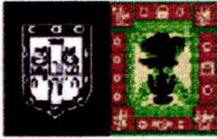


11219



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
**México La Ciudad de la Esperanza**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL  
DISTRITO FEDERAL**

**DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS  
HUMANOS**

**“EXPERIENCIA DE INTERRUPCION LEGAL DEL  
EMBARAZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICO**

**PRESENTADO POR  
DRA. NURIA GUADALUPE MARTINEZ VILLEGAS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. RAUL RENDON MONTOYA**

**- 2009 -**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

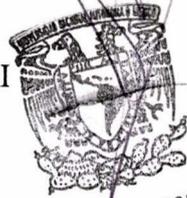
**“EXPERIENCIA DE INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN”**

AUTOR:

DRA. NURIA GUADALUPE MARTINEZ VILLEGAS

Vo. Bo.

DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI



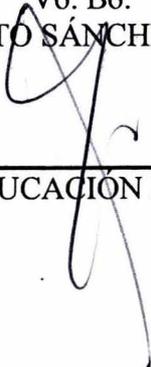
---

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Vo. Bo.

DR. ROBERTO SÁNCHEZ RAMÍREZ



DIRECCION DE EDUCACION  
E INVESTIGACION

---

DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION

SECRETARIA DE  
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

Vo.Bo.  
DR. RAUL RENDON MONTOYA



---

DIRECTOR DE TESIS  
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL GENERAL "TICOMAN"  
SSDF

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recopilacional.

NOMBRE: NURIA GRE MTZ

FECHA: 22/07/04

FIRMA: 

## DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía ,permanecer en todo momento en mi camino, y permitirme cumplir todas mis metas.

A mis padres por todo su amor, apoyo, tiempo y dedicación.  
Por que son mi ejemplo a seguir.

A mis hermanos José, Verónica y Genaro por su cariño,  
compañía y comprensión.

**Todo lo puedo en Cristo que me fortalece**  
***Filipenses: 4: 13.***

## INDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	20

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la experiencia de la interrupción legal del embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de "Ticomán" en los últimos dos años.

**MATERIAL Y METODOS:** Se consultaron los expedientes de las pacientes sometidas a interrupción legal del embarazo en el Hospital General de "Ticomán" durante el periodo de tiempo comprendido del 01 de enero del 2002 al 30 de junio del 2004.

**RESULTADOS:** Se encontraron 09 pacientes sometidas a interrupción legal del embarazo siendo la única causa por violación, todas acudieron con documento legal de la Subprocuraduría de Averiguaciones previas centrales Fiscalía para delitos sexuales.

Todas las pacientes recibieron Misoprostol vía oral y vaginal solo una no respondió después de dos días de maduración cervical. Por lo que se realizó dilatación cervical. A todas las pacientes se les realizó legrado uterino instrumental a ninguna aspiración manual endouterina.

La edad promedio en que se solicitó el programa de interrupción legal del embarazo fue 16.4 años. Las semanas de gestación promedio en las que acudieron fue 9.7.

**CONCLUSION:** En nuestra serie la causa más frecuente por la que se solicitó la interrupción legal del embarazo fue por violación. Los resultados en cuanto al uso de misoprostol vía vaginal y oral son similares a los reportados en la literatura nacional y extranjera. Se demostró que se llevan adecuadamente todos los procedimientos requeridos por la norma oficial mexicana para la realización de la interrupción legal del embarazo

**PALABRA CLAVE** Interrupción legal del embarazo.

## INTRODUCCIÓN

En México se calcula que el 40% de los embarazos son no deseados, de ellos el 17% terminan en aborto. A su vez, el sistema de salud ocupa al año 1,500 camas para la atención de este problema de salud pública.

Para Gasman es un mito que la comunidad médica no esté de acuerdo con la interrupción legal del embarazo, por el contrario dijo que hay un alto porcentaje de médicos que están dispuestos a practicar el procedimiento.

Para los propósitos del presente trabajo es necesario plantear algunos tópicos sobre esta conducta y su relación con la problemática de la violación. (1, 16)

El aborto en la legislación mexicana.

