

MORTALIDAD POR ABORTO SEPTICO EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Dr. Eduardo Enrique Maradiegue Méndez *

RESUMEN

Estudio retrospectivo de 34 muertes maternas por aborto séptico ocurridas en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, Perú, durante el período 1975-1984, con una tasa de mortalidad por aborto séptico de 71.74 por diez mil abortos. La mortalidad por aborto séptico durante el período fue el 35.79% de la mortalidad materna total.

La edad promedio de las pacientes fue de 27.2 años, con rango entre 14 y 43 años; el 17.64% fueron menores de 20 años.

El promedio de hijos vivos de tres, con un rango entre 0 y 13 hijos. El 50% tenían unión familiar inestable y el total de pacientes primigestas no eran casadas.

El 52.94% (18/34) procedían de fuera del área de influencia del hospital.

El 38.2% (13/34) de las fallecidas por aborto séptico permanecieron menos de 24 horas.

SUMMARY

Retrospective study of 34 maternal deaths due to septic abortion occurred at Cayetano Heredia Hospital, Lima, Perú, from 1975 through 1984. Mortality rate for septic abortion was 71.47 per cent thousand abortions. Mortality due to septic abortion during the same period was 35.79% of the whole maternal mortality.

Median age was 27.2 years, range 14 to 43 years; 17.64% were below 20 year-old.

Average living children was three, range between 0 and 13 children. Unstable family life was present in 50%. All patients carrying their first pregnancy were not married.

Fifty-two per cent (18/34) lived outside hospital influence area limits.

Thirty-two per cent (13/34) of abortion deaths were hospitalized less than 24 hours.

INTRODUCCION:

En países con alto índice de crecimiento poblacional y, más aún, sin una política poblacional coherente y adecuada, como el nuestro, es indudable que exista una elevada proporción de embarazos no deseados.

Desde la antigüedad, un procedimiento frecuentemente usado para terminar la gestación no deseada ha sido el aborto inducido; en el Perú, se calcula que aproximadamente el 50% de los abortos son induci-

dos. Sin embargo, por razones legales, socioeconómicas y culturales, en un elevado porcentaje es realizado por personal no capacitado y/o en condiciones de asepsia inadecuada (1, 2, 3, 4, 5, 6).

En encuestas realizadas en Chile y Colombia, aproximadamente uno de cada tres abortos inducidos requiere hospitalización debido especialmente a infecciones (3). En nuestro país el aborto representa una de las primeras causas de morbimortalidad materna

* Universidad Peruana Cayetano Heredia, Hospital Cayetano Heredia.

(7). Además, debido a sus secuelas, el aborto séptico produce pérdida temporal o total de la capacidad reproductiva (8, 9, 10).

Pero, indudablemente la complicación más severa de la cadena infecciosa derivada del aborto séptico es la muerte materna; Pacheco (11) reporta que el 7.7% de las muertes del Hospital Rebagliati son debida a aborto séptico y para la Maternidad de Lima según Mascaro y Bachmann (12) es de 20.4%.

En el estudio de mortalidad materna en el Hospital Cayetano Heredia, entre 1,975 y 1,984 encontramos que el aborto séptico fue la causa del 35.8% de las muertes maternas (13). Esta proporción tan elevada nos ha llevado a realizar el presente estudio para determinar los factores asociados de la mortalidad por aborto séptico.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo de las 34 muertes maternas por aborto séptico ocurridas en el Hospital Cayetano Heredia de Lima Perú, durante el período entre el 1ro. de Enero de 1,975 y el 31 de Diciembre de 1,984.

Durante el decenio estudiado se atendió 33,784 partos, obteniéndose 33,260 recién nacidos, ocurrieron 95 muertes maternas con una tasa de mortalidad materna de 28.56 por 10,000 nacidos vivos.

Se determinó las tasas y porcentajes de muerte materna por aborto séptico en los diez años estudiados y la distribución de las pacientes por edad, paridad, estado civil, procedencia, permanencia hospitalaria.

RESULTADOS:

Para el decenio estudiado 1975-84, la tasa de mortalidad materna por aborto séptico fue de 71.47 por diez mil abortos (Gráfica N° 1), con variaciones anuales; la tasa más baja fue de 23.31 en el año 1976 y la más alta 112.61 en 1977.

La mortalidad por aborto séptico durante el período estudiado fue el 35.79% (34/95) de la mortalidad materna total (Gráfica N° 2), con variaciones anuales que van entre 23.08% en el año 1983 y 54.54% en el año 1979.

