



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



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

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**PORCENTAJE DE FALLA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL
SERVICIO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO DEL HOSPITAL
GENERAL TICOMÁN EN EL 2015.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
CLÍNICA

PRESENTADO POR:
DRA. ANA BELLA HUERTA CALLEJA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. RAÚL RENDÓN MONTOYA



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.

**PORCENTAJE DE FALLA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN EL
SERVICIO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO DEL HOSPITAL
GENERAL TICOMÁN EN EL 2015.**

Autor: Dra. Ana Bella Huerta Calleja

Vo Bo

Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles



Profesor titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo Bo

Dr. Federico Lazcano Ramírez



Director de Educación e investigación



DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA FEDERAL

**PORCENTAJE DE FALLA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN EL
SERVICIO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO DEL HOSPITAL
GENERAL TICOMÁN EN EL 2015.**

Autor: Dra. Ana Bella Huerta Calleja

Vo Bo
Dr. Raúl Rendón Montoya



Director de Tesis
Médico adscrito al Servicio de Ginecología y Obstetricia
del Hospital General Ticomán.

AGRADECIMIENTOS

A la persona que ha estado a mi lado toda la vida de la cual sólo recibo amor y apoyo y a la cual debo todo lo que soy hoy día, a mi madre.

A mis maestros por transmitirme sus conocimientos y guiarme para hacer del ejercicio de la profesión siempre algo mejor.

A todos aquellos que me ayudaron a hacer posible este trabajo.

ÍNDICE

	Página
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Material y Métodos.....	16
Resultados.....	18
Discusión.....	24
Conclusiones.....	25
Referencias Bibliográficas.....	26
Glosario.....	28

RESUMEN

Objetivos: Conocer el porcentaje de falla al tratamiento farmacológico en pacientes atendidas en el servicio de Interrupción Legal de Embarazo en el Hospital General Ticomán en el año 2015; así como sus características principales para con ello poder intervenir en los factores modificables que ayude a mejorar la respuesta al tratamiento.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y retrospectivo, donde se incluyó la revisión de 709 expedientes de pacientes que acudieron al servicio de Interrupción Legal de Embarazo en el lapso del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015 del Hospital General de Ticomán. Las pacientes contaban con embarazo de 10 semanas o menos corroborado por ultrasonido y que se les indicó el esquema de tratamiento combinado de mifepristona con misoprostol.

Resultados: Se incluyeron al estudio 709 expedientes de pacientes atendidas en el servicio de ILE, encontrando que la edad promedio de las pacientes fue de 26 años, con un rango de 14 a 45 años. El 56% de las pacientes son pertenecientes a la Ciudad de México, y el 41% al Estado de México. El estado civil predominante fue soltera en un 53.3%, unión libre 26.9%, casada 15.8%. El nivel educativo de las pacientes fue de bachillerato 48%, secundaria 30%, licenciatura 17%. Positivos a falla en el tratamiento 17 expedientes de pacientes lo cual equivale a 2.4 %. Dentro de las principales causas de falla a tratamiento se encontraron la presencia de aborto incompleto en 11 pacientes (65%), idiosincrasia al misoprostol en 4 pacientes (23%). De las pacientes con falla a tratamiento farmacológico requirieron realización de procedimiento quirúrgico realizando 10 AMEU que corresponde a 59% y 7 LUI que corresponden a 41%. Encontramos que de las pacientes con falla al tratamiento el mayor número de pacientes que fueron 7 (41.2%) tenía 3 gestas, de 6 pacientes (35.3 %) era su primera gesta, de 3 pacientes (17.6%) su segunda gesta y sólo de 1 paciente 5.9% era su cuarta gesta. La edad gestacional que se encontró con más frecuencia en las pacientes con falla a tratamiento farmacológico fue de 8 semanas en 6 pacientes que corresponden a 35.3% y 7 semanas en 4 pacientes que corresponde a 23.5 pacientes.

Conclusiones: Dentro de las principales características de las pacientes que se encontró fue que se encontraban en un rango de edad de 20 a 22 años, con escolaridad bachillerato lo que refleja que es la población de adultos jóvenes los que solicitan más el servicio. La mayor afluencia de pacientes es de la Ciudad de México en un 56%, sin embargo el Estado de México tiene una amplia participación con 41% del total probablemente por encontrarse adyacente. Al momento sólo en la ciudad de México se ha despenalizado el aborto, pero se espera que se despenalice en otros estados de la República para evitar que las pacientes incurran en el aborto inseguro y que ello condicione complicaciones que incluso las lleve a la muerte. El programa ILE continua ampliando su número de usuarias lo que influye positivamente para poder ofrecer las mejores condiciones para interrupción de embarazo y con ello lograr descenso de las muertes ligadas a esta causa.

Palabras clave: aborto, interrupción legal de embarazo, mifepristona, misoprostol.

INTRODUCCIÓN

El aborto en condiciones inseguras ha sido un problema social y de salud pública en todo el país y en el mundo que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos, con las leyes, los valores éticos, morales y religiosos, con las condiciones socioeconómicas de las mujeres. A nivel mundial se realizan alrededor de 22 millones de abortos en condiciones inseguras, realizados por personal sin el entrenamiento necesario y en un ambiente carente de un ambiente estándar médico mínimo. En México se estima que a principios de la década de los noventa se realizaban anualmente 500 000 abortos inseguros que se fueron aumentando con el paso de los años.

Debido a las restricciones para la práctica del aborto legal en gran parte del país, las mujeres optan por la realización de abortos clandestinos lo que conlleva a complicaciones que incluso pueden llevar a la muerte a una gran proporción de dichas mujeres.

