	100,00

Cuadro 5
Permanencia hospitalaria

Días	Número	%
1	39	23,21
2-3	99	58,93
4-7	28	16,67
≥8	2	1,19
Total	168	100,00

Cuadro 6
Morbilidad

	Número	%
Anemia	133	71,16
Perforación útero	1	0,60
Trombocitopenia	1	0,60
Sin	33	19,64
Total	168	100,00

DISCUSIÓN

El aborto es una entidad clínica donde no sólo se le estudia desde la faceta médica, sino que implica aspectos relativos a los derechos humanos, morales, religiosos, legales, psicosomáticos, etc. (9-12); con frecuencia se debate incluso en el terreno político y social. Es un tema particularmente emotivo y difícil de manejar en muchas naciones, llevando a confrontaciones entre grupos analíticos.

Es una problemática que ha mantenido vigencia en el tiempo, una de las razones puede estar en que en casi todo el mundo en desarrollo millones de pacientes tienen limitados recursos para alcanzar una consulta de salud reproductiva, y por otra parte, tienen limitaciones para una educación y paternidad responsable. Esto hace la base de injusticia social donde se apoya el aborto y en particular el provocado (13-15).

El aborto séptico es una entidad que encubre en parte la problemática antes planteada, muchas mujeres mueren como consecuencia y otras tantas quedan lesionadas de por vida (2,3,16).

A pesar de lo importante de esta patología no ha sido estudiada en los últimos años en nuestro país. La incidencia del aborto mostró una tendencia al incremento en un estudio en el hospital local durante

un análisis de 28 años, entre 1969-1996 (17), hasta llegar a cifras máxima de 22,15 % en relación al total de embarazadas asistidas, además se relacionó con las histerectomías (18) y muerte materna (19,20).

Este trabajo estudia el aborto séptico en un hospital regional de referencia, que no sólo atiende a pacientes de Puerto Cabello, sino de los estados vecinos, como la costa de Falcón y Yaracuy, con un área de influencia de más de 300 mil habitantes. En un estudio previo estudiamos el período 1985-1996 (8), y ahora mostramos una segunda serie de los diez años siguientes.

En relación con la incidencia promedio del aborto séptico en proporción al aborto general, hemos encontrado que cerca del 2 % de todos los abortos fueron sépticos durante este último período estudiado, con cifra mínima alrededor 1 % en 1997 y la mayor cercana al 3 % en 2003, las cifras más altas se observaron en los últimos cinco años; si comparamos estos hallazgos con la serie previa (8), vemos que en general se ha reducido a la mitad, antes encontramos una incidencia promedio de 4,2 %. Esta reducción de los abortos sépticos la atribuimos al uso moderno de abortivos hormonales, las antiguas maniobras abortivas realizadas en condiciones de insalubridad son menos frecuentes, las cuales se habían detectado en el análisis previo (8), aunque usualmente las pacientes no lo revelan y lo mantienen como un secreto de por vida.

Las características de estas pacientes son particulares, ellas explican en gran parte la génesis de este drama familiar, económico y social. La mayoría no tiene un apoyo y sostén familiar, evidenciado en el hecho de no ser casada, por otra parte existe falta de madurez y educación, la cual puede estar representada por su juventud, y la residencia en hogares humildes; todo lo mencionado condiciona el embarazo sorpresivo, indeseado, al cual le buscan una solución infeliz. Estos aspectos fueron encontrados en el trabajo anterior (8), incluso en otras latitudes han reportado hallazgos semejantes (1-3,21).

Al comentar en profundidad los aspectos obstétricos, debemos señalar que son en general pacientes multíparas, que ya tenían otros hijos es su hogar, en otras palabras, habían cumplido su rol materno, y un embarazo extra se convierte en un nuevo problema (2,3,8); la edad de resolución del embarazo fue altamente precoz, antes de las 10 semanas, al nuevo embarazo se le buscó una salida, esto se evidencia con la ingesta de misoprostol, en una simbólica proporción del 5 % de las pacientes,

esta automedicación se ha incrementado significativamente, pues en el trabajo anterior sólo lo refirió una paciente y empleo de maniobras abortivas 1,87 % (8). Sin duda estamos ante un problema al cual sólo se le ve la parte superficial.

Aspectos relativos al manejo de los casos merece atención cuidadosa. Puede observarse que en la mayoría de los casos eran abortos sépticos del grado I, en los cuales se empleó el armamentario diagnóstico actual: clínica, laboratorio y ecografía, pero con frecuencia quedó pendiente las tomas de muestras para frotis y coloración de Gram, cultivo y antibiograma; este último detalle debe revisarse periódicamente, pues los gérmenes nosocomiales son cambiantes en su tipo, agresividad y sensibilidad a los antibióticos, los médicos solemos tener una falsa seguridad en el manejo de los casos ante la aparición de novedosos antibióticos. Estos criterios fueron encontrados durante la revisión previa y deben corregirse (8), los cuales han sido discutido en detalle por otros autores (2,3,22).

Esa última recomendación cobra mayor vigencia si observamos que aparentemente fueron bien tratadas las pacientes con antibióticoterapia, curetaje y hospitalización, con una duración de dos a tres días, pero la morbilidad se incrementó, en particular la anemia, se elevó doce veces (71,16 %) al compararla con la serie previa (5,78 %) (8). Más grave aún es el hecho de la mortalidad materna, se incrementó cinco veces, la mortalidad materna fue 2,38 %, con cinco muertes y una proporción de una cada 42 abortos sépticos; mientras que la serie previa la mortalidad materna fue de 0,46 %, dos muertes, y una proporción de una muerte cada 213 casos (8). Estos terribles hallazgos son frecuentemente señalados por autores que han estudiado esta problemática (2,3,23,24).

