



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

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

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRINCIPALES MOTIVOS DE LA RENUENCIA DE LOS GINECOOBSTETRAS
PARA UTILIZAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VS TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO EN ABORTOS DEL PRIMER TRIMESTRE NO COMPLICADOS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

**PRESENTADO POR
DR. MIGUEL ANGEL RUEDA SANCHEZ**

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

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES**

México, D. F. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

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

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRINCIPALES MOTIVOS DE LA RENUENCIA DE LOS GINECOOBSTETRAS
PARA UTILIZAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VS TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO EN ABORTOS DEL PRIMER TRIMESTRE NO COMPLICADOS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMEDICA

**PRESENTADO POR
DR. MIGUEL ANGEL RUEDA SANCHEZ**

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

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES**

2016

**PRINCIPALES MOTIVOS DE LA RENUENCIA DE LOS GINECOOBSTETRAS PARA
UTILIZAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VERSUS TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO EN ABORTOS DEL PRIMER TRIMESTRE NO COMPLICADOS**

Autor: Dr. Miguel Ángel Rueda Sánchez

Vo.Bo.
Dr. Juan Carlos De la Cerda Ángeles

Profesor titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.
Dr. Ignacio Carranza Ortíz

Director de Educación e Investigación

**PRINCIPALES MOTIVOS DE LA RENUENCIA DE LOS GINECOOBSTETRAS PARA
UTILIZAR TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO VERSUS TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO EN ABORTOS DEL PRIMER TRIMESTRE NO COMPLICADOS**

Autor: Dr. Miguel Ángel Rueda Sánchez

Vo.Bo.
Dr. Juan Carlos De la Cerda Angeles

Director de Tesis

.Bo.
Dra. Carolina Salinas Oviedo

Asesor Metodológico

Agradecimientos

INDICE

Resumen1
Introducción2
Material y métodos	10
Resultados13
Discusión19
Conclusiones.	24
Bibliografía.	25
Anexo	26

RESUMEN.-

Objetivos: Conocer el principal motivo para la renuencia de los ginecoobstetras para usar tratamiento médico ambulatorio en abortos no complicados del primer trimestre

Material y métodos: Se realizó un estudio sociomédico, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en el HG Enrique Cabrera, a todos los médicos ginecoobstetras que laboran en esta unidad siendo un total de 22 adscritos, a los cuales se les realizó un cuestionario con 5 preguntas encaminadas a buscar sus preferencias para tratamientos sobre abortos del primer trimestre, ya fuese tratamiento médico o tratamiento quirúrgico y en aquellos ginecoobstetras que eligieron tratamiento quirúrgico conocer sus principales motivos de renuencia al uso de tratamiento médico.

Resultados: 68% de los médicos ginecoobstetras prefirieron tratamiento médico mientras que 32% optaron por el tratamiento quirúrgico, del 32% de los médicos renuentes al tratamiento médico las principales causas de renuencia fueron: la falta de seguimiento hacia estas pacientes, el temor a complicaciones y falta de disponibilidad del medicamento, un 41% de los encuestados refirió nunca haber recibido capacitación por parte de la institución sobre tratamiento farmacológico ambulatorio en abortos del primer trimestre, el turno hospitalario con mayor renuencia al uso del tratamiento médico abortivo fue el nocturno con un 50% de renuencia.

Conclusiones: Es importante insistir en la capacitación y sensibilización acerca del tratamiento médico abortivo en los médicos ginecoobstetras. Hacen falta más estudios de este tipo que permitan conocer los motivos de renuencia al uso del tratamiento médico en abortos del primer trimestre.

Palabras clave: renuencia, tratamiento abortivo, tratamiento quirúrgico

INTRODUCCION.-

Aborto es la terminación espontanea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana contando desde el primer día de la ultima menstruación normal o expulsión del producto de la gestación con peso menor de 500 gr (1)

Aborto incompleto es la expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañados de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales, este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia . Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad

Aborto retenido es cuando el embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares. Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnostico. Existe retención del embrión después de su muerte durante un periodo de 4 semanas (2)

Existe evidencia de que la edad materna entre los 25 y los 40 años se relaciona con aborto, se sospecha que esto se debe a alteraciones cromosómicas. Se ha mostrado que en mujeres con cariotipo normal cuando son mayores de 36 años muestran una incidencia de aborto de 10% y cuando son menores de 30 años 3%, al parecer esto se debe a que a mayor edad son más frecuentes padecimientos

como miomatosis uterina y anomalías endocrinas. Las anomalías cromosómicas son responsables de un 49% de abortos espontáneos, la mayoría de estas situaciones son eventos aleatorios (1)

Según la OMS el aborto es un problema social que cada vez va incrementando, estimándose que anualmente ocurren en el mundo 67 000 muertes maternas por el aborto espontáneo es una complicación frecuente en el embarazo, de las cuales 90% ocurren en países subdesarrollados especialmente en aquellos con escaso acceso a los servicios de salud (3)

Entre los factores de riesgo para aborto están: los pólipos mayores de 2 cm que pueden asociarse con pérdidas del embarazo, los miomas submucosos se asocian a pérdidas tempranas, cuando existe aborto previo, se incrementa la probabilidad de nuevo aborto en 5%, las anomalías cromosómicas son responsables de 49% de los abortos espontáneos.

El misoprostol sigue siendo muy usado por los médicos en todo el mundo. Datos de la encuesta aplicada sobre el empleo del misoprostol, demuestran las respuestas de uso que fueron: evacuación uterina en caso de feto muerto intra-útero (61%), en abortos retenidos (57%) y para inducir el parto (46%).