Ya desde hace muchos años se ha conocido el efecto abortivo que produce el misoprostol que es una prostaglandina que originalmente fue utilizada para prevenir las úlceras gástricas y que se ha utilizado ampliamente de forma clandestina por su fácil acceso y bajo costo. Sin embargo, la eficacia del misoprostol para inducir el aborto depende de la utilización correcta del medicamento; es decir, que se tome en el momento apropiado, en la dosis correcta y siguiendo las instrucciones precisas del personal capacitado. Desafortunadamente no ha sido posible asegurarse de que tales indicaciones se estén aplicando de forma correcta.

Los códigos penales de los diferentes estados de la república contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción legal del embarazo es permisible, sólo en la ciudad de México es permisible la Interrupción Legal de Embarazo antes de las 12 semanas de gestación a elección de la paciente desde el año 2007, año en el que se hicieron reformas al código penal y quedó estipulada la despenalización del aborto.

Las instituciones públicas de la Ciudad de México tienen la responsabilidad de atender las solicitudes de interrupción de embarazo aunque las solicitantes cuenten con derechos a otros servicios de salud, y en caso de no ser residentes de la Ciudad de México se les cobra una cuota de recuperación.

La despenalización del aborto no garantiza plenamente el acceso a este servicio, existen barreras de acceso propias de la mujer tales como escolaridad, creencias religiosas, nivel socioeconómico, información completa sobre los requisitos necesarios para solicitar el servicio.

En este informe nos dimos a la tarea de investigar las características de las pacientes sometidas a Interrupción Legal de Embarazo con tratamiento farmacológico y los factores que condicionan la falla del mismo.

Cada año se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. La cantidad total de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en 2003 a 22 millones en 2008, si bien la tasa global de abortos inseguros no se ha modificado desde el año 2000. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto. ¹⁻³

En casi todos los países, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer y en la mayoría de los países el aborto está permitido para preservar la salud física o mental de la mujer. Por lo tanto, es necesario ofrecer servicios para un aborto sin riesgos, según lo indicado por ley. ¹⁻³

El aborto inseguro y la morbilidad y la mortalidad asociadas en las mujeres pueden evitarse. En consecuencia, todas las mujeres deben contar con servicios de aborto disponibles y accesibles en la medida que lo permita la ley. ¹⁻⁴

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inseguro es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos. ¹⁻⁴

El aborto inducido se ha documentado a través de toda la historia. En tiempos pasados, los abortos eran inseguros y ejercían una gran presión en las vidas de las mujeres. Los avances en la práctica médica en general, y el advenimiento de

tecnologías seguras y eficaces y la capacidad para realizar abortos inducidos en particular, podrían eliminar en su totalidad los abortos inseguros y las muertes relacionadas, siempre y cuando exista un acceso universal a estos servicios. ⁵⁻⁶

Debido al aumento en el uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo ha disminuido de 160 embarazos cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos cada 1000 mujeres en 2008. Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 79 y 55 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008. Lo que es más significativo, la tasa de abortos inducidos se redujo de 35 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 26 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años en 2008. Esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años. Se estimó que la cantidad absoluta de abortos inseguros era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumento de 44 % en 1995 y 47 % en 2003 al 49 % en 2008. Casi todos los abortos inseguros tienen lugar en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado. ⁵⁻⁶

Las complicaciones del aborto inseguro incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales. Alrededor del 20 % al 30 % de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20 % y el 40 % de estas acaban en una infección del tracto genital superior. ⁵⁻⁶

Cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro. ⁵⁻⁶

Solo en el 16 % de los países en vías de desarrollo se permite el aborto por razones sociales o económicas, en comparación con el 80 % de los países desarrollados. ¹

La evidencia acumulada demuestra que la eliminación de las restricciones sobre el aborto produce una reducción de la mortalidad materna causada por el aborto inseguro y, en consecuencia, una disminución en el nivel global de mortalidad materna. ¹

En México la despenalización del aborto durante las primeras 12 semanas de gestación (abril de 2007) fue resultado de dos reformas legislativas previas. La primera ocurrió en el año 2000, al firmarse una iniciativa para legalizar el aborto en casos de malformación congénita o cuando el embarazo constituyera un riesgo para la vida de la mujer, y la segunda en 2003, cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó reformas al Código Penal — permitiendo a las mujeres acceder a servicios de aborto legal bajo una gama más amplia de causales de ley— y modificó la Ley de Salud para el Distrito Federal. Con base en estos cambios, la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal (SSDF) aprobó y publicó los lineamientos para regular la prestación de servicios de aborto legal en instituciones públicas y privadas del Distrito Federal (DF). Los lineamientos de prestación de servicios estipulan que la SSDF ofrecerá la interrupción legal del embarazo (ILE) gratuitamente a mujeres residentes del DF sin seguridad social. ⁷

Las menores de edad deberán ir acompañadas por alguno de los padres o tutor legal, y todas deberán firmar un formulario de consentimiento informado para recibir

la atención. Asimismo, la SSDF deberá disponer permanentemente de personal no objetor de conciencia para proporcionar servicios, respetando la postura de los médicos objetores.⁷

Después de la reforma, la SSDF implementó el primer programa público de prestación de servicios de aborto legal en México. A la fecha se han realizado 78 544 procedimientos. Como consecuencia de la reforma en el DF, 17 estados modificaron sus constituciones locales para proteger la vida desde la concepción.⁷

Durante la primera consulta, una enfermera o trabajadora social otorga una sesión de consejería sobre los dos métodos disponibles (médico o quirúrgico) y las opciones anticonceptivas posaborto. Las sesiones de consejería son individuales, aunque algunas clínicas ofrecen sesiones grupales debido al enorme número de mujeres que solicitan servicios.⁷

