

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD CAUSADA
POR ABORTO SEPTICO**

Estudio de cohorte realizado en 205 pacientes que consultaron por aborto séptico al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, 1 de enero de 1983 al 31 de diciembre de 1987.
Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

SAMIRA MARIBEL RUANO CRUZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sírvase
hacer referencia al

No. _____

11 de abril de 1994

Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas.
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud
Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "ABORTO SEPTICO CAUSA DE INFERTILIDAD Y/O ESTERILIDAD" realizado por la Br. SAMIRA MARIBEL RUANO CRUZ, fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por el Departamento de OBSTETRICIA del Hospital, y reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 110. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,


Dr. Octavio Figueroa Aguilar

Presidente

Comité de Docencia e Investigación



OFA/edb



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 14 de abril
DIF-059-94


de 199 4

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

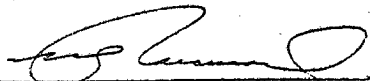
Se informa que el: MAESTRA DE EDUCACION PRIMARIA SAMIRA MARIBEL
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
RUANO CRUZ Carnet No. 88-12524
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD CAUSADA POR ABORTO SEPTICO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos
metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de
las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y cien-
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Dr. C. Raúl Juárez López
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2222
[Signature]
Asesor
Firma y sello personal


Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 10943
Dr. Marco Julio García Escobar
Médico y Cirujano
Colegiado 2951

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: SAMIRA MARIBEL RUANO CRUZ

Carnet Universitario No. 88-12524

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD CAUSADA POR ABORTO SEPTICO"

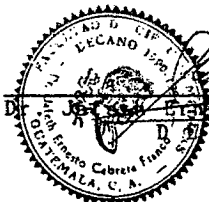
Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 14 de abril de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl N. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :



Dr. Rafael Ángel Cabrera Franco
D E C A N O

DL
OS
T(7056)

INDICE

I.	Introducción	01
II.	Definición del problema	02
III.	Justificación	04
IV.	Objetivos	05
V.	Revisión bibliográfica	06
VI.	Metodología	20
VII.	Presentación de resultados	27
VIII.	Análisis y discusión de resultados	50
IX.	Conclusiones	53
X.	Recomendaciones	54
XI.	Resumen	55
XII.	Bibliografía	57
XIII.	Anexos	59

I.-INTRODUCCION

El presente trabajo pretende evaluar la frecuencia de Infertilidad y Esterilidad causada por Aborto Séptico, en el Depto. de maternidad del Hospital Roosevelt, mediante la revisión de Historias clínicas y entrevistas personales, de pacientes que consultaron en el período comprendido del 1 enero de 1983 al 31 de diciembre de 1987. Para lo cual se calculó una muestra de 223 casos.

Dentro de las variables estudiadas se encuentran, Infertilidad, Esterilidad, edad, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, cirugía de órganos reproductores y embarazos subsecuentes al aborto séptico.

Del 1 de enero de 1983 a diciembre 31 de 1987 en la maternidad del Hospital Roosevelt se atendió un total de 58,368 partos; 8,655 abortos de ellos el 20% (1,731) fueron sépticos, superando lo encontrado en la literatura que reporta solamente el 5%.

Se localizaron 205 pacientes y encontramos que la Infertilidad se produce en el 13% de los casos y un 4% de esterilidad causada por mutilación quirúrgica secundaria al aborto séptico.

El 26% de los casos son solteras y el 28.34% son menores de 20 años (adolescentes).

II. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

El aborto séptico es grave problema de salud que afecta a diferentes clases sociales y edades.

Aborto séptico es la infección del producto de la concepción y del útero antes de la 27 semanas de gestación en forma espontánea o provocada, que puede permanecer localizada o diseminada a todo el organismo. (5)

La infección o aborto séptico es la secuela más común del aborto provocado o criminal y la muerte en este caso puede ser consecutiva a infección, peritonitis y/o septicemia.

La perforación del útero complicada con lesiones de intestino, hemorragia, infección y fistulización puede ser consecutiva al legrado, por encontrarse la pared uterina reblandecida y sus contornos muy suaves.

La infertilidad puede ser consecuencia de oclusión tubárica inflamatoria o de cervicitis crónica, cérvix incompetente, todo secundario a un aborto séptico. (4)

La esterilidad también puede ser consecuencia de una histerectomía y/o anexectomía bilateral realizada luego de haberse diagnosticado aborto séptico más ruptura uterina. (1, 4)

Las complicaciones a largo plazo del aborto séptico son las secuelas que pueden tener efectos adversos sobre la capacidad reproductora de la mujer. (16)

Se define a la infertilidad como: La incapacidad para concebir después de un año de vida sexual activa. (12)

Incapacidad de llevar un embarazo a término. (18)

Se considera que la infertilidad es una causa importante de preocupación y genera en nuestros países hasta un 15% de consulta. (8)

La infertilidad constituye uno de los problemas más comunes para los cuales se requiere consejo médico. (17)

Uno de los riesgos que conlleva un aborto infectado es las secuelas posteriores.

La infertilidad tiene efectos importantes sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima, algunas mujeres pueden llegar a considerar la maternidad como expresión última de su identidad biológica, y algunos hombres considerar la paternidad como la afirmación suprema de su masculinidad, es por ello que la incapacidad reproductiva puede tener consecuencias psicológicas que lleguen más allá de la ausencia de niños y alterar su concepto de sí mismos como seres humanos.

Se considera que es la población joven quien representa la mayor frecuencia de abortos sépticos especialmente cuando son provocados.

El 68% de los casos complicados requieren tratamiento quirúrgico y el promedio de edad es de 29 años. (13)

En base a lo anterior se investigó el problema en pacientes que hace 5 años consultaron con aborto el cual se complicó con infección considerando que algunas de estas pacientes fueron primigestas.

III. JUSTIFICACION

En Guatemala el aborto provocado no terapéutico es una practica que no esta legalizada, por lo tanto para su ejecución es llevada a cabo en la mayor parte de los casos por personas irresponsables quienes trabajando con material e instrumental inadecuado y en precarias condiciones higiénicas someten a estas mujeres a complicaciones, aunque debemos recordar que hay abortos espontáneos que cursan hacia la sépsis. La mayoría de los casos son de grave consecuencia ya sea a corto o a largo plazo. (13)

La incidencia de aborto séptico en nuestro medio es del 20% del total de abortos (Hospital Roosevelt). (1)

En trabajos de investigación realizados anteriormente se concluyó que la población más afectada es la joven, en algunos casos menores de edad, solteras o unidas, quienes constituyen un 85%. (13)

En otros estudios también se concluye que la población afectada además de ser joven en su mayoría son nulíparas.(5)

Tomando en cuenta la población que dicho problema afecta; el cual es grave tanto a corto como a largo plazo, y que puede llegar afectar la capacidad reproductiva; tuve la inquietud de realizar este trabajo, considerándolo importante por no existir otro en el Depto. de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

IV. OBJETIVOS**GENERALES:**

- 1.- Determinar la Infertilidad y Esterilidad en pacientes que consultaron por aborto séptico y que fueron atendidas en Depto. de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar el porcentaje de infertilidad en las pacientes con aborto séptico.
- 2.- Determinar el porcentaje de Esterilidad secundaria aborto séptico.
- 3.- Determinar la edad y estado civil más frecuentes en pacientes que consultaron por aborto séptico.
- 4.- Determinar el porcentaje de pacientes que acuden al médico por problemas de Infertilidad.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

ANATOMO FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Podemos dividir los órganos del aparato reproductor femenino en dos grupos, uno de órganos externos, que comprende VULVA Y VAGINA y otro de órganos internos, formado por UTERO, TROMPAS DE FALOPIO Y OVARIOS.

VULVA: La vulva que representa la parte externa del aparato genital, es una estructura compleja formada por los elementos siguientes: Labios mayores, Puvis o monte de venus, Labios menores, Clítoris, Vestíbulo, Meato Urinario, Orificio Vaginal, Himen (en las vírgenes), Glándulas vulvovaginales o de Bartolin.

LABIOS MAYORES: Son dos pliegues longitudinales salientes, formados por tejido adiposo recubierto de piel. Durante la pubertad se desarrollan considerablemente, constituyendo uno de los caracteres femeninos secundarios. Los labios mayores están formados por tejido adiposo, aunque también poseen una tenue aponeurosis análoga al datos masculino y puede considerarse como los homólogos del escroto del hombre, la función de estas estructuras es amortiguadora.

MONTE DE VENUS: Es un cúmulo de grasa situada inmediatamente por encima de la sínfisis del puvis, en la parte más inferior de la pared abdominal anterior y cubierto de pelos, la función del monte es amortiguadora en la protección del puvis.

