



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. agosto 2004; 8(2): 62-68

ARTÍCULO ORIGINAL

Misoprostol para aborto precoz en la adolescencia

Misoprostol to the early abortion in adolescence

Belkis Rodríguez Vázquez¹, Abel García Bencomo², Ramón Valdés Carrillo³, Rosendo Sánchez⁴, Armando Martínez Fábregas⁵.

¹Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Licenciado en Enfermería. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista de I Grado en Endocrinología. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

El aborto en la adolescencia constituye un problema a nivel mundial por lo que encontrar métodos efectivos para disminuir la morbi-mortalidad por esta causa, constituirá un éxito y es precisamente el Misoprostol quien ayudará a resolver este problema. En nuestro trabajo utilizamos 800 mcg de Misoprostol por vía vaginal y se siguió la paciente ultrasonográficamente repitiendo la dosis si necesario hasta tres veces, en un total de 212 adolescentes que acudieron al Hospital Abel Santamaría solicitado método abortivo y cumplían los requisitos aplicando el método y demostrando finalmente su seguridad y efectividad. La edad promedio de las pacientes fue de 17.1 años con una desviación de 1.2 años con una media de tiempo gestacional de 7 semanas, encontrando además un elevado porcentaje de pacientes solteras (75.7 %). Las reacciones secundarias fueron: dolor (90 %), diarreas (33.7 %), cefalea (17.4 %), entre otras. El tiempo de expulsión óptimo fue de 6 a 8 horas (91.7 %) y solo el 3.3 % le duro el sangramiento mas de 14 días sin complicaciones, pues no hubo necesidad de transfundir no legrar y estos fueron los casos con endometrio mayor de 24 mm. Hubo mayor efectividad en las pacientes con tiempo gestacional entre 7 y 10 semanas y la efectividad global del método fue de 99.05 % a pesar de que en la primera dosis fue de 97.64 %.

Descriptor DeCS: ABORTO INDUCIDO, MISOPROSTOL/uso terapéutico.

ABSTRACT

Abortion in adolescence continues to be a worldwide problem. That is why effective methods should be found to diminish morbidity and mortality due to its cause. Misoprostol would help to solve this health problem. Misoprostol (800 mcg) was used per vaginam and patients were followed sonographically repeating dosages when necessary up to three times. This method was used in 212 adolescents who attended to Abel Santamaría Hospital for abortion. These patients met all requirements and the method was used showing its safety and effectiveness. The average age was 17.1 years having a deviation of 1.2 years, the mean pregnancy time was 7 weeks, most of the patients were single (75.7 %). Side effects were: pain (90 %), diarrhea (33.7 %), headache (17.4 %) among others. The best expulsion stage was 6 to 8 hours (91.7 %). Patients having an endometrium > 24 mm (3.3 %) suffered from bleeding for more than 14 days without complications (there was no need of blood transfusion or curettage). The best effectiveness was obtained in patients between 7 and 10 weeks of pregnancy and the total effectiveness of the method was 99.05 % despite the first dosage was 97.64 %.

Subject headings: MISOPROSTOL/therapeutic use.

INTRODUCCIÓN

El aborto farmacológico en la adolescencia constituye una de las principales causas de muerte materna en el mundo,¹ y aun más en los países subdesarrollados donde se realizan prácticas abortivas sin la presencia de un personal calificado.² En nuestro país a pesar de tener un personal altamente calificado para la realización de dicho proceder no deja de constituir un problema en la morbimortalidad materna, por lo que encontrar métodos que disminuyan los riesgos contribuirá a la salud reproductiva de la adolescente,³ pues conocemos que a pesar de no ser el aborto un método anticonceptivo y de los esfuerzos de nuestro Sistema Nacional de Salud por garantizar una adecuada educación sexual, gran parte de las adolescentes se toman esta vía como una forma de solucionar el embarazo no deseado.