La edad gestacional se confirma mediante ultrasonido realizado en la primera cita. Tras la fase de consejería, y dependiendo de su edad gestacional, la mujer elige el procedimiento. La SSDF ofrece el método quirúrgico a mujeres con edad gestacional de entre 10.1 y 12 semanas, y aborto con medicamentos a mujeres con hasta 10.0 semanas (70 días de gestación). El personal de trabajo social realiza el estudio socioeconómico para determinar el costo del procedimiento, basándose en el “tabulador de cobro de derechos por los servicios médicos” de la SSDF. Los lineamientos establecen que la consejería y la provisión de métodos anticonceptivos, excepto el dispositivo intrauterino (DIU) y la ligadura de trompas, estén a cargo primordialmente del personal de enfermería.⁷

Se entiende por interrupción legal del embarazo (ILE) a aquel procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación, como lo establece el artículo

144 del Código Penal para el Distrito Federal, y hasta la vigésima semana de gestación, de acuerdo con las excluyentes de responsabilidad penal establecidas en los artículos 148 del Código Penal, 131 Bis del Código de Procedimientos Penales, ambos para el Distrito Federal, y en la NOM-007-SSA2-1993 “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”; en condiciones de atención médica segura.⁷

El consentimiento informado es la aceptación voluntaria de la mujer, registrada por escrito, que solicite o requiera la interrupción legal del embarazo, una vez que los servicios de Salud, como obligación ineludible, le hayan proporcionado información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes; para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.⁷

Durante la primera consulta el médico debe determinar la edad gestacional del embarazo (gestación) que es la cantidad de días o semanas desde la fecha del primer día de la última menstruación (FUM) en las mujeres con ciclos regulares (en el caso de las mujeres con ciclos irregulares, tal vez sea necesario determinar la edad gestacional mediante un examen físico o una ecografía). En general, se considera que el primer trimestre constituye las primeras 12 o 14 semanas del embarazo.⁸⁻⁹

Existen diferentes métodos para poder realizar la Interrupción Legal del Embarazo, se dividen en métodos médicos y quirúrgicos. Los métodos médicos de aborto (aborto médico) son la utilización de fármacos para finalizar el embarazo. A veces, también se emplean los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto farmacológico”. Los métodos quirúrgicos de aborto (aborto quirúrgico): utilización de procedimientos

transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío (AMEU) y la dilatación y evacuación (DyE).¹⁰⁻¹²

Se ha demostrado que los métodos médicos de aborto son seguros y eficaces. Los regímenes más utilizados se basan en el anti progestágeno, mifepristona, y misoprostol. La mifepristona es conocida también como RU-486 (clave que significa Rusell Uclaf y código del proyecto de investigación), El mecanismo de acción lo define su alta afinidad, de hasta cinco veces más, por los receptores de progesterona localizados en el útero, a los cuales se une fijamente. De esta manera bloquea la acción de la progesterona endógena y ocurren las siguientes reacciones: alteración de la inhibición de la contractilidad del miometrio, alteración del endometrio a través de cambios directos en la vascularidad de la decidua, como consecuencia se pierde el contacto de la decidua con el trofoblasto, lo que a su vez produce una caída de los niveles de HGC en sangre materna. Los regímenes de tratamiento conllevan una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, en general el misoprostol, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción.¹⁰⁻¹²

El misoprostol, comercializado bajo distintas marcas, de las cuales la más común es Cytotec, ha sido registrado en más de 80 países principalmente para la prevención de úlceras gástricas producidas por el uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El misoprostol es un análogo de prostaglandina E1 que al igual que las prostaglandinas naturales afecta a más de un tipo de tejido, incluidos el recubrimiento gástrico y el músculo liso del útero y del cérvix.^{1, 13-15}

En la actualidad, aunque se ha registrado pocos productos de misoprostol para indicaciones de salud reproductiva, se le acepta y utiliza ampliamente como

tratamiento para maduración cervical, inducción del aborto en el primero y segundo trimestres, prevención y tratamiento de la hemorragia postparto y aborto incompleto. Las prostaglandinas producen contracciones del músculo liso del tracto intestinal y el miometrio, entre otros. En consecuencia tiene efectos secundarios en otros sistemas del organismo, principalmente el sistema gastrointestinal. ¹³⁻¹⁵

El misoprostol se fabrica comúnmente en tabletas de 200 mcg de administración oral, aunque en algunos países también se formula en pastillas de 100 mcg. Por otra parte, también se puede conseguir el medicamento para administración vaginal, principalmente en supositorios de 25 mcg o de dosis mayores. Se ha demostrado que el misoprostol ofrece varias ventajas importantes respecto de otros agentes de propiedades uterotónicas; por ejemplo, es estable a temperatura ambiente, mientras que otros productos requieren conservarse bajo refrigeración o congelación o se consiguen únicamente en presentación inyectable. El misoprostol es menos costoso y se consigue más fácilmente que otros tratamientos. Más aun, cada año con la aparición de nuevos productos y medicamentos genéricos de misoprostol, se espera que disminuya su precio y aumente su disponibilidad. ¹³⁻¹⁵

Vías de administración de misoprostol:

Oral: los comprimidos se tragan de inmediato.

Bucal: los comprimidos se colocan entre las encías y las mejillas y se tragan después de 30 minutos.

Sublingual: los comprimidos se colocan debajo de la lengua y se tragan después de 30 minutos.

Vaginal: los comprimidos se colocan en el fondo del saco vaginal (la parte más profunda de la vagina) y se indica a la mujer que se recueste durante 30 minutos.

