

ABORTO COMO CAUSA DE MUERTE MATERNA

RESUMEN

El autor define al aborto como una patología controvertida, por tener diversos componentes, no solo biológicos. Ha sido utilizado desde épocas inmemoriales como un recurso para regular la fecundidad. Sin embargo, las graves complicaciones que se desprenden son aún causa importante de muerte materna, generalmente como consecuencia de una infección severa. En el Perú, ha podido determinarse indirectamente un número superior a 400 000 abortos inducidos, cifra responsable de la cantidad importante de muertes por esta causa. Las principales complicaciones no mortales del aborto inducido son dolor pélvico crónico, embarazo ectópico, esterilidad y menopausia prematura, por la necesidad de incorporar en el tratamiento la ooforectomía. La gravedad de la infección, en el aborto inducido en malas condiciones, provoca frecuentemente un compromiso orgánico múltiple, cuyo manejo terapéutico dependerá del estado de salud de la gestante y de la severidad del germen o gérmenes infectantes. Realizado el diagnóstico de aborto séptico, será necesario tratarlo preferentemente en un hospital con capacidad resolutoria, dado que si se le trata tardíamente o en forma inadecuada puede dar origen a un choque séptico, con alta probabilidad de muerte materna (20 a 50%). Considerar que la infección es polimicrobiana y por tanto requiere de tratamiento antibiótico intensivo y de amplio espectro. Aplicar terapia endovenosa con ampicilina + gentamicina + cloranfenicol o metronidazol; aunque se puede variar el esquema, dependiendo de la disponibilidad de fármacos. Iniciada la terapia antibiótica, debe ser mantenida hasta dos días después de que la fiebre desapareció, no siendo necesario continuarla con terapia oral. Además del manejo antibiótico, se debe evacuar cuanto antes el contenido uterino, sea por vía de legrado uterino o histerectomía, dependiendo del cuadro clínico.

Palabras clave: Aborto inducido, Aborto séptico, Muerte materna.

Eduardo E. Maradiegue

Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):150-53

Past Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

ABSTRACT

The author defines abortion as a controverted pathology due to the various non-biologic components. It has been used since remote times as a resource to regulate fecundity. But the serious complications are still important causes of maternal death, generally as a consequence of severe infection. More than 400 000 induced abortions have been indirectly estimated in Peru, responsible for an important number of deaths due to this cause. Main non-mortal complications of induced abortion are chronic pel-

vic pain, ectopic pregnancy, sterility and premature menopause due to oophorectomy. The severity of infection in induced abortion done in adverse conditions frequently causes multiple organic compromise, its therapy depending in the pregnant woman's health and in the severity of the bacteria or bacteriae involved. Once septic abortion is diagnosed treatment should be in a hospital with resolution capacity, as late or inappropriate treatments can derive in septic shock with high probabilities of maternal death (20 to 50%). Consider infection is polymicrobial and requires intensive and

wide spectrum antibiotics. Use intravenous therapy with ampicillin + gentamicin + chloramphenicol or metronidazole; the scheme may vary though depending on drug disposition. The antibiotic therapy has to be maintained until two days after fever disappears, with no need to continue with oral therapy. Aside from the antibiotic therapy, uterus has to be evacuated as soon as possible, either by curettage or hysterectomy, depending on the clinical status.

Key words: Induced abortion, Septic abortion, Maternal death.

INTRODUCCIÓN

El aborto es una patología en la que influyen múltiples causas determinantes -médicas, sociales y culturales-, que altera la salud de la mujer, su familia y su comunidad. Los diferentes criterios políticos y religiosos han polarizado su diagnóstico, retrasando y dificultando su tratamiento clínico, lo que ha llevado a perjudicar la salud de millones de mujeres.

A través de los siglos, la humanidad ha recurrido al aborto con la finalidad de terminar un embarazo no deseado, procedimiento practicado en todos los países, naciones, razas, en las diferentes condiciones económicas o sociales, esté o no permitido por sus normas sociales, éticas, morales y/o penales de sus naciones.

El aborto inducido es un grave problema de salud pública, ya que puede llevar a la muerte de la mujer cuando lo realizan sin la adecuada bioseguridad y por personal no capacitado, originando pelviperitonitis que conlleva a prolongar la estancia hospitalaria, con mayor gasto familiar por las múltiples y severas complicaciones, utilizando gran cantidad de recursos materiales y dejando secuelas que producen discapacidades en la salud sexual y reproductiva.

En el Perú, entre los años 1997 y 2003, las cuatro causas principales de mortalidad materna han disminuido escasamente. Así tenemos que, la hemorragia ha variado de 49% a 42%, informándose 43% en el 2003; la hipertensión arterial, entre 22 y 11% (14% en el 2003); la infección, entre 13 y 8% (8% en el 2003); y, el aborto, entre 8 y 4%, no habiendo disminuido en ese periodo y calculándose 8% para el año 2003.

