



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1994; 40 (1): 49-54

El aborto séptico como causa de morbilidad materna.

DR. OVIDIO CHUMBE, [DR. LUIS TÁVARA](#), DR. CARLOS RODRÍGUEZ.

Resumen

El presente estudio tiene el propósito de hacer precisiones sobre la morbilidad y mortalidad materna a causa del aborto séptico. Se presenta una investigación descriptiva y analítica sobre 1088 casos de aborto séptico atendidos en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora entre el 1° de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1993. Se revisó los registros del servicio de Ginecología del centro obstétrico, sistema informático perinatal e historias clínicas correspondientes a las pacientes de aborto séptico. Se describe algunas variables y otras fueron comparadas con hallazgos antes de 1990, con el propósito de examinar las diferencias. La frecuencia de aborto en el Hospital María Auxiliadora es 299 por 1000 nacidos vivos y la frecuencia del aborto séptico es 18%, cifras de las más altas del país. Conforme se ha incrementado la atención del aborto en el hospital, la frecuencia del aborto séptico ha crecido ostensiblemente. El 100% de los abortos sépticos presentó endometritis. Se encontró un 14,4% de lesiones extensas. Se observa una mayor frecuencia de aborto séptico en adolescentes, comparado con años anteriores y el aborto tiende a ser en etapas más tempranas del embarazo. Diez por ciento de las pacientes fueron sometidas a histerectomía abdominal con o sin anexectomía. La tasa de muerte materna para el aborto séptico es 60,3 por 100000 nacidos vivos. En conclusión, el aborto séptico representa causa importante de morbilidad y mortalidad materna, con una tendencia al incremento. (Ginecol. Obstet. Perú 1994; 40: 49-54).

Palabras claves: Aborto séptico, morbilidad por aborto, mortalidad por aborto.

Summary

The authors study maternal morbidity and mortality in 1088 cases of septic abortion attended at the Maria Auxiliadora Hospital's Department of Obstetrics and Gynecology, from January 1.º, 1990 through December 31, 1993. Findings were compared with those before 1990. Abortion rate in our Hospital is 299 per 1000 live newborns and septic abortion rate 18%. Endometritis complicated all the cases and other severe complications were found in 14,4% of cases. Septic abortion today is more frequent in adolescents than before 1990 and tends to occur earlier in pregnancy. Ten percent of patients were submitted to abdominal hysterectomy with or without adnexectomy. maternal mortality by septic abortion was 603 per 100000 live newborns. In conclusion, septic abortion is an important cause of maternal morbidity and mortality in our hospital and its frequency tends to increase. (Ginecol. Obstet. Peru 1994; 40: 49-54).

Key words: Septic abortion, Maternal morbidity due to septic abortion, Maternal mortality due to septic abortion



Introducción

El Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA) empezó a prestar servicios integrales de salud en octubre de 1986 y la población que atiende está cerca de los dos millones de habitantes ⁽¹⁾. Esta población presenta estándares de vida e indicadores de salud muy bajos, un alto componente juvenil de su población y soporta una fuerte corriente migratoria desde el interior del país ^(2,3). Desde la apertura del establecimiento, se ha prestado atención a pacientes con problemas de aborto.

Cuadro 1. Frecuencia del aborto séptico		
Número de partos		20519
Número de RN vivos		19884
Total de abortos		5935
- Hospitalizados	1784	
- Ambulatorios	4151	
Total de abortos sépticos		1088
Tasa de incidencia de abortos		
- sobre el total de partos		28,9%
- por mil nacidos vivos		299
Frecuencia del aborto séptico		18,33%

El aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del feto. Si a ello se agrega una infección originada en el aparato genital, se presenta entonces un cuadro clínico de variable magnitud de implicancias, denominado genéricamente aborto séptico ^(4,5,6).

El aborto es un fenómeno universal, ha existido siempre y, en su forma inducida, probablemente fue uno de los primeros métodos que utilizó el hombre para regular los nacimientos ⁽⁷⁾. Se desconoce la exacta incidencia del aborto en nuestra población, debido a que su manejo involucra aspectos médicos, sociales y legales ^(6,8,9). Los estudios a nivel nacional y local reportan, en todo caso, una aproximación al problema ^(8,12).