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo el método recomendado para el aborto medico es la mifepristona seguida de misoprostol 1 a 2 días más tarde. La mifepristona siempre debe administrarse por vía oral. La dosis recomendada es 200 mg. Se recomienda que la administración de misoprostol se realice 1 a 2 días (24 a 48 horas) 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. ^{1, 13-15}

Para embarazos con una edad gestacional de entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días) El método recomendado para el aborto medico es 200 mg de mifepristona administrada por vía oral seguida de 800 µg de misoprostol administrado por vía vaginal entre 36 y 48 horas más tarde. Las dosis posteriores de misoprostol deben ser de 400 µg como máximo, y se deben administrar por vía vaginal o sublingual, cada tres horas con un máximo de cuatro dosis adicionales, hasta que se expulse el producto de la concepción. ^{1, 13-15}

Se ha demostrado que la mifepristona con el misoprostol son sumamente eficaces, seguros y aceptables para los abortos antes de las 9 semanas desde la FUM. Se han notificado índices de eficacia de hasta el 98 %. Aproximadamente entre el 2 % y el 5 % de las mujeres tratadas con la combinación de mifepristona y misoprostol requerirán una intervención quirúrgica para resolver un aborto incompleto, finalizar un embarazo que continuo o controlar la hemorragia. ^{1, 13-15}

Para embarazos con una edad gestacional menor a 12 semanas (84 días) se ha estudiado también el misoprostol solo para los abortos médicos en relación con su eficacia y seguridad. La eficacia del misoprostol solo es inferior, el tiempo para completar el aborto es más prolongado y el proceso del aborto es más doloroso y

está asociado con índices más altos de efectos secundarios gastrointestinales que cuando se combina misoprostol con mifepristona. ^{1, 13-15}

Los regímenes recomendados de misoprostol son 800 µg administrados por vía vaginal o sublingual, con una dosis repetida en un intervalo no menor a 3 horas y durante no más de 12 horas con tres dosis como máximo. Este régimen es entre el 75 % y 90 % eficaz para completar el aborto. La administración sublingual es menos eficaz que la administración vaginal, salvo que se administre cada 3 horas, pero este régimen tiene índices altos de efectos secundarios gastrointestinales. No se recomienda la administración oral debido a su eficacia inferior.

En el Hospital General de Ticomán, se sigue el régimen recomendado de tratamiento medicamentoso, para embarazo con hasta 10 semanas (70 días) de gestación, y tratamiento quirúrgico para embarazos de 10.1 a 12 semanas de gestación, contando las semanas a partir del primer día de la última menstruación y confirmando las semanas con ultrasonido. Se indica una tableta de mifepristona de 200mg y 24 horas después se colocan 4 tabletas de misoprostol (200 mcg cada una) por vía bucal (2 tabletas de un lado y dos del otro entre el cachete y la encía); después de 30 min se traga con agua. Dentro de las principales manifestaciones que las pacientes refieren están el sangrado, dolor tipo cólico, diarrea, náuseas, vómitos, fiebre y escalofríos.

Se recomienda no usar mifepristona y misoprostol cuando se tenga un embarazo mayor de 10 semanas, cuando se tenga embarazo ectópico confirmado por ultrasonido, cuando exista presencia de alergia a los principios activos, insuficiencia renal crónica, tratamiento actual con corticosteroides a largo plazo, coagulopatías o tratamiento actual con anticoagulantes y porfirias hereditarias.

Es posible que el aborto fracase y el embarazo continúe en las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico o médico, si bien es más frecuente después de los procedimientos médicos. Se debe ofrecer a las mujeres que continúen con síntomas de embarazo o tengan signos clínicos de aborto fallido que se sometan a un procedimiento de evacuación tan pronto como sea posible. ¹³⁻¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros lo que produce la muerte de alrededor de 47 000 mujeres. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. Casi cada una de estas muertes y discapacidades podría haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar y el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención de las complicaciones del aborto dentro las cuales se incluyen la hemorragia, la septicemia, la peritonitis y el traumatismo del cuello del útero y los órganos abdominales, infecciones del aparato reproductor y del tracto genital superior. Gracias a la implementación de la interrupción legal del embarazo en sus dos variantes, tanto tratamiento médico como quirúrgico, se espera reducción de dichas complicaciones; sin embargo, estos tratamientos no se encuentran exentos de falla, y en este estudio se intentara ver el porcentaje y las características que acompañan a las pacientes en quienes falla dicho tratamiento y compararlo con lo que la literatura nos marca.

Por lo dicho anteriormente, con el presente estudio se trata de responder

¿Cuál es el porcentaje de falla al tratamiento farmacológico en pacientes atendidas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital General Ticomán en el año 2015?

JUSTIFICACIÓN

En México, el aborto además de ser un grave problema de salud pública, se realiza con frecuencia mediante prácticas clandestinas, que constituyen un factor de riesgo que incrementa la morbilidad y mortalidad materna, que no se ve reflejada en los indicadores correspondientes debido al subregistro. El servicio de Interrupción Legal del embarazo, en el Distrito Federal, trata de contribuir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, realizándolo en condiciones adecuadas de higiene, infraestructura y por el personal médico calificado así como a reducir el número de familias desintegradas y la injusticia social, que afecta sobre todo a las mujeres de las clases sociales más desprotegidas.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal es una institución que proporciona atención a población abierta y que año con año aumenta el número de tratamientos otorgados, por lo que se considera importante saber cuál es la efectividad del manejo y el porcentaje de falla al mismo, y con esto poder determinar las características de las pacientes en quienes falla para tratar de mejorar las condiciones que puedan ser modificables.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer el porcentaje de falla al tratamiento farmacológico en pacientes atendidas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital General Ticomán en el año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer el número de consultas otorgadas

Conocer el número de tratamientos médicos otorgados

Conocer el número de tratamientos quirúrgicos realizados

Determinar el porcentaje de falla de tratamientos médicos otorgados

Conocer la edad de las pacientes

Conocer el estado civil de las pacientes

Conocer la escolaridad de las pacientes

Conocer la entidad federativa de las pacientes

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

- Transversal
- Descriptivo
- Retrospectivo

2. Lugar del estudio

Secretaría de Salud del Distrito Federal

Hospital General de Ticomán

3. Universo de Trabajo

Censo de los expediente de pacientes tratadas en el servicio de Interrupción Legal de Embarazo en el Hospital General de Ticomán en el año 2015.

