

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE POSGRADO



Tesis

Digitales UNMSM

“EFICACIA DEL MISOPROSTOL EN ABORTO FRUSTRO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EsSALUD LIMA (ENERO 1998 - 1999)”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título Profesional de:

ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA

AUTORES

CÉSAR AUGUSTO HUAMÁN PÁUCAR

CÉSAR LONGINOS CARACELA NÚÑEZ

LIMA – PERÚ

2002

AGRADECIMIENTO

Al hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, al personal de salud y administrativo de Ginecoobstetricia en las personas de:

DR.

HUMBERTO CHONG RODRIGUEZ

Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia

DR.

EDUARDO CÁCERES CHUNG

Asesor del Trabajo de Investigación

DR.

FRANCISCO MIRANDA CATIRI

Tutor de los Médicos Residentes de la UNMSM

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO
RESUMEN
SUMMARY

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

DEFINICIONES
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA
HIPÓTESIS
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

METODOLOGÍA
MUESTRA
VARIABLES
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

CAPITULO III: RESULTADOS

ANÁLISIS, CUADROS Y GRÁFICOS
RESULTADOS
DISCUSIÓN

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES
SUGERENCIAS
BIBLIOGRAFÍA
AGENDA
ANEXO



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo descriptivo constituido por 1672 pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de aborto frustrado y gestación no evolutiva de las cuales 608 pacientes fueron tratados con Misoprostol intracervical, fondo de saco posterior y vía oral, como fármaco de elección para la maduración y evacuación uterina del producto, realizado en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins -EsSalud, Lima Enero 1998-Diciembre 1999. El motivo de estudio fue comprobar la eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva.

Los resultados muestran que de un total de 608 casos estudiados a las cuales se les administró misoprostol, se presentó un 41.5% (252 casos) con el diagnóstico de aborto frustrado y un 58.5% ó (356 casos) con el diagnóstico de gestación no evolutiva, siendo la mayoría de porcentajes 31.58% a una edad entre 30-34 años, comprendida a una edad promedio 32.7 años; un 67.10% de las pacientes fueron multíparas; en una edad gestacional comprendida de 9-12 semanas 58.55%; siendo



la dosis más usada de 600 mcg 66.45%; por la vía de administración que fue la intracervical más oral 75.66% aun tiempo de latencia desde la administración del misoprostol hasta lograr resultados 6-10 horas 50%.

Por lo que el 57.89% de las pacientes presentaron sangrado en cantidad escasa; manifestando dolor un 91.45% de las pacientes; llegando a un resultado final el 76.95% de las pacientes logró maduración cervical con una dilatación de al menos 8 mm. sin expulsión del feto.

Podemos decir que el misoprostol es un fármaco útil, de probada eficacia dando como resultados (77.78%) en gestantes con aborto frustrado y (76.40%) en gestantes con gestación no evolutiva; generalmente en dosis de 600 mcg (66.45%) que evita el preoperatorio efectivo, acorta la estancia hospitalaria, proporcionando adecuados beneficios a costo bajo (relación costo beneficio), en el tratamiento de las pacientes con aborto frustrado y gestación no evolutiva en un tiempo menor.



SUMMARY

A descriptive retrospective study is presented constituted by 1672 patients with clinical diagnosis and abortion ecográfico I frustrate and non evolutionary gestation of which 608 patients were treated with Misoprostol intracervical, bottom of later sack and via oral, as election pharmacy for the maturation and uterine evacuation of the product, carried out in the service of Gineco Obstetrics of the National Hospital Edgardo Rebagliati Martins, -it is Health, Lima January 1998 - December 1999. -The study reason was to check the effectiveness of the Misoprostol in abortion I frustrate and non evolutionary gestation.

The results show that of to total of 608 marry studied which "were administered misoprostol, 41.5%, it was presented (252 marry) with the abortion diagnosis I frustrates you and 58.5% (356 marry) with the diagnosis of non evolutionary gestation, being most from percentages 31.58% to an age among 30-34 years, understood to an age average 32.7 years; 67.10% of the patients was multíparas; in an age understood gestacional of 9-12 weeks 58.55%; being the used dose in 600 mcg 6.45%; for the administration road that was the intracervical oral 75.66% at the same lives it cheats of latency from the administration of the misoprostol until achieving results 6-10 hours 50%.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

For what 57.89% of the patients presented bled in scarce quantity; manifesting pain 91.45% of the patients; arriving to final result 76.95% of the.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Dentro de la práctica obstétrica diaria, encontramos circunstancias en la que es necesario evacuar el útero por alguna indicación médica: Aborto frustrado, mola hidatiforme, óbito fetal, anencefalia, gestación no evolutiva. O gestaciones con pocas probabilidades de supervivencia fetal, aborto terapéutico, éstas son complicaciones obstétricas frecuentes que conllevan a una serie de peligros para la madre, si dejamos que se resuelva, de modo espontáneo (14,28).

Se ha visto en épocas pasadas que estos eran expulsados dentro de las primeras tres semanas y que este intervalo era cada vez mayor a menor edad gestacional del producto muerto, por lo cual también se observó el riesgo e incremento de los trastornos de coagulación a partir de las cinco semanas del óbito (28).

Es por ese motivo que hace más de un siglo se han utilizado diversos métodos para maduración cervical entre ellos tenemos diferentes mecanismos como: amniotomía, despegamiento de membranas, inserción extraamniótica de



dilatadores: (catéter y balones), tallos de laminaria, oxitocina, estimulación mamaria, hormonas o el tratamiento quirúrgico para la extracción del producto mediante pinza foester y legas fenestradas cortantes, siendo este proceso muy traumático (8, 14, 28).

Desde que se describió la estimulación del músculo liso por las prostaglandinas y su concentración elevada en el líquido menstrual, muchos investigadores han comprobado la notable asociación de valores altos de prostaglandinas en el líquido menstrual de pacientes con dismenorrea o menstruaciones dolorosas (40).

Es sabido que la biosíntesis uterina de prostaglandinas tiene lugar principalmente en el endometrio (33) y diversos estudios han demostrado que la capacidad del útero para producir prostaglandinas varía según la etapa reproductora. Las concentraciones de prostaglandinas en el endometrio varían durante el ciclo menstrual, y se ha comprobado que los valores de $PGF_{2\alpha}$ (aumentan durante la última parte de la fase luteínica. También se ha señalado que la biosíntesis de prostaglandina por el endometrio aumenta en mujeres con dispositivos intrauterinos. (45)



El Estrógeno y la progesterona desempeñan papeles importantes en la modulación de la biosíntesis uterina de prostaglandinas; el estrógeno parece intervenir en la estimulación de su síntesis, mientras que la progesterona parece modular no sólo la cantidad sino también la proporción entre PGE₂ y PGF_{2α} (40).

Las prostaglandinas son compuestos de 20 carbonos liberados por el miometrio y las células deciduales para actuar sobre receptores celulares específicos, las cuales se forman por acción de la sintetasa de la prostaglandina sobre el precursor ácido araquidónico. Las prostaglandinas se degradan rápidamente y su versión se producen en la mayor parte de los tejidos. Puede confiarse en que los preparados de prostaglandinas produzcan contracciones uterinas y expulsión de productos de la concepción en cualquier etapa del embarazo (22).

Después de la introducción de las prostaglandinas como agentes del trabajo de parto se reportó el marcado efecto que tienen en la maduración cervical no mediadas por las contracciones uterinas, ensayándose dosis progresivas y vías diversas de administración como: oral, endovenosa, intravaginal (intracervical, fondo de



saco posterior) intraamniótica, entre otras; realizándose estudios a nivel mundial y local las prostaglandinas F_{2α}, E₂, E₁; siendo de estas la más aceptada el uso del misoprostol un análogo de la prostaglandina E₁ (PGE) (2, 35, 39, 41).

La introducción en el mercado del misoprostol (Cytotec, Searle, Chicago, IL), análogo de la prostaglandina, E₁, cuya fórmula es ± methyl 11 alpha, 16 - dihydroxy - 16 methyl -Oxoprost -13E- en 1 oate, fue originalmente desarrollado y ampliamente usado como agente citoprotector y antisecretor para el tratamiento de úlcera péptica -asociado a analgésicos antiinflamatorios no esteroides (11 31, 34) posteriormente se abrió la puerta a investigaciones como agente uterotónico para producir contracciones uterinas y como madurador cervical en la inducción de la labor de parto (12, 18) y aborto (36). Un aspecto importante es el costo bajo del tratamiento (US\$ 1,00 la tableta), a la dosis en que se obtiene sus beneficios (15, 28).

En investigaciones realizadas con prostaglandinas, estas se usaban como abortivos primarios, primero como posibles agentes luteolíticos que interrumpían el



mantenimiento hormonal del embarazo y luego con mejores resultados como agentes uterotónicos, en dosis suficientemente elevadas para estimular las contracciones uterinas y maduración cervical.

También pueden presentarse efectos adversos bien conocidos, como vómitos, diarrea, fiebre, entre otros (escalofrío, taquicardia y sangrado abundante) (27, 36,37)

En un estudio el 76% de las pacientes con aborto frustrado expulsó el producto y la mayoría lo hizo dentro de las primeras 10 horas, cabe mencionar que en dicho estudio se usó el medicamento por vía oral (200 mcg cada 3 horas, hasta un máximo de 800 mcg) (15, 38), en estas experiencias la literatura brasileña con el uso del misoprostol revelan cifras de intentos fallidos en la evacuación uterina que oscilan entre 6% vía oral y 5,4% vía vaginal (44). Por otro lado (36) usaron el misoprostol en 56 pacientes administrando 50 mcg vía intravaginal, cada 2 horas, resultando que el 79% de ellas tuvieron maduración cervical en 24 horas, (23) administraron misoprostol 100 mcg vía vaginal Vs intracervical a 100 mujeres del segundo trimestre, de



las cuales 83% dieron resultados dentro de las 18 horas.

Es por ello que el frecuente uso de prostaglandinas como estimulantes o inductores uterinos motivó la idea del presente estudio que trata de determinar el grado de **EFICACIA DEL MISOPROSTOL EN LA EVACUACIÓN ENDOUTERINA EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTRO y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA**, de tal modo que en pacientes que requirieron una evacuación pronta y eficaz del producto, ya sea el misoprostol un fármaco de elección en la maduración cervical, disminuyendo así el intervalo de tiempo de administración, maduración cervical, la tasa de inducciones fallidas y por consiguiente la tasa de morbilidad materna, por la cual se llevó a cabo la revisión de historias clínicas del archivo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud durante el período de Enero 1998 Diciembre 1999.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la formulación del problema es conveniente hacernos la siguiente interrogante:

¿Cuán es la eficacia del misoprostol en el aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud durante el período de Enero 1998- Diciembre 1999?

HIPÓTESIS

El misoprostol en la evacuación endouterina es eficaz en gestantes con aborto frustrado y en gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Enero 1998- Diciembre 1999.

OBJETIVOS

- Objetivo General:

Evaluar la eficacia del misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva.

- Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

- Evaluar el tiempo de evacuación del producto y/o maduración cervical en gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva.
- Identificar las complicaciones del uso de misoprostol.
- Comparar la dosis, la vía de administración y la respuesta del misoprostol en gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva.



CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación trata de la eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva, el cual se realizó en el período de Enero 1998 - Diciembre 1999, se realizó un estudio de tipo retrospectivo, longitudinal y descriptivo de los datos obtenidos mediante una revisión de las historias clínicas.

1. UNIVERSO:

El universo estuvo conformado por todas las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, fueron 1672 pacientes.

2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

2.1 Criterio de Inclusión:

- Gestantes con diagnóstico de aborto frustrado y gestación no evolutiva.

2.2 Criterios de Exclusión:



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

- Gestantes con tratamiento previo con oxitocina.
- Gestantes con tratamiento previo con solución hipertónica.
- Hemorragia previa significativa (+ 2 0 0 ml.)
- Gestantes con antecedentes de cicatriz uterina previa.

3. MUESTRA:

La muestra estuvo conformada por todas las pacientes gestantes con aborto frustrado y gestación evolutiva, según criterios de inclusión y exclusión.

4. PROCEDIMIENTO:

El presente trabajo se realizó utilizando las historias clínicas de la Oficina de Estadística y Archivo del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Se confeccionó una ficha de recolección de datos diseñada específicamente para el presente trabajo de investigación, donde los datos que se obtuvieron de las historias clínicas, fueron volcados en el instrumento para este estudio, el

cual fue validado con el fin de que al ser analizado los datos se obtengan resultados precisos.

La información obtenida se tabuló y evaluó según el método aleatorio simple.

5. VARIABLES EN ESTUDIO:

- Variable Independiente:

Uso de Misoprostol

Operacionalizando variables

* Vía de administración

* Dosificación

- Variable Dependiente

Eficacia en la evacuación endouterina en aborto frustrado y en gestación no evolutiva.

Operacionalizando variables

* Tiempo de latencia

* Cantidad del sangrado

* Modificación del cérvix

* Efectos colaterales

6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Eficacia:** Capacidad máxima de un fármaco para producir un resultado,, independientemente de su dosis.