Entre las características particulares del fármaco, le confieren una alta tasa de utilización, fácil almacenamiento, bajo costo y las diversas formas de administración, reconociéndose que hay limitaciones en la aprobación de todas

sus indicaciones terapéuticas en la mayoría de los países en desarrollo, y no en todas las instituciones hospitalarias ha sido protocolizado su empleo, por ello debe oficializarse su uso apropiado con el propósito de reducir sus complicaciones (4)

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 (PgE1) inicialmente indicado para el tratamiento de la úlcera péptica, especialmente en la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. Gran variedad de estudios científicos en todo el mundo han demostrado la efectividad en inducir cambios cervino-uterinos, ya desde los años 80's se incrementó su uso para abortos clandestinos en América. De igual manera se debe reconocer el papel trascendental en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad materna asociadas al aborto inseguro.

Como todo los medicamentos a los que no se les protocoliza o regulariza su empleo, se desarrolla una venta no soportada sobre la indicación médica formal y termina siendo regularizado por personal no calificado como ocurrió hacia los años 90's, dándosele amplia distribución por los vendedores de las farmacias

Las prostaglandinas, incluido el misoprostol, se encuentran en casi todas las células del organismo. Son ácidos grasos monocarboxílicos insaturados de 20 carbonos, que se originan del ácido araquidónico y están formados por 2 cadenas y 1 anillo de 5 carbonos. Las prostaglandinas se diferencian solamente por cambios menores en la metilación u oxidación de sus cadenas carbonadas.

La designación de cada prostaglandina (Pg), como la PgE1, PgE2 y PgE3, se refiere únicamente a la presencia de mayor o menor número de enlaces dobles en la cadena lateral alifática.

El misoprostol es un nuevo análogo sintético de la prostaglandina E1 (PgE1), y se constituye por partes equivalentes de 2 isómeros. Su evidente capacidad para producir contracciones uterinas abrió el escenario de su uso en la ginecología y la obstetricia, con lo cual se ha observado una disminución sustantiva en el número de complicaciones derivadas del aborto, y como medicamento resulta muy valioso en el manejo de las hemorragias obstétricas del primer trimestre, la inducción del trabajo de parto y el control del sangrado posparto, acciones que impactan de manera sustancial en los indicadores maternos de morbi-mortalidad.(5)

El aborto médico se aprobó por primera vez en Francia en el año de 1988 (hasta 49 días de amenorrea), seguido de las aprobaciones en el Reino Unido (1991) y Suecia (1992) (hasta 63 días en ambos países). La mifepristona se ha utilizado también en China desde 1992. Sin embargo, no fue hasta 1999/2000 que se aprobó el aborto médico con mifepristona y prostaglandinas en varios otros países europeos y Estados Unidos. Hoy en día, la mifepristona se comercializa en 31 países en todo el mundo.

Modo de acción de la mifepristona:

La mifepristona es un esteroide sintético que actúa como antagonista competitivo de los receptores de progesterona.

La mifepristona invierte la acción de la progesterona en el embarazo.

Se aumenta la contractilidad uterina, pero la mayoría de las veces sensibiliza al miometrio a prostaglandinas.

Durante el embarazo humano temprano, la contractilidad uterina es suprimida. y la posterior disminución de la progesterona plasmática resulta en un aumento de las contracciones uterinas y aborto espontáneo. Se propuso que el grado de actividad uterina, durante el embarazo está regulada por el equilibrio entre el supresor intrínseco, la progesterona y el estimulante PG F2a. La progesterona suprime las contracciones uterinas mediante la inducción de hiperpolarización de la membrana celular, lo que hace a los miocitos menos sensibles a la estimulación eléctrica.

El tratamiento con mifepristona contrarresta los efectos de la progesterona, la mifepristona invierte la hiperpolarización de la membrana celular y la inhibición inducida por la progesterona en la formación de gap-junction (6)

El tratamiento tradicional, después de aborto espontáneo, ha sido el realizar una cirugía para eliminar todos los tejidos restantes ovulares o placentarios de la cavidad uterina (evacuación del útero). Sin embargo, los tratamientos médicos (incluido el *misoprostol*) o el manejo expectante (sin tratamiento) también pueden ser eficaces, seguros y aceptables.

El principal peligro del aborto incompleto no infectado es la pérdida sanguínea, la cual puede llegar a generar un choque hipovolémico y en algunas ocasiones hasta la muerte, en casos de hemorragias profusas. En los países menos desarrollados las muertes atribuibles al aborto pueden llegar a constituir entre el 22% y el 56% de todas las muertes maternas directas.

Se puede considerar tratamiento ambulatorio inicial del aborto incompleto con *misoprostol* en pacientes con úteros de hasta 12 semanas, sin signos de infección, con posibilidades de retorno seguro y rápido al centro de atención. En gestaciones mayores a 12 semanas, se recomienda que su manejo sea siempre intrahospitalario (7)

Por orden de preferencia, para gestaciones menores de 12 semanas:

- Vía oral, una dosis única de *misoprostol* de 600 µg.
- Vía sublingual, una dosis única de *misoprostol* de 400 µg.
- Vía vaginal, aplicar tabletas de *misoprostol* de 200 µg cada 3 horas, hasta un total de 800 µg

En el huevo anembrionado:

- *Misoprostol* vía vaginal, aplicar 600 a 800 µg en una dosis única.
- *Misoprostol* vía sublingual, suministrar 200 a 600 µg, cada 3 horas, por 2 dosis.
- *Misoprostol* vía vaginal, aplicar 400 a 800 µg, cada 3 horas, por 2 dosis (7)

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo

El método recomendado para el aborto médico es la mifepristona seguido de *misoprostol* 1 a 2 días más tarde. (vigor de la evidencia fuerte. Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: moderada)

La mifepristona siempre debe administrarse vía oral. La dosis recomendada es 200mg.

Se recomienda que la administración de misoprostol se realice 1 a 2 días después (24 a 48hrs) después de la mifepristona

- En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg.
- En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.
- En el caso de gestaciones con un máximo de 7 semanas (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol.
- En el caso de gestaciones con un máximo de 9 semanas (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (84 días)

El método recomendado para el aborto medico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de dosis repetidas de misoprostol entre 36 y 48 horas más tarde.

[Ver las notas a continuación para conocer las posologías y las vías de administración del misoprostol].

