



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

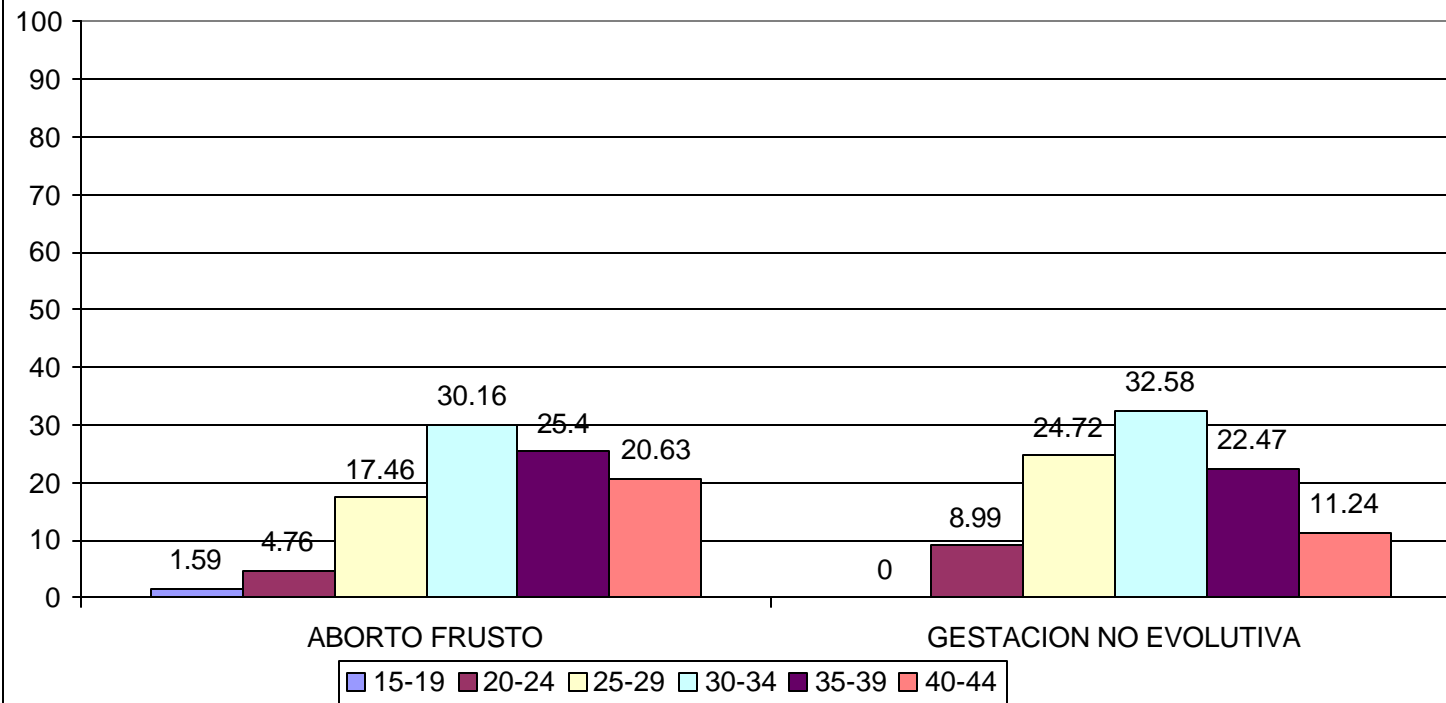


TABLA II

**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

