



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

***“EFICACIA DEL MISOPROSTOL VÍA BUCAL EN LA INTERRUPCIÓN
LEGAL DEL EMBARAZO DE MENOS DE 9 SEMANAS DE GESTACIÓN”***

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR
DRA. DIANA GÓMEZ MORONES

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. RANULFO RÍOS POLANCO



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.

***EFICACIA DEL MISOPROSTOL VÍA BUCAL EN LA INTERRUPCIÓN LEGAL
DEL EMBARAZO DE MENOS DE 9 SEMANAS DE GESTACIÓN***

Dra. Diana Gómez Morones

Vo. Bo.
Dr. Martín Guillermo Pérez Santiago

Profesor Titular del Curso de Especialización
en Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

***EFICACIA DEL MISOPROSTOL VÍA BUCAL EN LA INTERRUPCIÓN LEGAL
DEL EMBARAZO DE MENOS DE 9 SEMANAS DE GESTACIÓN***

Dra. Diana Gómez Morones

Vo. Bo.
Dr. Ranulfo Ríos Polanco

Director de Tesis
Médico Adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío

DEDICATORIAS:

A **Dios** por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más.

A mi **Madre, María Luisa**, por haberme educado y soportar mis errores, gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad, por tu preocupación y tus desvelos, porque creíste en mí y me has sacado adelante dándome el ejemplo digno de superación y entrega, y porque gracias a ti hoy puedo ver alcanzada mi meta, pero sobre todo ¡Gracias por darme la vida!
¡Te quiero mucho!

A mi **Padre, Antonio (f)** porque aunque no te encuentres conmigo, siempre estas a mi lado y guiándome por el camino correcto, y sé que estarás orgulloso por cumplir la meta anhelada.

A mi **esposo, Jaime** por estar siempre a mi lado, por su comprensión y sobre todo su amor, porque a pesar de los momentos difíciles que hemos pasado durante esta etapa, estamos juntos y luchando día a día por salir adelante y cumplir juntos nuestros sueños. ¡Te amo!

A mis **hermanas, Araceli y Yadira**, porque siempre he contado con ellas para todo, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido, pero sobre todo por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mis **abuelos Eva y Lalo**, por contar con su apoyo incondicional en todo momento y por ser uno de los pilares en los que se ha apoyado mi madre para salir adelante y ser lo que ahora somos.

A mis tías Marta y Lulú, mi tío Nacho, mis cuñados Chucho y David, a Toño, Chuchito, Regina, Samy, Payo, Nacho, Dulce, Hanna y Romina, mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A mis amigas, Inés, Mariana, Liliana, porque hemos logrado llegar a la meta y porque siempre hemos estado juntas en todo momento, gracias por su apoyo cuando más lo necesitaba.

INDICE:

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIAL Y MÉTODO	7
III. RESULTADOS	9
IV. DISCUSIÓN	16
V. CONCLUSIONES	19
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la eficacia de la administración de misoprostol vía bucal en la interrupción legal de embarazos menores de 9 semanas en pacientes del Hospital General “Dr. Enrique Cabrera Cosío”.

Material y métodos: Se revisaron 326 expedientes de pacientes manejadas con misoprostol y que regresaron a la cita de seguimiento con ultrasonografía de control, en donde se revisó la medición del eco endometrial y de acuerdo a la valoración clínica, se consideró si se trataba de aborto completo, las pacientes se egresaron, si era aborto incompleto, se les administró una dosis adicional de misoprostol; y si se trataba de aborto fallido se les realizó aspiración endouterina.

Resultados: La eficacia del misoprostol vía bucal fue de 73.6 % como aborto completo, 240 pacientes se dieron de alta, 8.8% como aborto incompleto, 29 pacientes recibieron una dosis adicional de misoprostol y el 17.4 % como aborto fallido, a 57 pacientes se les realizó aspiración endouterina. Hubo un porcentaje de complicaciones como hemorragia de tan solo el 2%.

Conclusión: La eficacia del misoprostol vía bucal en la interrupción legal del embarazo de menos de 9 semanas de gestación fue demostrada con los resultados del estudio, debido al bajo porcentaje de pacientes que requirieron de una dosis adicional de medicamento y de aspiración endouterina.

Palabras claves: Interrupción legal del embarazo, misoprostol vía bucal, eficacia.