La mortalidad materna por aborto séptico correspondió al 48.57% (34/70) de la mortalidad materna debida a infecciones; así mismo, es el 50.75% (34/67) de las causas directas de mortalidad materna y, ade-

GRAFICA N° 1

MORTALIDAD POR ABORTO SEPTICO

	Abortos	Muertes	Tasa
1975	510	1	19.61
1976	429	1	23.31
1977	444	5	112.61
1978	665	4	60.15
1979	597	6	100.50
1980	488	3	61.47
1981	487	4	82.13
1982	324	3	92.59
1983	277	3	108.30
1984	536	4	74.63
TOTAL	4757	34	71.47

Tasa por 10,000 abortos

GRAFICA N° 2

MORTALIDAD MATERNA

	Total	Aborto Séptico	%
1975	3	1	33.33
1976	4	1	25.00
1977	10	5	50.00
1978	12	4	33.33
1979	11	6	54.54
1980	7	3	42.86
1981	12	4	33.33
1982	12	3	25.00
1983	13	3	23.08
1984	11	4	36.36
TOTAL	95	34	35.79

más, es el 77.2% (34/44) de la mortalidad materna por complicaciones del primer trimestre de gestación.

La edad promedio de las pacientes fue 27.2 años (Gráfica N° 3), con rango entre 14 y 43 años; el porcentaje mayor de pacientes estuvo en la tercera década de la vida con 47.06%; tuvimos 17.64% de adolescentes (pacientes menores de 20 años) y 20.58% de pacientes de 35 ó más años.

GRAFICA N° 3

MORTALIDAD MATERNA ABORTO SEPTICO

Edad	N°	%
< 15	1	2.94
15 - 19	5	14.70
20 - 24	8	23.53
25 - 29	8	23.53
30 - 34	5	14.70
35 - 39	4	11.76
40 - 40	3	8.82
> 45	—	—
TOTAL	34	100

Promedio: 27.20

Rango : 14-43

El promedio de gestaciones de las pacientes con mortalidad materna, por aborto séptico fue de 4.23 gestaciones, con rango entre 1 y 14 gestaciones. El promedio de hijos vivos que tenían las pacientes fue de 3 hijos, con rango entre 0 y 13 hijos vivos; el 23.5% (8/34) de las pacientes tenían 5 ó más hijos vivos, (Gráfica N° 4). El 20.6% (7/34) no tenían hijos; e igual número solo tenía 1 hijo.

GRAFICA N° 4

MORTALIDAD POR ABORTO SEPTICO

Edad	Hijos Vivos						Total
	0	1	2	3	4	> 5	
< 19	3	3					6
20 - 24	4	2	1	1			8
25 - 29		2	2	4			8
30 - 34				1		3	4
> 35				2	1	5	8
TOTAL	7	7	3	8	1	8	34

El 50% de las fallecidas por aborto séptico tenía unión familiar inestable (16/34); de éstas, siete eran solteras. Cuando se comparó el estado civil con el número de gestaciones, en las primigestas el total de pacientes no eran casadas (8/8), en las pacientes con 2 a 4 gestaciones igual número (7 pacientes) eran casadas o no casadas y, de las pacientes con 5 ó más gestaciones, la mayoría eran casadas (10/12).

El 47.08% (16/34) de las pacientes procedían del área de apoyo del hospital y el 52.94% (18/34) procedían de fuera del área.

El 38.2% (13/34) de las pacientes que fallecieron por aborto séptico permanecieron en el hospital menos de 24 horas (Gráfica N° 5), cuatro tuvieron menos de 48 horas de internamiento y siete (20.5%) permanecieron más de 7 días.

GRAFICA N° 5

MORTALIDAD POR ABORTO SEPTICO
Permanencia Hospitalaria

Días	N°	%
1	13	38.2
2	4	11.76
3	3	8.82
4	3	8.82
5	3	8.82
6	1	2.94
7	—	—
> 7	7	20.50
TOTAL	34	100.00

Durante el año 1984 se atendió 4,665 partos y fallecieron 11 madres, (Gráfica N° 6) que equivale al 0.24%. En ese mismo periodo, se atendió 567 abortos falleciendo 4 pacientes, o sea 0.7%; sin embargo, 111 fueron abortos infectados con un porcentaje de 3.6% de fallecidas por aborto séptico.

GRAFICA N° 6

MORTALIDAD MATERNA

	N°	%	Obitos	%
Aborto Incompleto	421	74.25		
Frustrado	35	6.17		
Séptico	111	19.58	4	3.60
TOTAL	567			0.70
Partos	4,665		11	0.24

Además, en el año 1984 fueron atendidas por emergencia (111) pacientes por aborto, de estas fueron hospitalizadas el 53%.

DISCUSION:

La mortalidad materna es un grave problema de salud prevenible, que afecta a los países subdesarrollados, por lo que es imperativo los cambios necesarios para su disminución; esta es una de las metas propuestas para el año 2,000 (Recomendación 18 de la Conferencia Internacional de Población de 1984 en México) (14).