La incidencia hospitalaria dista mucho de reflejar la real magnitud del problema, más aún del aborto séptico que, al realizarse las más de las veces en condiciones clandestinas, las pacientes sólo llegan en busca de atención al hospital cuando se complican severamente, lo que constituye un riesgo importante para la mortalidad materna ^(6,8,13).

El presente trabajo es una segunda revisión del aborto séptico en el Hospital María Auxiliadora, que se hace con criterio descriptivo y analítico e incide en la importancia de este problema como causal de morbilidad materna.

Materiales y métodos

Se revisó los registros del servicio de Ginecología del Centro Obstétrico en el área de atención ambulatoria del aborto y del sistema informático perinatal para identificar el número de partos, nacidos vivos y abortos atendidos en el departamento de Ginecoobstetricia del HAMA desde el 1.º de enero de 1990 hasta el 31 de diciembre de 1993.

Durante este período se atendió 20519 partos y 19884 recién nacidos vivos. Un total de 5935 abortos fueron registrados durante ese mismo periodo. De esta última cifra, 1088 correspondieron a aborto séptico, lo que constituyó la muestra.



Llamamos aborto séptico a todo aborto en el cual ha ocurrido la presencia de infección a punto de partida del aparato genital ^(4-6,13).

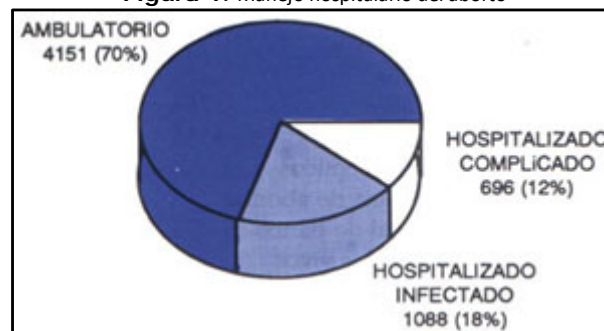
Se determinó la frecuencia total de abortos y de aborto séptico y se determinó su variación en los diferentes años. Se precisó la morbilidad dependiente del aborto séptico. Los casos de aborto séptico fueron clasificados según edad, paridad, cronología del embarazo, manejo quirúrgico y estancia hospitalaria. Se estudió, además, en forma comparativa las variables edad, paridad y cronología del embarazo en la muestra actual y en la muestra tomada en el estudio anterior ⁽⁶⁾; las diferencias fueron sometidas a análisis estadístico de chi cuadrado. Finalmente, se precisó la tasa de mortalidad materna por aborto séptico y su relación con el tipo de tratamiento aplicado.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre el 1° de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1993, se atendió en el departamento de Ginecoobstetricia del HAMA un total de 20519 partos y 19884 nacidos vivos. Además, se atendió 5935 abortos, que representan una frecuencia de 28,9% del total de partos y 299 por mil nacidos vivos.

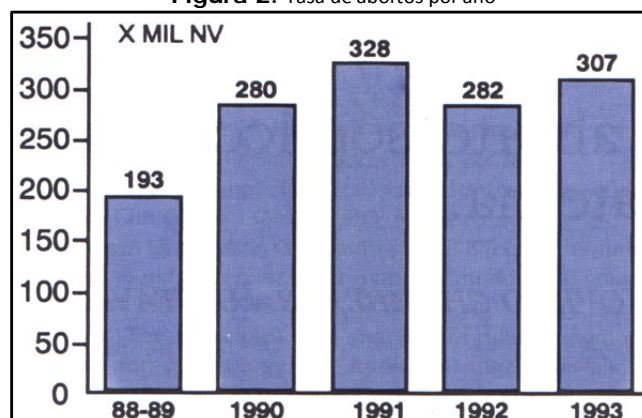
De este total de abortos, hubo 1088 abortos sépticos que representan una frecuencia de 18,33% sobre el número total de abortos (cuadro 1 y figura 1).