Grado en el que el misoprostol logrará la maduración cervical. Teniendo indicadores como: número de pacientes que maduraron el cérvix uterino, tiempo transcurrido entre la administración de misoprostol y maduración cervical.

- **Misoprostol:** Es un derivado metil de la PGE, usado para el tratamiento de gastritis úlcera péptica en pacientes que requieren de una terapia a largo plazo.

Su presentación: Cytotec de 200 mcg en tb.

- **Aborto Frustrado:** Trastorno en el que un embrión feto inmaduro muerto no sale del útero hasta 2 o mas meses después. El útero disminuye de tamaño desaparecen los síntomas de embarazo; pueden aparecer infecciones y trastornos de la coagulación en la sangre materna.

- **Gestación no Evolutiva:** Es aquel embarazo que por alguna complicación, no se evidencia actividad fetal dentro de las últimas horas.
- **Maduración cervical:** Una serie de procedimientos que sufre el cérvix en el cual se acorta y borra gradualmente. El borramiento cervical se expresa en % de acortamiento.
- **Prostaglandina:** Nombre de un grupo de hidroxiacidos naturales de cadena larga químicamente relacionados, que estimulan contractibilidad del músculo uterino y el músculo liso de otros tipos. Tienen capacidad para disminuir la presión arterial, regular secreción del ácido del estómago, regular la temperatura corporal y la agregación plaquetaria y controlar la inflamación y la permeabilidad vascular.
- **Legrado:** (curetaje), raspado del material de la pared de una cavidad u otra superficie, realizado para eliminar tumores u otros tejidos anormales o para obtener tejido para su examen microscópico.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

- **Prímiqesta:** Mujer embarazada por primera vez.
- **Multígesta:** Mujer que ha estado embarazada varias veces.
- **Multípara:** Mujer que ha llevado dos o más embarazos hasta la fase de viabilidad.
- **Evacuación:** Sustancia desechada o extraída del organismo.
- **Contracción uterina:** Acortamiento rítmico de la musculatura del segmento uterino superior que al principio es suave y que para ser enérgico posteriormente, produciéndose cada 2 minutos, siendo al final aproximadamente cada minuto.
- **Uterotónico:** Proceso que imparte tono muscular al útero, agente que aumenta el tono del músculo uterino.
- **Vía de administración:** Cualquiera de las vías por las que puede administrarse un fármaco, como la vía intramuscular, intranasal, intravenosa, oral, rectal, subcutánea, sublingual, tópica o vaginal.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

- **Fondo de saco posterior:** Seno localizado en la parte superior de la vagina formado por la protusión del cuello uterino en la vagina.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **Vía de administración:** El uso del misoprostol se realizó por vía vaginal (intracervical y fondo de saco posterior) y por vía oral.
- **Dosificación:** Esta varió entre 200 mcg a 1200 mcg de acuerdo a los diferentes esquemas. Utilizados.
- **Tiempo de latencia:** Será variable ya que es el grado de respuesta entre la aplicación del misoprostol y la evacuación endouterina o cambio cervical (dilatación mínima 8 mm).
- **Cantidad de sangrado:** Se midió de acuerdo a escala ordinal: escaso, moderado y abundante conforme aparezca descrito en la historia clínica.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

- **Modificación del cérvix:** De acuerdo a características blando o duro.
- **Efectos colaterales:** Puede presentarse deposiciones líquidas náuseas, vómitos, fiebre.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

CAPÍTULO III

ANÁLISIS CUADROS, GRÁFICOS

TABLA I
ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN GRUPO ETAREO EN GESTANTES
CON ABORTO FRUSTRO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA,
ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Edad	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	135	100
15 – 19	4	0.66	4	1.59	0	0
20 – 24	44	7.24	12	4.76	32	8.99
25 – 29	132	21.71	44	17.46	88	24.72
30 – 34	192	31.58	76	30.16	116	32.58
35 – 39	144	23.68	64	25.40	80	22.47
40 – 44	92	15.13	52	20.63	40	11.24

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO I

ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN GRUPO ETAREO EN GESTANTES
CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998- DICIEMBRE 1999

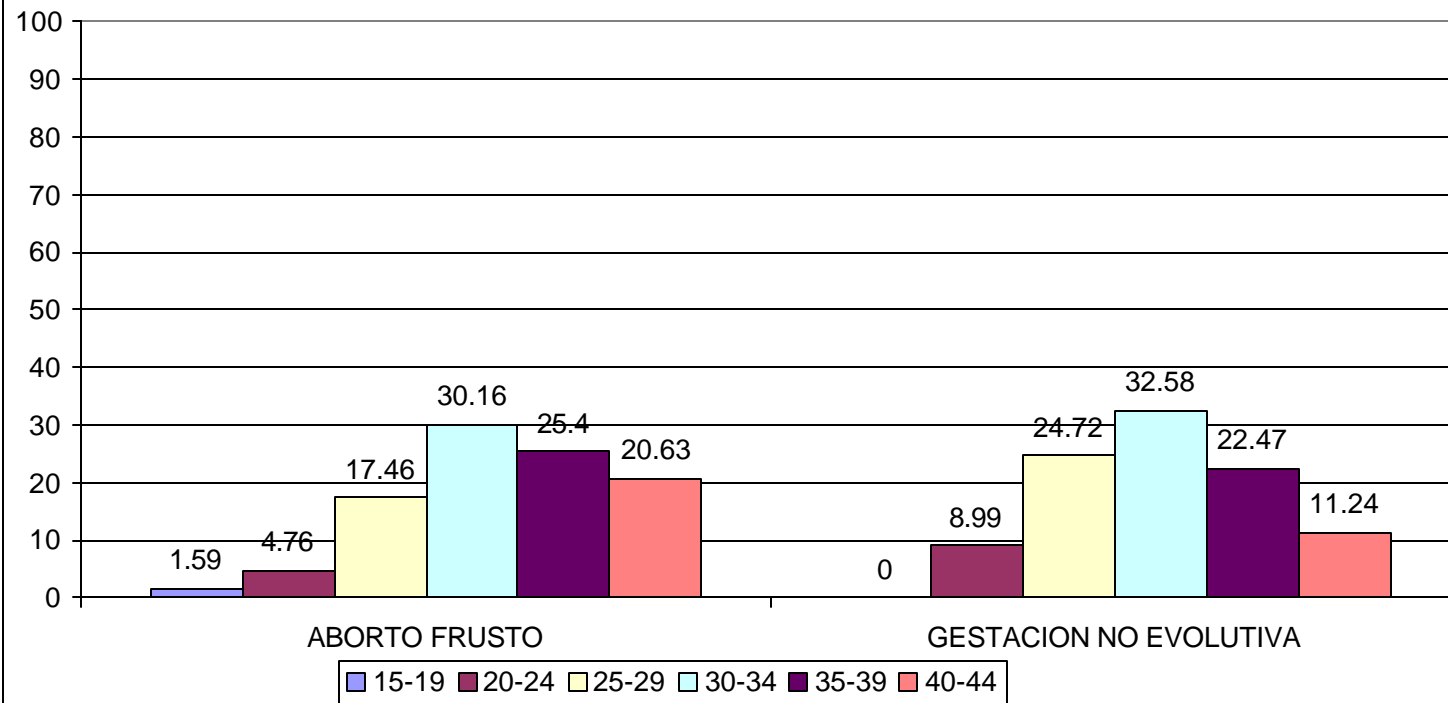


TABLA II

**ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN PARIDAD EN GESTANTES CON ABORTO
FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999**

Paridad	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
Primigesta	136	22.37	48	19.05	88	24.72
Multipara	408	67.10	180	71.43	228	64.04
Gran Multipara	64	10.52	24	9.52	40	11.24

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO II

ADMINISTRACIÓN DE MISOPOSTROL SEGÚN PARIDAD EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

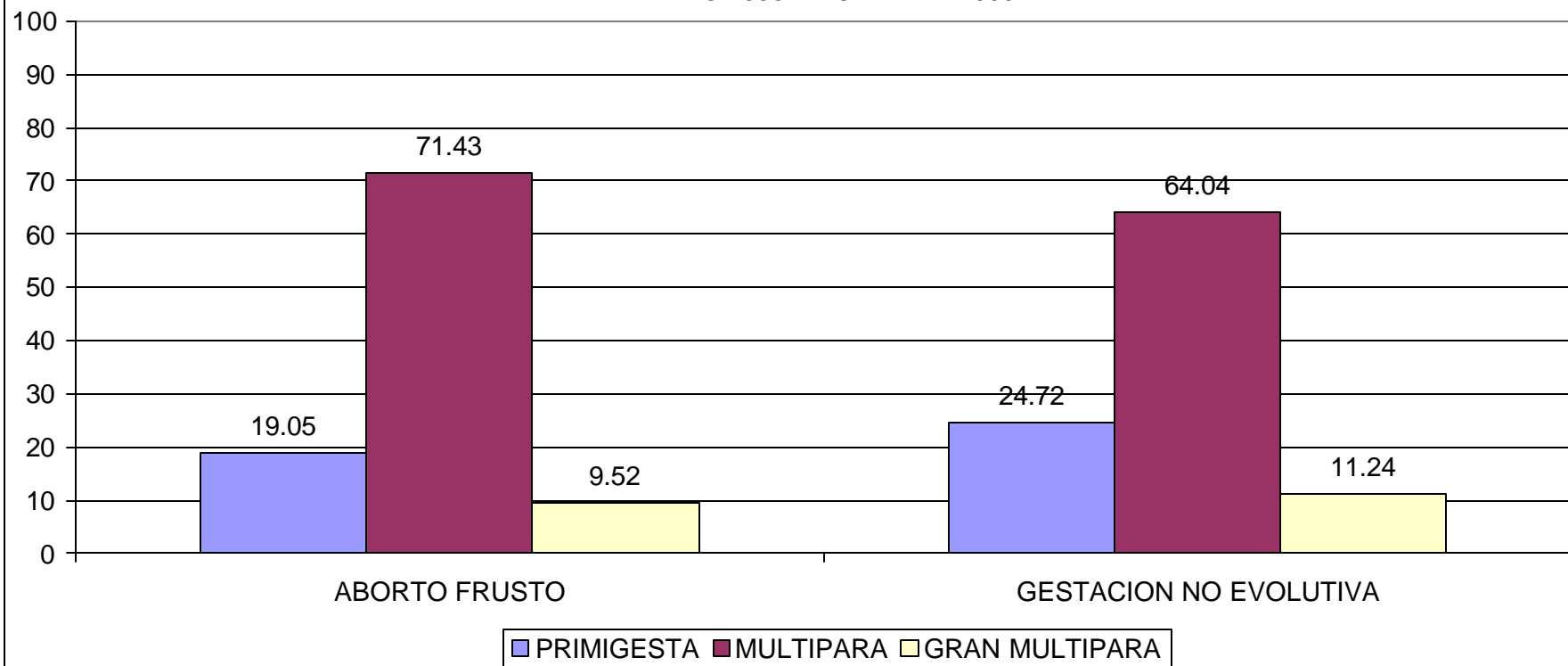


TABLA III

ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN GESTACIONAL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Edad gestacional	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
5-8 Sem	80	13.16	0	0	80	22.47
9-12 Sem	356	58.55	156	61.90	200	56.18
13-16 Sem	120	19.74	64	25.40	56	15.73
17-20 Sem	52	8.55	32	12.70	20	5.62

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO III

ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN GESTACIONAL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