Ricardo Franco Guzmán habla, con acierto de tres tipos de aborto considerados como delito por el código penal: aborto consentido en el cual la mujer permite que un tercero le provoque el aborto. El aborto procurado en el que la propia mujer se practica la interrupción y el sufrido es el que se practica sin el consentimiento de la mujer, puede ser realizado con violencia física o moral o bien en ausencia de esta.(2, 3, 20)

Con el objeto de brindar opciones reales de atención y prevención a un problema de salud y seguridad jurídica, que cada vez adquiere mayores proporciones y pone en peligro la vida de muchas mujeres, se reformaron y adicionaron diversas disposiciones de los Códigos Penal y de procedimientos penales, ambos para el DF, que fueron publicadas en la Gaceta Oficial del DF. El 24-08-00 con el objeto de ampliar los casos de excluyentes de responsabilidad para el delito de aborto, buscando con ello que las mujeres se encuentren dentro de las hipótesis de dichas reformas, cuenten con una

alternativa que no ponga en peligro su vida y les asegure la protección de las instituciones encargadas de la procuración y justicia.

Considerando que la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, tiene, entre otras obligaciones de velar por la legalidad y por el respeto a los derechos humanos, así como la de proporcionar atención, orientación y asesoría legal a las víctimas y a los ofendidos por el delito, concertando acciones con instituciones médicas y sociales, públicas o privadas.

Que en apego a las disposiciones vigentes y con el objeto de brindar a las mujeres que así lo soliciten, los mecanismos que les permitan decidir libremente y de manera informada, sobre el ejercicio de su derecho a través de procedimientos que les facilite el libre acceso a las instituciones del sector salud, en el menor tiempo posible he tenido a bien expedir el siguiente Acuerdo.

Segundo acuerdo: El agente del MP autoriza la interrupción del embarazo en un termino de 24 hrs. A partir de que queden acreditados los siguientes Requisitos:

*Que exista denuncia por delito de violación o inseminación artificial no consentida.*

*Que la victima declare la existencia de embarazo y se compruebe la existencia de este.*

Tercer acuerdo: es obligación del MP garantizar que se le proporcione a la victima información imparcial, objetiva y veraz suficiente sobre los procedimientos, riesgos y consecuencias y efectos. (4,5.19,20)

*Quinto acuerdo: el agente del MP expedirá por escrito la autorización para la interrupción legal del embarazo.*

El embarazo es un estado fisiológico en la mujer que lleva en el útero el resultado de la concepción durante aproximadamente 280 días. Inicia con la fecundación del óvulo y la implantación del embrión.

El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto o embrión sea viable esto es menos de 20 semanas de gestación o peso menor de 500 grs.(4,5)

Existe el aborto medico o quirúrgico, siendo más frecuente el segundo. Dentro del segundo se encuentre la succión de la cavidad uterina o aspiración manual de cavidad endouterina AMEU esta técnica consiste en aplicar presión negativa, proceso que incluye dilatación cervical seguida de la evacuación del contenido uterino. Normalmente se insertan dilatadores en serie progresiva de metal o plástico. En años recientes el uso de misoprostol un derivado de prostaglandina E1 ha adquirido auge por su administración vaginal u oral dos o tres horas antes de la dilatación cervical. Después de la dilatación cervical se introduce una cánula de plástico dentro de la cavidad uterina y se conecta un aparato de succión para realizar el aborto. Cánulas tienen un diámetro de 4 a 14 mm. La succión es mas segura que el curetage el procedimiento tiene una duración menor de 5 minutos. La anestesia local es mas segura y menos costosa se utiliza bloqueo paracervical con o sin premedicación intravenosa .El otro recurso quirúrgico es el legrado uterino instrumental o LUI que como ya se menciona es un curetage o raspado de la cavidad uterina.(1,5,3,7)

El aborto medico es el régimen mas utilizado en países europeos siendo el medicamento más utilizado la mifepristona seguida por el misoprostol y el metotrexate. En áreas donde no se dispone de los siguientes medicamentos solo se utiliza el misoprostol.