Figura 1. Manejo hospitalario del aborto



Examinando la tasa de aborto a través de los años, puede observarse un claro aumento a partir de 1990 hasta la fecha, habiendo periodos en que la tasa supera los 300 por mil n.v. (fig. 2).

Figura 2. Tasa de abortos por año

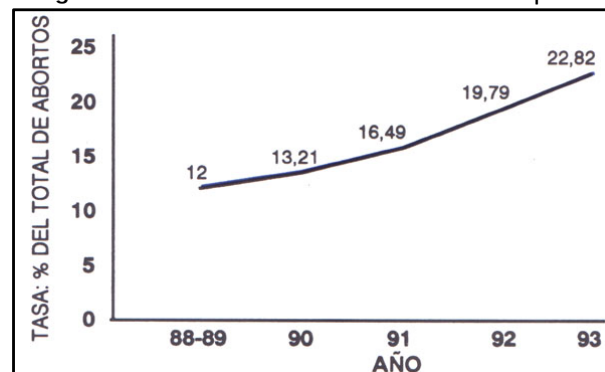




En el cuadro 2 y figura 3 veremos también que la tasa de aborto séptico año a año ha ido incrementándose.

Cuadro 2. Evolución de la tasa de aborto séptico				
Año	Abortos		Aborto séptico	
	N	Tasa	N	%
1988-89	1083	193	130	12,00
1990	1310	280	173	13,21
1991	1492	328	246	16,49
1992	1516	282	300	19,79
1993	1617	307	369	22,82
Total	5935		1088	18,33

Figura 3. Evolución de la tasa de aborto séptico

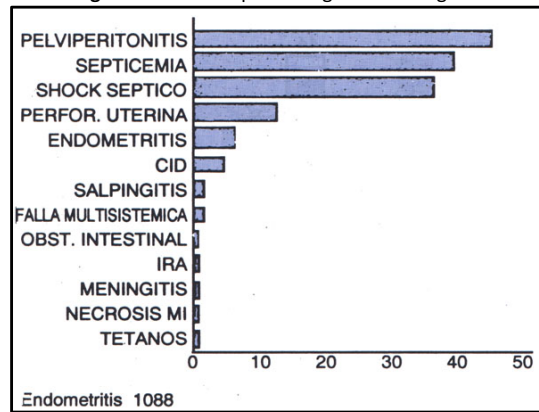


En el cuadro 3 y en la figura 4 observamos la morbilidad dependiente del aborto séptico. La endometritis se encontró en el 100% de los casos, y se registró una proporción variable de otras patologías, desde endometritis hasta pelviperitonitis, septicemia, shock séptico y tétanos (en representan 14,4%). Anotamos que algunas pacientes registraron más de una patología.

Cuadro 3. Morbilidad por aborto séptico		
Diagnóstico	N	%
Endometritis	1088	100,00
Pelviperitonitis	46	4,23
Septicemia	40	3,68
Shock séptico	37	3,40
Perforación uterina	13	1,19
Endometriosis	7	0,64
Coagulación intravascular diseminada	5	0,46
Salpingitis	2	0,18
Falla multisistémica	2	0,18
Obstrucción intestinal	1	0,09
Insuficiencia renal aguda	1	0,09
Meningitis	1	0,09
Gangrena del miembro inferior	1	0,09
Tétanos	1	0,09