(Vigor de la recomendación: fuerte. Calidad de la evidencia basada en ensayos aleatorizados controlados: baja a moderada).

Si no se dispone de mifepristona

Para embarazos con una edad gestacional de 12 semanas (84 días) como máximo

El método recomendado para el aborto medico es 800 ag. de misoprostol administrado por vía vaginal o sublingual. Es posible administrar un máximo de tres dosis repetidas de 800 ag. con intervalos de al menos tres horas, pero no durante más de 12 horas.

(Vigor de la recomendación: fuerte.

Calidad de la evidencia basada en un ensayo aleatorizado controlado: alta). (8)

Se han realizado varios estudios comparativos entre manejo médico y manejo quirúrgico de misoprostol en donde no se han encontrado diferencias significativas en la tasa de éxito de uno u otro manejo mostrándose que el misoprostol es tan efectivo como el AMEU para el tratamiento de aborto incompleto cuando son menores de 12 semanas considerándose muchas ventajas practicas del misoprostol sobre los demás tratamientos. (9)

MATERIAL Y MÉTODOS.-

Se realizó un estudio de tipo sociomédico, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en el Hospital General Enrique Cabrera, a todos los médicos ginecoobstetras del servicio de Ginecología y obstetricia que laboran en esta unidad en los diferentes turnos, siendo un total de 22 adscritos. Abarcando a todo nuestro universo de estudio.

El objetivo principal de nuestro estudio era conocer el principal motivo para la renuencia de los ginecoobstetras para usar tratamiento médico ambulatorio en abortos no complicados del primer trimestre (entendiendo como aborto no complicado a los abortos incompletos espontáneos, huevo muerto retenido, embarazo anembriónico etc), como objetivos secundarios también incluimos determinar el porcentaje de ginecoobstetras del Hospital General Enrique Cabrera que prefiere usar tratamiento médico ambulatorio en abortos no complicados del primer trimestre y el porcentaje de médicos que prefieren tratamiento quirúrgico, conocer preferencias porcentuales de tratamiento del aborto no complicado del primer trimestre por turno y los principales 3 motivos para su renuencia a usar el tratamiento médico.

Como criterios de inclusión se encontraban todos los adscritos de ginecoobstetricia que laboraron en el hospital en el periodo de tiempo en el cual se llevo a cabo el estudio (Marzo,Abril, Mayo del 2015) y que dieran su autorización para que se les aplicara la encuesta .Dentro de los criterios de exclusión estaban todos aquellos ginecoobstetras que no pertenecieran al servicio de

ginecoobstericia y que no laboraran en el Hospital General Enrique Cabrera, así como que el ginecoobstetra rechazara la aplicación de la encuesta o bien que por motivos de salud no estuviese laborando temporalmente en la unidad.

Se les aplicó una encuesta con 5 preguntas encaminadas a la preferencia de uno u otro tipo de manejo para pacientes con aborto incompleto espontáneo del 1er trimestre no complicados preguntándose específicamente sobre las preferencias sobre tratamiento médico farmacológico o tratamiento quirúrgico con Aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado uterino instrumental .

El cuestionario también incluía preguntas acerca de si el ginecoobstetra elegía un tratamiento quirúrgico cuáles eran sus principales motivos para preferir este sobre el tratamiento médico con misoprostol.

Otras preguntas incluidas en el cuestionario estuvieron relacionadas con otros aspectos como si el ginecoobstetra había recibido alguna capacitación por parte de la institución sobre el manejo del aborto incompleto espontáneo no complicado con misoprostol.

Las preguntas del cuestionario eran las siguientes:

1. ¿Que tipo de tratamiento prefiere usted para el aborto incompleto espontáneo del primer trimestre no complicado?

Las opciones fueron a) Tratamiento farmacológico con misoprostol, b) Tratamiento con AMEU o legrado uterino instrumental y c) otro especifique ,

2. En caso de que usted prefiera el tratamiento quirúrgico (AMEU, LUI) ¿por qué motivo no usa el tratamiento médico en abortos del primer trimestre?

A) por falta de capacitación del hospital acerca del tratamiento farmacológico con misoprostol, b) por temor a complicaciones que pudiera presentar la paciente en su domicilio (especifique), c) por falta de disponibilidad del medicamento, d) otras (especifique)

3.¿Qué propondría para extender el uso de tratamiento farmacológico en abortos incompletos del primer trimestre no complicados?

4.¿Cuál cree que sea la principal causa para la renuencia de algunos médicos para el uso de tratamiento farmacológico en abortos no complicados del primer trimestre?

5.¿La institución le ha dado alguna capacitación acerca del uso de tratamiento farmacológico en abortos del primer trimestre?

Se realizaron las encuestas durante los meses de Abril y Mayo y en el mes de Junio se procedió a recopilar la información, y mediante método de paloteo se empezó a vaciar la información acerca de la frecuencia en tablas y en gráficas de acuerdo las principales variables de este estudio. Se buscó plasmar de la forma más clara posible mediante gráficos y tablas las preferencias de los médicos en cuanto al manejo del aborto incompleto del 1er trimestre no complicado, así como los principales motivos de la renuencia al manejo con misoprostol.

Se trató de un estudio sin riesgo desde el punto de vista ético.

RESULTADOS.-

De los 22 ginecoobstetras encuestados 15 estaban a favor de dar tratamiento médico con misoprostol en abortos incompletos espontáneos no complicados del primer trimestre (68%) , mientras que los 7 restantes (32%) preferían realizar algún tratamiento quirúrgico, ya sea AMEU o legrado uterino instrumental , los principales motivos que señalaban los médicos renuentes al tratamiento médico con misoprostol fueron principalmente el temor a complicaciones (3 ginecoobstetras) en las pacientes tratadas con misoprostol de estas principalmente el sangrado excesivo , y el otro motivo de renuencia fue la falta de seguimiento a este tipo de pacientes una vez que se les da el tratamiento médico con misoprostol .