4. Criterios de inclusión:

- Expediente de pacientes atendidas en el servicio de Interrupción Legal del Embarazo en el Hospital General Ticomán en el año 2015.
- Expediente de pacientes con tratamiento combinado a base de mifepristona y misoprostol.
- Expediente de pacientes con embarazo de hasta 10 semanas (70 días).

5. Criterios de no inclusión:

- Expedientes de pacientes con embarazo mayor de 10 semanas.
- Expediente de pacientes con tratamiento a base solo de misoprostol.

6. Criterios de eliminación:

- Expedientes incompletos

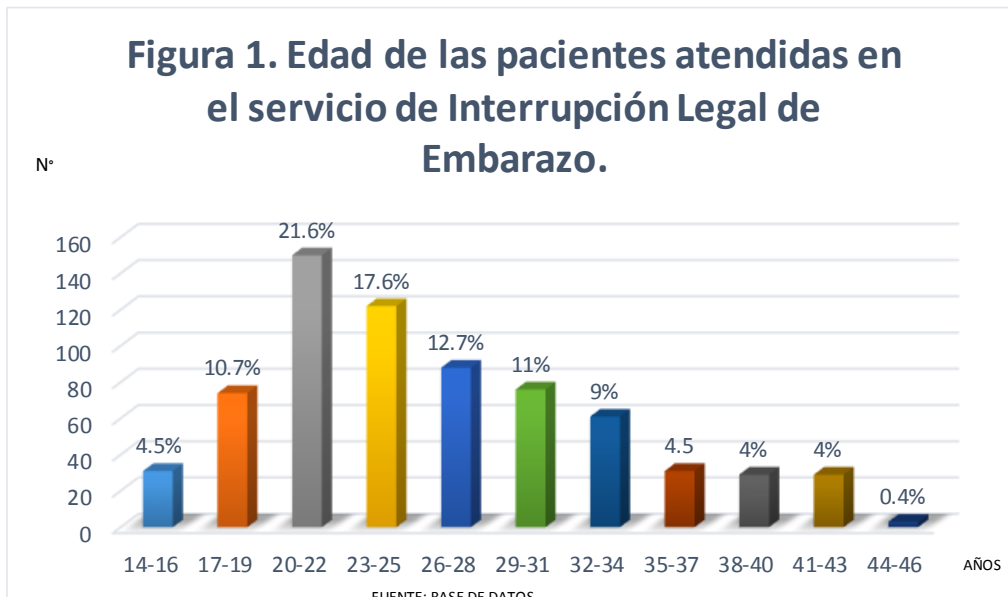
7. Diseño estadístico

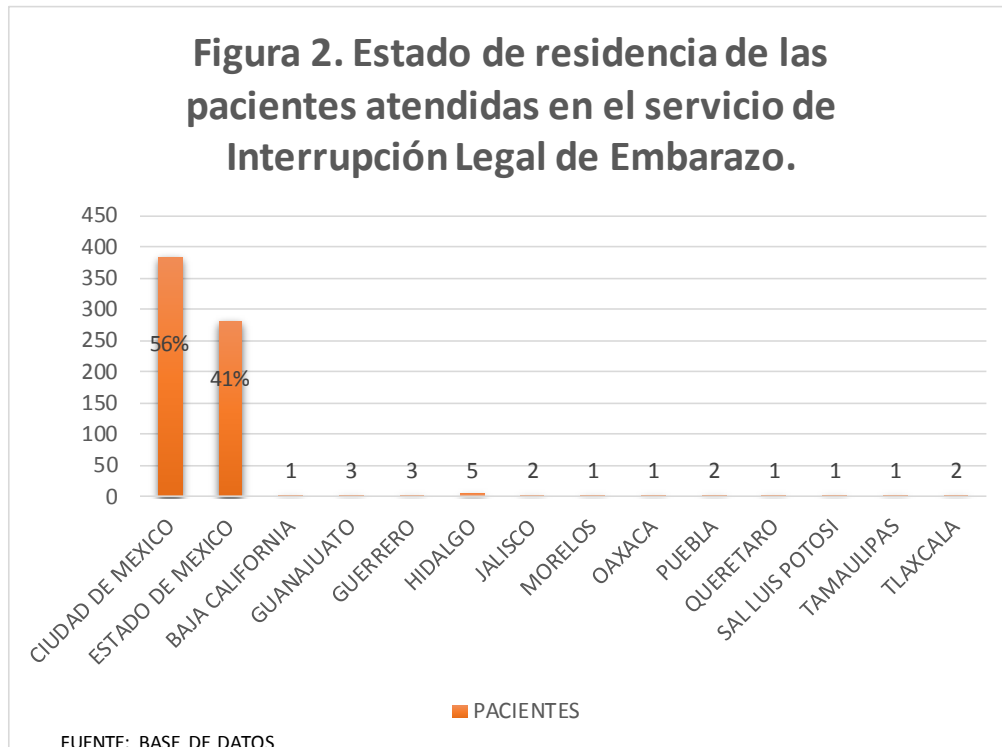
Se realizó una revisión exhaustiva de los expedientes de las pacientes del programa de Interrupción Legal de Embarazo en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015 en el Hospital general de Ticomán de la Secretaria de Salud del Distrito Federal. Mediante la ayuda de programas como EXEL y SPSS se obtienen mediciones expresadas en porcentajes, promedios y frecuencias de las variables más representativas.