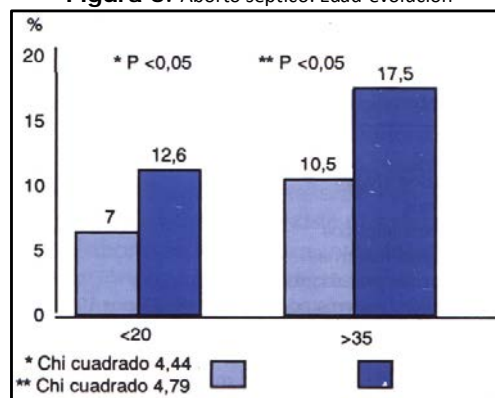


Figura 4. Aborto séptico. Diagnóstico al ingreso



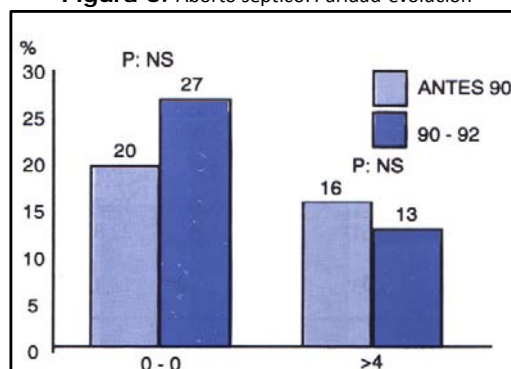
En cuanto a la distribución por edades, veremos que corresponde una mayor frecuencia al intervalo entre 20 y 29 años. También podemos ver en la figura 5 que la presencia de aborto séptico se ha incrementado en los extremos de la vida reproductiva, cuando comparamos los grupos antes y después de 1990, lo cual tiene significancia estadística ($p < 0,05$).

Figura 5. Aborto séptico: Edad-evolución



La mayor frecuencia de pacientes con aborto séptico tuvo una paridad de 1 a 4. En la figura 6 podemos observar que 27% de las pacientes no habían tenido parto alguno y 13% tuvieron 5 ó más partos anteriores. Cuando comparamos la tendencia de la paridad de las pacientes, antes y después de 1990, observaremos en la figura 6 que la nuliparidad en la serie actual tiende a ser mayor, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

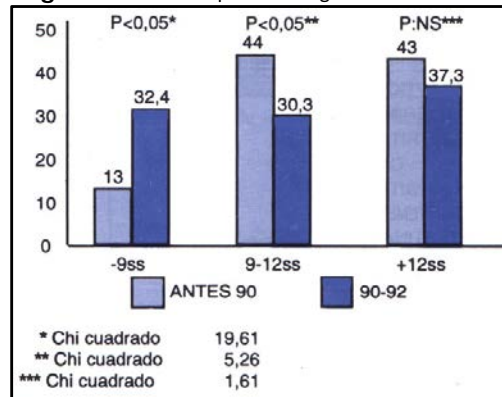
Figura 6. Aborto séptico: Paridad-evolución





En cuanto a la cronología del embarazo al momento de presentar el aborto, la figura 7 revela que el 32,4% de las pacientes se presentó con un tiempo de embarazo menor de 9 semanas, el 30,3% entre 9 y 12 semanas y el 37% con más de 12 semanas. Si comparamos la cronología de la gestación entre los grupos estudiados antes y después de 1990, observaremos que después de 1990, el aborto séptico ocurrió significativamente con más frecuencia antes de las 9 semanas ($p < 0,05$). Recíprocamente, la frecuencia de aborto séptico declinó significativamente, ($p < 0,05$) en la cronología de 9 a 12 semanas. En el grupo mayor de 12 semanas, si bien es cierto se evidenció una declinación, sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Figura 7. Aborto séptico: Edad gestacional-evolución

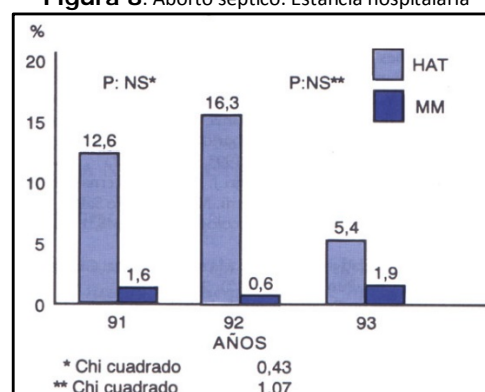


El tratamiento del aborto séptico, además del internamiento y cobertura antibiótica, requirió de manejo quirúrgico. En el 90% se hizo solamente legrado uterino y en 10% fue necesaria la ejecución de laparotomía para efectuar histerectomía abdominal con o sin anexectomía (Cuadro 4).