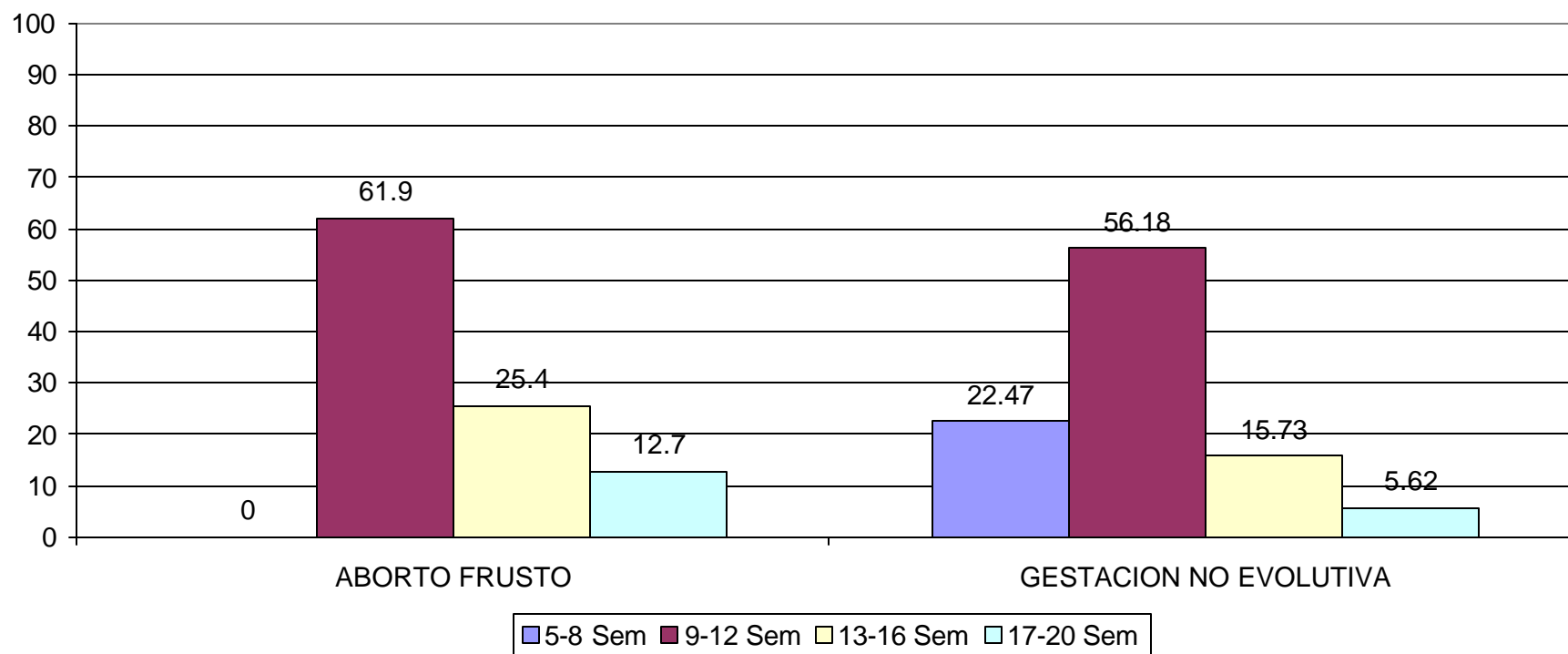


TABLA IV
ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN DOSIS EN GESTANTES CON ABORTO
FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Dosis	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
200 mcg	64	10.52	36	14.29	28	7.87
400 mcg	64	10.52	32	12.69	32	8.99
450 mcg	4	0.66	4	1.59	0	0
500 mcg	28	4.61	8	3.17	20	5.62
600 mcg	404	66.45	152	60.32	252	70.79
800 mcg	28	4.61	12	4.76	16	4.49
1000 mcg	4	0.66	4	1.59	0	0
1200 mcg	12	1.97	4	1.59	8	2.24

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO IV

ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN DOSIS EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

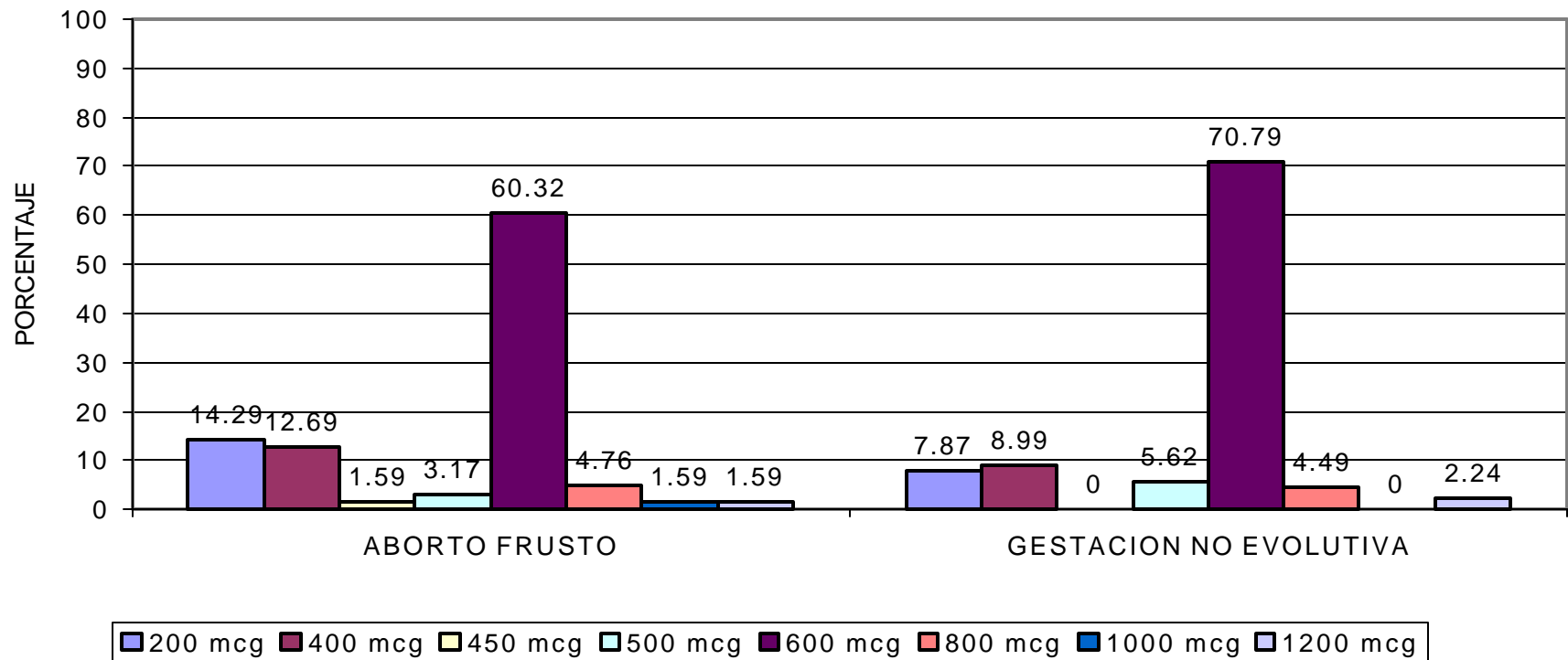


TABLA V

VIA DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Vía de Administración	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	168	100	252	100	356	100
Intracervical	36	5.92	20	7.94	16	4.49
Fondo de saco posterior	32	5.26	20	7.94	12	3.37
Oral	4	0.66	4	1.59	0	0
Intracervical + oral	460	75.66	156	61.90	304	85.39
Fondo de saco posterior + oral	56	9.21	36	14.28	20	5.63
Intracervical + fondo saco posterior+ oral	12	1.97	12	4.76	0	0
Intracervical + fondo saco posterior	8	1.32	4	1.59	4	1.12

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO V

VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

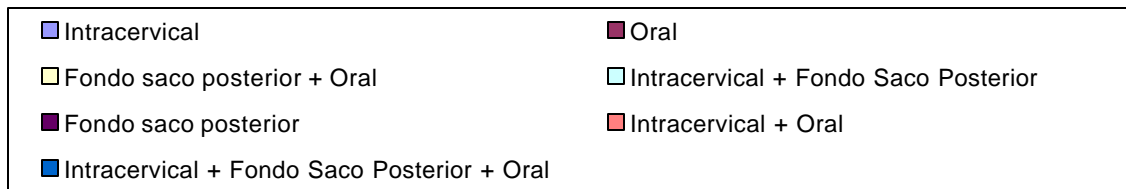
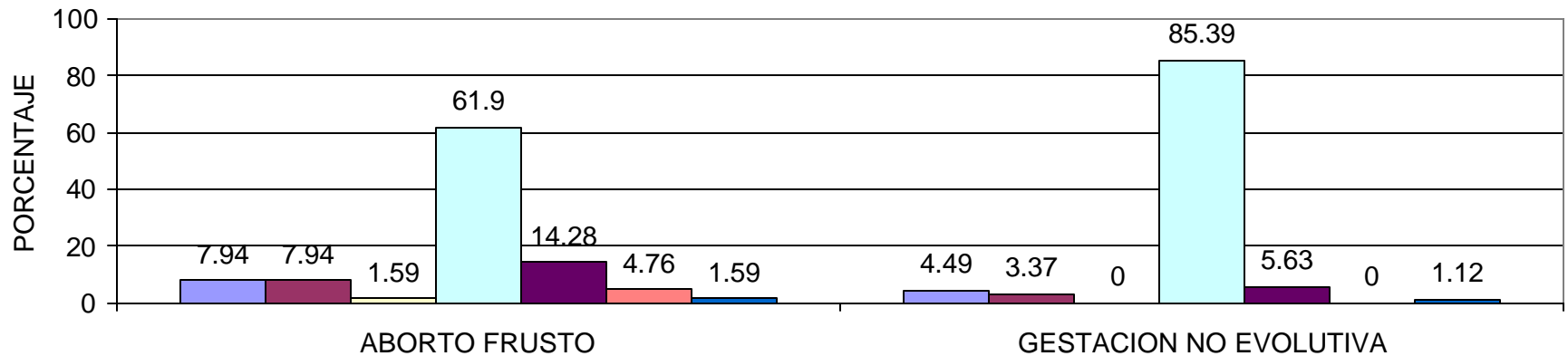


TABLA VI

TIEMPO DE LATENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Tiempo de latencia	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
2 – 5h	280	46.05	116	46.04	164	46.07
6 - 10h	304	50.00	128	50.79	176	49.44
11 – 15h	8	1.32	0	0	8	2.24
16 - 20h	16	2.63	8	3.17	8	2.25

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO VI

TIEMPO DE LATENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

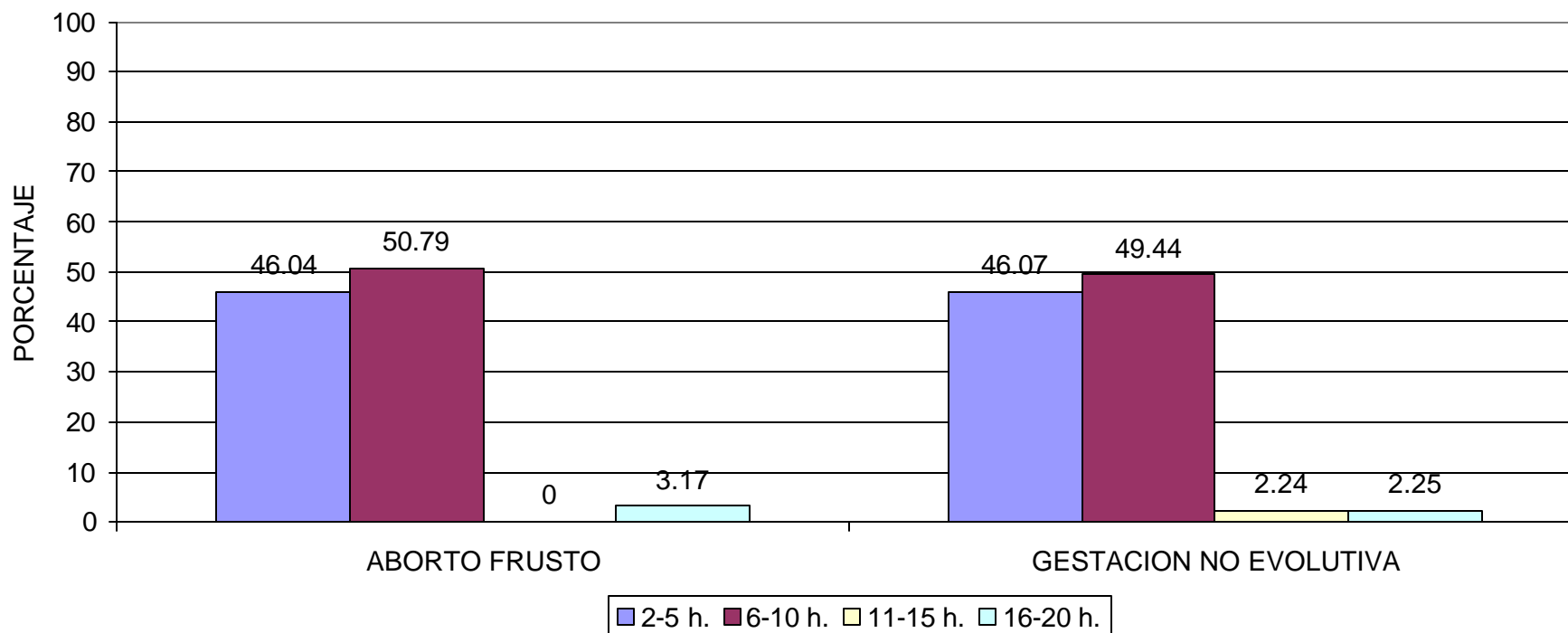


TABLA VII

CANTIDAD DE SANGRADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Cantidad de sangrado	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
Escaso	352	57.89	148	58.73	204	57.3
Moderado	248	40.79	100	39.68	148	41.58
Severo	8	1.32	4	1.59	4	1.12