LABIOS MENORES: Son dos pliegues hiperpigmentados, de dirección

anteroposterior, que ocupan los dos tercios anteriores de la distancia que separa el clitoris del perineo. La piel que cubre los labios menores está desprovista de folículos pilosos, pero es muy rica en glándulas sebáceas. Existe un exiguo número de glándulas sudoríparas. Contienen muchos espacios venosos y gran cantidad de fibras musculares lisas, se cree que los labios menores tienen una estructura eréctil la cual no es comparable con la del clitoris, su específica función es lubricante gracias al número de glándulas que posee.

CLITORIS: Es un pequeño órgano eréctil de forma cilíndrica, que corresponde al pene masculino. Al igual que este tiene un glande, un cuerpo y dos raíces. El clitoris está formado por tejido eréctil el cual se dispone en dos columnas, los cuerpos cavernosos, faltando en este caso el cuerpo esponjoso del órgano masculino. Su función esta ligada a la sensibilidad que este posee, siendo esencial en el momento del orgasmo sexual (clímax).

VESTIBULO: Al separar los labios, se ve una excavación navicular, que no es otra cosa que el vestíbulo. En el se encuentra el orificio vaginal y por delante de este el meato urinario. En la mujer virgen el orificio vaginal se encuentra parcialmente ocluido por el himen, membrana algo rígida formada por tejido conectivo firme y cubierta a ambos lados por un epitelio escamoso estratificado.

MEATO URINARIO: Es el pequeño orificio externo de la uretra, tiene forma triangular o de hendidura.

GLANDULAS VULVOVAGINALES O DE BARTHOLIN: Son glándulas arracimadas, dispuestas en lobulos, que se encuentran a cada lado del orificio vaginal cerca de su parte media, profundamente situadas en las estructuras perineales. La función de las glándulas consiste en secretar moco, con el objeto de lubricar el orificio y el conducto vaginal, especialmente durante el coito. Sin embargo, la mayor parte de esta lubricación proviene de la trasudación de líquido a través de la mucosa vaginal durante la excitación sexual.

VAGINA: La vagina es un conducto músculo membranoso que une la vulva al útero. Mide unos 9 ó 10 Cms. de longitud.

UTERO: Es un órgano hueco de gruesas paredes musculares y situado en la pélvis, entre la vejiga y el recto. Es piriforme y mide en la nulípara de 8 a 9 Cms. de longitud, 6 Cms. en su parte más ancha y unos 4 Cms. de espesor. Puede dividirse en cuerpo y cuello. La mucosa del cuerpo uterino recibe el nombre de endometrio; su función estriba en la preparación para el asentamiento del ovulo fecundado y en la menstruación.

TROMPAS DE FALOPIO: Son dos conductos musculomembranosos, tienen 11 a 12 Cms. de longitud, y desde el punto de vista descriptivo pueden dividirse en 4 partes: La porción Intersticial, es la parte estrecha incluida en la parte muscular del útero; El Istmo, situado entre la porción intersticial y la ampolla que es la parte media más ensanchada, finalmente la porción distal constituye el pabellón, cuyo orificio se encuentra rodeado de franjas terminales en punta o fimbrias. Su función consiste en transportar los ovulos

desde los ovarios hasta el útero.

OVARIOS: Los ovarios o glándulas genitales de la mujer son dos formaciones ovoides situados a cada lado de la pelvis, inmediatamente debajo de las trompas. Miden alrededor de 3.5 X 2 X 1.5 Cms. aunque pueden haber variaciones. La superficie externa del ovario es mate, blanquecina y opaca; en la niña es lisa, en la mujer adulta presenta cicatrices que corresponden a las distintas ovulaciones. La función del ovario es básica en la reproducción femenina, la cual consiste en la liberación de un óvulo maduro listo para ser fecundado durante cada ciclo ovárico mensual, y la secreción de hormonas: Estrógenos y Progesterona también primordiales en dicho ciclo.

Los órganos más importantes del aparato reproductor de la mujer son Ovarios, Trompas de falopio, Utero y vagina. La reproducción empieza con el desarrollo de ovulos en los ovarios; un solo óvulo es expulsado de un folículo ovárico hacia la cavidad abdominal a mitad de cada ciclo sexual mensual.

Este óvulo sigue luego por una de las trompas de falopio hasta el útero, si a sido fecundado por un espermatozoide se implanta en el útero donde se desarrolla formando un feto, una placenta y membranas fetales.

ABORTO

DEFINICION: El aborto se define como la terminación del embarazo por cualquier medio, antes que el feto alcance la viabilidad; o bien la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de la 28 semana de gestación. (1, 13, 18, 19)

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO:

A.- Dependiendo del tiempo de gestación:

- Ovular: 1 a 2 semanas de gestación
- Embrionario: 3 a 7 semanas de gestación
- Fetal: 8 a 28 semanas de gestación

B.- Según sus características clínicas:

- Amenaza de aborto: Es la forma más precoz de los distintos cuadros de aborto, se caracteriza porque en la paciente aparecen dolores hipogástricos tipo cólico que coinciden con las contracciones uterinas pero no hay modificación en la forma ni dilatación del cuello uterino. (13, 19, 20)

-Aborto Inminente: Es una exageración correspondiente al cuadro de amenaza de aborto. (19)

-Aborto diferido: También se le conoce como aborto retenido y como su nombre lo indica, es cuando el huevo muerto in útero, y por diversas razones no es expulsado al exterior. (13, 19, 20)

-Aborto en curso: La paciente presenta contracciones uterinas

que son capaces de borrar y dilatar el orificio cervical, acompañado de hidrorrea mezclado con trozos o la totalidad del huevo expulsado al exterior (13, 19, 20).

Aborto Incompleto: Se da cuando la cavidad uterina permanece parcialmente ocupada por los restos ovulares que no han podido ser eliminados por completo. (13, 19, 20).

-Aborto Completo: Es cuando el huevo se ha expulsado en forma espontánea y completa del útero. (13, 19, 20).

-Aborto habitual: Se define así el cuadro que se caracteriza por 3 o más abortos espontáneos sucesivos. (13. 19. 20)

C.- Según sus causas:

-Aborto espontáneo

-aborto Provocado:

-profiláctico

-terapéutico

-criminal

Aborto terapéutico se ha denominado al que es practicado legalmente, justificándose cuando el embarazo pone en peligro de muerte a la madre.

En el hospital Roosevelt se practica aborto terapéutico aquellas pacientes con: Aborto frustrado, embarazo molar e Hipertensión Inducida por el Embarazo severa.

El término aborto terapéutico es un eufemismo en algunos casos para la terminación electiva y legal hay día del embarazo. De no ser así el aborto ilegal (criminal) es el que frecuentemente

realizan algunas comadronas inescrupulosas o algunas otras personas. (14).

ABORTO SEPTICO

Definición:

Es la infección del producto de la concepción antes de la 28 semanas de gestación en forma espontánea o provocada que puede permanecer localizada o diseminada a todo el organismo materno. (1, 4, 18, 19, 20)

Incidencia:

En Estados Unidos se practica aproximadamente un millón de abortos ilegales anualmente, de los cuales 5% son sépticos, de estos el 0.5% mueren. (14)

Etiología:

La mayoría de los abortos sépticos resultan de intentos de interrumpir el embarazo, es decir abortos provocados o ilegales. (15).

La infección se produce al perderse la barrera natural, asociada a la persistencia de orificios cervicales abiertos, retención de restos placentarios y procedimientos intrauterinos. Se produce desequilibrio ecológico entre la flora saprofítica, desencadenándose entonces la infección. (1, 8, 13)

Epidemiología:

El aborto séptico es un problema que afecta a todas las clases

sociales, en nuestro medio es frecuente en la población joven, en algunos casos menores de edad, solteras o unidas, nulíparas, primigrávidas y adolescentes. (5, 13)

En Estados Unidos 3/4 partes de los abortos provocados son en mujeres solteras, 2/3 de raza blanca y 1/3 adolescentes; de estos abortos el 5% se infectan.

Clasificación de Aborto Séptico:

Estadio I : Infección localizada en el útero.

Ia: Infección localizada en el endométrio.

Ib: Miometritis séptica aguda.

Estadio II : Infección localizada en anexos, parametritis y paracolpos.

IIa: Endosalpingitis aguda.