EL ABORTO INDUCIDO COMO CAUSA DE COMPLICACIONES

El aborto inducido puede dar inicio a una cadena de complicaciones que ocasionan la muerte de la mujer o a graves secuelas, como menopausia precoz quirúrgica, esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. La menopausia precoz producida por la ooforectomía, generalmente se acompaña de bochornos y sudoración, síntomas muy molestos que pueden ser incapacitantes, así como la aparición de osteoporosis y cardiopatía.

La gravedad de la infección y el grado de compromiso orgánico de las secuelas y el manejo terapéutico dependen del estado de salud de la gestante, de la severidad del germen o gérmenes infectantes y del manejo terapéutico que se realiza con la finalidad de solucionar el proceso infeccioso.

Para el año 1999, en el mundo hubo 46 millones de abortos inducidos y de estos 20 millones fueron ilegales; hubo 78 000 muertes maternas por aborto. Para el Perú, según Endes, en la década del 90 ha habido un aumento de 5% (de 30 a 35%) en aborto. De otro lado, Ferrando, para el 2000, refiere 352 000 abortos clandestinos y 410 000 para el 2004.

Los agentes causales de las infecciones en el aborto infectado son múltiples. Frecuentemente, se ha aislado gérmenes gram negativos productores de endotoxina, como *Escherichia coli*, *Klebsiella sp*, *Protius sp*, *Enterobacter*, *Serratia sp* y *Pseudomonas aeruginosa*; gérmenes gram positivos como estafilococo áureo, estreptococo grupos A y B, enterococos y neumococo, así como *Bacteroides fragilis*, *Clostri-*

diun perfringens, *C. welchii*, fuso-bacterias, peptococos y peptoestreptococos. Debido a esta amplia gama de bacterias que pueden asociarse al aborto infectado, se recomienda usar en el tratamiento antibióticos que cubran todo el espectro bacteriano, en especial los *B. fragilis*, difíciles de tratar.

Todo proceso infeccioso, y más aún el aborto infectado, puede complicarse con pelviperitonitis y choque séptico. Existen factores de riesgo predisponentes, como la enfermedad materna consuntiva (tuberculosis, anemia, diabetes), obesidad, desnutrición, falta de asepsia en la atención del aborto, inmunodepresión, nivel socioeconómico bajo. Por lo que, es necesario el uso de antibióticos de amplio espectro.

RECOMENDACIONES GENERALES

Es necesario, además, recalcar que el aborto séptico deberá ser tratado en un hospital, de preferencia del tercer nivel, ya que la infección no tratada, tratada inadecuadamente o tardíamente puede dar origen a un choque séptico, con alta probabilidad de muerte materna (20 a 50%). En los establecimientos de primer nivel, se deberá realizar el diagnóstico rápidamente y, luego de estabilización adecuada, derivar a la paciente a un hospital con capacidad para atender infecciones severas, lo más rápido posible, ya que cada minuto que se pierda aumentará el riesgo de muerte materna. En la estabilización de la paciente con infección, se debe iniciar el tratamiento antibiótico, de acuerdo con las normas de la institución, con una amplia gama de antibióticos necesarios para cubrir todos los gérmenes frecuentemente aislados en cada institución.

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas de la pelviperitonitis son: mal estado general, astenia, anorexia, insomnio, escalofríos, elevación térmica mayor de 38°C en dos o más ocasiones, taquicardia, hipotensión arterial, útero blando, doloroso y loquios fétidos. En ocasiones, no hay sintomatología de gravedad, excepto facies séptica y pulso filiforme.

En el aborto infectado y en el complicado con pelviperitonitis, encontramos hipertermia o hipotermia (temperatura < 36), taquicardia (pulso > 110), hipotensión (presión arterial < 90/60) y taquipnea (respiraciones > 20).

La ecografía puede mostrar la presencia de tejido coriónico en la cavidad uterina y la presencia de líquido en el fondo de saco posterior. Es conveniente solicitar hemoglobina y hematocrito para la detección de anemia y poderla tratar precozmente. Solicitar además cultivo y antibiograma de loquios de la cavidad uterina, así como hemocultivo; éste, de preferencia tomarlo durante el pico febril. Son útiles si se cultiva anaerobios, para elegir los antibióticos adecuados para todos los gérmenes contaminantes.

TRATAMIENTO

En el tratamiento del aborto infectado y séptico, seguir las siguientes indicaciones básicas:

1. Es una infección severa polimicrobiana, por lo que es necesario el uso de antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa.
2. Hospitalización en un establecimiento de tercer nivel. Está contraindicado el tratamiento

ambulatorio en infecciones severas, como el aborto séptico, por el riesgo de complicarse con choque séptico.

3. El tratamiento antibiótico endovenoso, de amplia cobertura, deberá ser iniciado lo más pronto posible, para lo cual el caso debe ser hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos y su terapia debe ser realizada conjuntamente por el intensivista y el ginecoobstetra.
4. Evacuar los restos ovulares.