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO VII

CANTIDAD DESANGRADO EN LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

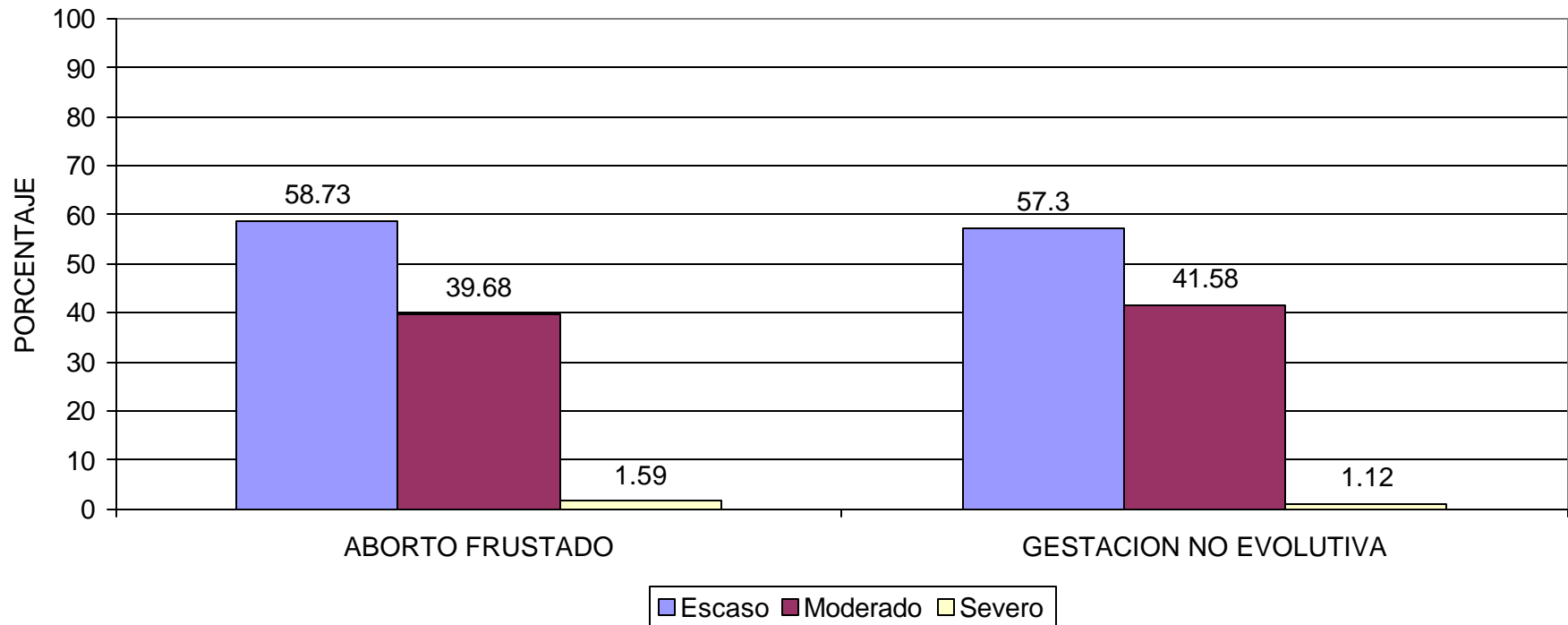


TABLA VIII

PRESENCIA DE DOLOR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Dolor	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
SI	556	91.45	236	93.65	320	89.89
NO	52	8.55	16	6.35	36	10.11

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO VIII

PRESENCIA DE DOLOR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

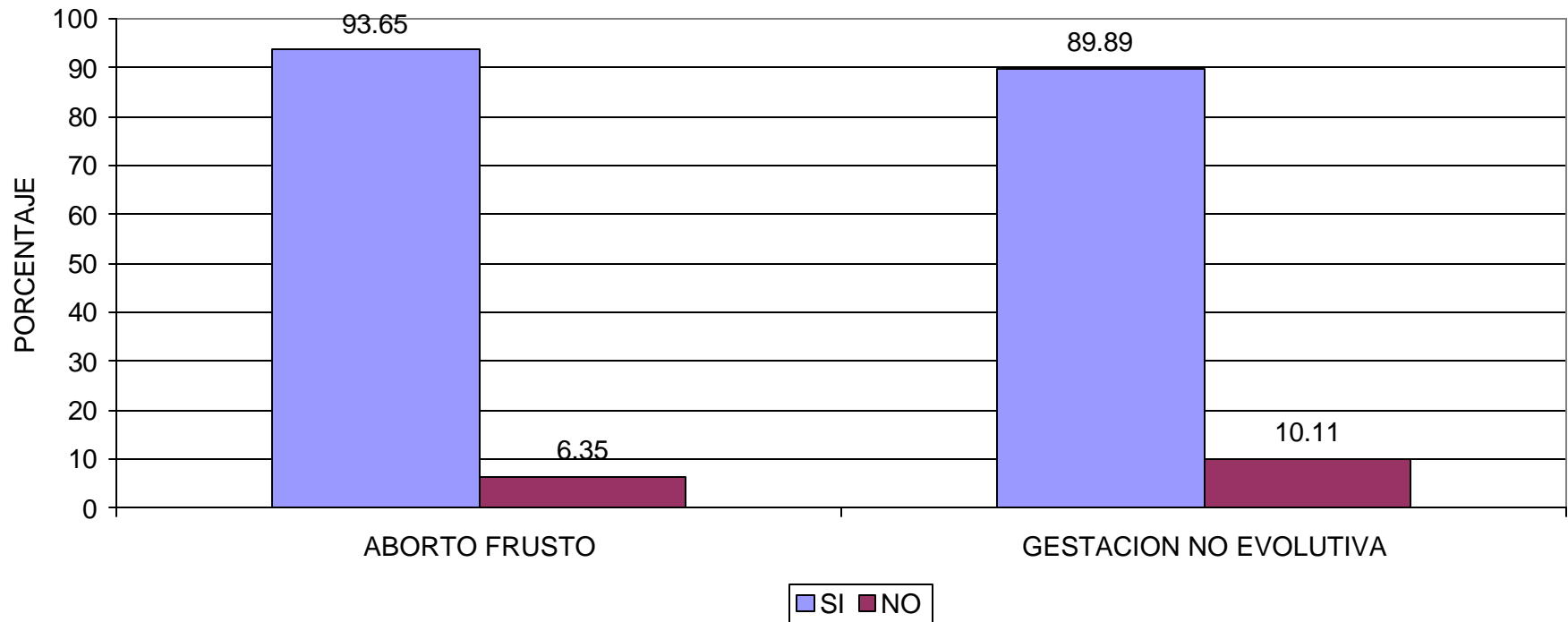


TABLA IX

RESULTADO FINAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Resultado	N°	%	Aborto Frusto		Gestación No Evolutiva	
			N°	%	N°	%
Total	608	100	252	100	356	100
Maduración Cervical (8mm)	468	76.97	196	77.78	272	76.40
Restos Ovulares	108	17.76	48	19.05	60	16.85
Expulsión Feto	32	5.26	8	3.17	24	6.75

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO IX

RESULTADO FINAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

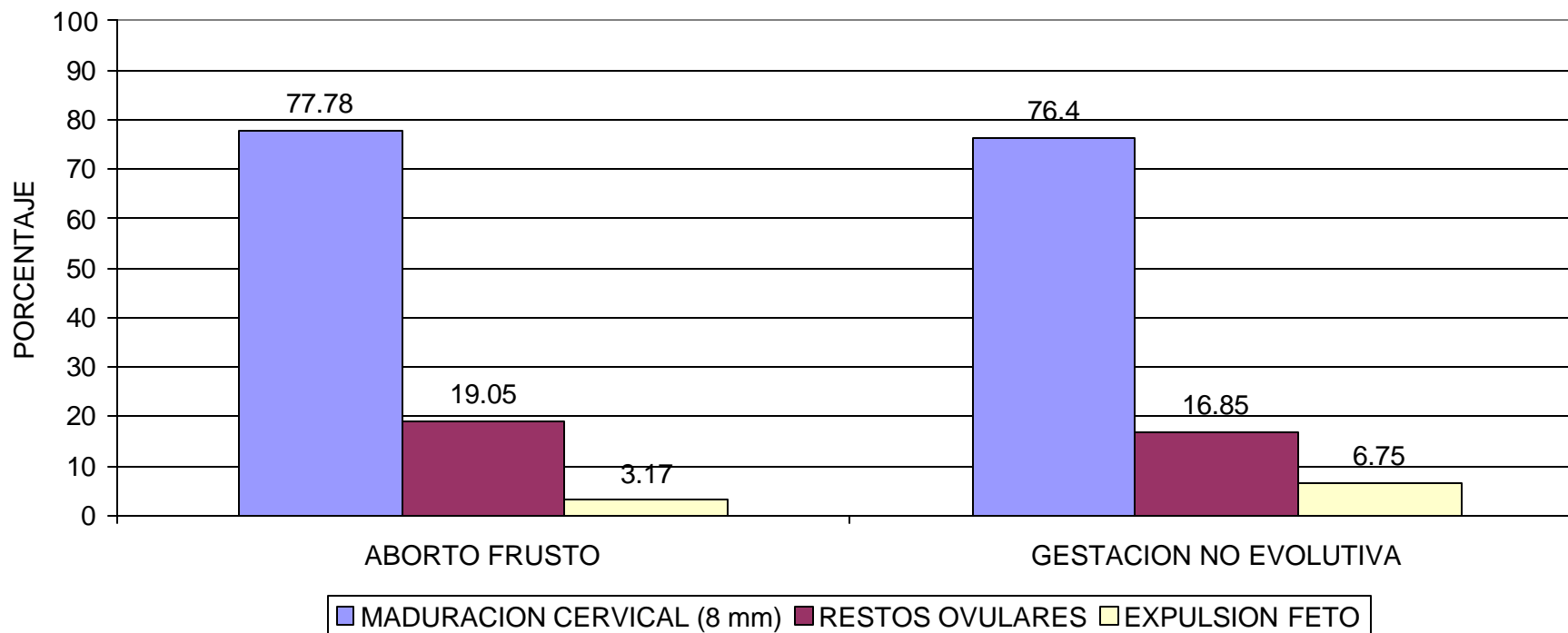


TABLA X-A

EFFECTOS COLATERALES Y DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

Efectos Colaterales	DOSIS																	
	N° %		ABORTO FRUSTO															
			200 mcg		400 mcg		450 mcg		500 mcg		600 mcg		800 mcg		1000 mcg		1200 mcg	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Total	252	100	36	100	36	100	4	100	8	100	144	100	16	100	4	100	8	100
Dep. liquidas	8	3.17	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2.78	4	25	0	0	0	0
Fiebre	4	1.59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	50
Emesis	8	3.17	0	0	0	0	4	100	0	0	4	2.78	0	0	0	0	0	0
Escalofríos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sang. Abundante	4	1.59	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2.78	0	0	0	0	0	0
Taquicardia	4	1.59	0	0	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vómitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ninguno	224	88.89	36	100	28	87.5	0	0	8	100	132	91.66	12	75	4	100	4	50

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO X-A

EFFECTOS COLATERALES Y DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTRADO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

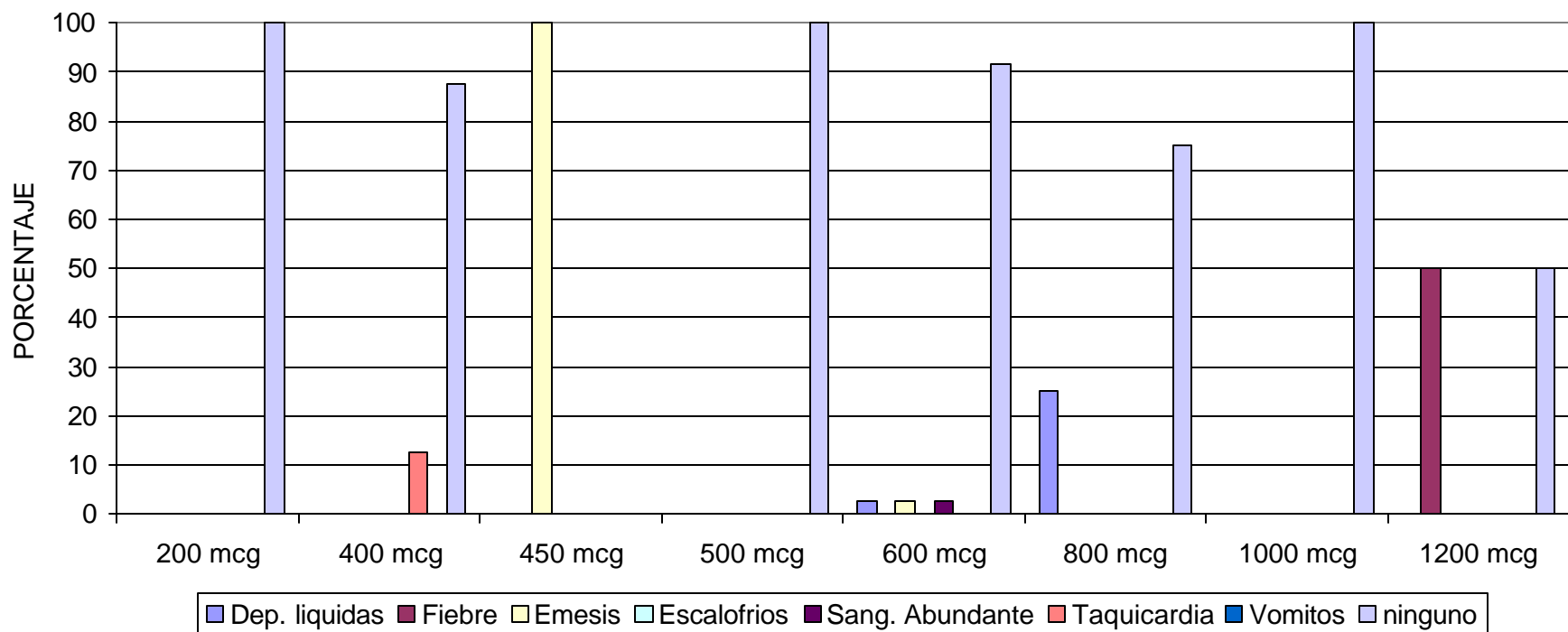


TABLA X-B

**EFFECTOS COLATERALES Y DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999**

Efectos Colaterales	DOSIS																		
	GESTACIÓN NO EVOLUTIVA																		
	N°	%	200 mcg		400 mcg		450 mcg		500 mcg		600 mcg		800 mcg		1000 mcg		1200 mcg		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	356	100	28	100	32	100	0	100	20	100	248	100	16	100	0	100	12	100	
Dep. liquidas	8	2.25	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.61	0	0	0	0	4	33.33	
Fiebre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Emesis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escalofríos	4	1.12	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1.61	0	0	0	0	0	0	
Sang. Abundante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Taquicardia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vómitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ninguno	344	96.63	28	100	32	100	0	100	20	100	240	96.77	16	100	0	0	8	66.67	