IIb: Presencia de masas anexiales

IIc: celulitis pélvica aguda

Estadio III: Infección localizada en la serosa peritoneal

IIIa: Pelviperitonitis

IIIb: Pelviperitonitis generalizada

Estadio IV: Salpingitis gerealizada

IVa: Septicemia

IVb: Shock Séptico

Gérmenes implicados en el Aborto séptico:

Los microorganismos patógenos provienen de la flora normal del cérvix y la vagina. Estos organismos vienen a ser patógenos cuando el medio ambiente es apropiado y existen condiciones adecuadas en el tracto genital superior, es decir, en presencia de tejido traumatizado, retención de tejido necrótico y/o presencia de cuerpos extraños que han sido olvidados. (13)

Gérmenes aerobios:

Escherichia coli	93%
Streptococo B Hemolítico	25%
Klebsiella Aerobacter	21%
Proteus Mirabilis	7%
Estafilococo D Coagulasa	4%
Pseudomona Aueroquina	3%

Gérmenes anaerobios:

Streptococo B Hemolítico	55%
Escherichia coli	19%
Klebsiella Aerobacter	14%
Bacteroides	12%
Proteus Mirabilis	4%
Pseudomona aueroquina	1%
Otros:	2%

COMPLICACIONES DEL ABORTO SEPTICO:

Desde el punto de vista médico las complicaciones del aborto especialmente la sepsis se ha asociado al aborto criminal. (12)

Cualquier técnica de aborto comporta el riesgo de complicaciones. La interrupción del embarazo conlleva riesgos aunque se realice en las condiciones más adecuadas..

El aborto inducido o provocado es un procedimiento potencialmente peligroso aún en mujeres sanas. (4, 11, 16, 19, 20)

Las complicaciones disminuyen considerablemente cuando el aborto se produce antes de la 12 semanas de gestación. (12, 16)

Complicaciones Inmediatas del Aborto:

Estas complicaciones están asociadas aun aborto provocado:

- Perforación uterina: que en ocasiones va acompañada de lesiones intestinales, vesicales o de otros órganos.
- Hemorragia.
- Laceraciones o heridas cervicales
- Shock Hipovolémico

Complicaciones no inmediatas del aborto:

Estas complicaciones generalmente se deben a la retención de fragmentos placentarios, o presencia de cuerpos extraños, que dan lugar a hemorragia o infecciones.

- Abscesos pélvicos
- Pelvipерitonitis
- Tromboflebitis Séptica
- Endocarditis Bacteriana
- Insuficiencia Renal Aguda
- Coagulación Intravascular diseminada

-Shock Séptico

-Muerte Materna

(1, 3, 16, 19, 20)

Secuelas a largo plazo del Aborto Séptico:

Las secuelas de un aborto séptico pueden tener efectos adversos sobre la capacidad reproductora de la mujer. (4, 6, 11, 16, 17, 18)

-Cervicitis crónica

-Oclusión tubárica (adherencias intra y extratubáricas)

-Síndrome de Asherman

-Embarazo ectópico

-Aumento de la tasa de abortos espontáneos en embarazos futuros

-Complicaciones psicológicas

(4, 6, 11, 16, 17, 18)

-Fistula Cervico Vaginal

-Incompetencia Cervical

-Estenosis cervical

(10)

Las secuelas a largo plazo del aborto séptico pueden tener efectos adversos sobre la capacidad reproductiva de la mujer, por complicaciones mediatas o inmediatas, infección en sí o lesiones traumáticas que originaron el aborto. (10)

INFERTILIDAD

Definición:

Es la incapacidad de concebir después de un año de vida sexual activa sin anticoncepción. (6)

Es el término que se aplica a una persona que presenta un factor que evita absolutamente la procreación.

INFERTILIDAD PRIMARIA:

Es el término que se utiliza para designar aquellas pacientes que nunca han concebido o tenido partos con fetos vivos. (6,10)

INFERTILIDAD SECUNDARIA:

Cuando aparece la incapacidad de reproducción luego de uno o más partos con fetos vivos. (6, 9, 10, 11)

SECUELAS DE ABORTO SEPTICO QUE PUEDEN LLEVAR A INFERTILIDAD Y/O ESTERILIDAD

Cervix Incompetente:

Secundario a traumas ocasionados luego de realizar un legrado o dilatación cervical, al extraer restos placentarios que estén ocasionando una infección. (8, 13, 14)

Uterinas:

Cuando mayor es el embarazo es mayor la posibilidad de perforar el útero. La mayoría de las perforaciones del útero se producen al momento de la dilatación del cérvix, durante la instrumentación criminal, no es infrecuente que la perforación uterina se acompañe de lesiones a estructuras adyacentes tales como: intestino, vejiga urinaria, también puede encontrarse dentro de la cavidad uterina el cuerpo extraño utilizado para la inducción del aborto; lesiones a las cuales se suma posteriormente con frecuencia infección.

En el Hospital Roosevelt el protocolo de manejo indica que toda paciente con perforación uterina más infección es indicación de Histerectomía y/o anexectomía, esterilizando a la paciente; (no se toma en cuenta la edad) (1, 2, 6, 10, 13, 16, 17, 18)

Síndrome de Asherman:

Es la amenorrea secundaria o consecutiva a la destrucción del endometrio. Es un cuadro de adherencias intrauterinas habitualmente como consecuencia de un legrado demasiado profundo, que conlleva a la escarificación uterina. Puede dar lugar a esterilidad pero si se produce embarazo aproximadamente un tercio de los casos termina en aborto espontaneo y otro en parto prematuro. (4, 6, 9, 13)

Factores Tubáricos:

Problemas obstructivos y de adherencias tubáricas son generalmente secundarias a un proceso infeccioso, este problema puede originar infertilidad y embarazo ectópico.

Tejidos de Sostén pelvico y peritoneo:

Se describe muy poca relación entre afecciones de estas estructuras e infertilidad.

INFECCION:

La virulencia de la sépsis post-abortiva como la salpingitis, endometritis, salpingoovaritis, pueden producir adherencias y como consecuencia infertilidad. (4, 9, 13)

La infertilidad tiene efectos importantes sobre la sexualidad, la autoimagen, y la autoestima; algunas mujeres pueden considerar la maternidad como la expresión última de su capacidad biológica,

y sin duda algunos hombres consideran la paternidad como la expresión suprema de su masculinidad, es por ello que el conocimiento de su incapacidad para la procreación puede tener consecuencias psicológicas que lleguen a alterar sus conceptos como seres humanos, siendo mayor el problema cuando se era fértil con anterioridad a un aborto provocado. (9)

El aborto inducido produce sentimiento de culpa y de remordimiento, especialmente cuando es una decisión complicada por factores de índole social y religiosa.

VI. METODOLOGIA**A. TIPO DE ESTUDIO:****-De Cohorte histórica**

Se basa en la identificación y observación de grupos bien definidos de sujetos que pueden experimentar en el futuro un daño a la salud. En estos estudios es de interés que los sujetos serán representativos de la población a riesgo de experimentar un daño a la salud. Las personas que son objeto del estudio forman un cohorte, un grupo bien definido, con una experiencia común que es seguida en el tiempo para observar en ella una serie de acontecimientos o resultados, (daños a la salud).

B.- SELECCION DEL OBJETO O MATERIAL DE ESTUDIO:

Se calculó una muestra representativa del total de abortos sépticos reportados durante el período que comprende del 1 de enero de 1982 al 31 de diciembre de 1987.

Para el cálculo de la muestra se tomó en cuenta la estadística de abortos sépticos de los años 1983, 1984, 1985, 1986, 1987.

C.- TAMANO DE LA MUESTRA:

1983 390 abortos sépticos

1984 296 " "

1985 402 " "

1986 379 " "

1987 264 " "

1,731 Abortos sépticos en el tiempo que comprende el estudio.

Formula:

$$n = \frac{N (0.2 \times 0.8)}{N-1 \frac{(LE)}{4} + (0.2 \times 0.8)} =$$

- n= Tamaño de la muestra
- N Universo
- p Frecuencia del fenómeno 0.2
- q Probabilidad que no ocurra el fenómeno
- LE Limite de error 0.05

$$n = \frac{1731 (0.2 \times 0.8)}{1,731-1 \frac{(0.05)}{4} + (0.2 \times 0.8)} = 223$$

-Tamaño de la muestra: 223 Pacientes.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron a todas aquellas pacientes que la Historia clínica reveló que la misma tuvo un aborto séptico.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron a todas aquellas pacientes que consultaron por aborto no séptico.

-Aborto Séptico:

Es la terminación del embarazo entre la fecundación y la 28 semana de gestación, el cual se complica con la infección del producto de la concepción, útero y/u órganos cercanos, la cual puede permanecer localizada o diseminada a todo el organismo.

Infertilidad:

Incapacidad de llevar un embarazo a buen término. Incapacidad de concebir después de un año de vida sexual activa y sin anticoncepción.

Esterilidad:

Presencia de un factor que evita absolutamente la procreación.

Vida Sexual Activa:

Relaciones sexuales con frecuencia mínima de 3 por semana.

Edad:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Estado Civil:

Condición social o legal de la relación como pareja de hombre y mujer, casada, soltera, viuda, divorciada, unida.