I. INTRODUCCIÓN.

En el pasado, la pérdida gestacional temprana era considerada como una indicación de dilatación uterina y curetaje, aunque es un manejo efectivo, tiene el inconveniente de someter a la mujer a un procedimiento quirúrgico. (1)

En la actualidad los embarazos de edad gestacional temprana pueden ser manejados con prostaglandinas, como el misoprostol que causa contracciones uterinas, y que se usa para la inducción del trabajo de parto, hemorragia posparto, la maduración cervical y el manejo de los abortos, y es una buena opción ya que su costo es bajo. (2)

Se han hecho múltiples estudios en los cuales aun no se ha demostrado cual es la mejor dosis y vía de administración del misoprostol, aunque su uso puede ser por vía oral, bucal, vaginal y sublingual, y sugieren una dosis de 800 µg vaginales o 600 µg sublingual. Además que se ha demostrado que el misoprostol tiene una efectividad del 84 % después de 8 días de aplicado el tratamiento, una incidencia baja de infección del 12.3%. (4)

Dentro de lo estimado, ocurren 3 millones de embarazos anualmente en México, más de 1 de cada 10 terminan en abortos inducidos. Como resultado de las altas restricciones y de las limitaciones legales en la terminación elegida del embarazo, una proporción de esos embarazos son realizados de una

manera no segura y en condiciones clandestinas. El aborto no seguro tiene un riesgo elevado en la mortalidad y morbilidad que es 100 veces más alto que el aborto seguro. En lugares donde las mujeres tienen el acceso restringido al aborto seguro, el aborto provocado es causa de muerte materna e incapacidad.

(11)

En Abril del 2007, el aborto hasta las 12 semanas de gestación fue legalizado en la Ciudad de México. Aunque el aborto está altamente restringido en el resto del país, el aborto en el primer trimestre del embarazo está disponible de manera gratuita para los residentes de la Ciudad de México y con honorarios para los no residentes quienes se presentan a un Hospital Público de la Secretaria de Salud del Distrito Federal. En el 2007, el Congreso del Distrito Federal, aprobó una reforma al artículo 144 de su Código Penal, una reforma que despenaliza en este Distrito el aborto practicado durante las doce primeras semanas de gestación. Además, la legislación reglamenta la objeción de conciencia y la garantiza sólo si la/el profesional dirige a la mujer a colegas no objetores.⁽¹²⁾

Dentro de los procedimientos aceptados para la interrupción legal del embarazo se encuentran la administración de misoprostol y la aspiración endouterina, los cuales son realizados por personal de salud capacitado, por lo que son métodos seguros.

El aborto médico que usa el régimen de misoprostol, tiene el atributo de que puede aumentar el acceso al aborto seguro, incluyendo múltiples maneras de distribución, una baja demanda de los sistemas de salud, aunque este tiene un rango de falla que requiere de un procedimiento secundario.

La interrupción legal del embarazo por medio del aborto con medicamentos ha demostrado que es seguro, eficaz, con baja incidencia de efectos secundarios y de gran aceptabilidad para las mujeres, además que es de bajo costo. Al mejorar el tratamiento seguro del aborto, el misoprostol conlleva la posibilidad de reducir la mortalidad materna asociada a las complicaciones derivadas de la pérdida del embarazo inducida. Debido a la falta de estudios sobre el tratamiento, las dosis no se han estandarizado, las vías de administración varían y hay cuestionamientos como el espaciamiento de las dosis y la dosis total. En lo referente a la vía de administración se ha observado que la administración vía bucal tiene una biodisponibilidad similar a la vía vaginal, aunque esta última puede ser afectada su absorción debido a la mala aplicación por parte de la paciente, presencia de infecciones vaginales, cambios en el pH de la vagina y la presencia de moco que encapsule la tableta, por lo que se supone que la aplicación vía bucal del tratamiento puede resultar ser más eficiente, hay menores efectos adversos, con un área de biodisponibilidad bajo la curva menor en comparación con la vía sublingual pero más prolongada que la vía oral.

En los Hospitales de la red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se maneja el programa de interrupción legal del embarazo con el uso del misoprostol vía bucal administrando 1600 µg, dividido en 2 dosis con un intervalo de 3 hrs, para pacientes con embarazos de menos de 9 semanas de gestación.

Actualmente el programa de interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal tiene una gran demanda, el número de mujeres que solicitan este procedimiento cada vez es mayor, por lo que si a todas estas mujeres se les hospitalizara para llevar a cabo el procedimiento de manera quirúrgica ocuparían una gran cantidad de camas en los hospitales, además de que los costos por cada hospitalización serían muy elevados.