Cuadro 4. Tratamiento quirúrgico		
Procedimiento	N	%
Sólo curetaje	974	89,52
Histerectomía	114	10,48
Total	1088	100,00

Todas las pacientes portadoras de aborto séptico fueron internadas predominantemente entre 3 y 7 días (64%), unas menos (21,5%) prolongaron su estancia hospitalaria por más de 7 días y unas pocas (14,6%) salieron de alta al segundo día con tratamiento antibiótico (Fig. 8)

Figura 8. Aborto séptico: Estancia hospitalaria





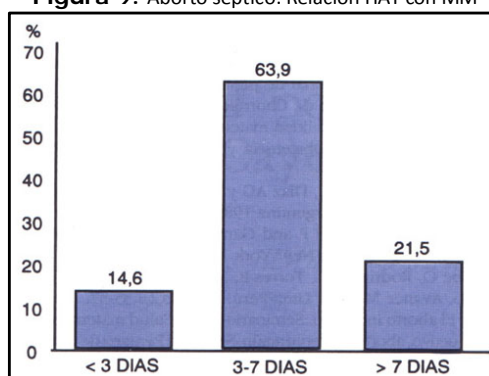
Durante el periodo de estudio hubo un total de 19884 nacidos vivos. En ese mismo lapso se registró 5935 abortos y 1088 abortos sépticos. En los 4 años que duró el estudio, hubo un total de 49 muertes maternas y 12 a causa de aborto séptico. Resulta entonces que, el 24,5% del total de muertes maternas ocurrieron por aborto (Cuadro 4). Esta última cifra resulta a expensas del año 1993, durante el cual el aborto séptico fue la causa preponderante de muerte materna.

Cuadro 5. Mortalidad materna por aborto	
Total de partos	20519
Total de nacidos vivos	19884
Total de abortos	5935
Total de abortos sépticos	1088
Total de muertes maternas	49
Muertes maternas por aborto	12
Tasa de mortalidad materna por aborto	60,35 por 100 000 nv
Sobre el total de abortos:	0,2%
Sobre el total de abortos sépticos	1,1%
Sobre el total de mortalidad materna	24,5%

Es interesante, además, ver en la figura 9 la relación existente entre la mayor frecuencia de muerte materna y la menor frecuencia de histerectomía. Puede observarse cómo en el año 1992, en que practicamos más histerectomías para el tratamiento del aborto infectado, la frecuencia de muerte materna fue menor que en el año 1993 y 1991, pero, la diferencia no es estadísticamente significativa.

Para finalizar, diremos que, en los últimos años, hemos observado un aumento importante del aborto séptico como causa de muerte materna, sobre todo en 1991 y 1993.

Figura 9. Aborto séptico: Relación HAT con MM



Discusión

El presente trabajo es una investigación epidemiológica descriptiva acerca de 1088 casos de aborto séptico atendidos en el departamento de Ginecoobstetricia del HAMA, tiene además, un componente analítico cuando examinamos determinadas variables entre series de diferentes periodos de tiempo. Pretendemos precisar la importancia del aborto séptico como causal de morbilidad materna en el Cono Sur de Lima.

Es evidente que la tasa de abortos encontrada por nosotros es la más alta reportada hasta la fecha en el país. Mientras a nivel nacional se reporta tasas de 140 por mil n.v.⁽¹⁰⁻¹²⁾ y a nivel local también se reporta cifras más



bajas que la nuestra^(12,13), la tasa encontrada en este estudio de 299 por mil n.v. es muy importante. Lo cierto es que, desde que abrimos a la comunidad el servicio de atención ambulatoria del aborto incompleto no complicado, a partir de 1990, la atención del aborto en nuestro hospital ha sido mayor^(8,14).

La frecuencia del aborto séptico encontrada en este estudio de 18,33% sobre el total de abortos, es una cifra notoriamente más alta cuando se compara con otras reportadas a nivel nacional^(4-5,15-17). Examinando la tendencia del aborto séptico en el Cono Sur de Lima, observamos que, peligrosamente, se incrementa año a año, lo cual nos revela una frecuencia mayor de abortos clandestinos llevados a cabo en condiciones precarias.