G. RECURSOS:**a.- Materiales**

- Depto. de maternidad del Hospital Roosevelt
- Depto de Registros Médicos del Hospital Roosevelt
- Ficha de recolección de datos
- Útiles y mobiliario de escritorio

b.- Humanos:

- Médico Asesor: Dr. Carlos Raúl Juárez López.
- Médico Revisor: Dr. Marco Tulio García Escobar
- Autor del presente estudio: Samira Maribel Ruano Cruz
- Pacientes en estudio.

c.- Bibliográficos:

Se recopilaron artículos y textos en las siguientes bibliotecas:

Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.

Hospital Roosevelt

Hospital San Juan de Dios

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (I.N.C.A.P.)

Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM).

H. EJECUCION DEL TRABAJO DE CAMPO O RECOPIACION DE LA INFORMACION:

Luego de estar el proyecto de tesis autorizado por el Asesor y Revisor, se presentó a la comisión de investigación del Depto. de maternidad del Hospital Roosevelt, luego de haber sido aprobado por dicha comisión se procedió hacer los trámites respectivos en la Facultad de Ciencias Médicas y en la oficina de Docencia e investigación del Hospital Roosevelt. Al contar con la aprobación reglamentaria se procedió a realizar el trabajo de campo de la siguiente forma:

Se revisaron los libros de registro de la Unidad de legrados de donde se obtuvo los números de registro médico de las pacientes que consultaron por aborto séptico en el período del 1 de enero de 1983 al 31 de diciembre de 1987, hasta completar la muestra de 223 pacientes, se obtuvo un 10% de excedente de numeros de Registro en base a la muestra calculada por aquellos registros de los cuales no se encontraran las respectivas papeletas, luego se procedió a revisar las papeletas médicas, para verificar que dichas pacientes

cursaron con un aborto séptico, así como para tomar la dirección de las mismas, y otros datos de la boleta de recolección de datos, aunque por la depuración del archivo de registros médicos el 8.07% de los expedientes de la muestra no aparecieron.

Se buscó en su domicilio a las pacientes de las cuales los registros médicos no reportan un nuevo embarazo o parto luego del aborto séptico diagnosticado, para realizar la entrevista respectiva, ya que fue imposible poderlas citar al hospital, la búsqueda se hizo en horas diurnas y acompañada de otra persona, se permitió a cada una de las señoras el derecho de querer colaborar o no con el estudio, y no se insistió cuando dicho procedimiento pudo causar dificultades a la misma.

En la entrevista se llenó la boleta de recolección de datos, ver anexo No. 1.

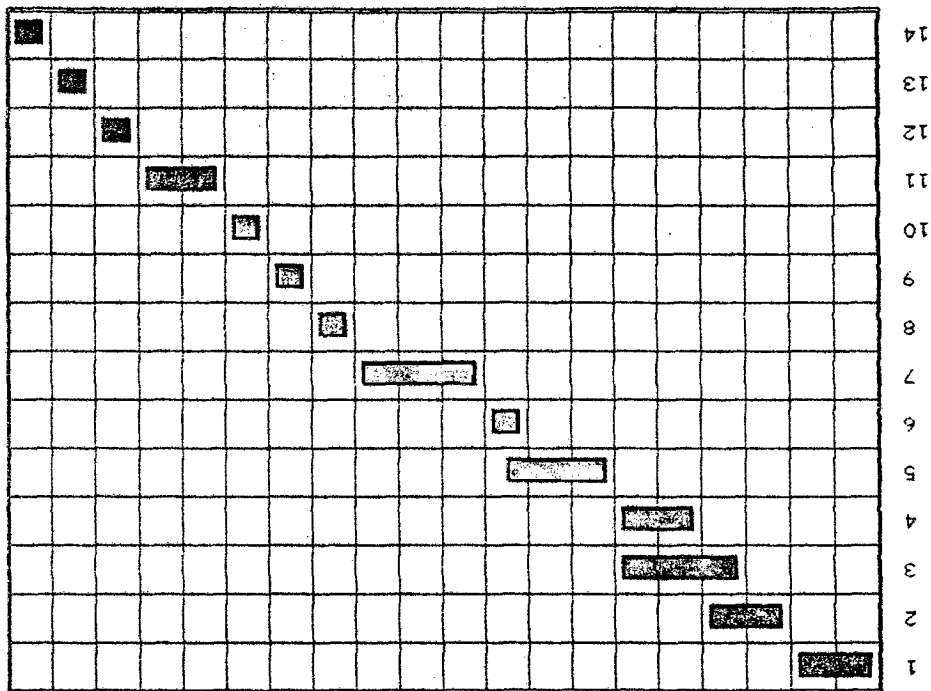
Toda paciente con problemas de infertilidad y/o esterilidad fue referida a la clínica de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt.

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
6. Aprobación del proyecto por el comité de docencia e investigación del Hospital Roosevelt.
7. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Examen público y graduación.

SEMANAS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20



GRAFICA DE GANTT

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO

- Todos los datos recopilados fueron debidamente tabulados y presentados en cuadros estadísticos, aplicandoseles para su interpretación estadística, porcentajes; se colocó su respectiva descripción, fuente y análisis.
- Se realizaron también gráficas estadísticas que facilitan la comprensión de los datos y resultados obtenidos.
- De 223 casos de aborto séptico que constaba la muestra, fue posible encontrar información de 205 pacientes, de las cuales 165 se pudo recopilar información completa y de 40 algunos datos de interés encontrados en las Historias Clínicas respectivas.

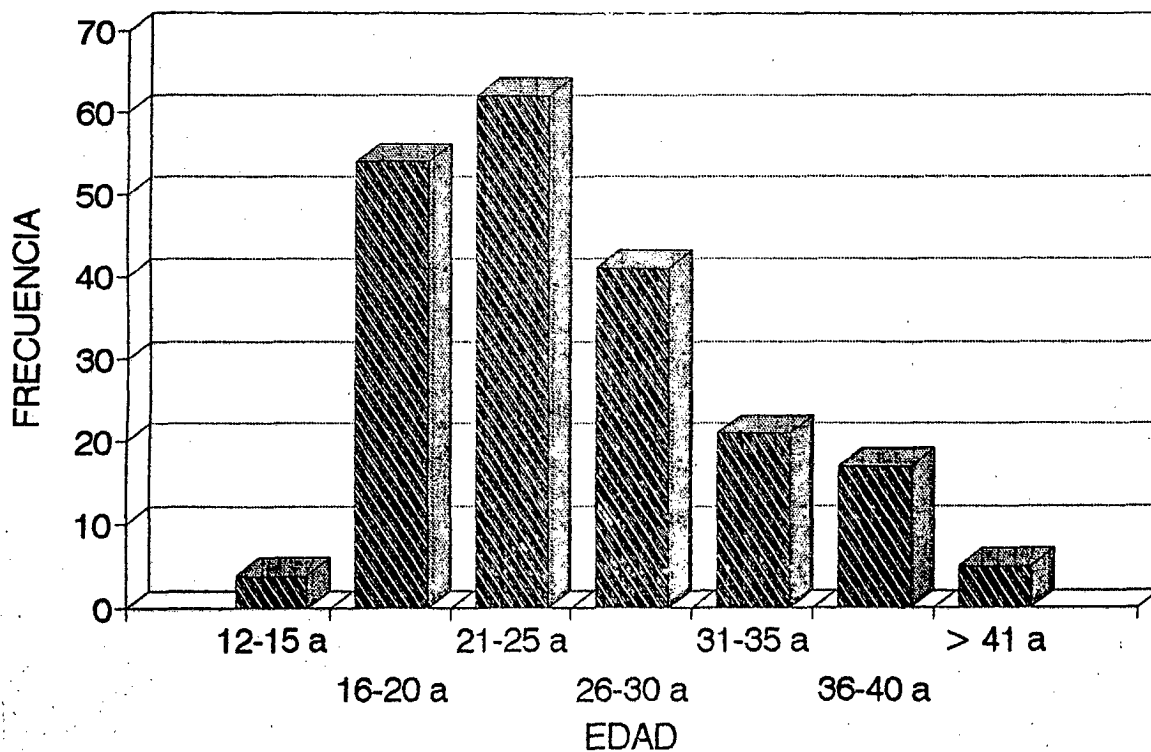
CUADRO No.1
DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO SEPTICO
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12-15 AÑOS	04	02.00%
16-20 AÑOS	54	26.34%
21-25 AÑOS	62	30.24%
26-30 AÑOS	41	20.00%
31-35 AÑOS	21	10.25%
36-40 AÑOS	17	8.30%
41 AÑOS Y MAS	5	2.43
TOTAL	205	100.00%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD



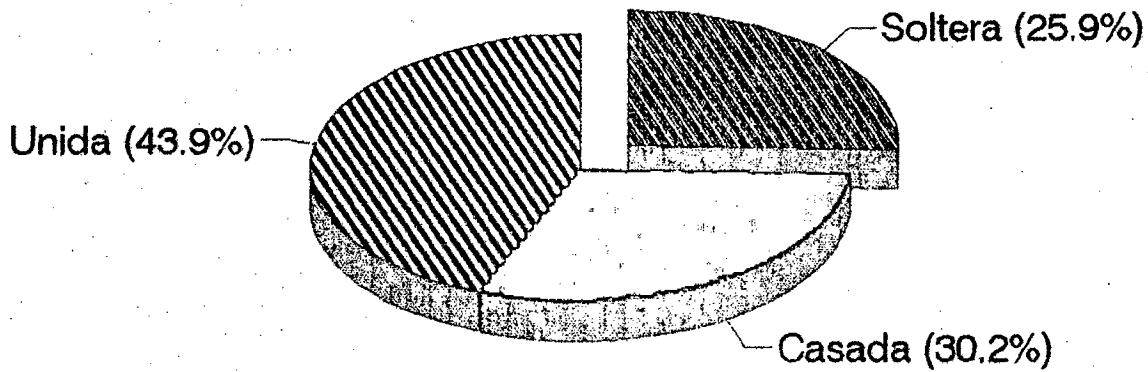
CUADRO No. 2
DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO SEPTICO
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	53	26%
CASADA	62	30%
UNIDA	90	44%
TOTAL	205	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL



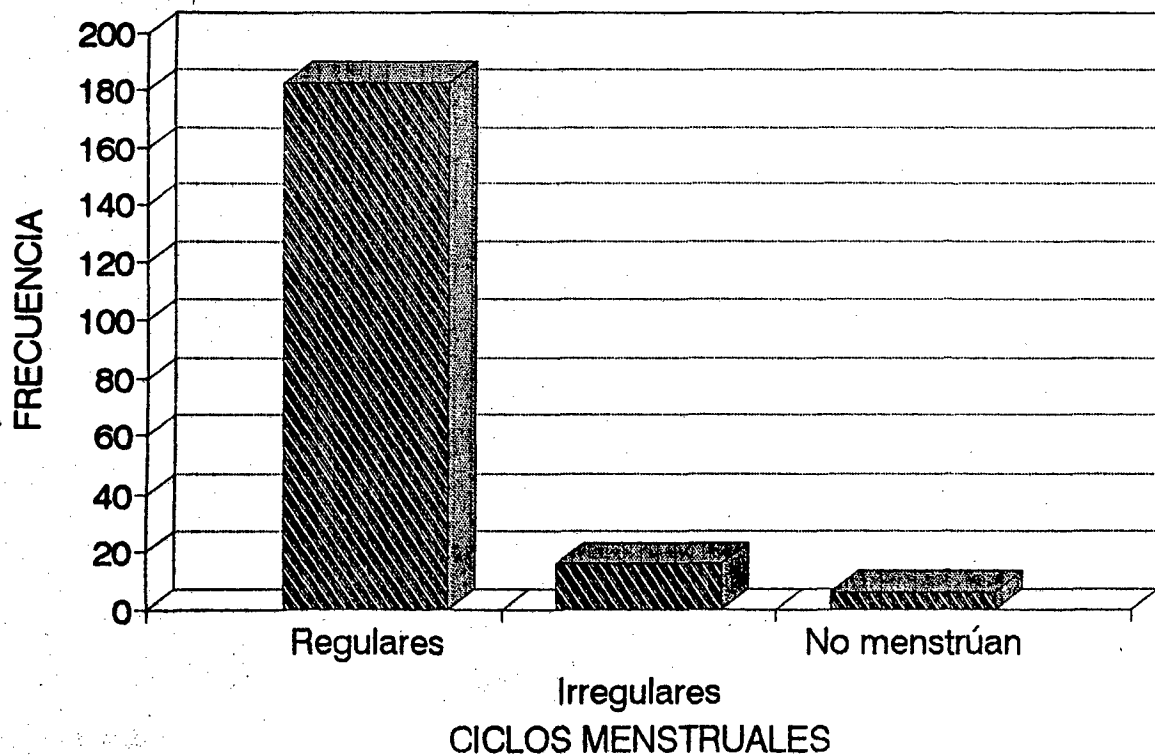
CUADRO No.3
DISTRIBUCION SEGUN CICLOS MENSTRUALES EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO SEPTICO
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987.

CICLOS MENSTRUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REGULARES	183	89%
IRREGULARES	16	8%
NO MENSTRUAN	6	3%
TOTAL	205	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION POR CICLOS MENSTRUUALES



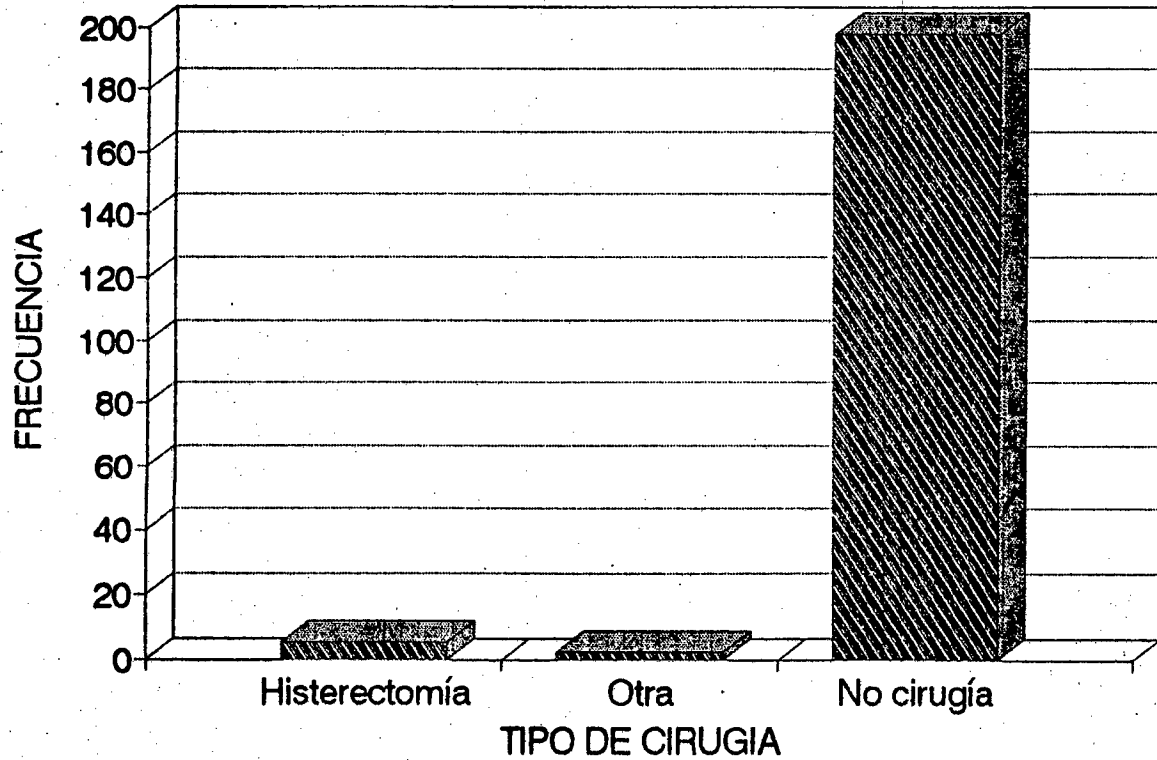
CUADRO No. 4
 DISTRIBUCION DE PACIENTES A QUIENES
 SE LES REALIZO CIRUGIA DE ORGANOS
 REPRODUCTORES LUEGO DE UN
 ABORTO SEPTICO COMPLICADO
 Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987.