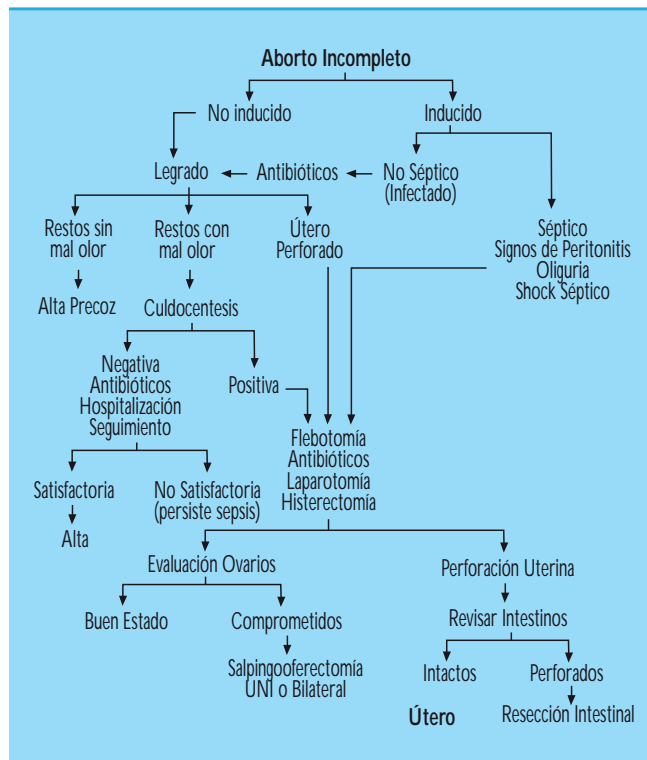
ESQUEMAS DE ANTIBIÓTICOS ENDOVENOSOS

1. Ampicilina, 2 g, cada seis horas, más succinato de cloranfenicol, 1 g, cada seis horas, más gentamicina, 80 mg, cada ocho horas.
2. Cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona), 1 g, cada

doce horas, más gentamicina, 80 mg, cada ocho horas, o amikacina, 500 mg, cada doce horas.

3. Clindamicina, 600 mg, cada seis horas, más gentamicina, 80 mg, cada ocho horas, o amikacina, 500 mg, cada doce horas.
4. Metronidazol, 500 mg, cada ocho horas, más gentamicina, 80 mg, cada ocho horas, o amikacina, 500 mg, cada doce horas.

Los antibióticos endovenosos serán administrados hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas. Actualmente, no se recomienda continuar con antibióticos por vía oral. Si a las 72 horas de haber comenzado el tratamiento antibiótico persistiera la fiebre, reevalúe a la paciente, revise el diagnóstico y el tratamiento antibiótico.



Algoritmo de manejo del aborto incompleto

Cuando el cuadro se agrava con pelviperitonitis, puede presentar distensión abdominal, signo de rebote positivo (signo de Blumberg), acompañado de íleo paralítico o diarrea, náuseas y vómitos. En toda sospecha de pelviperitonitis, es necesario realizar culdocentesis, procedimiento sencillo, rápido, que requiere solo una aguja de punción lumbar número veinte. La punción positiva -pus o líquido peritoneal de mal olor en el *cul de sac*- confirma el diagnóstico de pelviperitonitis.

En toda paciente en quien se confirma la pelviperitonitis, es urgente realizarle laparotomía y efectuar histerectomía total con salpin-

gooforectomía uni o bilateral, dependiendo si están comprometidos o no los ovarios. Además, es necesario llevar a cabo un prolijo lavado de la cavidad abdominal, por lo menos con siete litros de agua o cloruro de sodio. De no seguir estas indicaciones, aumenta la probabilidad de choque séptico.

A manera de esquema de manejo, se adjunta el algoritmo correspondiente (ver página anterior).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cañete-Palomo ML. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. España: Albacete. 2003.
2. Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia Basada en Evidencias. Bogotá, Colombia: Editorial ED. 2002.
3. Flasog. Normas de Diagnóstico y Tratamiento para la Disminución de la Mortalidad Materna. 1999.
4. Flasog. Obstetricia y Ginecología del Próximo Milenio. 1999.
5. Hospital de Gineco Obstetricia N° 3. Centro Médico La Raza IMSS: Manual de Procedimientos. México DF. 1974.
6. Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS: Procedimientos en Obstetricia. México DF. 1994.
7. Maradiegue ME. Aspectos epidemiológicos del aborto incompleto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis Doctoral Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1997.
8. Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. La Paz, Bolivia. 1996.
9. Ministerio de Salud del Perú. Emergencias Obstétricas y Neonatales. Lima. 2000.
10. Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2004.
11. Ministerio de Salud Pública de Cuba: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana, 1997.
12. OMS. Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. IMPAC. 2000.
13. Rivlin M, Martín R. Manual of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology. Boston, USA: Little, Brown and Company. 1994.