RESULTADOS

Se realizó una revisión de 739 expedientes de las pacientes atendidas en el servicio de Interrupción Legal de Embarazo del Hospital General de Ticomán de los cuales no se incluyeron 30 expedientes por no contar con los criterios de inclusión establecidos. Al estudio se incluyeron un total de 709 expedientes de los cuales se encontró que la edad promedio fue de 26 años, con un mínimo de edad de 14 años y un máximo de edad de 45 años. Como se observa en la figura 1, el grupo de 20 a 22 años es el más frecuente con un 21.6 %.

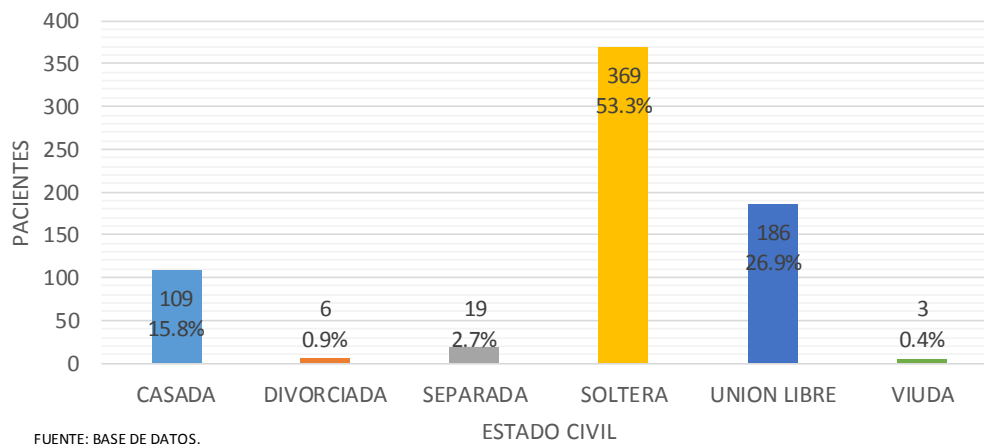
De las pacientes incluidas en el estudio el 56% son pertenecientes a la Ciudad de México, el 41% al Estado de México y el 3% corresponden a otros estados de la Republica (Figura 2).

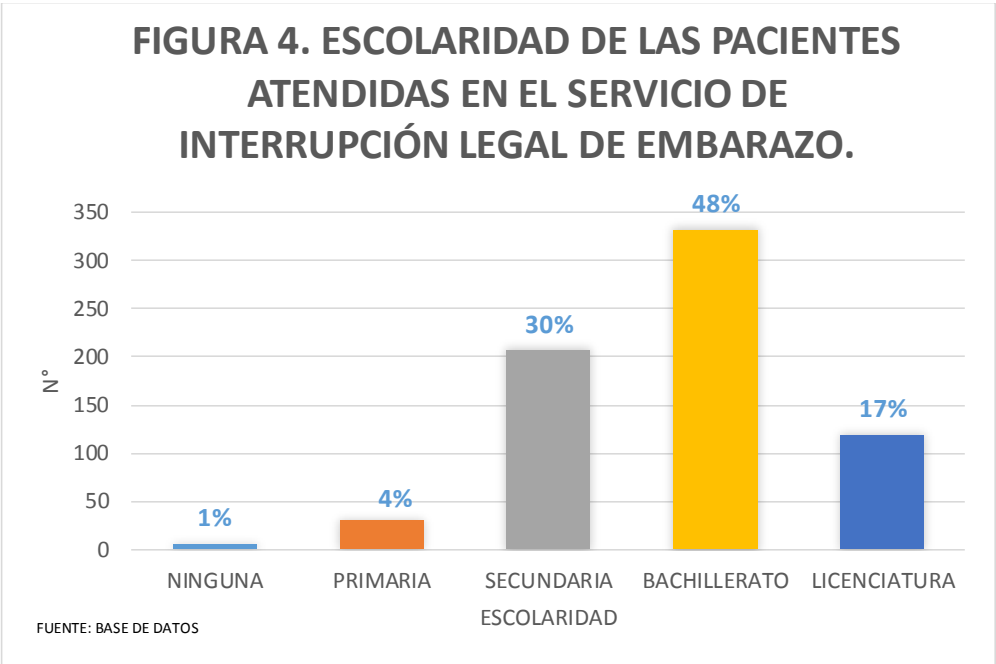




El estado civil de las pacientes fue de soltera en un 53.3%, unión libre 26.9%, casada 15.8%, separada 2.7%, divorciada 0.9% y viuda 0.4% (Figura 3). El nivel educativo de las pacientes fue de bachillerato 48%, secundaria 30%, licenciatura 17%, primaria 4%, y sin ningún nivel educativo sólo el 1% (Figura 4).

Figura 3. Estado civil de las pacientes atendidas en Interrupción Legal de Embarazo





Del total de los 709 expedientes revisados resultaron positivos a falla en el tratamiento 17 expedientes de pacientes lo cual equivale a 2.4 % (Figura 5). Dentro de las principales causas de falla a tratamiento se encontraron la presencia de aborto incompleto en 11 pacientes (65%), idiosincrasia al misoprostol en 4 pacientes (23%), hemorragia en 1 paciente (6%) y descontrol metabólico en 1 paciente (6%) (Figura 6).