La mifepristona presenta un alto índice de aborto completo y más rápida expulsión que el metotrexate o el misoprostol.(5,8)

El misoprostol es un análogo de prostaglandinas más comúnmente utilizado con mifepristona es muy seguro con bajo costo, este se puede utilizar vía vaginal. La FDA ha aprobado este régimen que incluye 600 mgrs de mifepristona seguidos de 400 mgrs orales de misoprostol.(4,11, 12,13)

La combinación de mifepristona y análogos de prostaglandina son un método seguro de terminación del embarazo antes de 63 días. El misoprostol un análogo sintético de prostaglandina esta indicado para el tratamiento de la úlcera péptica . Este ha sido extensamente investigado para el aborto medico. Es barato se administra vía oral cuando se combina con mifepristona en el aborto legal del primer trimestre el misoprostol vaginal es más efectivo y mejor tolerado que el vía oral. Un estudio realizado para demostrar la farmacocinética, biodisponibilidad de la administración vaginal demostró ser tres veces más alta que la administración oral. Recientemente se ha explorado la posibilidad de la administración sublingual(2,14,15,16)

La edad gestacional y la localización del embarazo deben ser confirmadas antes de la administración de la mifepristona o misoprostol en los Estados Unidos se realiza ultrasonografía intravaginal para este propósito. (13) Un estudio realizado por Achyara G en el 2004 sobre el rol del ultrasonido transvaginal como monitorización para valorar los resultados del aborto indica que el USG de rutina 2-3 semanas después del aborto parece ser una medición eficiente e

identifica los casos en los que el embarazo continúa o diagnóstica un aborto incompleto.(3,17,18,19)

Cuál es la seguridad del aborto?

El aborto es un procedimiento seguro en la práctica contemporánea. Sin embargo en países donde no se realiza aborto legal la seguridad de este procedimiento disminuye importantemente. En países desarrollados la mortalidad es comparada con la mortalidad por anafilaxia por administración de penicilina(11,20,)

El dolor posterior al aborto se maneja con ibuprofeno o acetaminofen, con narcóticos orales en casos necesarios. El uso de antiinflamatorios no esteroideos no está contraindicado.

En países Nórdicos la terminación legal del embarazo se aprobó en 1970. Todas las mujeres de esos países tienen derecho a solicitar el aborto legal con muy pocas restricciones. Además los abortos son realizados en instituciones de salud con un bajo costo. Los bajos índices de aborto legal en los países nórdicos se encuentran en relación con la educación sexual, servicios de métodos anticonceptivos (2,16,17)

Se realizó un estudio por Zhou de las complicaciones producidas por un aborto inducido y son principalmente de tipo emocional, también aumenta la frecuencia de aborto espontáneo subsecuente, partos prematuros, placenta previa. La complicación más temprana es la infección.(7, 21, 22)

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional de tipo indagatorio de casos.

Para la realización del presente estudio se consultaron los expedientes de las pacientes atendidas para interrupción legal del embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de "Ticomán" durante el período comprendido del 01-Enero-2002 al 30-Junio-2004.

Los criterios de inclusión fueron todos los expedientes de pacientes en programa ILE. En el período antes mencionado con indicación de ILE avalado por un documento legal.

Las variables de estudio fueron la edad, la causa de la interrupción, el tratamiento farmacológico utilizado y la vía de administración además de las semanas de gestación al momento de la interrupción.

Los datos se tomaron de los expedientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Ticoman.

Sin ningún riesgo en la investigación.

Los resultados fueron agrupados analógicamente para su interpretación y comparados con la literatura nacional y extranjera.

## RESULTADOS

El número de pacientes sometidas a interrupción legal del embarazo durante los dos años que comprendió el estudio fueron 09.

La única causa reportada en esta serie de pacientes para interrupción legal del embarazo fue la violación.

De estas el promedio de edad fue de 16.4, siendo los 13 años la edad más frecuente en un 33.3%. Con un rango que varia de 13 a 21 años.