En general las prostaglandinas han demostrado ser un método válido para la terminación del embarazo y específicamente el misoprostol que es un análogo sintético de la prostaglandina E1, comercializada en 72 países para la prevención y tratamiento de la úlcera gastroduodenal.⁴ Esta prostaglandina tiene mayores ventajas que las comercializadas actualmente porque: a) No necesita refrigeración, b) No tiene acción bronco constrictiva, más bien broncodilatadora, c) Es de bajo costo, d) El acceso a la droga es fácil y e) Es fácil de usar.⁵

El misoprostol cuando se administra por vía vaginal ha demostrado una eficacia superior a 90 % para provocar aborto en embarazos hasta de 9 semanas y las complicaciones en relación al aborto quirúrgico son nulas, por lo que utilizar este método en nuestras adolescentes contribuirá a la salud reproductiva de ellas y mejorará por tanto las tasas de morbimortalidad por aborto.

Es por lo anterior que decidimos realizar este estudio para evaluar la eficacia y seguridad del método sin la necesidad de realizar curetaje post aborto, así como identificar las reacciones secundarias más frecuentes y las características ultrasonográficas después de la expulsión.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado en el periodo comprendido de enero del 2002 a enero del 2003, en un grupo de adolescentes (212) que acudieron a la consulta de interrupción de embarazo solicitando método abortivo y que cumplían con los requisitos para la aplicación del método (Embarazo entre 5 y 10 semanas, Edad entre 12 y 20 años, no antecedentes de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus ni cardiopatía, hemoglobina, exudado vaginal y aceptación del paciente). Además tener el consentimiento materno.

La técnica empleada consistió en administrar Misoprostol por vía vaginal (800 mcg) y mantener la paciente acostada durante 10 minutos, se cita a las 24 horas para valoración ultrasonográfica, si expulsó se cita a los 14 días de lo contrario se repite hasta un total de tres dosis para dar por terminado el proceder y si no expulsó sería el método más fallido procediendo entonces al aborto quirúrgico les recomendó además que para el alivio del dolor podían utilizar Dipirona. Los resultados se llevaron a tablas y gráficos empleando diferentes métodos estadísticos.

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se representan las características de las pacientes incluidas en el estudio observando que la edad promedio fue de 17.1 años y que el 75.7 % eran solteras además de que el 11.3 % no estudiaba en ese momento.

Tabla 1. Aborto Farmacológico. Características de las pacientes. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". 2002-2003.

Edad	No.	%
12 - 14	14	6.6
15 - 17	103	48.5
18 - 20	95	44.8
Escolaridad		
Estudios universitarios	56	26.4
Otros estudios	94	44.3
Técnico medio	38	17.9
Sin oficio	24	11.3
Estado conyugal		
Soltera	160	75.4
Casada	43	20.2
Divorciada	9	4.2
Edad gestacional		
< 7 semanas	96	45.2
7 - 8 semanas	79	33.4
9 - 10 semanas	45	21.2
Paridad		
0	163	76.8
1	34	16.0
2	15	7.0

Fuente: Formulario.

Las reacciones secundarias del medicamento se presentaron en la [tabla 2](#) y vemos que en el 90 % de los casos se presentó dolor, siguiendo en orden de frecuencia la diarrea para un 33.0 % y la cefalea en un 17.4 %.

El tiempo de expulsión se expresa en la [tabla 3](#) donde el 90.56 % expulsó entre las seis y ocho horas y solo el 1.4 % lo hizo después de las 12 horas del total de 207 pacientes que expulsaron con la primera dosis.

Representamos la efectividad del método en la [tabla 4](#) observando que el 97.64 % expulsó con la primera dosis produciéndose una efectividad global de 99.05 % y la tercera dosis no resultó ser efectiva en nuestro estudio.

En la [tabla 5](#) presentamos la efectividad del método según tiempo gestacional y observamos que las tasas de éxito en las pacientes con 7 a 10 semanas son mayores (99.1) que en las de menos de 7 semanas donde la tasa fue de 95.8 %, aunque no existe significación estadística.

En la [tabla 6](#) relacionamos la duración del sangramiento con relación al grosor del endometrio y observamos que los endometrios menores de 18 mm tienen una duración normal de sangrado (menos de 14 días), no así los mayores de 24 mm que el sangramiento duró más de 14 días en el 71.42 % de los casos.

DISCUSION

Los resultados representados en la tabla 1 no difieren de los observados por el Dr. Velazco en su estudio donde encontró una media de edad de 17 años para su grupo.⁶ Las reacciones secundarias representadas en la tabla 2 si difieren pues otros autores^{7, 8} han encontrado un 95 % de dolor, sin embargo el resto de las reacciones son similares, solo que el sangramiento en nuestro grupo no constituyó una complicación porque no apareció anemia ni necesidad de curetaje.