CIRUGIA DE ORGANOS REPRODUCTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Histerectomias	05	4%
Otras	02	1%
No cirugías	198	95%
TOTAL	205	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 4

CIRUGIA EN ORGANOS REPRODUCTORES



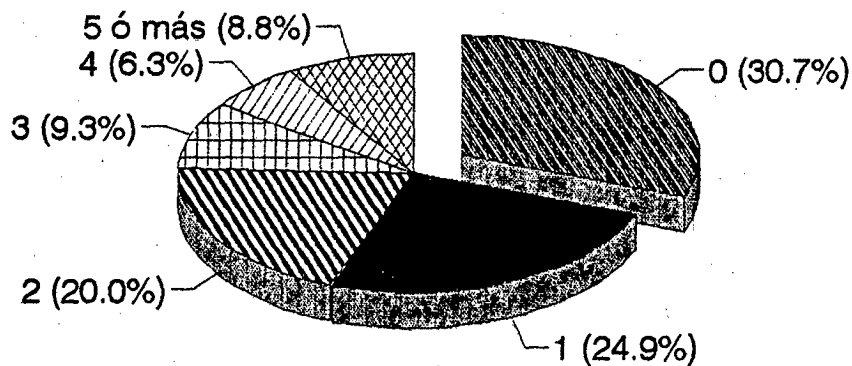
CUADRO No.5
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN NUMERO DE
PARTOS ANTERIORES AL ABORTO SEPTICO DIAGNOSTICADO
Depto. de maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31 de 1987.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	63	31%
1	51	25%
2	41	20%
3	19	9%
4	13	6%
5 ó más	18	9%
TOTAL	205	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 5

PARTOS ANTERIORES AL ABORTO SEPTICO



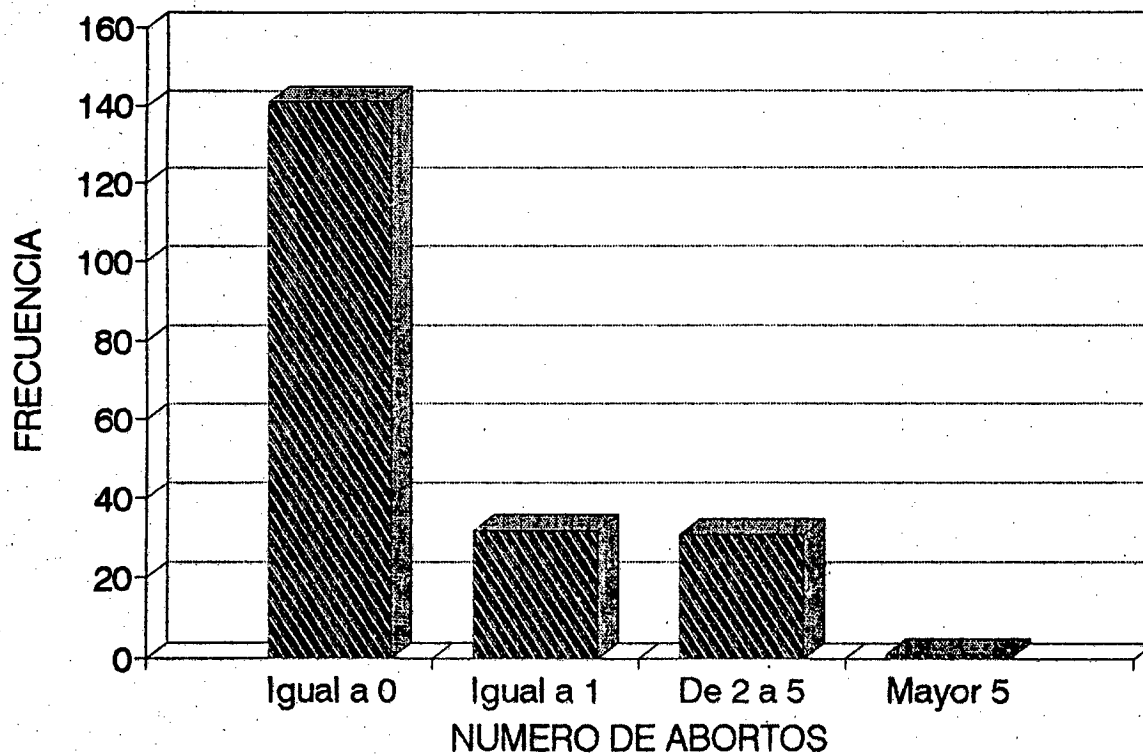
CUADRO No.6
 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN NUMERO DE
 ABORTOS ANTERIORES AL ABORTO SEPTICO DIAGNOSTICADO
 Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987.

FRECUENCIA	ABORTOS	
	No.	%
Igual 0	141	68%
Igual 1	32	16%
De 2-5	31	15%
Mayor 5	01	0.5%
TOTAL	205	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 6

ABORTOS ANTERIORES AL ABORTO SEPTICO



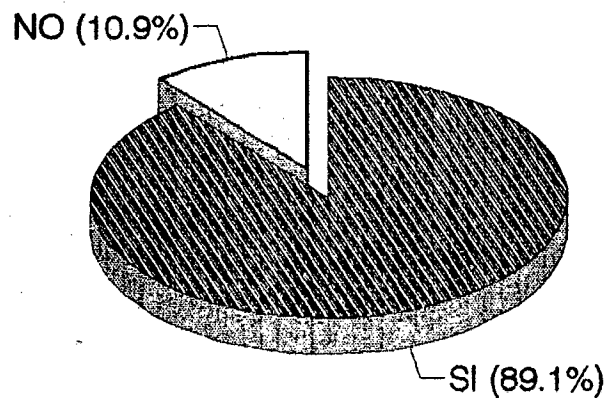
CUADRO No.7
DISTRIBUCION SEGUN NUEVOS EMBARAZOS EN PACIENTES
CON ANTECEDENTE DE ABORTO SEPTICO
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987

NUEVOS EMBARAZOS	FRECUENCIA	.. PORCENTAJE
SI	147	89%
NO	18	11%
TOTAL	165	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 7

EMBARZO LUEGO DE ABORTO SEPTICO



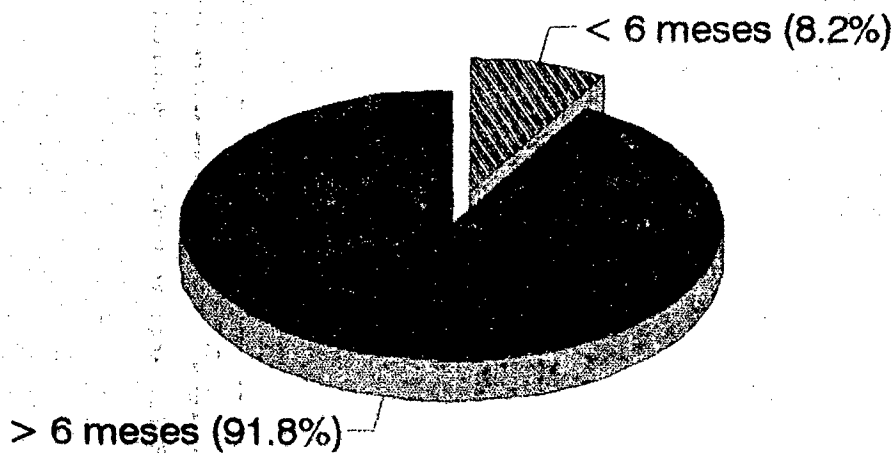
CUADRO No. 8
DISTRIBUCION SEGUN DURACION DE EMBARAZO SUBSECUENTE
EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ABORTO SEPTICO
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 6 meses	12	9%
Mayor de 6 meses	135	91%
TOTAL	147	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 8

DURACION EMBARAZO POST-ABORTO SEPTICO

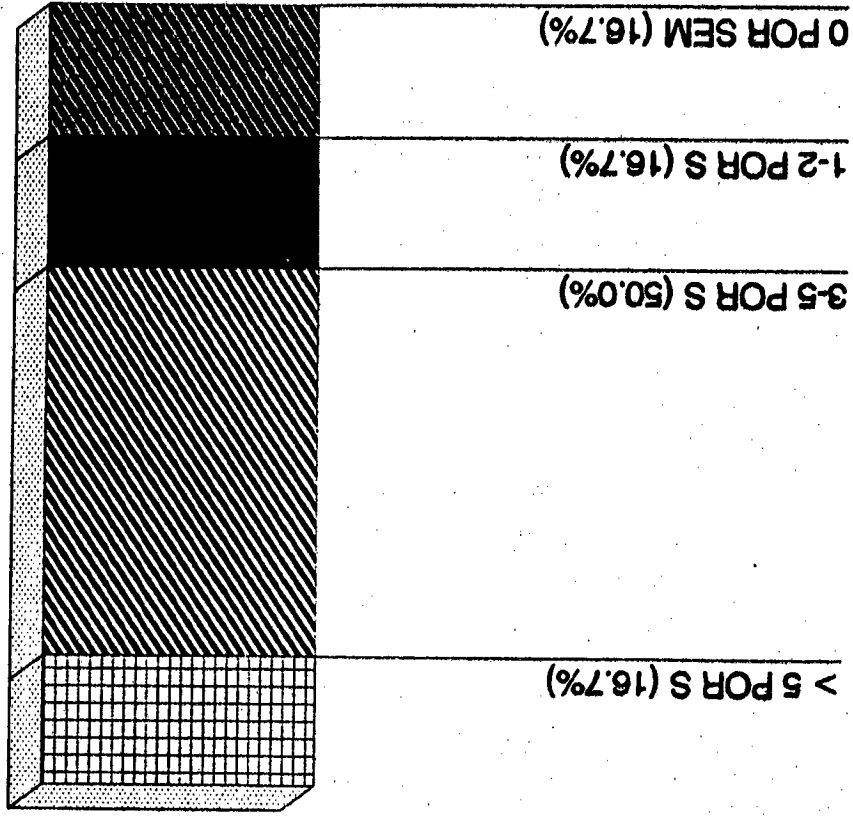


CUADRO No. 9
 DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN
 NUMERO DE RELACIONES SEXUALES POR SEMANA
 EN PACIENTES QUE NO HAN TENIDO UN
 NUEVO EMBARAZO LUEGO DE UN ABORTO SEPTICO.
 Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1983 a Diciembre 31, de 1987.