El promedio de semanas de gestación fue de 9.7 encontrándose solo una en el segundo trimestre de embarazo con 14 semanas de gestación. Con un rango de 6 a 14 semanas de gestación.

Se administró misoprostol para maduración cervical vía oral una tableta de 200 microgramos cada 6 hrs y vía vaginal 2 tabletas intracervical cada 6 hrs. La respuesta de dilatación cervical ocurrió dentro de las primeras 24 hrs del inicio de la administración de misoprostol. Solo una paciente permaneció 48 hrs con administración vía oral y vaginal con la dosis ya indicada sin respuesta favorable. Por lo que se sometió a dilatación cervical instrumental.

Posterior a la dilatación cervical y expulsión del feto las pacientes se sometieron a legrado uterino instrumental, a ninguna se realizó aspiración manual de cavidad endouterina AMEU. Extrayendo de escasos a moderados restos ovulo placentarios.

Siendo egresadas aproximadamente a las 24 hrs. De realizado el legrado uterino instrumental. Todas egresaron sin ninguna complicación inmediata.

Todas las pacientes que acudieron para la interrupción legal del embarazo cumplieron con todos los requisitos legales, al hospital acudieron con un documento legal de la Subprocuraduría de Averiguaciones previas Centrales fiscalía para delitos sexuales. Que autorizaba la interrupción vía legal.

## ANALISIS

La violación fue la única causa por la que se realizó la interrupción legal del embarazo en esta serie de pacientes, encontrándose en la literatura otras causas por las que se autoriza legalmente la interrupción del embarazo como malformaciones congénitas o en caso de peligro de muerte para la madre.

El promedio de edad fue de 16.4 años, encontrándose 3 pacientes de 13 años lo que representa un 33%, la menor edad fue 13 y la mayor de 21 años.

En este estudio de 09 pacientes las semanas de gestación en las que con mayor frecuencia se realiza la interrupción del embarazo legal fue a las 13 semanas de gestación, la interrupción más temprana fue a las 6 semanas, solo a una paciente se le realizó la interrupción en el segundo trimestre esto es a las 14 semanas.

La dosis de misoprostol y vía de administración combinada oral y vaginal fue la adecuada en el 88.8% de las pacientes ya que se logró obtener la dilatación cervical, y posteriormente la expulsión del feto y restos placentarios. Una sola paciente no respondió al tratamiento con misoprostol.

Con la administración del misoprostol la eficacia del aborto incompleto fue de 88.8%.

A todas las pacientes se les realizó legrado uterino instrumental, extrayendo de escasos a abundantes restos ovuloplacentarios, con esto nos damos cuenta que el misoprostol no es suficiente para provocar un aborto completo y así evitar el legrado.

Se egresaron todas las pacientes sin ninguna complicación inmediata, se requiere un seguimiento a corto y largo plazo para poder determinar las complicaciones mediatas y tardías. El cual no tienen estas pacientes.

El 100% de las pacientes fueron enviadas de delegaciones con un documento legal de la Subprocuraduría de averiguaciones previas centrales fiscalía para delitos sexuales.

## DISCUSIÓN

La tendencia de el aborto legal inducido es poco frecuente en países nórdicos y ocurre en mujeres menores de 30 años, comparado con nuestra serie donde ocurre en mujeres adolescentes jóvenes, siendo la primera y única causa la violación.

Estudios previos han demostrado que el uso de mifepristona combinado con misoprostol para la terminación de embarazos menores de 9 semanas es efectivo. En este estudio solo se utilizó el misoprostol ya que no contamos con mifepristona disponible, demostrando que este fármaco es efectivo para inducir dilatación cervical, expulsión del feto y placenta incompleta, por lo que es necesario completar la terminación del embarazo con un legrado instrumental o aspiración endouterina.

Se encuentra en investigación el uso de misoprostol sublingual, debido a su fácil aplicación y menores efectos adversos podría ser una alternativa para nuestras futuras pacientes.