Figura 5. Pacientes con falla a tratamiento farmacológico en Interrupción Legal de Embarazo.

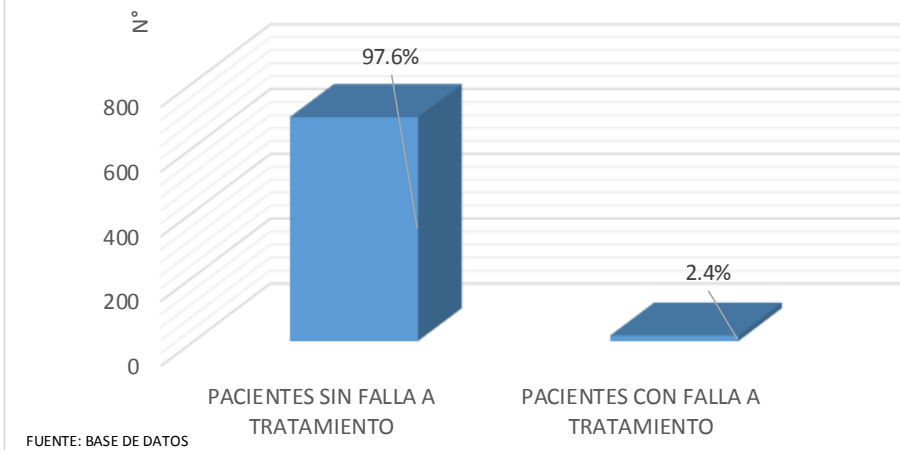


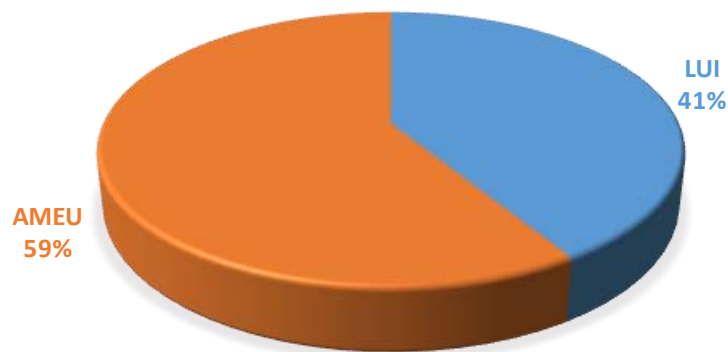
FIGURA 6. CAUSAS DE FALLA DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO



FUENTE: BASE DE DATOS

De las pacientes con falla a tratamiento farmacológico requirieron realización de procedimiento quirúrgico realizando 10 AMEU que corresponde a 59% y 7 LUI que corresponden a 41% (Figura 7).

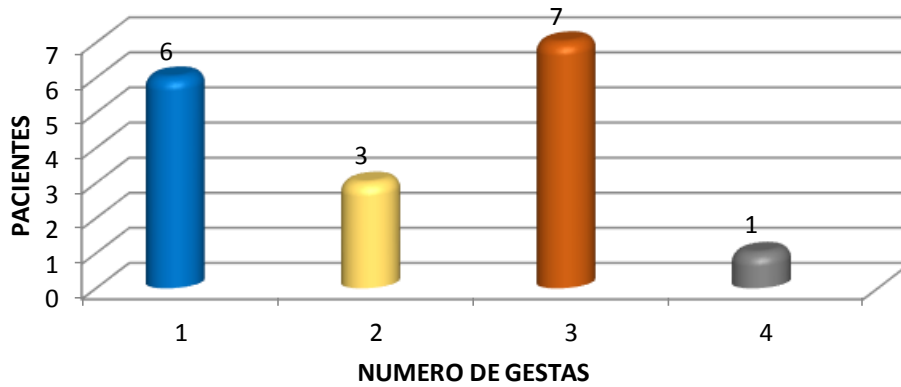
FIGURA 7. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO EN LAS PACIENTES CON FALLA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN LEGAL DE EMBARAZO.



FUENTE: BASE DE DATOS

Encontramos que de las pacientes con falla al tratamiento el mayor número de pacientes que fueron 7 (41.2%) tenía 3 gestas, de 6 pacientes (35.3 %) era su primera gesta, de 3 pacientes (17.6%) su segunda gesta y sólo de 1 paciente 5.9% era su cuarta gesta, (Figura 8).

Fig. 8 Número de gestas de las pacientes con falla al tratamiento farmacológico de Interrupción Legal de Embarazo.



FUENTE: BASE DE DATOS

La edad gestacional que se encontró con más frecuencia en las pacientes con falla a tratamiento farmacológico fue de 8 semanas en 6 pacientes que corresponden a 35.3% y 7 semanas en 4 pacientes que corresponde a 23.5 pacientes (Figura 9).

Figura 9. Edad gestacional de las pacientes con falla a tratamiento farmacológico en Interrupción Legal de Embarazo.



FUENTE: BASE DE DATOS

DISCUSIÓN

Este estudio transversal, descriptivo y retrospectivo se realizó mediante la revisión de 709 expedientes del programa de Interrupción Legal de Embarazo del Hospital General de Ticomán del año 2015 y mediante la ayuda de una base de datos se pudieron obtener los resultados previamente descritos.

Los expedientes que se revisaron de las pacientes incluidas en el estudio recibieron tratamiento farmacológico a base de mifepristona 200 mg y misoprostol 800 mcg 24 hrs posteriores a la mifepristona en embarazos de hasta 10 semanas de gestación.