No. de relaciones	FRECUENCIA	FRECUENCIA
0 por semana	02	17%
1 a 2 por semana	02	17%
3 a 5 por semana	06	49%
Más de 5 por semana	02	17%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 9
NUMERO, RELACIONES SEXUALES POR SEMANA



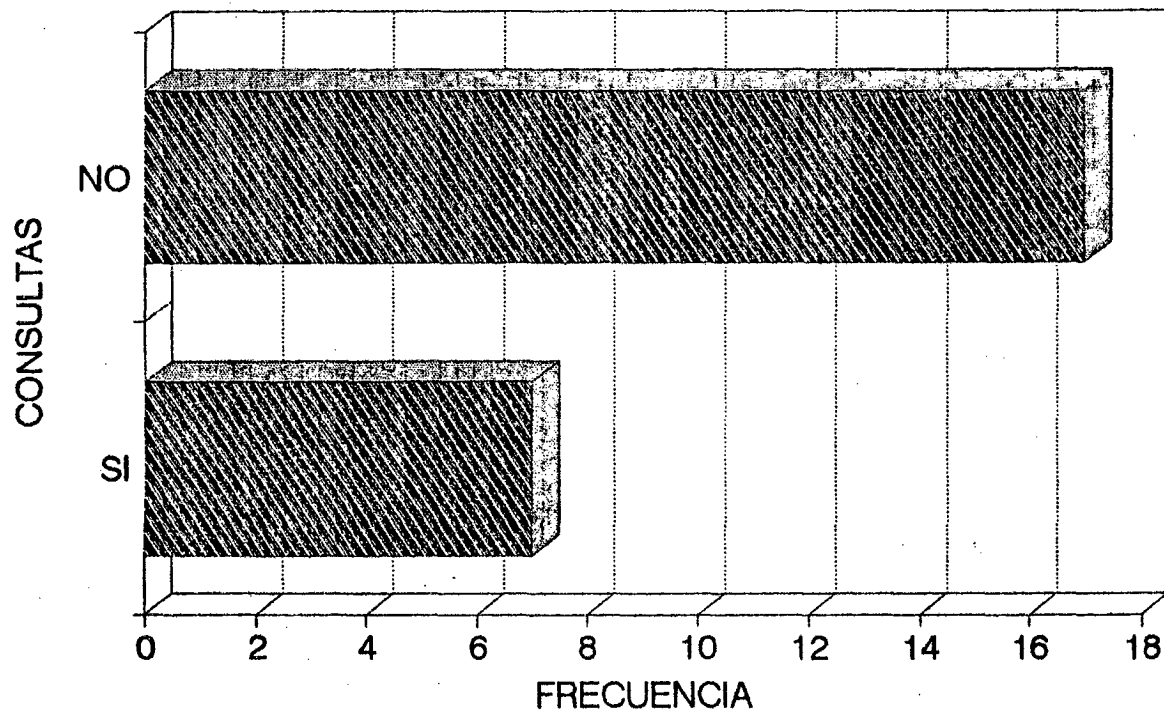
CUADRO No. 10
DISTRIBUCION DE PACIENTES QUE NO HAN TENIDO
UN NUEVO EMBARAZO O PARTO DEPENDIENDO
SI HAN CONSULTADO O NO.
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt.
Enero 1, de 1983 a Diciembre 31 de 1987.

CONSULTARON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	07	29%
NO	17	71%
TOTAL	24	100%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 10

CONSULTAS POR INFERTILIDAD



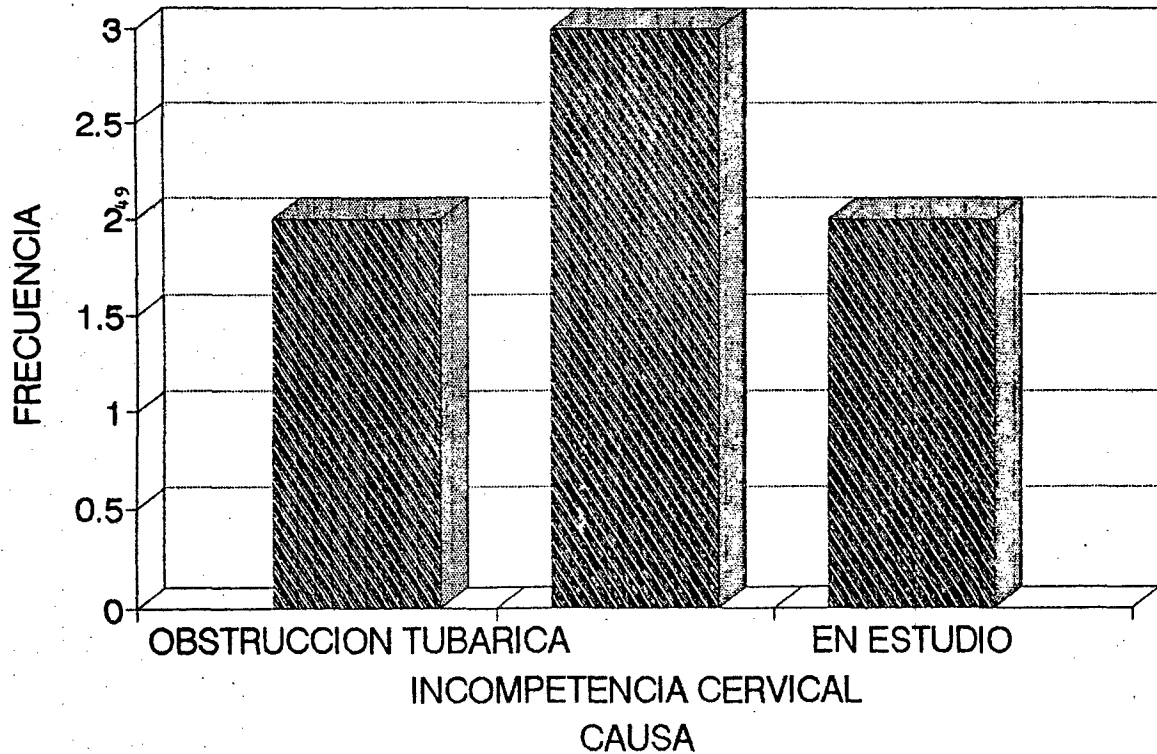
CUADRO No. 11
DIAGNOSTICO EN PACIENTES QUE
CONSULTARON POR PROBLEMAS DE INFERTILIDAD CON
ANTECEDENTE DE ABORTO SEPTICO
Depto. de Maternidad, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1983 a Diciembre 31, 1987.

CAUSAS DE INFERTIL.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Obstruc. Tubárica	02	28.57%
Incomp. Cervical	03	42.85%
Ptes. en estudio	02	28.57%
TOTAL	07	100.00%

FUENTE: Archivo General, Hospital Roosevelt, entrevista personal.

GRAFICA No. 11

CAUSA DE INFERTILIDAD



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

Respecto a la distribución por edad de las pacientes que consultaron por Aborto séptico, este cuadro muestra que el 28.34% de las mismas son menores de 20 años, el 50% están comprendidas entre 20 y 30 años, el 20% restante son mayores de 30 años. Lo que refleja que un porcentaje considerable son pacientes jóvenes adolescentes.

CUADRO No. 2

Con respecto al estado civil de las pacientes a las que se les diagnóstico aborto séptico, se puede observar que el 26% son solteras, el 30% casadas y el 44% unidas; lo que indica que únicamente 1/3 parte de estas mujeres tienen una relación estable.

CUADRO No. 3

El 89% de las pacientes revela tener ciclos menstruales regulares el 8% irregulares, el 3% no mestruan (pacientes histerectomizadas y fallecidas); lo que indica que la mayoría tiene ciclos menstruales favorables para la procreación.

CUADRO No. 4

De las pacientes a las que se les diagnóstico aborto séptico complicado y se realizó cirugía de órganos reproductores al 4% se le realizó Histerectomía y/o anexectomía y al 1% alguna otra como drenaje de abscesos pélvicos a nivel de trompas u ovarios. Esto quiere decir que estas pacientes tendrán una causa que les dificultara de manera absoluta la procreación, (estériles).

CUADRO No.5

Este cuadro refleja que el 69% de las pacientes tienen partos anteriores al aborto séptico.

CUADRO No. 6

De las pacientes en estudio el 68% no tienen abortos anteriores, el 32% tienen abortos anteriores lo cual no indica que estas tengan aborto habitual ya que la mayoría tiene partos entre uno y otro aborto.