El aborto séptico es el factor principal de la alta tasa de mortalidad materna en los países deprimidos, como el nuestro. Su incidencia es mayor en los hospitales de concentración o referencia de patología, especialmente en aquéllas que apoyan a sectores de población menos favorecidos como es el Hospital Cayetano Heredia, en donde encontramos que el aborto séptico es causa del 35% (34/95) de la tasa de mortalidad materna en el decenio estudiado, llegando incluso al 54.5% en el año 1057 (4, 5, 12, 15, 16, 17, 18).

La tasa de mortalidad por aborto encontrada para el período 1975-1984 fue 71.47 por diez mil abortos, tasa muy elevada si la comparamos con la referida por LeBolt (19) para abortos inducidos en USA: pero éstos son realizados por profesionales entrenados y con la asepsia adecuada; mientras que a nuestro hospital las pacientes llegan con abortos sépticos debido a maniobras abortivas realizadas por empíricos y seguramente sin asepsia.

El 17% de las pacientes que fallecieron por aborto séptico eran adolescentes (menores de 20 años). En nuestro medio, este grupo etario carece de protección para no embarazarse, ya que la educación sexual es deficiente y no existen centros específicos para dar cobertura en planificación familiar para adolescentes; lo cual debe solucionarse, ya que no es posible que gente joven muera por deficiencia en prevención de salud y educación (18).

Además, el 20% de las pacientes eran mayores de 35 años, la mayoría (5/7) con más de 5 hijos, o sea, pacientes con dos factores de riesgo obstétrico; como prevención se les debería haber proporcionado la información y servicio en planificación familiar y de preferencia se hubiese indicado anticoncepción definitiva. Sach (20) y Steegers (21) refieren que el uso de medidas anticonceptivas adecuadas ha originado la declinación de la mortalidad materna y, especialmente, del aborto séptico en sus países.

En el aspecto familiar, el 50% de las pacientes que fallecieron por aborto séptico eran pacientes con

unión inestable. De ellas, casi la mitad (7/16), eran solteras. Es impactante que todas las pacientes primigestas fueran solteras que, como consecuencia de la deficiencia en planificación familiar y educación sexual, unido al rechazo social de la madre soltera y al escaso soporte económico de este grupo, las lleva a solicitar los servicios de empíricos y/o profesionales no capacitados, quienes les realizan maniobras abortivas, ignorantes de las técnicas a seguir y sin los mínimos conocimientos de asepsia dando origen a la cadena infecciosa (5).

Como lo referimos en otro trabajo (18), nuestro hospital es centro de referencia de patología, no tan solo del área que apoya, sino también de fuera de ella. Para solucionar estas graves emergencias, es preciso que a los hospitales de referencia, se les implemente con unidades de cuidados intensivos obstétricos, con los equipos y materiales que se requiera.

Como consecuencia de haber realizado un procedimiento socialmente inaceptable y por desconocimiento de la gravedad de su enfermedad, las pacientes concurren tardíamente al hospital, por lo que un apreciable número fallece antes de las 48 horas de permanencia hospitalaria, debido a la severidad de la infección por la virulencia de los gérmenes, agregándose a esto la desnutrición y anemia crónica presente en estos sectores marginales (4, 18, 22).

En nuestro estudio, el 50% (17/34) de las pacientes fallecieron en las primeras 48 horas y, más aún, el 40% del total fallecieron en las primeras 24 horas.

De otro lado, 20% fallecieron después de 7 días de hospitalización, no pudiéndose romper la cadena de acontecimientos que ocasiona el aborto séptico, a pesar de consumir enorme cantidad de recursos hospitalarios y familiares (10, 22, 23).

En la muestra obtenida del año 1984, el porcentaje de muertes por aborto fue de 0.75%, la cual es mucho mayor que el porcentaje de muertes maternas (0.24%), siendo así mismo más elevada que las reportadas por autores latinoamericanos (4). Sin embargo, cuando se obtiene el porcentaje de muerte por aborto séptico, podemos afirmar que el tratamiento radical que se realiza en el departamento es adecuado, ya que en 1984 solamente fallecieron el 3.6% de los abortos sépticos (4/111), siendo esta cifra menor que el 10.4% reportado por Lozano (4).