La información estadística resulta relevante porque ofrece la posibilidad de evaluar los servicios ofrecidos, lo que redundaría en un mejor diseño de los programas para la prevención del embarazo no deseado y la consejería post-aborto. El total de interrupciones realizadas en el Distrito Federal después de la legalización del 24 de Abril del 2007 al 31 de Enero de 2011 ha sido de 53,278; se han realizado 85,543 solicitudes de información, de las cuales 14438 mujeres solicitaron ILE pero no lo realizaron; el promedio de intervenciones mensuales es de 1183; de las solicitantes el 75% son residentes del Distrito Federal, el 21% residentes del Estado de México y el 3% residentes de otros estados; el 53% de las mujeres son solteras, el 21% en unión libre, el 17%

casadas y el 5% no lo especificaron; el 0.6 % de las mujeres tenían entre 11 y 14 años, el 47.7 % de 18 a 24 años, el 22% entre 25 y 29 años, el 13 % de 30 a 34 años, el 2.7% entre 40 y 44 años y 14% de otras edades; el 38.7% tenían nivel educativo de preparatoria, el 30% secundaria, y el 31.3 % otros estudios.

Se han realizado protocolos de estudio de misoprostol en otros países en los cuales se ha administrado por vía vaginal y en algunas ocasiones junto con mifepristona. En este caso es importante investigar cual fue la eficacia del uso exclusivo de misoprostol vía bucal en embarazos a edad gestacional temprana, es decir, en embarazos de hasta 9 semanas, específicamente en el Hospital General “ Dr. Enrique Cabrera Cosio” durante el 2010, ya que es uno de los centros de atención asignados para que se lleve a cabo este programa; hay muchos factores que se pueden estudiar y que son de gran relevancia, como son el que la propia paciente se administre el misoprostol vía bucal, ya que con las instrucciones adecuadas lo puede realizar desde su propio hogar, sin la necesidad de estar bajo vigilancia médica estricta, pues en el caso de administración vaginal en algunas ocasiones no se aplica de manera correcta, además de que el riesgo de que la paciente presente alguna complicación como lo es en este caso la hemorragia, es muy baja, y en caso de que esta se presentara se dan las indicaciones necesarias para detectarla y acudir de inmediato a un hospital.

Otra de las razones para demostrar la eficacia del misoprostol es la de disminuir la cantidad de procedimiento quirúrgicos, que permita evitar las complicaciones a corto y largo plazo, ya que durante el procedimiento hay riesgo de perforación o daño a otros órganos, y en un futuro de presentar Síndrome de Asherman que nos ocasiona adherencias uterinas y por consecuencia infertilidad. Además es posible valorar si la dosis y vía de administración es la adecuada para tener éxito en la expulsión del producto de la gestación, sin necesidad de llevar a cabo otro procedimiento, y llevar un control por medio de ultrasonografía, sin necesidad de un procedimiento invasivo, y así valorar la necesidad de una dosis más de medicamento o en su defecto realizar aspiración endouterina. Por lo que el objetivo principal de esta investigación es la de valorar la eficacia del misoprostol cuantificando las dosis adicionales de misoprostol que se administraron o en su defecto cuantas aspiraciones endouterinas se realizaron, en relación al tipo de aborto, ya sea incompleto o fallido, además de conocer el no. de pacientes que acuden para integrarse al programa de ILE, la edad gestacional, edad de las pacientes, y las pacientes que presentaron alguna complicación.

II. MATERIAL Y MÉTODO.

Se trató de un estudio en el área de investigación clínica, el cual fue observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se consultaron los expedientes clínicos de las pacientes que ingresaron al programa de interrupción legal del embarazo del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosío, durante el periodo de Enero a Diciembre del 2010.

Se realizó un censo de los expedientes de ILE del 2010, siendo el total de 1036, de los cuales solo se utilizaron 326 expedientes de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, como pacientes de cualquier edad, embarazo menor de 9 semanas de gestación corroborado por ultrasonido, que hayan recibido el tratamiento con misoprostol, que no hayan presentado complicaciones posteriores a la administración del medicamento, haber regresado a su cita de seguimiento con ultrasonografía de control valorando la medición del eco endometrial para determinar el tipo de aborto y tratamiento a seguir, además de realizar una valoración clínica tomando en cuenta la sintomatología de la paciente como fue haber presentado fiebre, sangrado fétido, principalmente, considerando que si se trataba de aborto completo la paciente se egresó del programa, si era aborto incompleto se administró una dosis adicional de misoprostol de 400 µg, en cambio si era un aborto fallido se programó para aspiración endouterina. Cabe señalar que no hay parámetros específicos en cuanto a la medición del eco endometrial, por lo que si la

medición era de más de 12 mm se ponía mayor atención en la valoración clínica de la paciente para considerar la conducta a seguir. No se incluyeron 355 expedientes que correspondían a pacientes con embarazo de 9 a 11.6 semanas de gestación, 69 expedientes de pacientes con embarazo de 12 y más semanas, quedando un total de 612 expedientes de pacientes que cursaban con embarazo de menos de 9 semanas, de los cuales no se incluyeron 56 expedientes de pacientes a quienes se les realizó aspiración endouterina, 6 expedientes por embarazo ectópico, 215 expedientes de pacientes que no regresaron a su cita de seguimiento y 9 expedientes de pacientes que regresaron con alguna complicación secundaria al procedimiento.