CUADRO No. 7

Podemos observar que el 89.% de las pacientes a las que se les diagnosticó aborto séptico se volvió a embarazar y el 11% no, lo cual se explica que de estas el 4% son histerectomizadas, el 0.5% fallecieron.

CUADRO No. 8

Comparando con los datos del cuadro 7 se puede observar que el 89.1% tuvo un nuevo embarazo luego del aborto séptico, pero de estas solo el 91% lo llevan a buen término.

CUADRO No.9

De las pacientes que no han tenido nuevamente un embarazo (12) luego del aborto séptico, el 69% tiene vida sexual activa, el 17% no tiene vida sexual activa, el otro 17% aún son solteras y refieren no tener vida sexual, por lo que se descarta que esta sea la causa de infertilidad en la mayoría de las pacientes estudiadas.

CUADRO No.10

Podemos observar que de las 24 pacientes que no han tenido un nuevo embarazo o parto, solo el 29% ha buscado ayuda médica, algunas de ellas refieren que no lo han hecho porque no desean tener más hijos, quienes mostraron alguna inquietud por desear embarazarse nuevamente, fueron referidas a la Clínica de la consulta Externa de la Ginecología del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 11

De las pacientes que consultaron (7) por no tener un nuevo embarazo o no poder llevarlo a término al 28% (2 ptes) les fue diagnosticada Obstrucción de Trompas, al 42% (3 ptes) Incompetencia cervical, y el 28% (2 Ptes) se encuentran actualmente en estudio.

IX. CONCLUSIONES

1. El porcentaje de infertilidad en pacientes a quienes se les diagnóstico aborto séptico fue del 13% (22 ptes) de las cuales 10 pacientes no ha tenido un nuevo embarazo y 12 pacientes con pérdidas gestacionales.
- 2.- El porcentaje de Esterilidad secundaria a aborto séptico es del 4% (6 pacientes) de las cuales 5 por histerectomia y 1 pte falleció.
- 3.- La edad y estado civil más frecuentes en pacientes a las que se les diagnóstico aborto séptico fue "28.34% menores de 20 años" (adolescentes) 30.24% entre 21 a 25 años y 40% comprendidas entre 26 a 40 años y más.
- 4.- El estado civil más frecuente fue el de las pacientes que refieren ser unidas 44%; casadas 30% y el 26% de las pacientes son solteras por lo que podría asumirse que sus abortos pueden ser provocados y por ende sépticos.
- 5.- Del total de pacientes solteras (53) el 79.24% son menores de 20 años (adolescentes).

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Orientar a las pacientes con diagnóstico de Aborto Séptico sobre los factores de riesgo, las posibles secuelas, como la posibilidad de que se presente nuevamente otro, y de la importancia de tener un seguimiento médico adecuado.
- 2.- Concientizar a toda mujer sobre el peligro que conlleva el provocarse un aborto y aún más cuando se complica con infección.
- 3.- Incentivar a todo médico, tanto general como especialista a investigar profundamente los casos que consultaron por aborto, detectando así especialmente los que fueron provocados para su pronta y adecuada atención médica.
- 4.- Implementar a nivel de Educación Media, sobre los riesgos que implica tener actividad sexual a temprana edad, sin protección ni orientación adecuada.

XI. RESUMEN

El estudio sobre INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD CAUSADA POR ABORTO SEPTICO, se realizó en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt; buscándose el número de abortos sépticos durante el período del 1 de enero de 1983 al 31 de diciembre de 1987, y calculándose una muestra de 223 casos, para lo que se elaboró una boleta de recolección de datos y se revisaron los expedientes médicos de las pacientes con el diagnóstico clínico antes mencionado, luego fueron buscadas en su domicilio algunas de las pacientes para realizarles una entrevista personal (de las que los registros médicos no indicaran una nueva consulta por parto o aborto).

Durante el estudio se encontraron 223 casos que fueron tratados por aborto séptico, de los cuales por depuración del archivo, fue posible revisar 205 papeletas, de las que se tomó datos de interés que fueron anotados en la boleta elaborada para tal fin, como también la dirección de aquellas pacientes a quienes era necesario buscar para ser entrevistadas; se encontró información completa de 165 pacientes y de 40 únicamente algunos datos de interés.

Los resultados obtenidos fueron: que el porcentaje de Infertilidad en pacientes a quienes se les diagnosticó Aborto Séptico es del 13%; y el de Esterilidad del 4%; (causada por cirugía de órganos reproductoras por complicaciones del Aborto séptico) con respecto al estado civil de las mismas el 26% son solteras, el 30% casadas y el 44% unidas.

La edad de las pacientes a las que se les diagnóstico Aborto Séptico fue del 28.34% menores de 20 años (adolescentes) el 50% entre 21 y 30 años el resto entre 31 a 40 años y más; del total de pacientes solteras (53) el 79.24% son menores de 20 años (adolescentes).

De las pacientes que no han tenido nuevamente un embarazo luego del aborto séptico, (excluyendo a las que tienen cirugía de órganos reproductores) el 69% tiene vida sexual activa, el 17% no tiene vida sexual activa y el otro 17% refiere no tener relaciones sexuales, por lo que se descarta que esta sea la causa de infertilidad.

El 89% de las pacientes revela tener ciclos menstruales regulares el 8% irregulares, el 3% no menstruan (pacientes histerectomizadas y fallecidas); por lo que la mayoría tiene ciclos menstruales favorables para la procreación.

El 30% de las pacientes eran primigéatas y el 69% tenían partos anteriores al aborto séptico.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alfaro V. Mario. ABORTO SEPTICO Protocolo de manejo. Depto. de maternidad Hospital.
- 2.- Bailey P. ESTUDIO HOSPITALARIO DEL ABORTO ILEGAL EN BOLIVIA. Bulletin. The Pan American Hoact. Organization. 1988. P.P 144-158.
- 3.- Benson R. C. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICO. 5a. Edición. México Distrito Federal. Editorial El Manual Moderno. S.A. 1989. pag. 1190 pp. 261-292.
- 4.- Benson Ralph C. MANUAL DE GINECO-OBSTETRICIA. 7ma. Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 1986. pp 262-414.
- 5.- Fuentes P. José R. ABORTO PROVOCADO NO TERAPEUTICO. Estudio Hospitalario, Hospital Roosevelt, Depto. de Maternidad. 1990 p. 19.
- 6.- H.W.Jones. G. S. Jones. TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK .10ma. Edición. 1990. p. 878. p.p. 6 95-714.
- 7.- Ledger J. William. INFECCIONES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 1er. Edición. Editorial Medica Panamericana. 1982. p. 168.
- 8.- Lozano A. CLACIFICACION Y TRATAMIENTO DEL ABORTO SEPTICO. Revista Colombiana de obstetricia y Ginecología. 1981. p.p. 104-134.
- 9.- Mc. Graw Hill. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. La mujer infertil. Vol. IV 1987. Mc.Graw Hill Interamericana Madrid. México.
- 10.- Menéndez M. Gustavo. FACTORES DE INFERTILIDAD Y SU PRONOSTICO. Estudio retrospectivo de 552 parejas que consultaron a la clínica de infertilidad del I.G.S.S. del 1-1-85 al 31-12-89. Facultad de Ciencias Médicas, U.S.A.C. 1990.
- 11.- Permol Martin. Benson Ralph. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO-OBSTETRICO. Editorial México. 5ta. Edición. 1990. p.p 933-934.
- 12.- Ponza Molina, Juan C. ABORTO SEPTICO. Estudio Hospitalario, Depto. de maternidad Hospital Roosevelt. 1993.
- 13.- Rosito, Luis Carlos. ABORTO SEPTICO Y SUS PRINCIPALES COMPLICACIONES. Estudio en 772 pacientes con diagnóstico de Aborto séptico. Depto. de maternidad Hospital Roosevelt del 1-1-85 al 31-12-89. 1990.

- 14.- Samberg, Eugene. TRATADO DE OBSTETRICIA. 10 Edición. Traducción al español Jorge Orizaga Zamporio.
- 15.- Salvat Editores. DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS. 20 Edición. Salvat. S.A. 1991. pp 1209.
- 16.- Schaeffe George. COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 1era. Edición. Salvat. 1989. pp.74-136.
17. Schwarz Richard. EL ABORTO SEPTICO Edición Española. 1era. Traducción al español 1991. pp. 1-40.
- 18.- Sperof León, Gearss. Roberto. ENDOCRINOLOGIA, GINECOLOGIA E INFERTILIDAD. 1990. Traducción al español J. Cases. pp. 73-172.
- 19.- Schwarz, Richard. OBSTETRICIA. 5ta. Edición. Buenos Aires. 1990. 602p. pp. 152-158.
- 20.- Williams. TRATADO DE OBSTETRICIA. 3era. Edición 1990. Barcelona. Editorial Salvat. p. 437- 438.