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO X-B

EFFECTOS COLATERALES Y DOSIS DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL EN GESTANTES CON GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

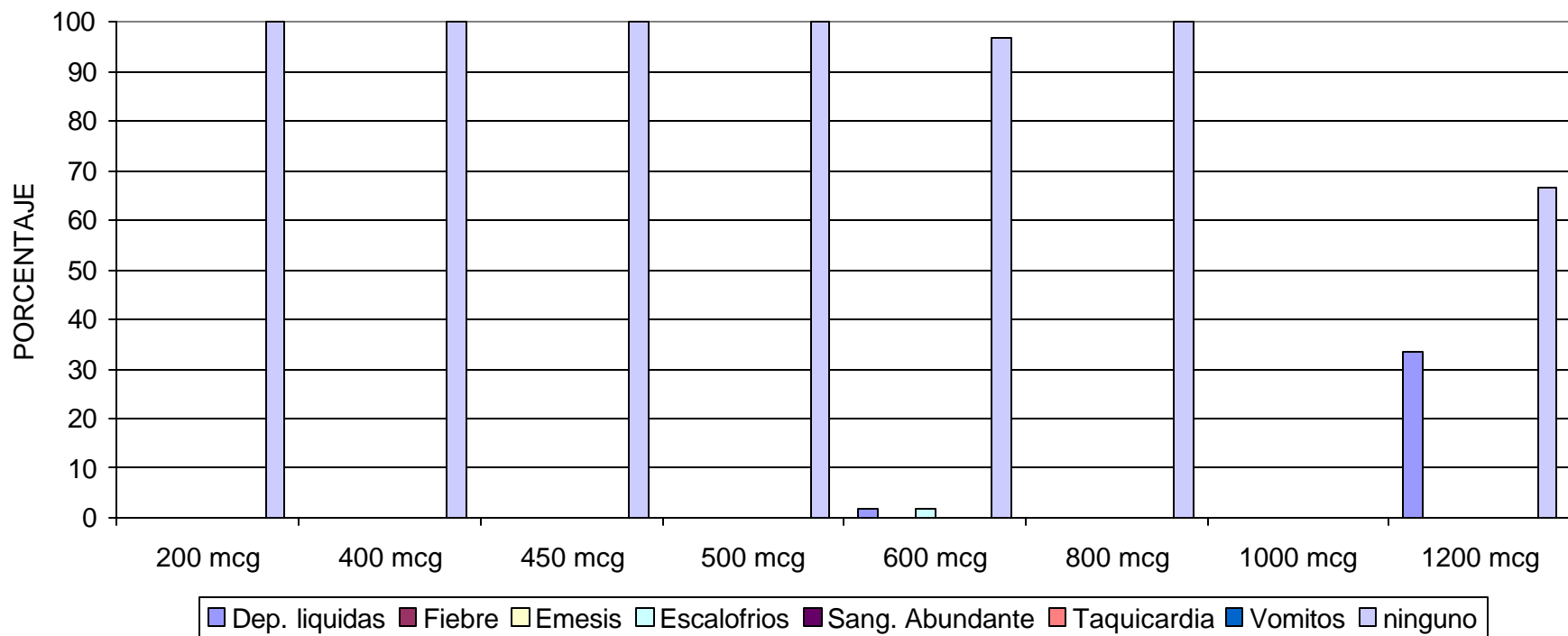


TABLA XI-A

VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES
CON ABORTO FRUSTRO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

VIA	RESULTADO							
	Aborto Frusto							
	N°	%	MC (8 mm)		RO		EF	
			N°	%	N°	%	N°	%
Total	252	100	188	100	48	100	16	100
IC	20	7.94	20	10.64	0	0	0	0
F.S.P.	20	7.94	12	6.39	8	16.67	0	0
O	41	1.59	4	2.12	0	0	0	0
IC + FSP	4	1.59	4	2.12	0	0	0	0
IC + O	156	61.90	116	61.70	24	50	16	100
FSP + O	36	14.28	24	12.77	12	25	0	0
IC + FSP + O	12	4.76	8	4.26	4	8.33	0	0

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

IC = Intracervical
FSP = Fondo de saco posterior
O = Oral

GRAFICO XI- A

VIA DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTRADO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

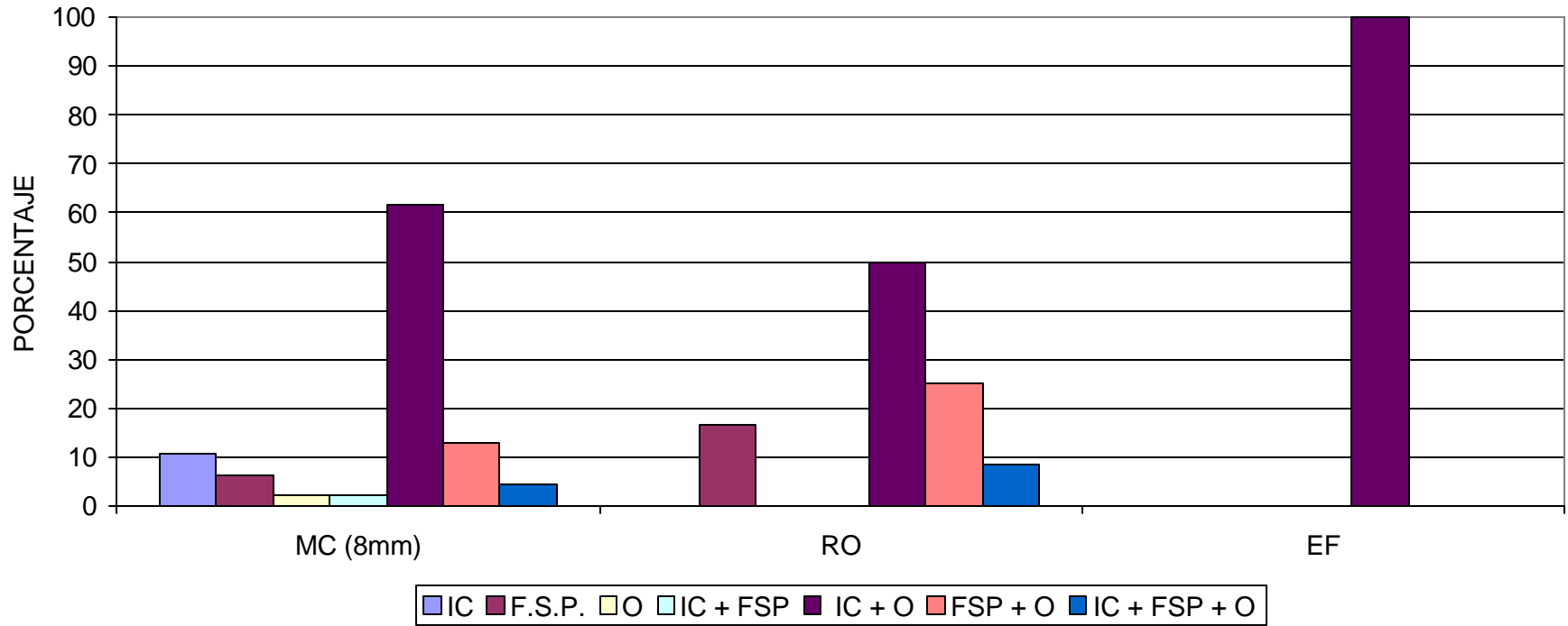


TABLA XI-B

**VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES
CON GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999**

VIA	RESULTADO							
	Aborto Frusto							
	N°	%	MC (8 mm)		RO		EF	
			N°	%	N°	%	N°	%
Total	356	100	280	100	60	100	16	100
IC	16	4.49	12	4.29	4	6.67	0	0
F.S.P.	12	3.37	12	4.29	0	0	0	0
O	0	0	0	0	0	0	0	0
IC + FSP	4	1.12	4	1.43	0	0	0	0
IC + O	304	85.39	244	87.14	44	73.33	16	100
FSP + O	20	5.63	8	2.85	12	20	0	0
IC + FSP + O	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuentes: Historias Clínicas

HINERM

IC = Intracervical
FSP = Fondo de saco posterior
O = Oral

GRAFICO XI- B

VIA DE ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES CON GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

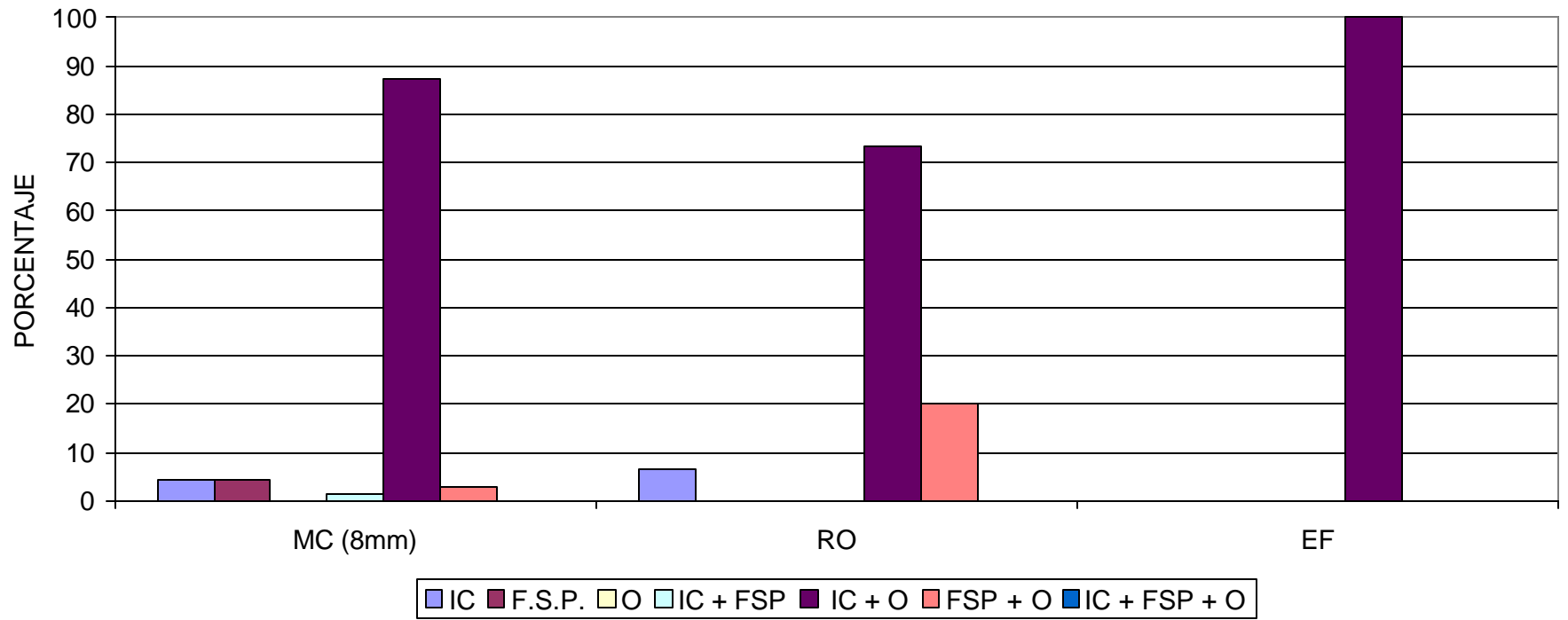


TABLA XII-A

DOSIS DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES CON ABORTO FRUSTO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

DOSIS	RESULTADO							
	Aborto Frusto							
	N°	%	MC (8 mm)		RO		EF	
			N°	%	N°	%	N°	%
Total	252	100	100	100	52	100	20	100
200 mcg	36	14.29	180	15.56	0	0	8	40
400 mcg	32	12.69	28	13.33	4	7.69	4	20
450 mcg	4	1.59	24	0	0	0	4	20
500 mcg	8	13.17	0	2.22	4	7.69	0	0
600 mcg	152	60.32	4	60	40	76.93	4	20
800 mcg	12	4.76	108	6.67	0	0	0	0
1000 mcg	4	1.59	12	2.22	0	0	0	0
1200 mcg	4	1.59	4	0	4	7.69	0	0