Dentro de las estrategias para la recolección de datos se realizó un formato ex profeso llenado con los datos obtenidos en los expedientes clínicos del archivo del Hospital, se revisaron los ultrasonidos pélvicos realizados antes de ingresar al programa y el de las 2 semanas posteriores a la administración del medicamento, por lo que con estos datos se realizó una base de datos en Excel, y se realizó el análisis estadístico.

Desde el punto de vista bioético, la presente investigación carece de riesgo para las pacientes, debido a que nuestro objeto de estudio fueron expedientes.

III. RESULTADOS.

En la presente investigación de Enero a Diciembre del 2010, se revisaron un total de 1036 expedientes de pacientes que ingresaron al programa de interrupción legal del embarazo, de los cuales se incluyeron 612 (59%) expedientes de pacientes que cursaban con embarazo menor a 9 semanas, no se incluyeron 355 (34%) expedientes de pacientes que cursaban con embarazo de 9 a 11.6 semanas y 69 (7%) expedientes de pacientes que cursaban con embarazo de 12 semanas en adelante, por lo que estas últimas quedaron fuera del programa. El mayor porcentaje de pacientes que acudieron al programa de ILE en ese periodo cursaban un embarazo menor de 9 semanas.

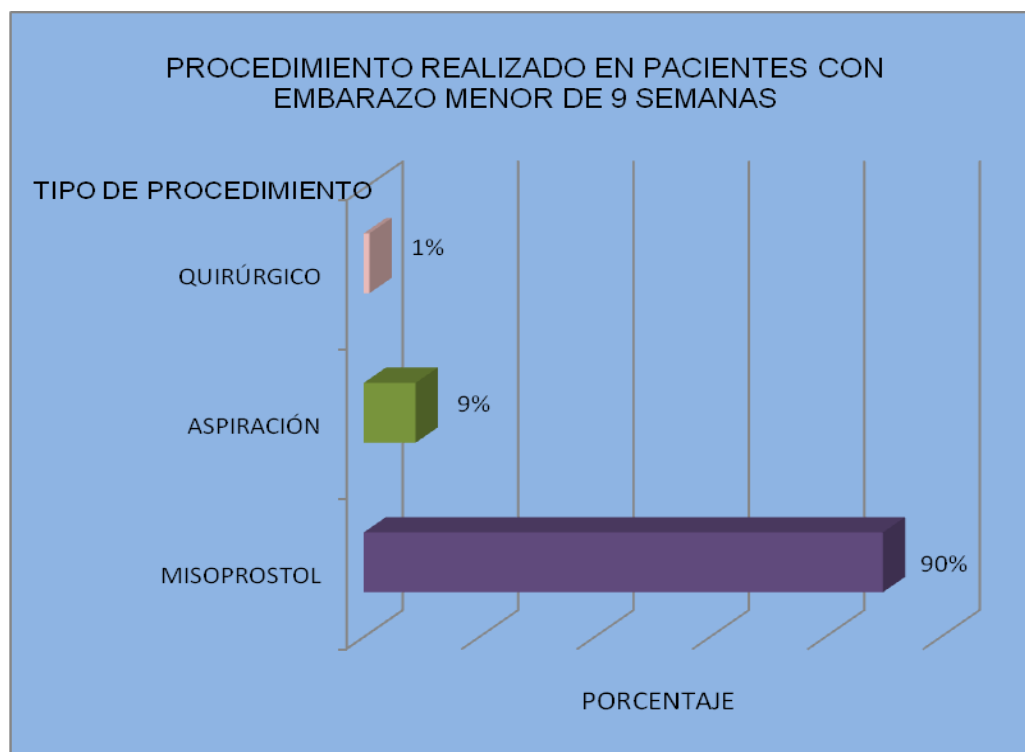
Tabla I.

PACIENTES DE ILE EN EL AÑO 2010		
EDAD GESTACIONAL	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOS DE 9 SEMANAS	612	59%
9 A 11.6 SEMANAS	355	34%
12 Y MAS SEMANAS	69	7%
TOTAL DE PACIENTES	1036	100%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL H. G. DR. ENRIQUE CABRERA C.