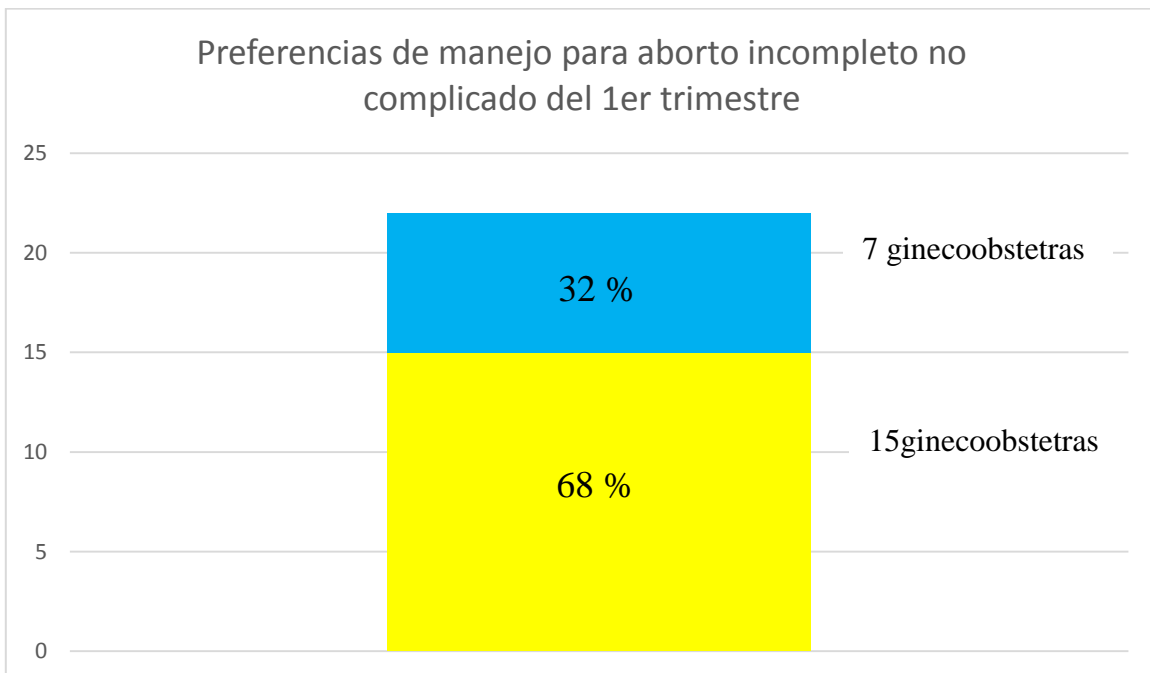


Figura 1

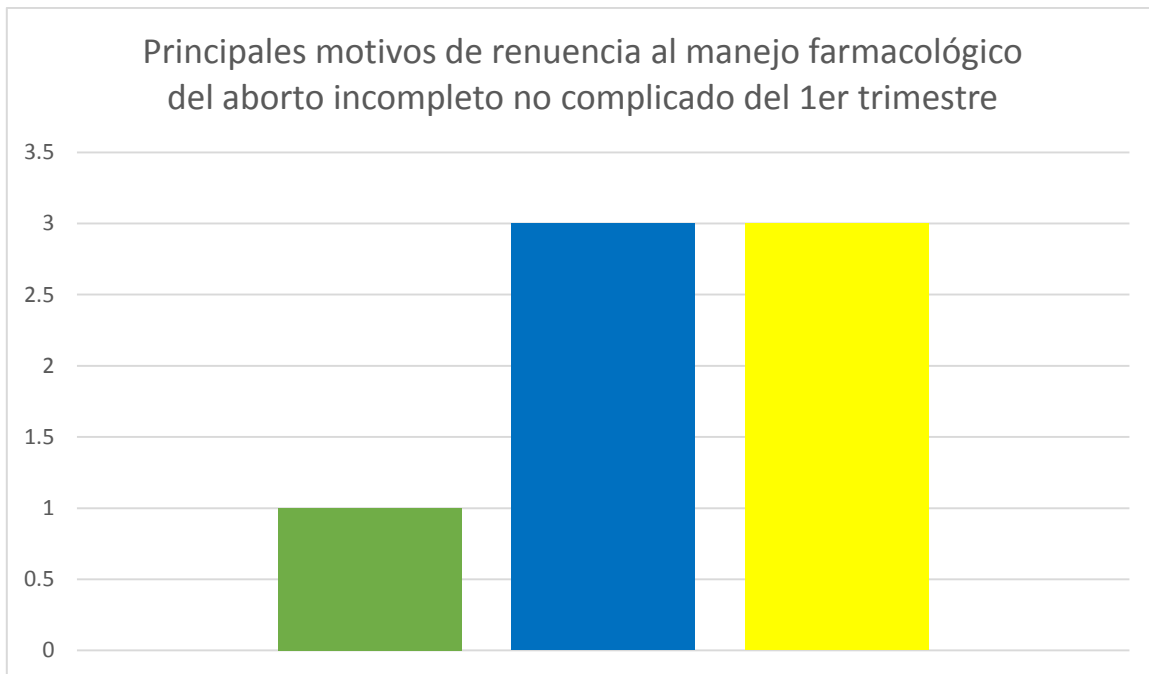


Figura 2

- Falta de medicamento
- Falta de seguimiento
- Temor a complicaciones

De los médicos que prefirieron dar manejo quirúrgico al aborto incompleto espontáneo del primer trimestre (7 ginecoobstetras), 3 argumentaron preferirlo porque con el tx médico no había buen seguimiento a las pacientes, 3 refirieron temor a complicaciones y 1 refirió falta de disponibilidad del medicamento.

Una de las preguntas de la encuesta era buscar propuestas por parte de los mismos ginecoobstetras para extender el uso de misoprostol como manejo en aborto incompleto espontaneo no complicado del 1er trimestre la mayoría de los encuestados de ellos considero las siguientes propuestas en orden decreciente: dar más capacitación sobre el tema fue la principal propuesta para extender su uso , otras medidas propuestas fueron buscar una mayor facilidad para tener

acceso al medicamento , así como dar un seguimiento a las pacientes a las cuales se les administra el tratamiento farmacológico ambulatorio en urgencias. Otra propuesta fue promover el uso de misoprostol mediante la difusión de estudios clínicos que respalden su uso. Cabe señalar que algunos médicos dieron más de una propuesta.