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

TABLA XII-B

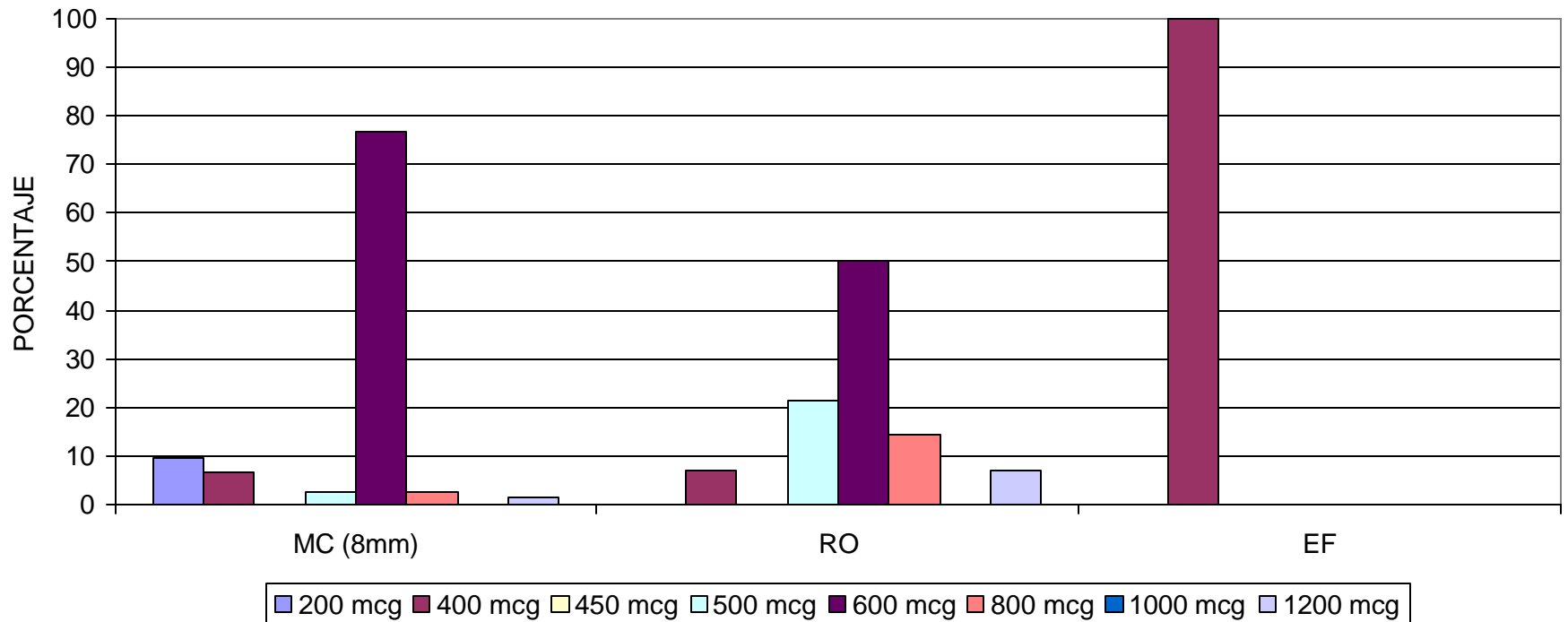
**DOSIS DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES CON GESTACIÓN
NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999**

DOSIS	RESULTADO							
	Gestación no Evolutiva							
	N°	%	MC (8 mm)		RO		EF	
			N°	%	N°	%	N°	%
Total	356	100	292	100	56	100	8	100
200 mcg	28	7.87	28	9.59	0	0	0	0
400 mcg	32	8.99	20	6.85	4	7.14	8	100
450 mcg	0	0	0	0	0	0	0	0
500 mcg	20	5.62	8	2.74	12	21.43	0	0
600 mcg	252	70.79	224	76.71	28	50	0	0
800 mcg	16	4.49	8	2.74	8	14.29	0	0
1000 mcg	0	0	0	0	0	0	0	0
1200 mcg	8	2.24	4	1.37	4	7.14	0	0

Fuentes: Historias Clínicas
HINERM

GRAFICO XII-B

DOSIS DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES CON GESTACION NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999





RESULTADOS

TABLA I:

La edad materna de los 608 casos estudiados fue en la mayoría (31.58%) de 30-34 años (192 casos), en aborto frustrado fue de (30.16%) con (76 casos) y en gestación no evolutiva (32.58%) en (116 casos), seguido del grupo etáreo de 35-39 años en los que estuvieron el 23.68% (114 casos) de los cuales 25.40% (64 casos) en aborto frustrado y 22.47% (80 casos) en gestación no evolutiva de la población, en tercer lugar estuvieron las gestantes de 25-29 años que correspondieron 21.71% (132 casos); 17.46% (44 casos) en aborto frustrado y 24.72% (88 casos) en gestación no evolutiva.

Los grupos de 40-44 años, 20-24 años Y 15-19 años, fueron en menor proporción con 15.13%, 7.24%, y 0.66% y respectivamente, de los cuales 20.63%, 4.76%, 1.59% fueron aborto frustrado respectivamente y 11.24%, 8.99% y 0% correspondieron a gestación no evolutiva respectivamente.

La edad materna promedio que se halló fue de 32.7 años.



TABLA II:

La paridad de los 608 casos estudiados presentó en mayoría a gestantes multiparas con el 67.10% (408 casos) de los cuales 71.43% (180 casos) tuvieron aborto frustrado y 64.04% (228 casos) tuvieron gestación no evolutiva, seguido del 22.37% (136 casos) de primigestas, con 19.05% (48 casos) con aborto frustrado y 24.72% (88 casos) con gestación no evolutiva, luego se presentó gran multíparas 10.52% (64 casos), de los cuales 9.52% (24 casos) presentaron aborto frustrado y 11.24% (40 casos) presentaron gestación no evolutiva respectivamente.

TABLA III:

La edad gestacional de los 608 casos estudiados fue en mayoría 58.55% (356 casos) con 9-12 semanas, de los que 61.90% (156 casos) tuvieron aborto frustrado y 56.18% (200 casos) fueron gestaciones no evolutivas; seguido del 19.74% (120 casos) con 13-16 semanas, 25.40% (64 casos) fueron aborto frustrado y 15.73% (56 casos) tuvieron gestación no evolutiva; seguido de 5-8 semanas y 17-20 semanas con 13.16% (80 casos) y 8.55%



(52 casos) respectivamente y 22.47% (80 casos) y 5.62% (20 casos) con gestaciones no evolutiva respectivamente y 0% (0 casos) y 12.70% (32 casos) tuvieron aborto frustrado respectivamente.

TABLA IV:

La dosis de administración fue mayor con 600 mcg 66.45% (404 casos) en las gestantes con aborto frustrado y gestación no evolutiva fueron en 60.32% (152 casos) y 70.79% (252 casos) respectivamente, seguido en igual porcentaje con 200 y 400 mcg 10.52% (64 casos) respectivamente, de los que 14.29% (36 casos) con aborto frustrado y 7.87% (28 casos) con gestación no evolutiva con 200 mcg y 12.69% (32 casos). Tuvieron aborto frustrado y 8.99% (32 casos) fueron gestación no evolutiva en 400 mcg, en tercer lugar tenemos que 4.61% (28 casos) se le administraron 500 y 800 mcg cada uno, de los que con aborto frustrado y gestación no evolutiva fue un 3.17% (8 casos) y 5.62%,(20 casos) con 500 mcg; el 4.76% (12 casos) fue aborto frustrado y 4.49% (16 casos) fue gestación no evolutiva con 800 mcg; con 1200 mcg hubo un 1.97% (12 casos) de los que 1.59% (4 casos) fue aborto frustrado y 2.24% (8 casos) con



gestación no evolutiva; y en menor porcentaje tuvieron las gestantes con 450 y 1000 mcg con 0.66% (4 casos) cada uno de las que con aborto frustrado 1.59% (4 casos) y gestación no evolutiva no hubo ningún caso en 450 mcg; 1.59% (4 casos) con aborto frustrado y gestación no evolutiva no hubo ningún caso con 1200 mcg.

TABLA V:

La vía de administración de los 608 casos estudiados presentó en mayoría el 75.66% (460 casos) vía intracervical y oral, el 61.90% (156 casos) en aborto frustrado y 85.39% (304 casos) en gestación no evolutiva; seguido por la vía fondo de saco posterior y oral 9.21% (56 casos), de los que 14.28% (36 casos) tuvieron aborto frustrado y 5.63% (20 casos) gestación no evolutiva; por la vía intracervical fue el 5.92% (36 casos) de los que 7.94% (20 casos) en aborto frustrado y en gestación no evolutiva el 4.49% (16 casos); seguido por la vía fondo de saco posterior 5.26%, (32 casos), 7.94% (20 casos) con aborto frustrado, 3.37% (12 casos) con gestación no evolutiva; por las tres vías tenemos el 1.97% (12 casos), de los que 4.76% (12 casos) con aborto frustrado y en gestación no evolutiva 0% (0



casos); seguido por la vía intracervical y fondo de saco posterior fue 1.32%. (8 casos), de los que 1.59% (4 casos) fue para aborto frustrado y 1.12% (4 casos) para gestación no evolutiva; luego en menor porcentaje 0.66% (4 casos) fue para la vía oral, el 1.59% (4 casos) en aborto frustrado y 0% (0 casos) en gestación no evolutiva.

TABLA VI:

Según el tiempo de latencia de los 608 casos estudiados tenemos que en menor tiempo fue el 1.32% (8 casos) de 11-15 horas, de los que no hubo ningún caso en aborto frustrado, pero en gestación no evolutiva fue 2.24% (8 casos); seguido del 2.63% (16 casos) con 16-20 horas, 3.17% (8 casos) en aborto frustrado y 2.25% (8 casos) en gestación no evolutiva; en cuarto lugar tenemos el 46.05% (280 casos) con 2-5 horas, 46.04% (116 casos) para aborto frustrado y 46.07% (164 casos) en gestación no evolutiva y en mayor tiempo fue el 50.00% (304 casos) en 6-10 horas, de los cuales 50.79% (128 casos) fue en aborto frustrado y 49.44% (176 casos) en gestación no evolutiva.



TABLA VII:

De los 608 casos estudiados la cantidad de sangrado escaso fue un 57.89% (352 casos), de los que 58.73% (148 casos) con aborto frustrado y 57.30% (204 casos) en gestación no evolutiva; en segundo lugar está el 40.79%, (248 casos) con sangrado moderado, 39.68% (100 casos) en aborto frustrado y 41.58% (148 casos) en gestación no evolutiva, en menor cantidad de sangrado tenemos el severo con 1.32% (8 casos), en aborto frustrado está el 1.5% (4 casos) y 1.12% (4 casos) con gestación no evolutiva.

TABLA VIII:

En presencia de dolor que tuvieron en los 608 casos estudiados tenemos en mayor porcentaje un 91.45% (556 casos) pacientes que tuvieron dolor, 93.65% (236 casos) en aborto frustrado y 89.89% (320 casos) en gestación no evolutiva; 8.55% (52 casos) fueron las pacientes que no tuvieron dolor; de los cuales 6.35% (16 casos) fue en aborto frustrado y 10.11% (36 casos) fue en gestación no evolutiva.



TABLA IX:

El resultado final en los 608 casos estudiados tenemos que el 5.26%, (32 casos) fueron pacientes que expulsaron el feto, el 3.17% (8 casos) en aborto frustrado y en gestación no evolutiva fue el 6.75% (24 casos); seguido por la expulsión de restos ovulares en 17.76% (108 casos), de los que 19.05% (48 casos) fueron en aborto frustrado y 16.85% (60 casos) en gestación no evolutiva; y en las pacientes que hubo maduración cervical (8 mm) fue 76.97% (468 casos) y el 77.78% (196 casos) y en gestación no evolutiva fue el 76.40% (272 casos).

TABLA X-A:

A las diferentes dosis de administración del Misoprostol, en gestantes con el diagnóstico de aborto frustrado (252 casos) estudiados, se encontró (8 casos) 3.17% las pacientes manifestaron deposiciones líquidas, de las cuales (4 casos) 2.78% en una dosis de 600 mcg (4 casos) 25% a la dosis de 800 mcg. Por lo siguiente (4 casos) 1.59% la paciente presentó fiebre en una dosis de 1200 mcg. Con emesis hubo (8 casos) 3.17% de



lo cual (4 casos) 100% a la dosis de 450 mcg ya la dosis de 600 mcg (4 casos) 2.78% seguido por (4 casos) 2.78% en una dosis de 600 mcg la paciente presentó sangrado abundante; y (4 casos) 12.5% a una dosis de 400 mcg presentó la paciente taquicardia.