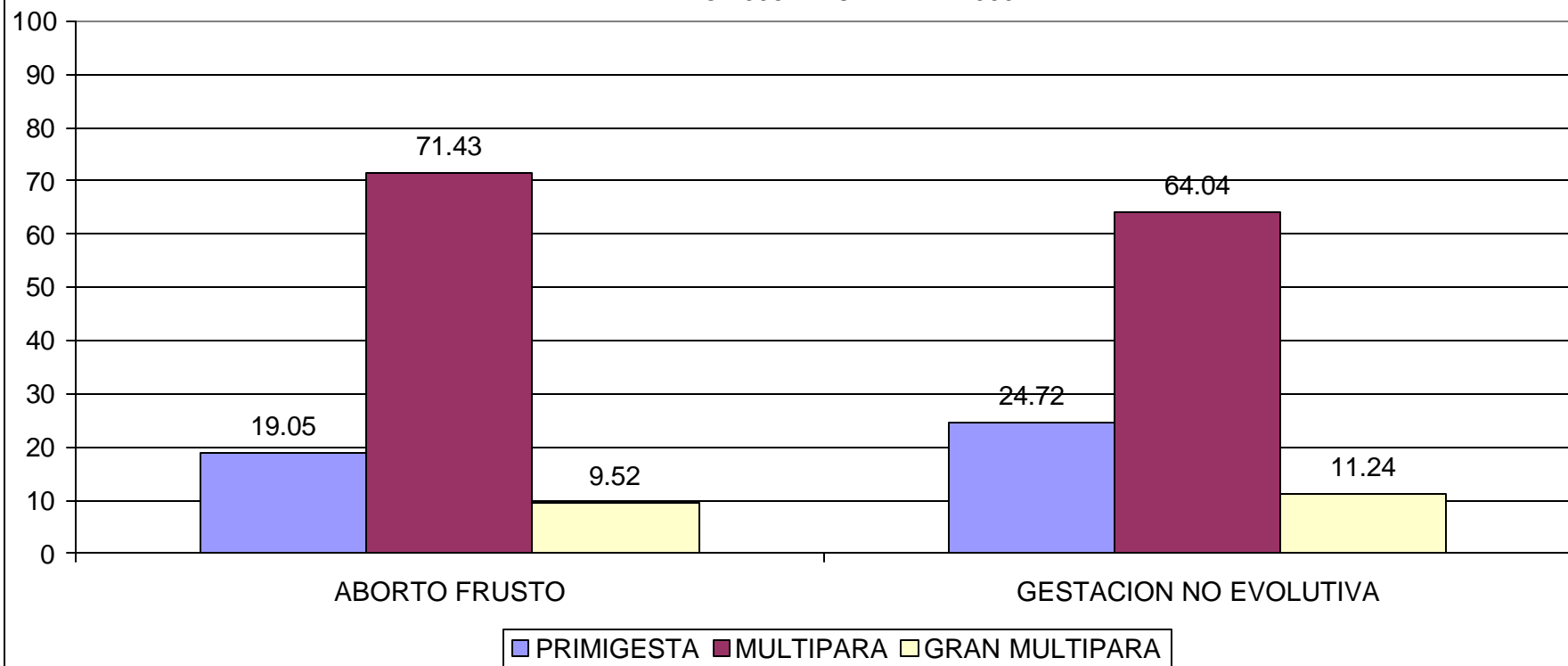


TABLA III

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

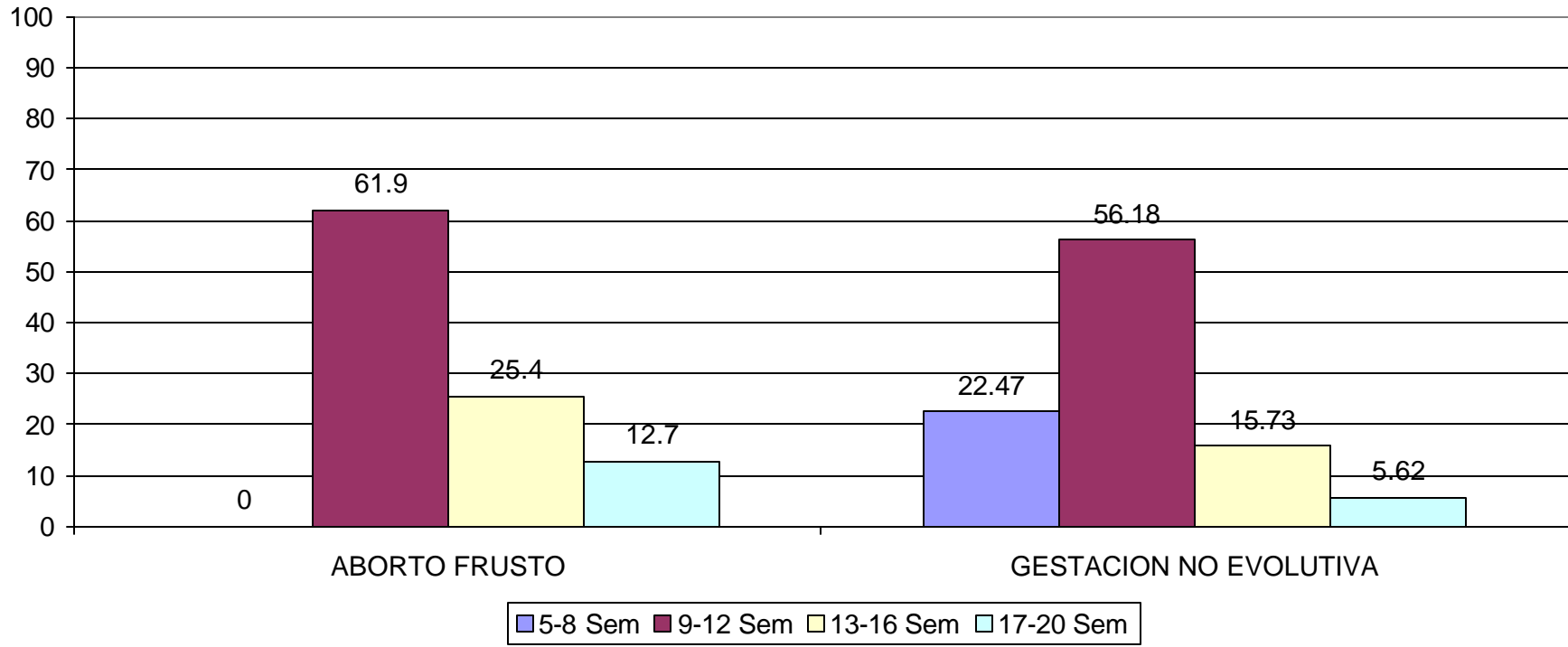


TABLA IV
ADMINISTRACIÓN DE MISOPROSTOL SEGÚN DOSIS EN GESTANTES CON ABORTO
FRUSTO Y GESTACIÓN NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999