El 91.7 % expulsó entre 6 y 8 horas no coincidiendo este resultado con otros autores que plantean que el mayor por ciento de su grado expulsó entre 8 y 12 horas.^{4, 6, 7}

La tasa de efectividad del método obtenida fue superior a todos los estudios revisados representando la nuestra un 99.05 %. No así otros estudios que solo muestran un 91 % de tasa de aborto completo.

La tasa de aborto también es influida por el tiempo gestacional y observamos en nuestro estudio que el embarazo entre 7 y 10 semanas obtuvo mejores resultados no coincidiendo con otros estudios donde demuestran una media de 6 semanas.^{1, 6}

La efectividad del método con la primera dosis es notable y en nuestro trabajo la tercera dosis no resultó ser eficaz para ningún caso a pesar de ello no hubo complicaciones por el método pues las pacientes con sangramiento genital mas de 14 días no tuvo necesidad de curetaje ni tratamiento antianémico pues este fue de forma intermitente y no se alteraron las cifras de hemoglobina.

En la tabla 5 observamos claramente que el grosor del endometrio interviene en la duración del sangramiento pues en aquellos endometrio mayor que 24 mm se observó que el 71.40 % de los casos le duró el sangramiento mas de 14 días coincidiendo estos resultados con estudios realizados por Zalanyi y otros autores.^{6, 9}

La tasa nula de complicaciones durante el aborto nos conduce a pensar en la realidad de que el método puede utilizarse en el hogar después de ser valorada por el médico, como aborto temprano del primer trimestre, lo que contribuirá a disminuir los costos y optimizar el método.

Por otra parte creemos que la posibilidad de que la mujer pueda ver el embrión en estas edades gestacionales tempranas pueda tener efectos psicológicos negativos y contribuirá que las adolescentes mantengan un método anticonceptivo adecuado y no acudan al aborto como solución de un problema.

Se concluye que el promedio de edad de nuestras pacientes fue 17.1 % y del tiempo gestacional de 7 semanas. Las reacciones secundarias más frecuentes fueron el dolor para un 90 % y las diarreas 33 %, posteriormente la cefalea, vómitos y sangramiento respectivamente. El tiempo de expulsión optimo fue de 6 a 8 horas (91.7 %) y solo al 3.33 % de las pacientes le duro el sangramiento mas de 14 días, sin complicación alguna, existiendo una diferencia altamente significativa entre el grosor del endometrio y la duración del sangrado. Hubo mayor efectividad en las pacientes de tiempo gestacional entre 7 y 10 semanas y la efectividad global del método fue de 99.05 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carbonell JLL, Varela L, et al. Methotrexate oral y Misoprostol para aborto precoz. C Habana. Centro de Planificación Familiar. 1998.
2. Royston E, Armstrong. Preventing Maternal Deaths. Geneva. WHO 1989.
3. Templeton A. Misoprostol for all? Br J Obstet Gynaecol 1998;105: 937-9
4. Winikoff B, Ellertson, Ellertson C. Analysis of failure in medical abortion. Contraception. 1996; 54: 323-7.
5. Blanchard-K, Winikoff - B, et al. Use of Misoprostol during pregnancy and Mobius Syndrome in infants. N Engl J Med 339:1553-1554, 1998
6. Velazco A, Cabezas E, et al. Methotrexate oral and Misoprostol para aborto precoz. C Habana; 1998.
7. Miller NH, Miller DI. Attitudes of the physician membership of the society for adolescent medicine toward medical abortion for adolescences. Pediatrics. 1998 May;101(5):E4
8. Flichter HM, Mitchel, et al. Intravaginal Misoprostol as a cervical reponing agent. Br Obst Gynecol 1993; 100: 641-4.
9. Zalanyi S. Vaginal Misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. Br J Obstet Gynaecol 1998;105:1026-8. 5

Recibido: 23 de octubre de 2003

Aprobado: 23 de junio de 2004

Dra. Belkis Rodríguez Vázquez. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Ché Guevara de la Serna". Km 89 Carretera Central. Pinar del Río. Cuba