La edad promedio de las pacientes incluidas en el estudio fue de 26 años, la mayoría procedente de la ciudad de México en un 56% y del Estado de México en un 41% probablemente por la cercanía de éste a la ciudad de México. El estado civil que predominó fue solteras en un 53.3% y unión libre en un 26.9% y con un nivel educativo predominante el bachillerato en 48% y secundaria en un 30%.

El total de pacientes en quienes falló el tratamiento farmacológico fue de 17 pacientes que equivale al 2.4%; quienes ameritaron la realización de un procedimiento quirúrgico y que se les realizó AMEU en 69% y LUI el 41%. El principal motivo de falla fue la presencia de aborto incompleto en el 65% e idiosincrasia al medicamento en 23%. La mayoría de las pacientes eran multigestas en 41.2%. Y la edad gestacional predominante fue 8 semanas en 35.3%.

En otros estudios realizados en la ciudad de México demuestran que la Interrupción Legal de Embarazo se relaciona a diversos factores propios de la mujer como son la ocupación, la escolaridad, el número de interrupciones previas, lo cual nos deja ver que a pesar de los años transcurridos realizando dicho procedimiento las características de las pacientes que recurren al servicio de Interrupción Legal de Embarazo no difieren en gran medida. Por tal motivo es preciso seguir haciendo del conocimiento de las pacientes que deben utilizar métodos anticonceptivos y que en varias de ellas es recomendado utilizar métodos definitivos.

CONCLUSIONES

Dentro de las principales características de las pacientes fue que se encontraban en un rango de edad de 20 a 22 años, con escolaridad bachillerato lo que refleja que es la población de adultos jóvenes los que solicitan más el servicio.

La mayor afluencia de pacientes es de la Ciudad de México en un 56%, sin embargo el Estado de México tiene una amplia participación con 41% del total probablemente por encontrarse adyacente. Al momento sólo en la ciudad de México se ha despenalizado el aborto, pero se espera que se despenalice en otros estados de la República para evitar que las pacientes incurran en el aborto inseguro y que ello condicione complicaciones que incluso las lleve a la muerte.

Se obtuvo un 2.4% de porcentaje de falla al tratamiento, lo que no está fuera de rangos de lo manejado por la bibliografía y que nos hace pensar que se maneja el programa de ILE acorde a las estipulaciones, sin embargo ningún procedimiento se encuentra exento de falla, encontrando como causa principal al aborto incompleto e idiosincrasia al medicamento que puede hacernos pensar, en si las pacientes siguen las indicaciones precisas que los médicos les dan para la toma del medicamento y que en caso de no seguir las puede influenciar en la acción del mismo. El procedimiento quirúrgico realizado con más frecuencia fue el AMEU que de acuerdo a la OMS es la mejor opción y que da menor frecuencia de complicaciones.

El programa ILE continua ampliando su número de usuarias lo que influye positivamente para poder ofrecer las mejores condiciones para interrupción de embarazo y con ello lograr descenso de las muertes ligadas a esta causa.

Los resultados obtenidos son de suma importancia para mejorar el servicio de ILE, por lo que se debe continuar con esta línea de investigación e incluso ampliarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2a ed.* Organización Mundial de la Salud, 2012. Páginas 123.
2. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.* Sixth edition. World Health Organization. 2011. Páginas 56.
3. Sonia B. Fernández Cantón, Gonzalo Gutiérrez Trujillo, Ricardo Viguri Uribe. La mortalidad materna y el aborto en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012; 69(1):77-80.
4. Juárez Fátima, Shing Susheela, et al. *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: Causas y consecuencias.* El Colegio de México. Páginas 45.
5. *Clinical Practice for Safe Abortion.* World Health Organization. 2014. Páginas 10.
6. *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems. Legal and policy considerations - Key messages.* World Health Organization. 2015. Páginas 10.
7. *Gaceta Oficial del Distrito Federal.* Órgano del Gobierno del Distrito Federal. Décima Séptima Época, 4 de Mayo, No. 75, 2007. Páginas 5.
8. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente, México: *Secretaría de Salud* 2009. Páginas 50.
9. González de León Deyanira, Billings Deborah. *El aborto en México.* México D.F. 2002. Páginas 24.
10. Aborto Espontáneo. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.* Madrid, 2010. Páginas 207-224.
11. Díaz-Olavarrieta C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Rev.Panamá Salud Pública.* 2012; 32(6):399–404.

12. Figueroa-Lara, Alejandro, Reyes-Morales, Hortensia, Lamadrid-Figueroa, Héctor, Aracena-Genao, Belkis, Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México 2010. *Salud Pública de México* 2012, 54: 401-409.
13. Blum Jennifer, Bynum Jillian, et al. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto: Guía introductoria*. Gynuity Health Projects. New York. 2009. Páginas 48.
14. Hoover O. Canaval, Edgar Ortiz. Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Tercera Edición. *Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología*. Mayo 2013. Páginas 102.
15. Henry Espinoza, Charlotte Ellertson, Sandy García, Raffaella Schiavon, Ana Langer. Medicamentos para la interrupción de la gestación: una revisión de la literatura y sus posibles implicaciones para México y América Latina. *Gac Méd Méx* Vol. 138 No. 4, 2002. Páginas 347-356.
16. *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. World Health Organization. 2015. Páginas 81.

GLOSARIO

Aborto: Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con un peso menor de 500 gramos.

Aborto médico: Es la utilización de fármacos para finalizar el embarazo.

Aborto quirúrgico: Es la utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo.

Aborto Inseguro: Procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos.

Interrupción Legal de Embarazo (ILE): Es aquel procedimiento que se realiza hasta la décima segunda semana de gestación de acuerdo a los lineamientos del código penal.