Al final de este trabajo podemos sintetizar que ambas series suman 22 años continuos de estudio del aborto séptico en un mismo centro, estamos ante una sombría entidad obstétrica, donde está involucrada una población de gestantes jóvenes con carencias educacionales, familiares, económicas y de salud reproductiva, y que además requiere de una atención obstétrica particular e intensiva. Esta patología ha incrementado significativamente sus daños en la morbilidad y mortalidad materna, además de la morbilidad a larga data, como el dolor pelviano crónico, anexitis crónica, infertilidad, etc.

Para afrontarla aparte de las sugerencias dadas, debemos recordar que el tema ha sido discutido ampliamente en diversos escenarios: religioso,

moral, sanitario, político, económico, educativo, etc. Cada uno ha dado su aporte, pero se requieren acciones efectistas, sinceras, profundas, a nivel familiar, nivel asistencial local, regional y nacional, además de una actividad gubernamental que incluya una verdadera educación integral preventiva y un sistema de salud acorde a nuestra realidad.

REFERENCIAS

- Verdú Marin L, Santamaría Lozano R. Aborto: concepto y clasificación. Etiología, anatomía patológica clínica y tratamiento. En: Cabero Roura L, editor. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA., 2004.p.500-508.
- Mena C, Gutiérrez JI, Múnera W, Petro R, Pineda F, Restrepo O, et al. Comportamiento del aborto séptico en pacientes que consultaron al Hospital San Vicente de Paúl. Universidad de Antioquia 1994-1997. Disponible en: http://encolombia.com/obstetricia50299_discusion12.htm
- Chumbe O, Tavera L, Rodríguez C. El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna. Ginecol Obstet Perú. 1994;40:49-54.
- Federación Internacional de la Planificación de Familia (IPPF). Muerte y negación: aborto inseguro y pobreza. 2006. Disponible en: http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/Death_Denial_Sp.pdf.
- Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: Women society and abortion worldwide. Alan Guttmacher Institute, Washington DC, EE.UU. 1999.
- Cumpliendo las Metas del Milenio en Venezuela. República Bolivariana de Venezuela. Gabinete Social. 2004. Disponible en: http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Cumpliendo_las_Metas_del_Milenio_2004.pdf
- Gráficos de mortalidad materna 1990-2005. Ministerio de Sanidad y desarrollo social. Disponible en: http://www.msds.gov.ve/msd/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Archivos/GrafMaternas.pdf
- Faneite P, Ojeda L, Repilloza, M. Aborto séptico. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" 1985-1996. Rev Obstet Ginecol Venez. 1998;58:161-164.
- García D. El aborto provocado y sus aspectos médicos legales. Rev Obstet Ginecol Venez. 1970;30:517-523.
- Guzmán A. Aspectos psico-somáticos del aborto provocado. Rev Obstet Ginecol Venez. 1974;34:33-43.
- Kabra SG. Unsafe abortions and experimental excesses. Issues Med Ethics. 2003;1:79-80.
- Harman E. How is the ethics of stem cell research different from the ethics of abortion?. Metaphilosophy. 2007;38:207-225.
- Nanda S, Sangwan K, Agarwal U. The ugly face of septic abortion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;105:71-72.
- Sharma SP, Sharma J, Pokharel SM. Septic induced abortion claiming life of a Nepalese woman. J Nepal Med Assoc. 2005;44:152-155.
- Guleria K, Bansal S, Agarwal N, Grover V. Women with septic abortion: Who, how and why? A prospective study from tertiary care hospital in India. Indian J Public Health. 2006;5:95-96.
- Stubblefield PG, Grimes DA. Septic abortion. N Engl J Med. 1994;331:310-314.
- Faneite P. Salud reproductiva obstétrica III. Tendencias 1969-1996. Complicaciones obstétricas, relación con el tipo de nacimiento. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997;57:157-162.
- Faneite P, Leonardi L, Alvarez N, Repilloza M. Histerectomía obstétrica (1984-1995). Rev Obstet Ginecol Venez. 1996;56:129-133.
- López Gómez J, Bracho de López C. Mortalidad materna en el Servicio de Obstetricia del Hospital Adolfo Prince Lara. Rev Obstet Ginecol Venez. 1985;45:37-46.
- Faneite P, Valderrama I. Mortalidad materna 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez. 1992;52:193-196.
- Spina V, Bertelli S, Bartucca B, Bonessio L, Aleandri V. Current epidemiologic features of septic abortion. Minerva Ginecol. 2001;53:121-125.
- Amy J, Finkielman J, Stubblefield PG, Grimes DA. Management of septic abortion. N Engl J Med. 1994;331:1716-1717.
- Mabie WC, Barton JR, Sibai B. Septic shock in pregnancy. Obstet Gynecol. 1997;90:553-561.
- Rana A, Pradhan N, Gurung G, Singh M. Induced septic abortion: A major factor in maternal mortality and morbidity. J Obstet Gynaecol Res. 2004;30:3-8.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo.
Correo electrónico: faneitep@cantv.net