El total de las pacientes que cursaban con embarazo menor de 9 semanas fue de 612, de las cuales a 550 (90%) de las pacientes se les administró misoprostol, a 56 (9%) pacientes se les realizó aspiración endouterina debido a que 45 pacientes lo solicitaron, 2 pacientes eran diabéticas, 2 pacientes cursaban con embarazo gemelar, 2 pacientes tenían un huevo muerto y retenido, 2 pacientes cursaban embarazo molar, 1 paciente cursaba un embarazo anembriónico, 1 paciente cursaba con anemia y 1 paciente era foránea; y 6 (1%) pacientes cursaban con embarazo ectópico, las cuales fueron ingresadas al servicio de Ginecología para tratamiento quirúrgico.

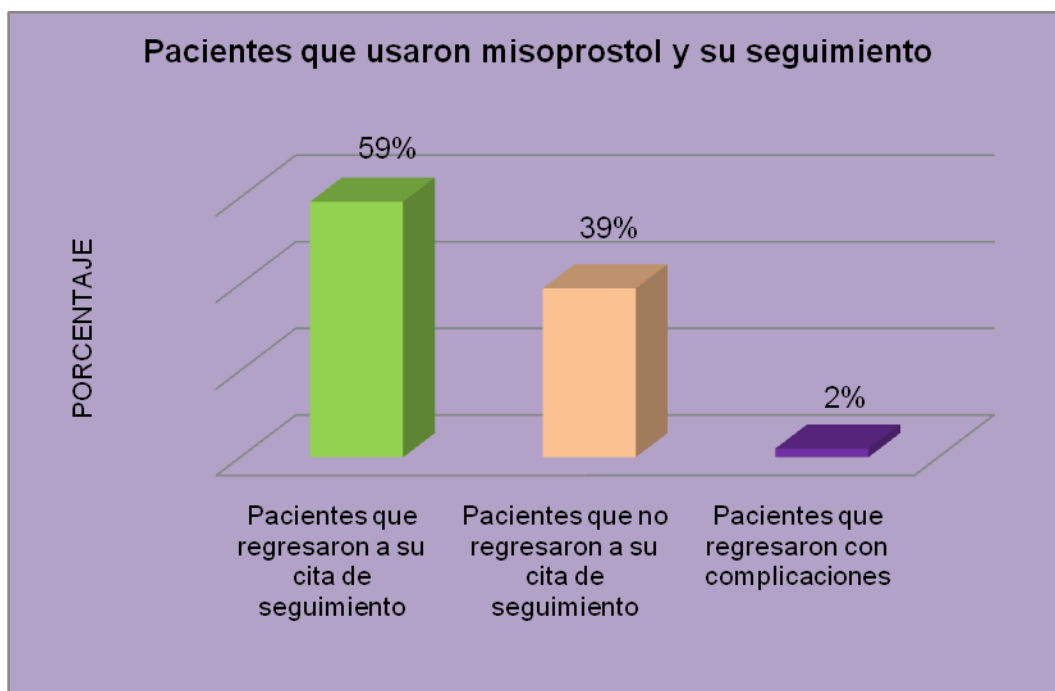
Figura 1.



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De las 550 pacientes que se les administró misoprostol, 326 (59%) pacientes regresaron a su cita de seguimiento con ultrasonografía de control y 9 (2%) pacientes regresaron por alguna complicación, dentro de las cuales 8 pacientes regresaron con hemorragia y se les realizó legrado uterino, y solo una paciente regreso con aborto infectado, a quien se le administró antibiótico y posteriormente se le realizó legrado; 215 (39%) pacientes no regresaron.