La mayoría de los médicos encuestados considero que el principal motivo de renuencia por parte de los médicos para utilizar misoprostol podría ser falta de capacitación 7 (31.8%), por temor a complicaciones 6 (27.2%), por falta de disponibilidad del medicamento 3 (13.6%), resistencia al cambio 2 (9%), falta de seguimiento (9%) y para evitar problemas medico legales 2 (9%)

Los médicos consideran que las principales causas de renuencia son las siguientes :	
7 ginecoobstetras creen que falta capacitación	31.8 %
6 ginecoobstetras piensan que por temor a complicaciones	27.2 %
3 ginecoobstetras piensan que por falta de disponibilidad del medicamento	13.6 %
2 ginecoobstetras piensan que por resistencia al cambio	9 %
2 ginecoobstetras piensan que por falta de seguimiento del caso	9 %
2 ginecoobstaetras piensan que por temora tener problemas medico legales	9 %

Tabla 1

Un 59% de médicos ginecoobstetras refieren haber recibido alguna capacitación por la institución acerca del manejo médico del aborto del primer trimestre con misoprostol mientras que un 41% refieren no haber recibido ningún tipo de capacitación por la institución.

De los ginecoobstetras encuestados 13 (59%) de ellos refirió haber recibido alguna capacitación por parte de la institución sobre el manejo farmacológico para abortos incompletos espontáneos del primer trimestre, mientras que 9 (41%) negaron haber recibido alguna capacitación por parte de la institución.

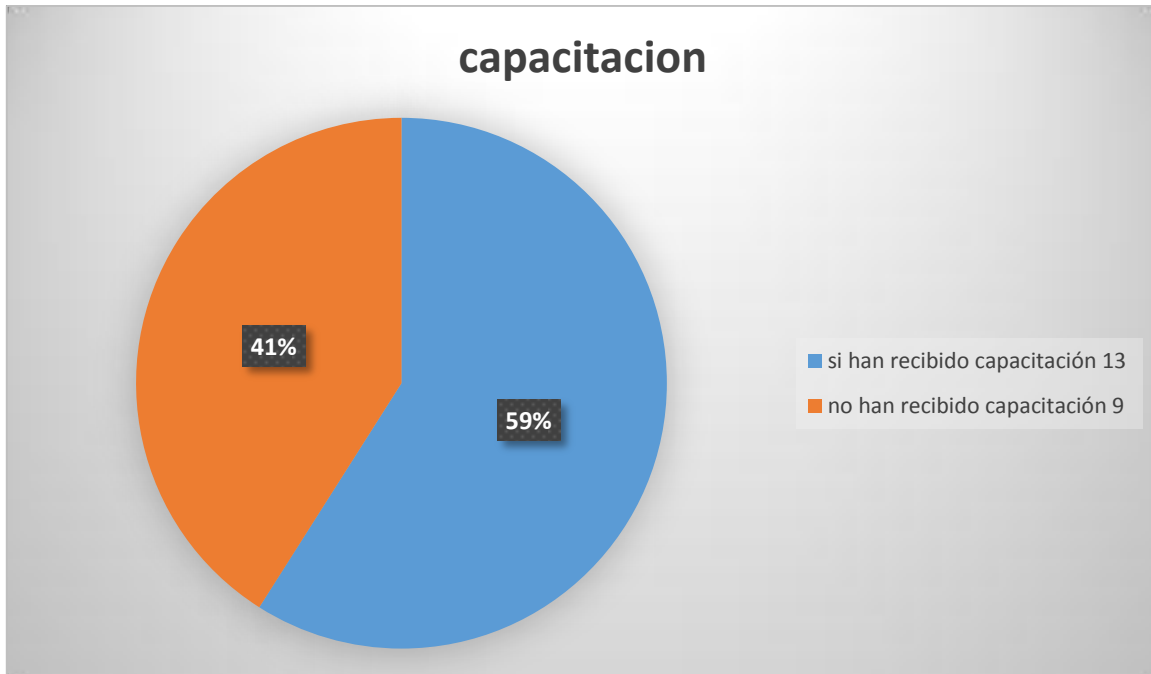
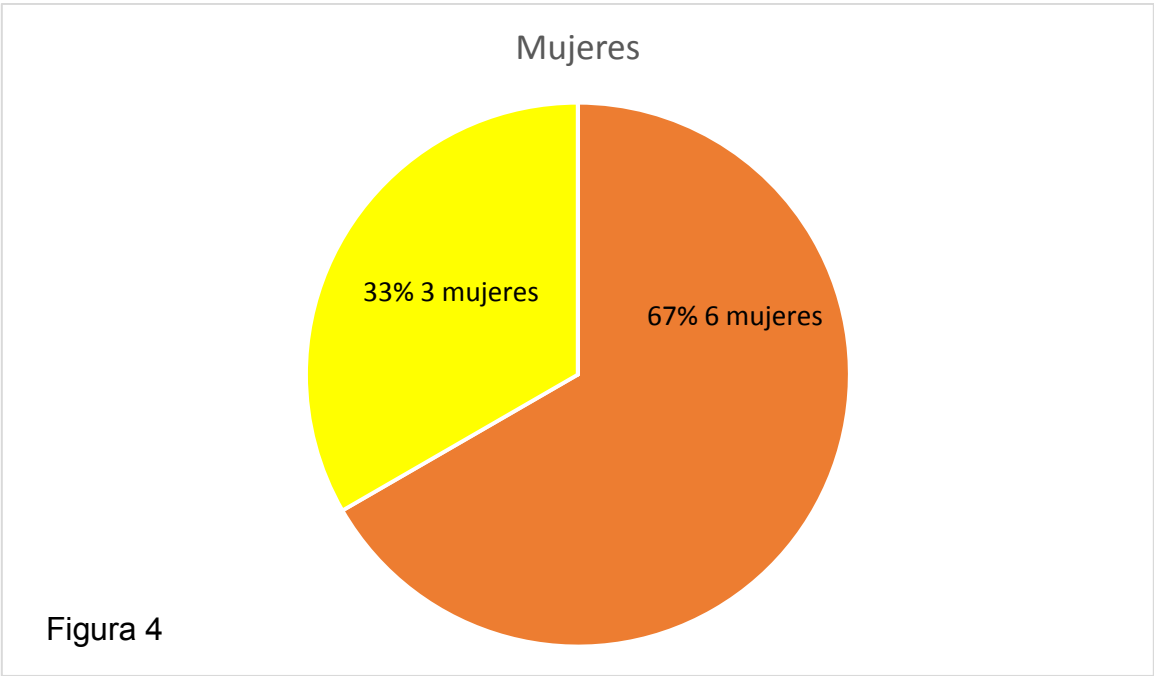
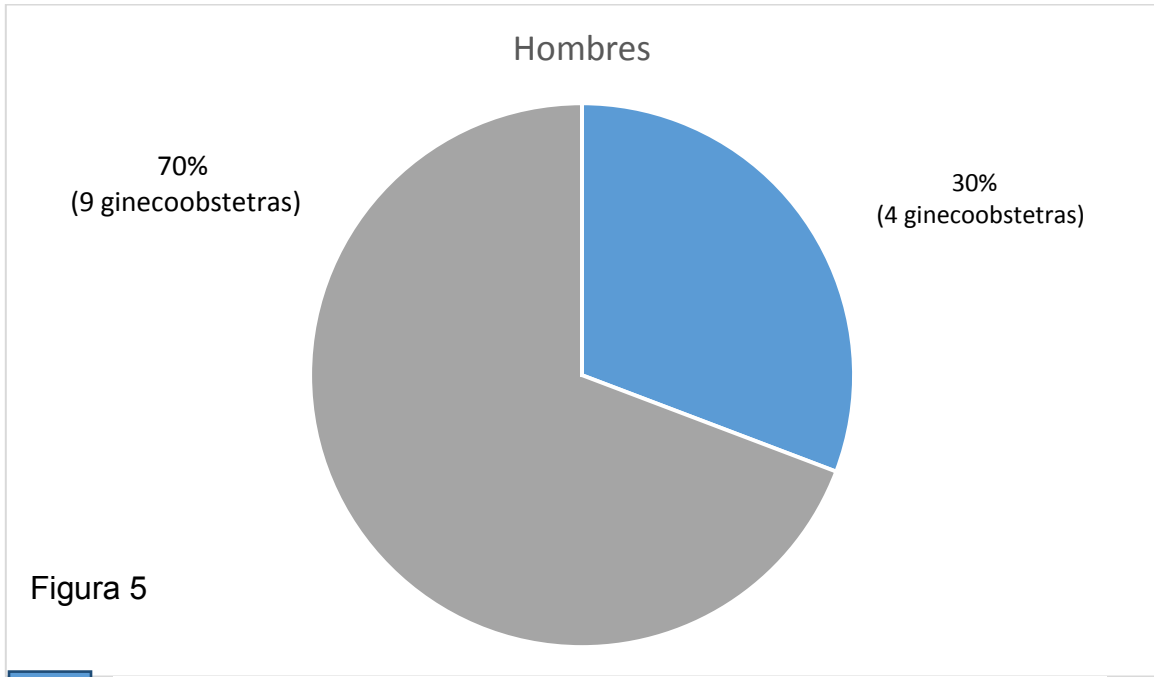