En nuestra serie solo se realizó LUI por lo que nos damos cuenta que necesitamos realizar más AMEU. Ya que es un procedimiento más rápido, no se requiere anestesia general, solo un bloqueo paracervical, la recuperación es más pronta y el costo menor ya que es un procedimiento de mínima invasión que se puede realizar en un consultorio.

Las semanas de gestación más frecuente en que acudieron para la interrupción fue en la semana 13, una sola paciente acudió con embarazo de 14 semanas. En comparación con los países nórdicos en donde se debe ser realizado antes de

las 12 semanas, solo en casos de razones médicas severas se autoriza antes de 20 semanas.

Fueron egresadas el 100% sin ninguna complicación inmediata, nos damos cuenta que no existe un seguimiento posterior en comparación con países norteamericanos en los cuales estan utilizando el ultrasonido transvaginal como monitorización posterior a la terminación del embarazo, mismo que ha diagnosticado aún embarazos. Por lo que sugerimos en estas pacientes si se cuenta con ese recurso explotarlo al máximo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dhall G, Calder A, Gomez A, et al. Medical abortion at 57 to 63 days gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (5). 447-451.
2. Knudsen L, Gissler M, Bender S, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82. 257-268.
3. Acharya G, Haugen M, Brathen A, et al. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83. 390-394.
4. Grimes A, Creinin M. Induced abortion : An overview for internist. *Ann Intern Med* 2004 ; 140. 620-626
5. Shan T, Chan C, H.Y.Ng E, W.H.Lee S, et al. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of Mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Contracepcion* 2003;18(11). 2315-2318.
6. Nordal A, Moum T, Sejersted A, Ekeberg O, et al. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2 year follow – up study. *Psychosomatic medicine* 2004; 66: 265-271.
7. Zhou W, Olsen J. Are complications after an induced abortion associated with reproductive failures in a subsequent pregnancy?. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 177-181.

8. Seinbrook R. Waiting for plan B- the FDA an nonprescription use of emergency contraception. *N Engl J Med* 2004; 359(23): 2327-2329.
9. Zhou W, Nielsen G, Moller M, et al. Short-term complicaciones after surgically induced abortions: a register-basade study of 56117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 231-236.
10. Thopr J, Hartmann K, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstet an Gynecol survey* 2002, 58 (1) 67-79.
11. Schaff EA, Fiekdung SL, Westhoff C. randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after misoprostone for early medical abortion. *Contraception* 2001; 64: 81-85.
12. Refay H, Abdlla Contraception M, calder L. Induction of abortion with mifepristone and the or vaginal misoprostol. *N Engl J Med.* 1995; 327: 983-987.
13. Schal EA, Fielding S, Eisinger S, col. Low dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hrs. for abortion up to 63 days. *Am J. Obstet gynecol.* 2000; 61: 41-46.
14. Lawson HW, frye A, Atrash H, Smith J. col. Abortion mortality Unit states, 1972 through 1987. *Am J. Obstet gynecol,* 1994; 171: 1365-1372.
15. Magally silvia. Indeseados, 40% de los embarazos en México. *Cimac México D.F* 2004.
16. Anonimo. Aborto. México D.f 2004.

17. Anónimo. En práctica ya la interrupción legal del embarazo en el D:F. México. 2004.
18. Elizari F.J. Interrupción del embarazo. *Teología moral*. México D.F. 2004.
19. Gaceta oficial del Distrito Federal 11 julio 2002.
20. Blanco M, Interrupción legal del embarazo. *Centro de Salud pública poblacional INSP*. 2000.
21. Heikinheimo, O. Raivio T, Honkanen H, et al. termination of pregnancy with mifepristone and prostaglandin suppresses transiently circulating glucocorticoid bioactivity. *Endocrine Society*. 2003; 88 (1):323 – 326.
22. Phair N, Jensen J, Mark N, et al. Paracervical block and elective abortion: the effect on pain of waiting between injection and procedure. *American Journal Of Obstetrics and gynecology*. 2002; 186(6): 1304 – 1307.
23. Borgmann C , Bonnie J. Legal issues in the provision of medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecol*. 2000; 183 (2): S84 – S94.