TABLA X-B:

De los (356 casos) con el diagnóstico de gestación no evolutiva, se presentaron efectos colaterales a las diferentes dosis de administración de misoprostol de lo cual en (8 casos) la paciente manifestaron deposiciones líquidas a las dosis de 600 mcg (4 caso) 1.61% y a la dosis de 1200 mcg (4 casos) 33.33%, también se encontró (4 casos) a una dosis de 600 mcg la paciente manifestando escalofríos.

TABLA XI-A:

A los 608 casos estudiados, la determinación de la vía de administración y resultado final en gestantes con aborto frustrado tenemos que en primer lugar el 61.70% (116 casos) tuvieron maduración cervical con una dilatación de 8 mm,. el 50% (24 casos) expulsaron restos ovulares y 100% (16 casos) expulsaron feto por

la vía intracervical mas oral cada uno; en un 12.77% (24 casos) con maduración cervical con una dilatación 8 mm; 25% (12 casos) expulsaron restos ovulares, ningún caso con expulsión de feto en pacientes con la vía fondo de saco posterior + oral; seguido por el 10.64% (20 casos) con maduración cervical dilatación 8 mm, ningún caso expulso restos ovulares y ningún caso expulsó feto por la vía intracervical; luego por la vía fondo de saco posterior en 6.39% (12 casos) alcanzaron una maduración cervical dilatación mínima 8mm, 16,67% (8 casos) expulsaron restos ovulares y no expulsaron feto; en un 4.26% (8 casos) con maduración cervical dilatación 8 mm, 8.33% (4 casos) expulsaron restos ovulares y no hubo caso con expulsión de feto por las tres vías; luego tenemos que por las vías oral, intracervical más fondo de saco posterior el 2.12% (4 casos) tuvieron maduración cervical dilatación 8 mm, no hubo casos que expulsaron restos ovulares, si hubo casos que expulsaron feto respectivamente.

TABLA XI-B:

De los 608 casos estudiados, la determinación de la vía de administración y resultado final en gestantes



con gestación no evolutiva, tenemos que en primer lugar el 87.14% (244 casos) hubo modificación cervical dilatación 8 mm, 73.33% (44 casos) hubo expulsión de restos ovulares y 100% (16 casos) expulsaron feto por la vía intracervical + oral; seguido del 4.29% (12 casos) con maduración cervical dilatación 8 mm. por las vías intracervical y fondo de saco posterior, y un 6.67% (4 casos) expulsaron restos ovulares y ningún caso con expulsión de feto por la vía intracervical; no hubo casos con expulsión de restos ovulares y expulsión del feto en la vía fondo de saco posterior; por las vías intracervical más oral el 2.85% (8 casos) con maduración cervical dilatación 8 mm. el 20% (12 casos) expulsaron restos ovulares y ningún caso expulsó feto, luego el 1.43% (4 casos) hubo maduración cervical o dilatación 8 mm. y ninguna paciente expulsó restos ovulares y expulsó feto por la vía intracervical más fondo de saco posterior; y en cero casos para las vías oral, intracervical más fondo de saco posterior más oral.

TABLA XI I-A



De los 608 casos estudiados (100%) según la dosis y el resultado final en gestantes con aborto frustrado en primer lugar tenemos el 60% (108 casos) hubo maduración cervical dilatación 8 mm, 76.93% (40 casos) hubo expulsión de restos ovulares y 20% (4 casos) expulsaron feto con la dosis de 600 mcg; en segundo lugar tenemos la dosis 200 mcg, el 15.56% (28 casos) con maduración cervical dilatación 8 mm, no hubo caso que expulsaron restos ovulares y el 40% (8 casos) expulsaron feto; en tercer lugar el 13.33% (24 casos) maduraron el cervix dilatación 8 mm, 7.69% (4 casos) hubo expulsión de restos ovulares y el 20% (4 casos) expulsaron feto con la dosis de 400 mcg; seguido el 6.67% (12 casos) con maduración cervical dilatación 8 mm y no hubo pacientes que expulsaron restos ovulares y feto con 800 mcg; el 2.22% (4 casos) maduró) cérvix dilatación 8 mm, 7.69% (4 casos) expulsó restos ovillaras y no hubo paciente que haya expulsado feto con la dosis de 500 mcg; con la dosis de 1000 mcg 2.22% (4 casos) tuvo maduración cervical dilatación 8 mm. y no hubo pacientes que expulsaron restos ovulares y feto y con la dosis de 450 mcg no solamente hubo el 20% (4 casos) que expulsó feto.



TABLA XII-B:

Según la dosis y el resultado final en gestantes con gestación no evolutiva el mayor porcentaje fue en la dosis de 600 mcg; 76.71% (224 casos) hubo maduración cervical dilatación 8 mm. 50-¿ (28 casos) hubo expulsión de restos ovulares y no hubo casos con expulsión del feto; seguido el 9.59% (28 casos) maduraron el cérvix dilatación 8 mm. no hubo casos con expulsión de restos ovulares y feto con dosis de 200 mcg; con dosis de 400 mcg 6.85% (20 casos) hubo maduración cervical 8 mm, 7.14% (4 casos) expulsaron restos ovulares, 100% (8 casos) expulsaron feto, seguido de 2.74% (8 casos) maduraron cérvix 8 mm. 21.43% (12 casos) expulsaron restos ovulares y no hubo casos que expulsaron feto con 500 mcg; 2.74% (8 casos) hubo maduración cervical 8 mm. 14.291-o (8 casos) expulsaron restos ovulares y no hubo caso que expulsaron feto con 800 mcg; y con las dosis de 450 y 1000 mcg no hubo ningún caso con resultado; luego en la dosis 1200 mcg el 1.37% (4 casos) maduró el cérvix 8



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

mm, 7.14% (4 casos) expulsó restos ovulares y no hubo casos con expulsión de feto.



DISCUSIÓN

Los métodos para terminar las gestaciones en los casos de abortos frustrados y gestaciones no evolutivas han sido generalmente limitados. El tratamiento clásico consistente en dilatación y legrado uterino, ha sido la forma usual de dar solución a estos problemas en nuestro país.

En fecha más reciente, la atención clínica se ha dirigido a efecto de las prostaglandinas sobre el cuello uterino para la dilatación, con objeto de permitir procedimientos uterinos (Ligginns, Diccionario Mosby, Niswander).

El fisiólogo V.S. Euler en el año 1930, encontró una sustancia de carácter liposoluble componente del líquido seminal y prostático, estimulante de la musculatura lisa y lo llamó prostaglandina, por considerar que provenía de la próstata, sin embargo en la actualidad se sabe que se origina en las vesículas seminales. Bergtrom en el año 1962 establece la estructura de las primeras prostaglandinas y las llamó E₂ y F_{2α}.



Corey en el año 1960, ideó una síntesis química de aplicación comercial de las prostaglandinas.

Karim en el año 1966, encontró prostaglandinas endógenas en el fluido amniótico después de la rotura de membranas fetales durante el trabajo de parto, en 1968 indujo con éxito el trabajo de parto a 9 de 10 mujeres con prostaglandinas por vía endovenosa y ya en 1970 informó su uso para interrumpir el primer y segundo trimestre del embarazo (Bertram, Bevan, Bowhan, Goldyme)

En otras latitudes, suele usarse, previo al procedimiento Quirúrgico, los tallos de laminaria cuya características hidrosópicas, permitan ablandar y dilatar el cervix (Cc@Lceres, Gutiérrez)

El uso de prostaglandinas, inicialmente por vía parenteral, fue mejorando y añadiendo a la terapéutica otra forma no quirúrgica de dar solución al problema (Chen JK).

Existen importantes pruebas según las cuales el incremento de la tasa de producción de prostaglandinas en uno o más tejidos uterinos o fetales o su presencia exógena esta íntimamente implicada en el



desencadenamiento de la contractilidad uterina (Cáceres, E.)

La administración de $\text{PGF}\alpha$ (o PGE_2) a mujeres embarazadas desencadena un aborto o el parto.

Sin embargo, el costo bajo y sus serios efectos colaterales impidieron su uso, alentando la generación y síntesis de los análogos de las prostaglandinas, como el caso del misoprostol, análogo de las PGE_2 , cuyo mecanismo de acción se basa en la expresión de activación de esta prostaglandina sobre el receptor EP_2 el cual está ligado a una proteína G, la cual en estado inactivo tiene tres subunidades beta, gamma y alfa GDP, este al ser activado se desliga la subunidad alfa de las dos subunidades previa fosfolilación del GDP en GTP, esta subunidad alfa -GTP se dirige hacia el efector de membrana, Fosfolipasa C, con el cual interactúa y forma dos segundos mensajeros: el diacilglicerol y el trifosfato de inositol, este último se dirige hacia el retículo sarcoplásmico donde interactúa con un receptor de reanodina, de este proceso se inactiva a una proteínas almacenadoras de calcio, las calceuestrinas, mediante este proceso se va a dejar libre a gran cantidad de calcio que fluye

desde el interior del retículo hacia el citosol (sarcoplasma), este calcio se va unir con la calmodulina, formando el complejo calcio camodulina, el cual a su vez activa a unas fosforilasas, las cuales se encargan de fosforilar la cabeza de miosina, produciéndose de esta manera la contracción del músculo liso uterino.

Algunas referencias detallan que el pobre retículo sarcoplásmico del músculo liso es incapaz de emitir la cantidad de calcio suficiente para sostener una contracción uterina suficiente para la cual formulan la hipótesis de que el calcio liberado del retículo va a estimular las PLC (proteínas ligadoras de calcio) las cuales van aligar calcio extracelular, los cuales a su vez aumentarán la cantidad de calcio a nivel de sarcoplasma constituyendo una gran fuente para mantener la contracción uterina.

En nuestro país se ha tenido experiencias previas con prostaglandinas F_{2α} y los resultados obtenidos a pesar de haber sido con cuidado, fueron de ayuda en la terapia obstétrica. En el congreso peruano de la especialidad en 1990 (Huamán M.) concluyó que en la evacuación uterina comparando el uso de la solución

hipertónica con la inyección intraamniótica de prostaglandina F_{2α}, se obtenía mejores resultados con esta última.

Considerando que la experiencia brasileña data de muchos años, con dosis que han ido variando la experiencia por vía oral y vaginal con 8.8% de fallas, constituye un buen aporte a la terapia obstétrica (Gutiérrez R.)

(Williams) Evaluó 34 pacientes logrando que 82.4% de los pacientes expulsaron el producto y 11.7% dilatada y ablandara el cérvix logrando un éxito del 94%.

En otros estudios los autores lo utilizan el misoprostol como ablandadores del cérvix, facilitando el legrado posterior (Sidhu MS).

(Bulgalho A. y col) utilizaron el misoprostol en tabletas de uso oral (200 mcg) colocando una sola dosis en vagina, 6 horas previas al procedimiento quirúrgico para ablandar el cérvix y facilitar la dilatación en gestaciones del primer trimestre, logrando un éxito de 74%, acortando significativamente el tiempo operatorio.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

En un estudio del Hospital Privado de Caracas, en 95 casos de gestación no evolutiva se utilizaron las vías oral y vaginal, en dosis que oscilaron entre 200 y 400 mcg de misoprostol, lo cual 93 casos el útero fue vaciado por vía vaginal y 2 casos fueron fallidos (Aguero O.), de las dosis incluidas en la Tabla XII de los 356 casos vemos que en estas dosis solo hubo 8 casos en que hubo expulsión del feto.

(Creinin ND y col) En un estudio de 300 mujeres con más de 49 días de gestación recibieron Misoprostol 800 mcg vaginal, el aborto completo ocurrió en 273 de 299 mujeres (91.3%) en la Tabla XII demuestra que con esta dosis no hubo paciente con expulsión completa.

También tuvieron complicaciones, como náuseas que fueron reportadas en 37% y 33%, los vómitos en 11 y 18%, las diarreas en 12 y 18%, fiebre y escalofríos en 15 y 31% de mujeres respectivamente, en la Tabla X se obtiene que se presentaron pacientes con náuseas en 0.66%, no se presentó pacientes con vómitos, pacientes con diarreas en 2.63% y pacientes con fiebre y escalofrío fue en 1.31% y 0.66% respectivamente.

(Carbonell JL y col.) En un grupo de 141 mujeres, con menos de 70 días de gestación con diagnóstico de



gestación no evolutiva recibieron más de 3 dosis de 800 mcg de misoprostol cada 48 horas, teniendo como resultado (132 casos) 93.6% abortaron farmacológicamente y (9 casos) 64% fallaron, de lo que se dice que en la Tabla IV de los 608 casos estudiados con 800 mcg abortaron 4.76% (12 casos), pero no hubo fallas.

(Batioglu Sy y Col.) Realizaron a dosis media efectiva de misoprostol oral, un metil análogo PGE₁, para terminar gestaciones no evolutivas, sin producir efectos colaterales significativos y complicaciones, en 42 pacientes se les administró como dosis inicial (200 mcg), si no hubo resultados, seguido de una dosis suplementaria de 200 mcg de misoprostol cada hora, con una dosis total promedio de 1200 mcg (200-1200 mcg), con resultado en 39 mujeres (92.9%) y 3 fallidos (7.1%) el tiempo medio desde la dosis inicial al aborto fue 9 horas, en un resumen de la Tabla IV a la dosis única (200-1200 mcg) se encontró resultados de los (608 casos) estudiados, de los cuales 356 pacientes con este diagnóstico (99.99%) y no hubo casos fallidos el tiempo medio de los resultados final fue 9 horas.