Figura 3

No se encontraron diferencias significativas entre preferencias de tratamiento por grupo de edad. Ni por sexo. En el estudio participaron un total de 9 mujeres ginecoobstetras de las cuales 3 de ellas (33%) prefirieron el uso de tratamiento quirúrgico para abortos del primer trimestre, mientras que 6 (67%) prefirieron dar tratamiento médico. Mientras que por otro lado participaron 13 hombres ginecoobstetras y 9 de ellos (70%) prefirió tratamiento médico para tratar abortos del primer trimestre, mientras que 4 (30%) optaron por el tratamiento quirúrgico.



- Prefieren tratamiento quirúrgico en abortos incompletos
- Prefieren tratamiento médico en abortos incompletos del primer trimestre



- Prefieren tratamiento quirúrgico en abortos del primer trimestre
- Prefieren tratamiento médico en abortos del primer trimestre

En cuanto a las preferencias por turno cabe señalar que de los 22 médicos encuestados el 22% de los médicos del turno matutino optó por el tratamiento quirúrgico y 78% prefirió manejo médico del aborto. En el turno vespertino 16% de médicos prefirió tratamiento quirúrgico mientras que el 84% restante prefirió tratamiento médico. Finalmente en el turno nocturno 50% prefirió tratamiento médico y 50% tratamiento quirúrgico siendo el turno en donde mayor renuencia hubo al uso de tratamiento médico.

DISCUSIÓN.-

Se encontró muy poca literatura nacional e internacional con estudios similares que hablen específicamente sobre la renuencia de los médicos a usar tratamiento farmacológico para los abortos incompletos espontáneos del primer trimestre y sus principales argumentos para preferir los tratamientos quirúrgicos al farmacológico , si bien el presente estudio es un estudio clínico pequeño con una muestra limitada en ella se refleja que un 28% de los médicos prefiere el uso de AMEU o legrado , de hecho diferentes estudios a lo largo del mundo en donde se comparan los diferentes tratamientos para aborto muestran que el tratamiento quirúrgico sigue siendo empleado con mucha mayor prevalencia en varios países. Tradicionalmente la cirugía (legrado o aspiración al vacío) ha sido el tratamiento elegido para eliminar cualquier tejido retenido y es fácil de realizar, actualmente se ha sugerido que los tratamientos médicos (misoprostol) pueden ser tan eficaces y con un menor riesgo de infección.