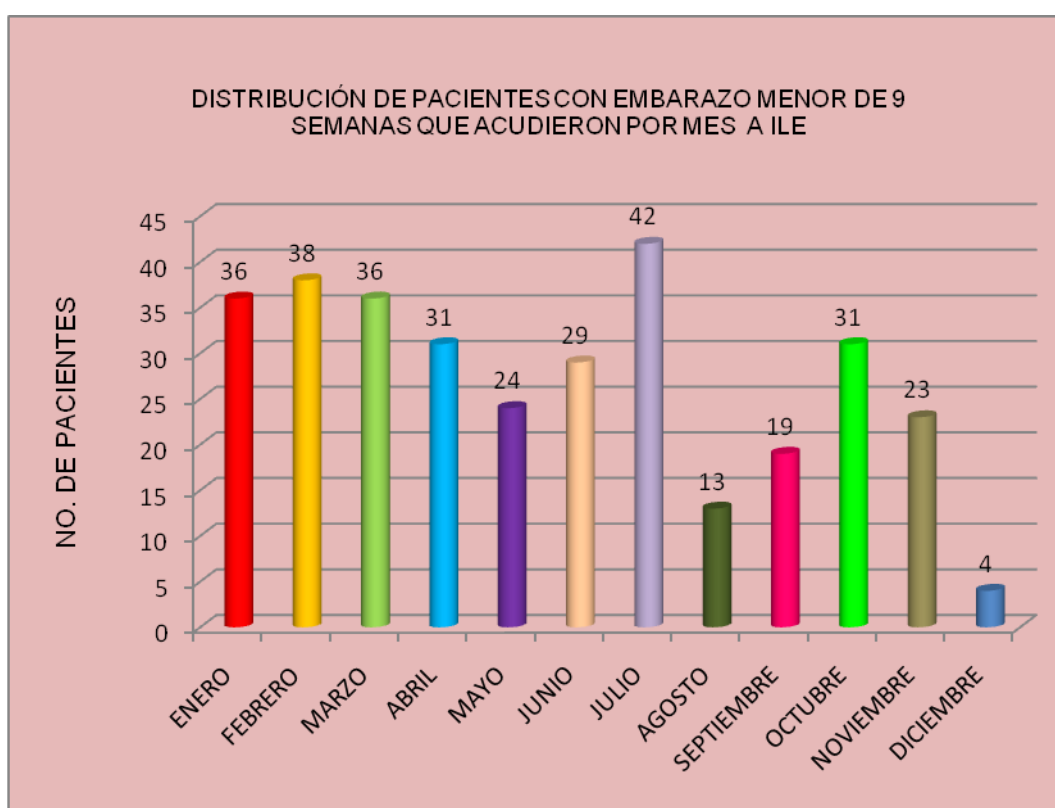
Figura 2.



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De las 326 pacientes a quienes se les administró misoprostol y regresaron a consulta de seguimiento, se observó que la mayor cantidad de pacientes acudió durante el mes de julio y la menor cantidad en el mes de diciembre.

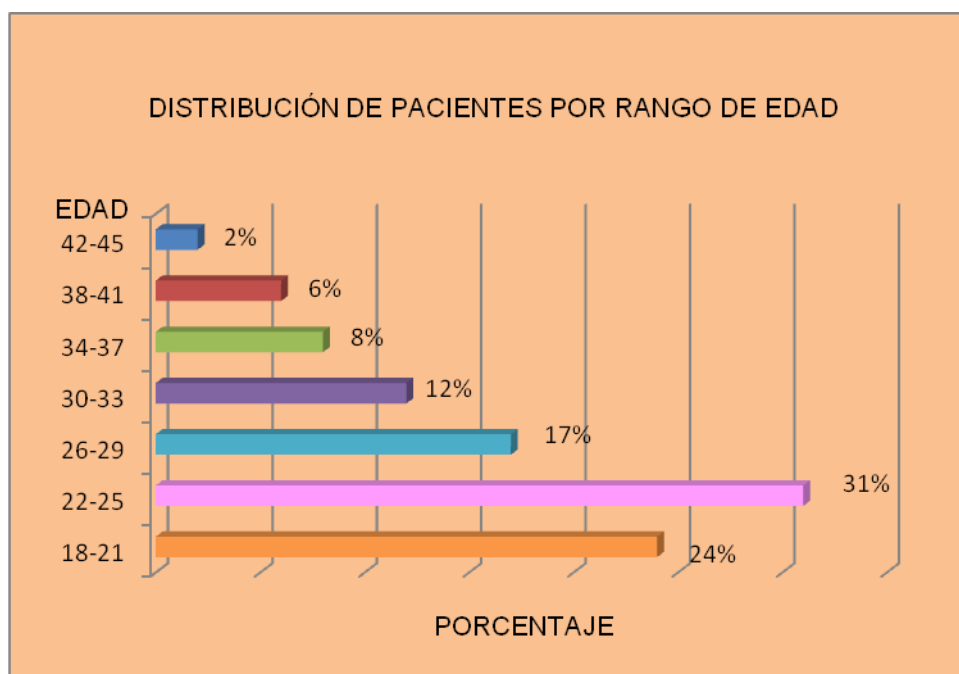
Figura 3.



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De las 326 pacientes que son objeto de nuestro estudio, de acuerdo a los rangos de edad, los grupos más afectados son el de 22 – 25 años con un total de 102 pacientes (31%), el de 18 – 21 con 77 pacientes (24%) y la menor cantidad se encuentra en el grupo de 42-45 años, siendo de 7 pacientes, con un 2%; con un promedio de edad de 26.5 años.

Figura 4.



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En lo referente a la distribución de las pacientes de acuerdo a las semanas de gestación, se observó que la mayoría se encontraban cursando un embarazo de 7 semanas, con una edad gestacional promedio de 7.2 semanas.