El aborto séptico representa una infección sobreagregada a punto de partida del aparato genital femenino. El 100% de las pacientes presentaron endometritis. Se encontró patología más extensa con una frecuencia de 14,4%, dentro de la que destaca el hallazgo de 3,4% de shock séptico y 3,68% de septicemia, que son complicaciones que frecuentemente exponen a la posibilidad de muerte materna.

Al igual que en una publicación anterior sobre el tema⁽⁶⁾, encontramos que la mayor frecuencia de aborto séptico ocurre entre los 20 y 29 años de edad, por ser ésta la etapa de mayor fertilidad de la mujer. Sin embargo, es notorio que en las mujeres adolescentes y añosas ha aumentado la frecuencia de aborto séptico cuando se compara con lo encontrado antes de 1990. Interpretamos este resultado como una decisión de las mujeres en los extremos de la vida reproductiva de controlar por cualquier medio su fecundidad, recurriendo aún a maniobras que ponen en riesgo su integridad física.

Si bien es cierto que el aborto séptico se presentó mayormente entre aquellas mujeres de paridad 1 a 4, es notorio que en 27% las mujeres habían sido nulíparas. Esto nos revela, una vez más, el intento de las mujeres en controlar con alguna medida su fertilidad⁽⁶⁾.

Cuando examinamos la cronología del embarazo, observamos que la distribución es más o menos proporcional entre las pacientes que tuvieron menos de 9 semanas y aquellas que tuvieron entre 9-12 semanas y las de más de 12 semanas, con un ligero predominio de estas últimas. En todo caso, persiste un componente importante de aborto desesperado en forma tardía^(8,12). Sin embargo, cuando comparamos los hallazgos de esta serie con lo ocurrido antes de 1990, vemos que existe una clara tendencia a que el aborto séptico ocurra antes de las 9 semanas de gestación, como si las mujeres hubieran admitido la conveniencia de efectuar la interrupción del embarazo en forma temprana.

Como consecuencia del aborto séptico, hubo la necesidad de ejecutar intervenciones quirúrgicas, la mayoría consistente en legrado uterino. En el 10,48% de las pacientes fue necesario recurrir a laparotomía para ejecutar histerectomía abdominal con o sin anexectomía. Esto representa, para las mujeres intervenidas, la frustración de su etapa reproductiva y, muchas veces, la presentación de una menopausia prematura de origen quirúrgico. No tenemos en la actualidad elementos de juicio para valorar ulteriormente la fertilidad en el resto de mujeres a quienes sólo se les otorgó tratamiento médico y curetaje uterino; pero, nos adelantamos a suponer que un número importante de ellas verán perturbada su función reproductiva a juzgar por experiencias ya reportadas^(4-5, 8,18).

Todas las pacientes de aborto séptico fueron hospitalizadas. La mayoría (64%) fue internada entre 3 y 7 días, lo que, evidentemente, representa un costo importante tanto para el hospital como para las usuarias^(19,20).

El aborto es causa importante de muerte materna, conforme lo ha reportado Cervantes⁽¹¹⁾ en su estudio nacional. En esa investigación, el aborto constituyó la segunda causa de muerte materna después de la hemorragia. Localmente, el aborto representa la primera causa de muerte materna en el Hospital Cayetano Heredia^(13,16) y en la Maternidad de Lima⁽²²⁾.

En nuestro hospital, el aborto ha representado, hasta 1992, la tercera causa de muerte materna, superado por la toxemia y la infección puerperal⁽²³⁾. Sin embargo, en 1993, en la misma forma que ha crecido la frecuencia del aborto séptico, se ha incrementado la tasa de mortalidad por aborto. A ello debemos agregar que, durante este último año, hubo una menor frecuencia de tratamiento quirúrgico del aborto a través de histerectomía, lo cual se relaciona con los magros resultados obtenidos, aunque ello no evidencia significancia estadística. Esto nos obligará a decidir con más cuidado el tipo de tratamiento elegido para resolver cada caso.