Según el reporte de (Alvarez J y col.) realizaron 150 interrupciones con las siguientes anomalías: feto muerto, aborto frustrado y feto con malformaciones. Utilizaron 3 métodos de interrupción: Tallo de laminaria, misoprostol y la combinación de ambos, encontrándose una eficacia similar en los 3, con un porcentaje de éxito que oscila entre 74 y 76%, el tiempo de resolución más corto fue en el grupo en el cual se utilizó misoprostol, seguido por el método combinado.

En otros estudios (Singh K. y col) en 120 mujeres fueron asignadas aleatoriamente para recibir 200, 400, 600 y 800 mcg de misoprostol administrados por vía vaginal, dando como resultados 29 mujeres (96.7%) en el grupo de 400 mcg y todas en los grupos de 600 y 800 mcg lograron dilatación cervical de al menos 8 mm. la tasa de éxito para el grupo de 200 mcg fue sólo (23.3%), significativamente menos eficaz que a la dosis de 400 mcg, no hubo diferencias significativa entre los grupos de 400, 600 y 800 mcg con respecto a lograr la dilatación de al menos 8 mm.

Como es de esperar en la Tabla XII, que con dosis e 400 mcg de los 608 casos estudiados el resultado fue



12.69% con dosis de 600 a 800 mcg lograron dilatación cervical de al menos 8 mm y la tasa de éxito para el grupo de 200 mcg fue solo (10.52%) Tabla IV que es significativamente menos eficaz que la dosis de 400 mcg.

(Ho-Pc; Ngai-Sw y col.) Realizaron un estudio de dos grupos 36 a 48 horas después de la administración oral de 200 ml de mifepristone las mujeres recibieron 200 mcg cada 3 horas de misoprostol ya sea oral o vaginal por un máximo de 5 dosis en las 24 horas, siendo el intervalo medio de inducción en aborto frustrado en el grupo vaginal (9 horas) fue significativamente más corto que en el grupo oral (13 horas), el porcentaje de mujeres que abortaron dentro de las primeras 24 horas en el grupo vaginal (90%) y el grupo oral (69%), siendo la dosis vaginal 600 mcg y la dosis oral fue 1000 mcg.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

1. De los 608 casos estudiados 41.5% correspondieron a aborto frustrado (252 casos) y 58.5% corresponden (356 casos) a gestación no evolutiva.
2. El tiempo de evacuación se presentó en un mayor porcentaje (50.79%) en un tiempo de 6-10 horas en aborto frustrado, lo mismo que para la gestación no evolutiva en (49.44%).
3. Entre las complicaciones más frecuentes encontradas tenemos las deposiciones líquidas 3.14% (8 casos) en aborto frustrado a la dosis de 600 y 800 mcg y 2.25% (8 casos) en gestación no evolutiva con la dosis de 600 y 1200 mcg y en menor caso tenemos emesis, fiebre, sangrado abundante, escalofríos, taquicardia y vómitos en cada grupo.
4. La dosis con la que se obtuvo una mayor eficacia (maduración cervical 8 mm) fue la intracervical más oral obteniéndose un 61.70% de eficacia para el aborto frustrado y un 87.14% para gestación no evolutiva.



SUGERENCIAS

1. El Misoprostol es un fármaco que puede ser utilizado como alternativa terapéutica en cuanto a métodos de maduración cervical por su bajo costo, fácil aplicación y la disminución del intervalo entre administración -maduración cervical.
2. Sugiero el uso de Misoprostol por vía intracervical más oral resulta ser un agente altamente eficaz en la inducción para la maduración cervical por lo que se sugiere incorporarlo en la práctica obstétrica diaria, de acuerdo a protocolo.
3. Observándose que el uso de Misoprostol causa pocos y efectos colaterales, es necesaria la vigilancia intermitente del bienestar materno.
4. Se sugiere el uso de Misoprostol intracervical más oral (600 mcg) por la escasa presentación de efectos colaterales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agüero O. uso de misoprostol en Obstetricia. Obstet-Ginecol. Venezuela 1996, 56(2): 67-74.
2. Ahued, J, y Col. 1990. Uso de prostaglandinas. E2 por vía vaginal para inducción del trabajo de parto. Ginecol Obstet. Mexico 58:43-6.
3. Alvarez, J y col, 1993. Interruption of pregnancies under 20 weeks comparison in the use of laminaria, laminaria and misoprostol and misoprostol. Gac. méd. Caracas; 101 (2): 136-41.
4. Barbosa RM, Anilha M. Experiencia brasileña con misoprostol Studies in family Planning 1993: 24:4.
5. Bertram, G. Katzung, M. 1994. Farmacología Básica y Clínica 5a. Edic. Edit. Manual Moderno S.A. Mexico 320 -9, 340- 2p.
6. Bevan, J. Col. 1982. Fundamento de Farmacología 2a. Edic. Edit. Jarla S.A. México 521- 3 p.
7. Bowhan, W, y Rand, N. 1984 Farmacología. Bases Bioquímicas y Patológicas 2a. Edic. Edit. Interamericana. México. 1227- 32 p.



8. Bugalho A. Faundes A. Efectividad del misoprostol intravaginal en inducir el aborto de 11 semanas de gestación. *Family Plannig* 1993; 24,5; 319- 23.
9. Batioglu- Sy Col 1997. Midtrimester termination of complicated pregnancy Whit oral inisoprostol. *Adv- Contracept*; 13(1): 55-61.
10. Bulgalho, A y col, 1993. the effectiveness of intravaginal misoprostol (eytotec) in inducing Abortion After Eleven Week Of prepnaey. *Studie in Family Planning*. 24- 319- 33.
11. Bugalho A. Boque C. Almeida L, Bergstrom S, Pregmany Interruption by vaginal misoprostol, *Gynecological invet*, 1993; 36: 226-9.
12. Bugallo A. Bique C, Machungo F, and Berotrom s, vaginal misoprostol al an Alternativeto Oxitocin for induction of labor in Womwn Whith late fetal Death, *Obstetrical y Gynecological Survey* 1996; 51:2: 82-3.
13. Carbonell -jl y Col 1997. The Use Of misoprostol for termination Of Carly Pregnancy. *Contraception*. 55 (3): 165-8.



Eficacia del Misoprostol en aborto frustrado y gestación no evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud Lima (Enero 1998 - 1999). Huamán Páucar, César Augusto; Caracela Núñez, César Longinos

14. Cáceres E, Vargas F. Evacuación Uterina con prostaglandinas E-1 Ginecología Obstétrica Peru, 1995; 41 (1): 56.
15. Cáceres E. Vargas F. Uso de la prostaglandina E1 en Obstetricia. Ginecol y Obstet -Perú 1996, 42(3) 74-
16. Chen JK y Elder HG, Preoperative Cervical dilation by vaginal pessaries containing prostaglandin E1 analogue. Obstetrics and Gynecology 1983; 62:339.
17. Creinin- ND y Col 1997. Medical abortion With oral and vaginal misoprostol. Obstet -Gynecol; 90 (4 pt 1); 611- 6.
18. Claman P. Carpenter R, Reiter, uterine Rupture With the use of vaginal Prostaglandin E2 For induction of labor, Am J. Obstet. Gynecol, 1984: 1:888 -9.
19. Diccionario Médico Roche. 1993. 1a. Edic. Edit. Doyma España 987-8, 1468 p.
20. Diccionario Mosby de Medicina y Ciencia de la Salud. 1995. Edit. Mosby Doyma. Colombia 371 - 3-882- 651 -874. 736 p.



21. Diccionario Médico de Bolsillo. 1993. 24a. Edic. Edit Doriand Interamericana. España 702-863- 566-335.
22. Drovin, Y; and Labrice, F, Specificity of the stimulatory effect of prostaglandins on hormone release in rat anterior pituitary cells in culture. Prostaglandins 11:355, 1976.
23. Escalante, G y col. 1993, Misoprostol intracervical. US vaginal: Características clínicas en inducción del parto, rev. Costarric. cien. Med, 14 (3/4): 43-50.
24. Fuentes, A. y Williams, M. 1995. Valoración Cervical. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 2 (2): 217-28.
25. Goodman, G. 1991. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 8a. Edic. Edit. Panamericana, México. 913-4p.
26. Goldym, M.E. 1984. Farmacología Básica y Clínica. Edit. Manual Moderno. México 205 -10p.
27. Gutiérrez R. Rechkemmer A. Misoprostol intravaginal en el tratamiento del aborto Frustrado. Ginecol y Obstet. Perú 1996, 42(3): 77:80.



28. Huamán M. Carrasco N. Pacheco J. Inducción de la evacuación uterina con prostaglandina F2-alfa Intraamniótica Ginecol y Obstet. Perú 1988.
29. Huamán M. Carrasco N. Inducción de la Evacuación uterina con prostaglandina F2a intraamniótica. Ginecol y Obstet. Perú 1998. 32 (4); 39.
30. Ho -Pc; Ngai -Sw y col, 1997. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in terminación of second- trimester pregnancy. Obstet - Gynecol; 90(5): 735- 8.
31. Laudanno, O. M; Bedini; o.A. Cesolari; J.A. San Miguel, P. Acta gastroenterol. Latinoam; 25(3): 145-52, 1995.
32. Liggins GC PGE2 for cervical ripening and induction of labor. Contemporary Obstetrics and Gynecology 1982, 19;211.
33. Willman. E.A. Cllins, W.P. and clayton, S.G. Studies in the involvemeiit of prostaglandins in uterine Symptomatology and pathology. Br. J. Obstet. Gynaecol., 83: 337, 1976.
34. Marco -Tulio Colleta, Antonella; Rasines Gonzáles, Juan José; Martínez' Conde, Alfredo, Med Interna (Caracas); 11(4): 163- 74, 1995.



35. Mastrogiannis, A. y Knuppel, R. 1995. Inducción del trabajo de parto con método que no incluye oxitocina. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 2 (2): 449-54.
36. Margulies M. Campos G. Misoprostol para provocar el aborto *Lancet* 339:1993.
37. Niloff JM y Stubblefield PG Low-dose vaginal 15 methyl prostaglandin F2 cervical dilation prior to vacuum curettage abortion *American Journal Of Obstetrics and Gynecology* 1982; 142: 596.
38. Niswander K, Chen JK Elder MG Studies in the involvement of prostaglandins in uterine symptomatology and pathology *Br. J. Obstet. Gynecol*, 83:337, 1976.
39. O'Briem, W. 1995. Maduración Cervical e Inducción del Trabajo de parto. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 2 (2): 211-5.
40. Pickles, UR, Hall, W.J. Best F.A. et. al Prostaglandins in endometrium and menstrual fluid normal and dysmenorrheic subjects. *Br. J. Obstet. Gynecol*, 1975, 72:185.



41. Romero, G y col; 1978. Efecto de la prostaglandina E2 por via oral sobre la contractilidad del útero humano grávido. *Semana Médica de México* XCIV (17): 391 -6.
42. Sidhu MS y Kent DR. Effects of prostaglandins E2 analogue suppository on blood loss in suction abortion. *Obstetrics and Gynecology* 1984, 64:128.
43. Singh, K y Col 1998. Ensayo aleatorio para determinar las dosis óptimas de misoprostol vaginal para la preparación del Pre aborto cervical. *Obstet. Gynecol (united States)*; 92(5) P 795-8.
44. Tomo de 44º Congreso Brasileño de Ginecología Obstétrica. Brasilia Nov. 1991. Empleo de misoprostol en embarazos interrumpidos del segundo trimestre. Oberti Porto Alegre. Esquema oral de misoprostol en mola y aborto frustrado. Cardoso. Porto Alegre.
45. Williams, E.A. Collins, W.P.; and Clayton, S.G. Studies in the involvement of prostaglandins in uterine Symptomatology and pathology. *Br. J. Obstet. Gynecol*; 83:337, 1976.



ANEXO 1

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

"Eficacia del Misoprostol en Aborto Frustrado y Gestación No Evolutiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins -ESSALUD, Lima-Enero 1995--Diciembre 1999"

1. DATOS DE LA PACIENTE:

Nombre:

Edad : FUR:

Paridad:

Nº Historia Clínica

EGx. FUR

ECO:

2. DIAGNOSTICO DE LA PACIENTE:

3. PROCEDIMIENTO DE LA TÉCNICA:

Dosis :

Vía: Intracervical ()

Fondo del saco posterior ()

Oral ()

Tiempo de Latencia:

4. ESTADO DE IA PACIENTE:

Dolor :

Sangrado: Escaso Moderado Abundante

Restos ovulares

5. MODIFICACION DEL CERVIX:

Blando ()

Duro ()

6. EFECTOS COLATERALES:

* Deposiciones líquidas ()

* Vómitos ()

* Emesis ()

* Fiebre ()

* Otros ()

* Ninguno ()