Se realizó en Cochrane una revisión sistemática que incluyó 20 estudios con un total de 4208 mujeres, no hubo ensayos de tratamiento de aborto después de las 13 semanas de gestación , 3 de esos estudios con 335 mujeres compararon tratamiento con misoprostol (vaginal) con manejo expectante sin encontrarse diferencias significativas estadísticamente en aborto completo o en la necesidad de evacuación quirúrgica. 12 estudios involucraron 2894 mujeres siendo dirigidos a la comparación de misoprostol (6 estudios usaron misoprostol oral, un estudio misoprostol sublingual y otro combinó vaginal con oral) con evacuación quirúrgica, hubo una incidencia ligeramente menor de aborto completo involuntario con

misoprostol pero en general con una alta tasa de éxito para ambos métodos, en general hubo menos evacuaciones quirúrgicas con misoprostol. Había pocos datos sobre muertes o complicaciones graves (10) En nuestro estudio la mayoría de ginecoobstetras optaron por el tratamiento farmacológico con misoprostol para tratar el aborto incompleto no complicado del 1er trimestre (68%)

Sin embargo la mayoría de los ginecoobstetras encuestados que prefirió el uso de tratamiento con AMEU o legrado para abortos no complicados del primer trimestre basados principalmente en la falta de seguimiento posterior al tratamiento ambulatorio a estas pacientes en urgencias y en las complicaciones que en un momento dado pudieran presentarse. Si bien muchos estudios consultados muestran pocas complicaciones graves en las pacientes sometidas a tratamiento con misoprostol. El misoprostol tiene una alta tasa de éxitos y bajo índice de complicaciones. Por otro lado agregamos que los tratamientos quirúrgicos tienen una más alta estancia hospitalaria y generan mayores gastos (11)

Nuestro estudio no maneja como opción el manejo expectante del aborto incompleto, el cual manejan como opción algunos de los estudios clínicos revisados uno de ellos reporta una comparación entre manejo expectante, manejo médico y evacuación quirúrgica 78 pacientes cumplieron los criterios establecidos por el estudio. Reportando que el manejo expectante fue exitoso en 14 (82%) de 17 mujeres, el tratamiento médico tuvo éxito en 28 (90%) de 31 mujeres y la evacuación quirúrgica exitosa en 29 (97%) de 30 mujeres (12) Se encuentra una mayor tasa de éxito con el manejo farmacológico que con el expectante además

de que algunos estudios refieren como impredecible el tiempo en el cual se abortara completamente en el manejo expectante

Hay diversos regímenes en los cuales puede manejarse el misoprostol así como se ha usado también por diferentes vías (vaginal, oral y sublingual) siendo todas vías útiles, uno de estos estudios (13) compara misoprostol 600 mcg sublingual y oral en pacientes con aborto incompleto del primer trimestre se reunieron 64 mujeres manejándose 32 con medicamento oral y 32 con medicamento sublingual y la proporción de aborto completo no fue estadísticamente diferente (87.5% vs 84.4%) no hubieron diferencias estadísticas en la proporción de efectos adversos que por cierto fiebre y escalofrío fueron las más comunes. Otros estudios mencionan que las complicaciones quirúrgicas ocurren en menos de 1 % y que las técnicas comunes para disminuir el dolor en los métodos quirúrgicos como legrado uterino y Aspiración manual endouterina son drogas analgésicas o bloqueo paracervical, estos mismos autores describen que es más segura la aspiración manual endouterina que el legrado y entre las complicaciones que pueden presentarse están daños cervicales, fiebre, transfusión entre otras

Otro de los estudios descritos fue prospectivo y aleatorio, con 100 mujeres admitidas con características sugestivas de aborto incompleto 50 mujeres recibieron misoprostol en tabletas vaginales mientras que a otras 50 se les realizó curetaje por succión de productos de la concepción. Ellos tuvieron un seguimiento después de 24 hrs de la última dosis de misoprostol o de intervención quirúrgica. Los análisis estadísticos fueron hechos con respecto a eficacia, seguridad y

efectos colaterales. En este estudio cuando se analizan después de 24 hrs de tratamiento la eficacia del misoprostol fue de 91.3%, y la eficacia del método quirúrgico fue 96% con una diferencia estadística insignificante. (14)

Como se ha visto el tratamiento farmacológico del aborto tiene varias ventajas, entre las que destaca subsanar las limitaciones de recursos sanitarios, la escasez de personal, la dificultad de acceso a servicios de salud en áreas remotas, disminución de costos etc (15)

En nuestro estudio uno de los principales argumentos de los ginecoobstetras que preferían el tratamiento quirúrgico sobre el tratamiento farmacológico en los abortos incompletos espontáneos del primer trimestre en las áreas de urgencias obstétricas fue que no había un seguimiento adecuado de las pacientes a quienes se les daba tratamiento con misoprostol , quizá debiese ponerse atención a este punto y buscar un seguimiento tal y como se realiza a las pacientes quienes se encuentran dentro del programa de interrupción legal del embarazo en donde se le pide a la paciente que regrese 1 semana después de recibir el tratamiento abortivo para corroborar el aborto completo tal y como lo describe un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2015 (16)

Nuestro estudio no encontró preferencias de algún tipo de manejo relacionado con el sexo o la edad de nuestros encuestados ya que dentro de las personas renuentes al uso de misoprostol hubo variedad en la edad y en el sexo , como se mencionó anteriormente hay poca literatura sobre el tema abordándose más el

tema de rechazo de los profesionales de la salud a realizar la interrupción legal del embarazo (15,17) en este sentido podemos aseverar que aún hace falta mucho investigación y más estudios clínicos que nos ayuden a entender los principales motivos que sigue teniendo una gran parte de los ginecoobstetras para usar tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES:

- El 68% de los ginecoobstetras del Hospital General Enrique Cabrera prefiere dar tratamiento medico en abortos no complicados del primer trimestre, mientras que el 32% prefiere dar tratamiento quirúrgico.
- Las 3 principales causas de renuencia al uso de tratamiento medico abortivo para abortos del primer trimestre fueron: falta de seguimiento a las pacientes a las cuales se les dió el tratamiento, temor a complicaciones, falta de disponibilidad del medicamento.
- El turno nocturno del Hospital se caracterizó por ser el sector con más renuencia al uso de tratamiento medico en abortos no complicados del primer trimestre con un 50%
- Hacen falta estudios similares con un enfoque que permita indagar en los motivos reales de la renuencia al uso del tratamiento medico ambulatorio con misoprostol
- Es recomendable insistir en la capacitación y sensibilización acerca del correcto uso de misoprostol en medicos ginecobstetras.