La tasa de muerte materna por aborto séptico encontrada en este estudio nos pone en condiciones similares a otros realizados^(13, 16,17). Sin embargo, los daños del aborto no pueden ni deben ser medidos únicamente a través de las tasas de muerte, sino que habría que considerar, además, la morbilidad a mediano y largo plazo que afecta la vida reproductiva, sexual y social.



Referencias bibliográficas

1. INEI. Censos nacionales 1993. Lima, Perú 1994
2. Pina T. Discurso en instalación de la Comisión permanente departamental intersectorial de planificación familiar de la UDES Lima- Sur. Municipalidad de Chorrillos. Lima, Perú, julio 1989.
3. Távara L y Meza S. Mortalidad materna en el cono sur de Lima. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima, Perú Set. 1990. Temas Libres.
4. Schwarcz R, Duverges C, Díaz AG y Fescina R. Obstetricia. Ed. El Ateneo, Buenos Aires- Argentina 1986, pág. 153-159.
5. Pritchard J, Mac Donald P, and Gant N. Williams Obstetrics. Ed. Appleton Century Croft, New York 1986.
6. Chumbe O, Rodríguez C, Torres R, Mimbela J, y Távara L. Aborto séptico. Avance Médico, Lima- Perú. 1991; 2(2): 35-37.
7. Viel B. El aborto inducido. Seminario - Taller Salud materna y riesgo reproductivo, aborto y esterilización. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima- Perú Enero 1983.
8. Távara L, Núñez M, y Mimbela J. Consideraciones epidemiológicas del aborto en el cono sur de Lima. Reproducción Humana. Colegio Médico del Perú, Lima-Perú Agosto 1991, pág. 258-265.
9. Cardich R. y Carrasco F. Visiones del aborto. Movimiento Manuela Ramos y The Population Council, Lima- Perú 1993.
10. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Materno Infantil y Población. El aborto en los establecimientos de salud del Perú. Lima, 1980.
11. Tang L, y col. El aborto en el Perú. Ginecología y Obstetricia, Lima- Perú 1992; 38(13): 78-81.
12. Gálvez J, y col. Estudio sobre el aborto hospitalario en la ciudad de Trujillo. Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Lima- Perú 1976.
13. Maradiegue E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Cayetano Heredia. Acta Médica Peruana, Marzo 1987; 14:69-72.
14. Távara L, Mimbela J, y Núñez M. Manejo ambulatorio del aborto. Reproducción Humana. Colegio Médico del Perú. Lima Agosto 1991, pág. 266-271.
15. Figueroa C, Guevara N, y Rivera F. Aborto: consideraciones epidemiológicas. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Lima- Perú Oct. 1993. Temas Libres.
16. Castro R, y Maradiegue E. Mortalidad por aborto séptico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (1985-92), estudio de casos y controles. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima- Perú Octubre 1993. Temas Libres.
17. Wong L. Aborto séptico. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima- Perú Set. 1990. Temas Libres.
18. Távara L. Sánchez E. y Moreno D. Resultados de la aplicación del DIU y de la administración de estrógenos en el manejo de las sinequias uterinas. Acta Médica Peruana. Lima Marzo 1985; 12(1): 79-83.
19. Gonzales- Enders R. Costos del tratamiento hospitalario del aborto. Consideraciones médico- sociales para el tratamiento del aborto. Movimiento Manuela Ramos, Lima- Perú Mayo 1993, pág. 85-89.
20. Li D, y Ramos V. Estimaciones de costos del aborto en condiciones de riesgo en dos hospitales de Lima. Consideraciones médico sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Movimiento Manuela Ramos, Lima- Perú Mayo 1993, pág. 90-107.
21. Cervantes R, Watanabe T, y Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS/OMS, Lima- Perú. 1988.
22. Acosta M. Mortalidad materna: reto a la salud pública. Ginecología y Obstetricia, Lima- Perú 1992; 38(12): 9-16.
23. Távara L. y Chumbe O. Evolución de la mortalidad materna en el cono sur de Lima. XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima- Perú, Oct. 1993. Temas Libres.