Sin embargo, en 1984, solamente el 53% de las pacientes atendidas por aborto fueron hospitalizadas, por falta de infraestructura adecuada, siendo nece-

sario realizar una selección y admitir, de preferencia, las pacientes en mal estado y los abortos infectados. Por lo tanto, es urgente la implementación de unidades de cirugía ambulatoria, para procedimientos como el legrado por aborto incompleto no complicado, que no

requieren sino dos o tres horas de observación; y no utiliza la infraestructura hospitalaria. Esto redundará en ahorro del presupuesto, utilización más racional de las camas obstétricas y mayor cobertura de atención a la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología: Informe técnico Seminario Taller de Salud Materna y Riesgo Reproductivo, aborto y esterilización. Lima, Perú, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, (1983).
- 2.—Dorsey S.E., Vcolitze M., Morkatz R.: Aspectos sociales de la orientación para pacientes sometidas a aborto electivo. *Clin. Obstét. Ginec.* 4: 204-214, 1971.
- 3.—Viel B.: El aborto inducido. Seminario Taller de Salud Materna y Riesgo Reproductivo, aborto y esterilización. Lima, Perú. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1983.
- 4.—Zimmerman M.: Aborto, leyes y prácticas. *Population Reports. Serie E, Número 3*, 1977.
- 5.—Lozano A., Peralta M.T., Reyes F., Alvarado R., Saravia J.: Morbimortalidad, clasificación y tratamiento del aborto séptico. *Rev. Colomb. Obstet. Ginec.* 32: 104-135, 1981.
- 6.—Díaz Garzón J.: Aborto séptico. Generalidades. Revisión de temas. *Rev. Colomb. Obstet. Ginec.* 33: 43-50, 1982.
- 7.—Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Materno Infantil y Población: El aborto en los establecimientos de Salud del Perú. Lima, Perú. Ministerio de Salud, 1980.
- 8.—Maine D.: Cual es el efecto del aborto incluido en embarazos posteriores? *Perspectivas Interacionales en Planificación Familiar* 5: 23-26, 1979.
- 9.—Secondary infertility following induced abortion. World Health Organization task force on sequelae of abortion, special program of research development and research training in human reproduction *Stud. Fam. Plann.* 15: 291-295, 1984.
- 10.—Cáceres Espinoza J.J., Díaz, Bolaños J., Lucenko L., Torres P., Abbruzzese C. y Vallenilla E.: Histerectomía por aborto séptico en el Servicio de Cirugía de la Maternidad Concepción Palacios. *Rev. Obstet. Ginec. Venez.* 44: 140-143, 1984.
- 11.—Pacheco J., Geisinger E., Valdivia P.E.: Mortalidad materna, *Ginec. Obstet.* (Lima) 28: 15-19, 1983
- 12.—Mascaro S.P. y Bachmann S.C.: Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima. *Ginec. Obstet.* (Lima) 29: 331-37, 1985.
- 13.—Maradiegue M.E.: Mortalidad materna en el Hospital Cayetano Heredia, *Acta Médica Peruana* 13:
- 14.—Naciones Unidas: Informe de la conferencia internacional de Población 1984. México. Naciones Unidas, Nueva York, 1984.
- 15.—Parente J.V., Martínez A.R., Junior J.G.F., Carvalho R.L., Caravazzo N.C. y Meirelles R.S.: Mortalidad materna no hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Riberáo Preto (USP) no período 1957-1977. Parte I: Incidencia. *J. Bras. Ginec.* 88: 63-67, 1979.
- 16.—Parente J.C., Martínez A.R., Junior J.G.F., Costa O.L.N), Lima M.J.M., y Meirelle R.S.: Mortalidad materna no hospital das clínicas de Faculdade de Medicina Riberáo Preto (USP) no período 1957-1977. Parte II: Causas. *J. Bras. Ginec.* 88: 105-108, 1979.
- 17.—Melrose E.M.: Maternal deaths at King Edward VIII hospital, Durban, S.A. *Med. J.* 65: 161-165, 1984.
- 18.—Uzcategui O. Silva D.: Mortalidad materna en el Hospital Dr. Gregorio Hernández, *Rev. Obstet. Ginec. Venez.* 41 (4): 233-236, 1981.
- 19.—LeBolt S.A., Grimes D.A., Cates W.J.R.: Mortality from abortion and childbirth. Are the Populations Comparable. *Jama* 248 (2) 188-91, 1982.
- 20.—Cach B.P., Layde P.M., Rubin G.L., Rochat R.W.: Reproductive mortality in the United States. *Jama* 247 (2) 2789-2792, 1982.
- 21.—Steekers E.L. Mortalidad materna en Cuba. Decenio 1970-1979. *Rev. Cuba. Admin Salud* 9 (4): 303-15, 1983.
- 22.—Rosenfield A.Y., Maine D.: Maternal mortality. A neglected tragedy. *Lancet* 2: 83-85, 1985.
- 23.—Alvo M., Kuzmanic A., Faivovich a, Plubins L., Melfi M., Gonzalez F. y Gonzalez H: Insuficiencia renal aguda, Experiencia de 22 años. *Rev. Med. Chile* 109: 420-427, 1981.
- 24.—Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Cayetano Heredia Informe de la consulta educativa post aborto año, 1984.