- Es recomendable insistir en la capacitación y sensibilización acerca del correcto uso de misoprostol en médicos ginecobstetras.

- Es recomendable insistir en la capacitación y sensibilización acerca del correcto uso de misoprostol en médicos ginecobstetras.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.Tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente GPC Cenetec
- 2.Bleeding following surgical (MVA) and medical (400 ug sublingual misoprostol) treatment of incomplete abortión.Dabash R, Cherine M, DarwishE.Int J Gynecol Obstet 2009; 107(suppl 2) s 150-1
- 3.Prevenccion, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención GPC cenetec
- 4.Efficacy of single dose of 800 mcg of misoprostol in first trimester abortión. J NobMedCollege2012 ;1(2):11-13
- 5.Gaceta médica de México Aborto médico alternativas médicas actuales. Raffaella Sciavon 2003 vol 139 suplemento 1
- 6.Medical abortión and therisk of subsecuent adverse pregnancy out comes. Jassver Virk, Jus Zhang, Jorn Olsen New England14: 2015
- 7.Uso de misoprostol en ginecología y obstetricia 2013 FLASOG
- 8.Wordl Health Organizati3n (WHO) Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems (2nd edition) , 2012
- 9.Misoprostolfortreatmentofincompleteabortion at the regional hospital level: results from Tanzania. B Shwekerela, Kalumuna, R Kipingili. International Journal of Obstetrics and Gynecology 2007, 114: 1363-1367
- 10.Medicaltreatmentsforincompletemiscarriage. Cochrane data base of sistematic rev 2013 Neilson JP, Gyte GML, Hikey M
- 11.Acomparative study of cost of care and durati3n of management for first - trimester abortión with manual vacuum aspirati3n and Sharp curettage. Thanapan Choobua, Siwatchaya .Archgy necolObstet 2012 286: 1161-1164
- 12.Spontaneous abortión , expectant management, medical treatmentor surgical evacuati3n. Lars Granlund, Anna-Lise Grounlound, Lotte Clevin, Bodil Andersen Acta de Obstetricia Ginecol3gica Escandinav 2002.
- 13.Comparative study between oral and sublingual 600 mkg misoprostol for the treatment of incomplete abortion Panwar a Paritakul, Vorapong Phupong. The Journal of Obstetrics and gynecology Research Vol 36 No 5: 978-983
- 14.An approach to evaluate the efficacy of vaginal misoprostol administered for a rapid management of first trimester spontaneous on setin completed abortión in comparisont o surgical curett age. BijanPatua,,Mandin Dasgupto, Sanjoy Kumar Arch Gynecol Obstetric 2013. 288 : 1243-1248
- 15.Entre el estigma y la ley: La interrupci3n legal del embarazo en el DF Martha Lamas Salud P3blica de M3xico Vol 56 Num 1 2014
- 16.Seguridad, eficacia y aceptabilidad del aborto con medicamentos para pacientes ambulatorios mifepristona-misoprostol a trav3s de 70 d3as desde la 3ltima menstruaci3n en las instalaciones del sector p3blico en la ciudad de M3xico. Reproductive Health Matters 2015 P. Sanhueza Smith et al, suplement (44) 75-82
- 17.Aborto inducido en M3xico: que piensan y hacen los ginecoobstetras.. Montoya Romero Jos3 de Jos3s, SCiavonn Rafaella, Troncoso Ericka. Ginecologia y Obstetricia de M3xico2015 83:num 1

ANEXOS

Tratamiento farmacológico ambulatorio versus tratamiento quirúrgico del aborto del primer trimestre (aborto incompleto, aborto diferido , embarazo anembrionico etc)

Se trata de un trabajo de investigación que se realiza para mejorar los servicios de salud dentro de nuestra red hospitalaria de la Secretaria de Salud del DF , por lo cual se agradece su participación.

Cuestionario

Edad _____ sexo _____ en que turno labora

que antigüedad tiene _____ - _____

Esta acreditado o pertenece a algún organismo

1. ¿Que tipo de tratamiento prefiere usted para el aborto del primer trimestre no complicado (Aborto incompleto espontáneo, huevo muerto retenido, embarazo anembrionico)?

- a) Tratamiento farmacológico con misoprostol (ambulatorio)
- b) Tratamiento con AMEU o Legrado uterino instrumental
- c) Otro _____

2. En caso de que usted prefiera el tratamiento quirúrgico (AMEU, LUI) , porque motivo no usa el tratamiento médico en abortos del primer trimestre?

- a) Por falta de capacitación del hospital acerca del uso de mifepistona y misoprostol
- b) Por temor a complicaciones que pudiera presentar la paciente en su domicilio , especifique _____
- c) Por falta de disponibilidad del medicamento
- d) Otro _____

3. ¿Que propondría para extender el uso de tratamiento farmacológico en abortos del primer trimestre no complicados?

¿Cuál cree que sea la principal causa para la renuencia de algunos médicos para el uso de tratamiento farmacológico en abortos no complicados del 1er trimestre?

5. ¿La institución le ha dado alguna capacitación acerca del uso de tratamiento farmacológico abortivo?

Gracias por su colaboración
Tratamiento farmacológico con misoprostol



Tratamiento quirúrgico con aspiración manual endouterina o con legrado uterino instrumental