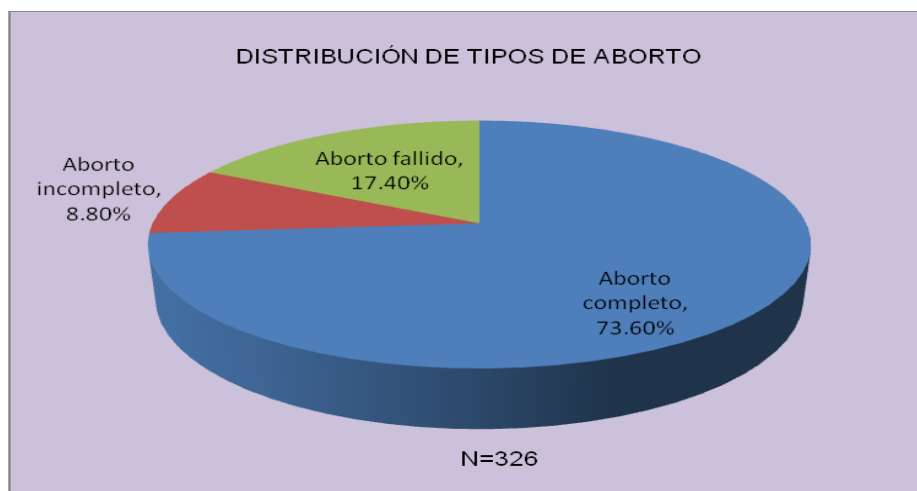
Tabla II.

Semanas de gestación	No. de pacientes	Porcentaje
4	2	1
5	33	10
6	64	20
7	129	39
8	98	30

FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En lo referente a la eficacia del misoprostol, se observó que de las 326 pacientes a las que se les realizó seguimiento posterior a la administración del medicamento por medio de ultrasonografía, 240 cursaron con aborto completo por lo que se les dio de alta, 29 pacientes tuvieron aborto incompleto y fue necesario administrar una dosis adicional de misoprostol y 57 pacientes tuvieron aborto fallido, por lo que fueron programadas para aspiración endouterina.

Figura 5.



FUENTE: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Además se observó que de las pacientes que tuvieron un aborto fallido, la edad gestacional predominante fue de 7 semanas, con un promedio de 7.1 semanas de gestación.

IV. DISCUSIÓN.

Múltiples estudios han encontrado que el misoprostol es una alternativa más segura y aceptable que la aspiración uterina. Un estudio demostró el 84 % de efectividad con el misoprostol después de 8 días de aplicado el tratamiento. Se encontró una incidencia baja de infección del 12.3% y no hay evidencia de mayor incidencia de infección atribuible al tipo de manejo seleccionado. (4)

Varios métodos para el aborto médico fueron comparados. Con el uso de 200 mg de mifepristona vía oral y 800 µg de misoprostol administrado vía vaginal, 48 hrs después, el rango de mayor éxito fue obtenido del 97 al 98%, en embarazos de hasta 9 semanas. Cuando se administraron 200 mg de mifepristona vía oral seguido de 800 µg vía oral en vez de administración vía vaginal, 48 hrs después el rango de éxito fue de 89 al 93%. En cambio se usaron 50 mg/m² de metotrexate por vía oral o intramuscular, seguidos de 800 µg de misoprostol administrado vía vaginal, de 5 a 7 días después, el rango de éxito fue de 88 al 98% en embarazos de hasta 8 semanas. El uso de solo 800 µg de misoprostol en embarazos de hasta 9 semanas el rango de éxito fue del 96%. En todos los casos se muestra que el rango de éxito es mayor con el aborto médico cuando el embarazo es de menor edad gestacional. (6)

El Centro Comunitario del embarazo es una fundación gubernamental, que provee alrededor de 2500 terminaciones del embarazo cada año en Australia. Después de la publicación en 2001 de la evidencia de que el misoprostol vía oral fue del 95% de efectivo en el tratamiento del aborto, en el 2002 en el Centro se adoptó el manejo médico con misoprostol, como primera línea de tratamiento. En el 77% de las mujeres que aceptaron la aplicación de misoprostol en su domicilio se encontró un alto grado de satisfacción con el método. Tuvo el 93% de éxito de resolución del embarazo, con una examinación ultrasonográfica se demostró una cavidad uterina que contenía una mínima retención de productos. ⁽⁷⁾

La combinación de mifepristona y misoprostol es un método establecido para la inducción del aborto en el primer trimestre, pero no hay un consenso acerca de la mejor evaluación para el resultado del tratamiento. Se evaluó el eco endometrial determinado por el ultrasonido y la medición de la fracción beta de la hCG como marcadores para el éxito del manejo. Un estudio prospectivo que incluyó a 255 mujeres, con una gestación de 62 días o menos a quienes se les realizó un aborto médico. En adición a las rutinas establecidas de la exploración clínica y por ultrasonido, también se determinó el nivel de fracción beta para el tratamiento y posteriormente el seguimiento. De las 255 mujeres tratadas, el 7.8% se perdieron durante el seguimiento. El rango de éxito de aborto completo fue del 94%, 14 mujeres requirieron aspiración uterina, 9 de los embarazos continuaron. Disminuyó la fracción beta en el 94% de las mujeres,

con una medición el día de la administración del medicamento y 15 a 71 días después del aborto. A las mujeres que tenían un endometrio de más de 12 mm se les realizó aborto quirúrgico, el saco gestacional no se observó en ninguno de los casos. ⁽¹⁰⁾

En comparación con este estudio, el rango de éxito del aborto completo fue del 73.4%, por lo que 29 pacientes requirieron una dosis adicional de misoprostol y 57 requirieron aspiración endouterina, además de que el 39% de las pacientes no regresaron a control, por lo que se desconoce si la resolución del embarazo se llevó a cabo o no.

Por el momento no se ha establecido la dosis y vía de administración del misoprostol más efectiva, además que actualmente se están usando dosis menores del medicamento pero combinado con la administración de mifepristona. Además otro punto de gran importancia es que la medición del eco endometrial no pueden ser parámetros establecidos para considerar el tipo de aborto, ya que depende mucho del ultrasonografista y de las características clínicas de la paciente.

V. CONCLUSIONES.

En el presente estudio se revisaron expedientes de pacientes que ingresaron al programa de interrupción legal del embarazo manejadas con misoprostol vía bucal en embarazos menores de 9 semanas durante el 2010, encontrando que la eficacia de este medicamento es de más del 70%, y la posibilidad de presentar alguna complicación secundaria es relativamente baja, además de que el porcentaje de pacientes que requirieron de una dosis adicional de medicamento es baja, al igual que las pacientes que requirieron evacuación uterina.

Cabe señalar que si todas las pacientes que ingresaron al programa y que se les administró el misoprostol por vía bucal, regresaran a su cita de seguimiento la eficacia sería mayor, ya que se trata del 39% de las pacientes, por lo que se sugiere que se realice seguimiento de esas pacientes, para conocer su estado de salud, saber si presentaron alguna complicación por la que tuvieron que acudir a otra unidad hospitalaria o simplemente el embarazo continuo.

Actualmente se realiza un protocolo de investigación que incluye la comparación del uso de misoprostol únicamente y combinado con mifepristona, para comparar la efectividad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Emily M, Godfrey MD. Early pregnancy loss needn't require a trip to the hospital. *The J Fam Prac* 2009; 58:11, 585-590.
2. Weeks A, Faundes A. Misoprostol in obstetrics and gynecology. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99: 5156-5159.
3. Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for early pregnancy failure. *Curr Opin Obstet Gynaecol* 2006; 18: 581-586.
4. Tjerstad M, Trussell J, Silvin J, et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *N Engl J Med* 2009; 61: 145-151.
5. Boersma A, Meyboom de Jong B. Medical Abortion in Primary Care: Pitfalls and Benefits. *West Ind Med J* 2009; 58 (6): 610-613.
6. Gemzell-Danielsson K. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obst* 2007; 99: 5182-5185.
7. Dennis G. Chambers. Treatment of suction termination of pregnancy-retained products with misoprostol markedly reduces the repeat operation rate. *The Roy Aust and N Zea Coll of Obstet and Gynaecol* 2009; 49: 551-553.
8. Anneli K, Wolff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contrac and Reprod Health Car* 2009; 14 (5): 324-333.

9. Goodyear-Smith F, Knowles A. Choosing medical or surgical terminations of pregnancy in the first trimester: What is the difference?. *Aus and New Zea J of Obstet and Gynaecol* 2009; 49: 211-215.
10. Parashar P, Iversen O. Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *The Eur J of Contrac and Reprod Health Care* 2007; 12(4): 366-371.
11. Sedgn G, Henshow S, Singn S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338-1345.
12. México City bill that legalizes abortion during first three months gestation published into law. *Kaiser Daily Women´s Health Report* 2008.
13. Harper CC, Blanchard K, Grossman D, Henderson J, Darney PD. Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 98: 66-69.
14. Hu D, Bertozzi SM. The costs, benefits and cost-effectiveness of interventions to reduce maternal morbidity and mortality in México. *PLOS ONE* 2007; 2: 750.
15. Hu D, Grossman D, Levin C, Blanchard K, Goldie S. Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City. *BJOG* 2009; 116: 768–779.