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

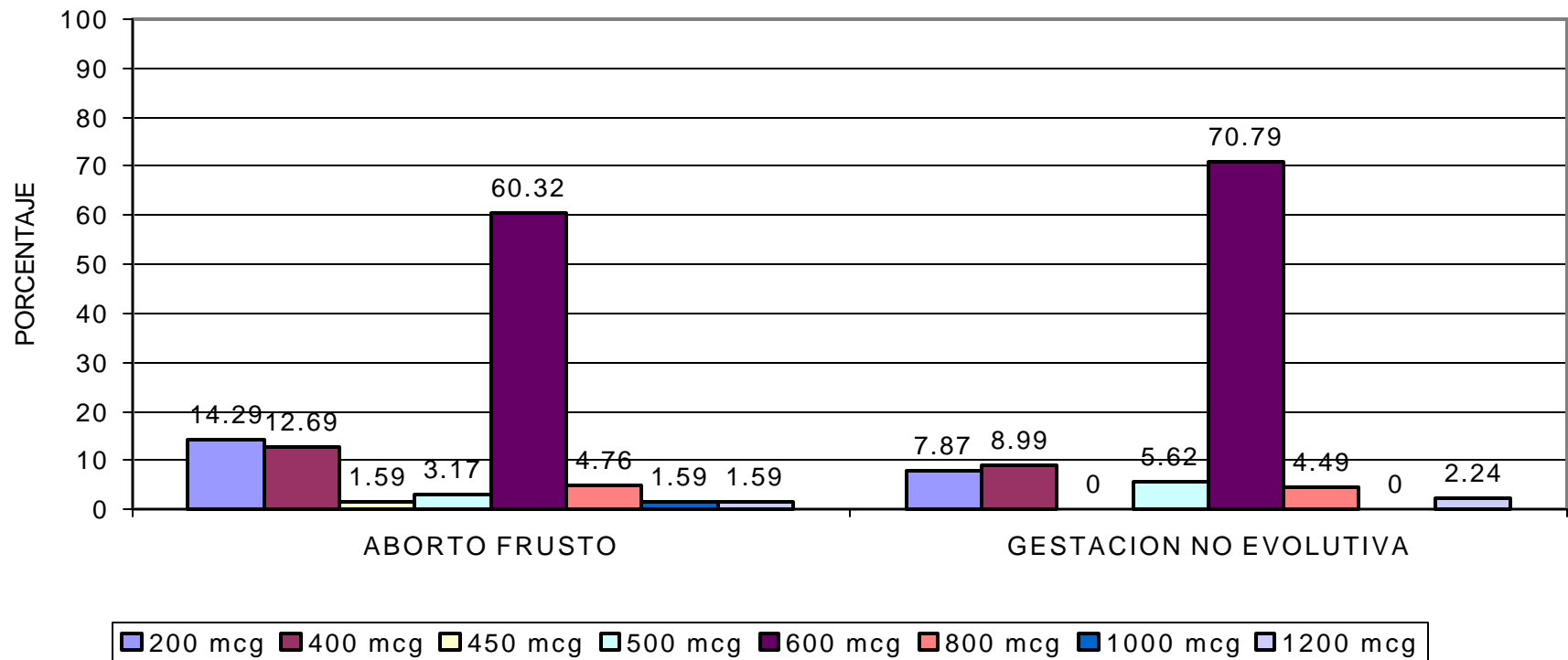


TABLA V

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

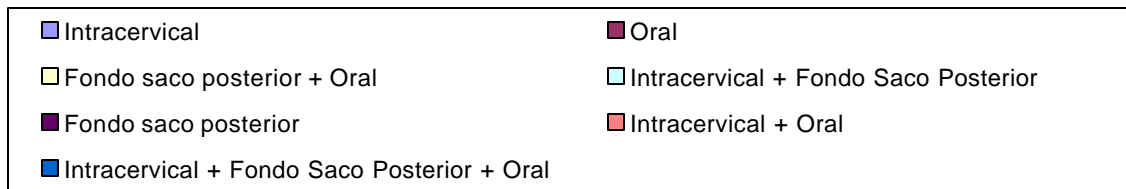
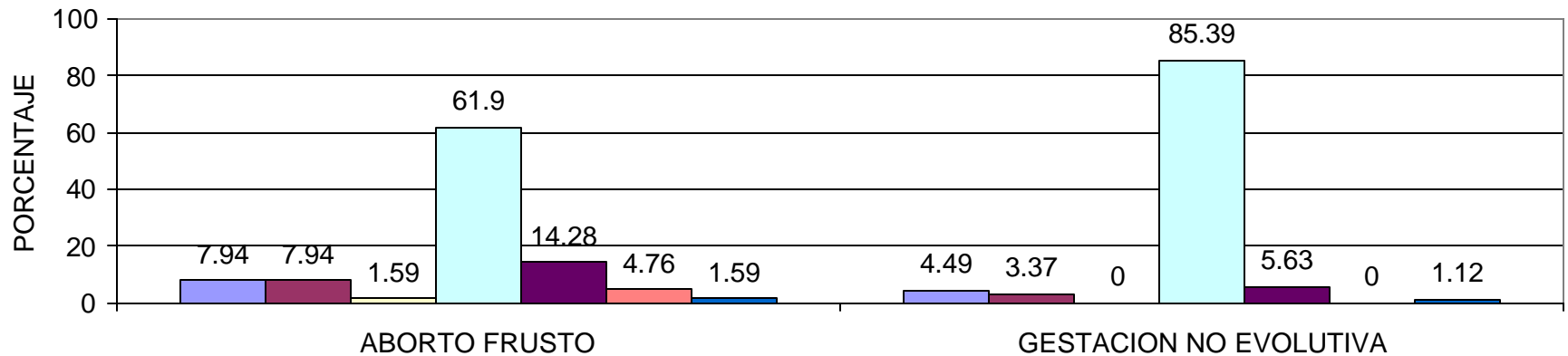


TABLA VI

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

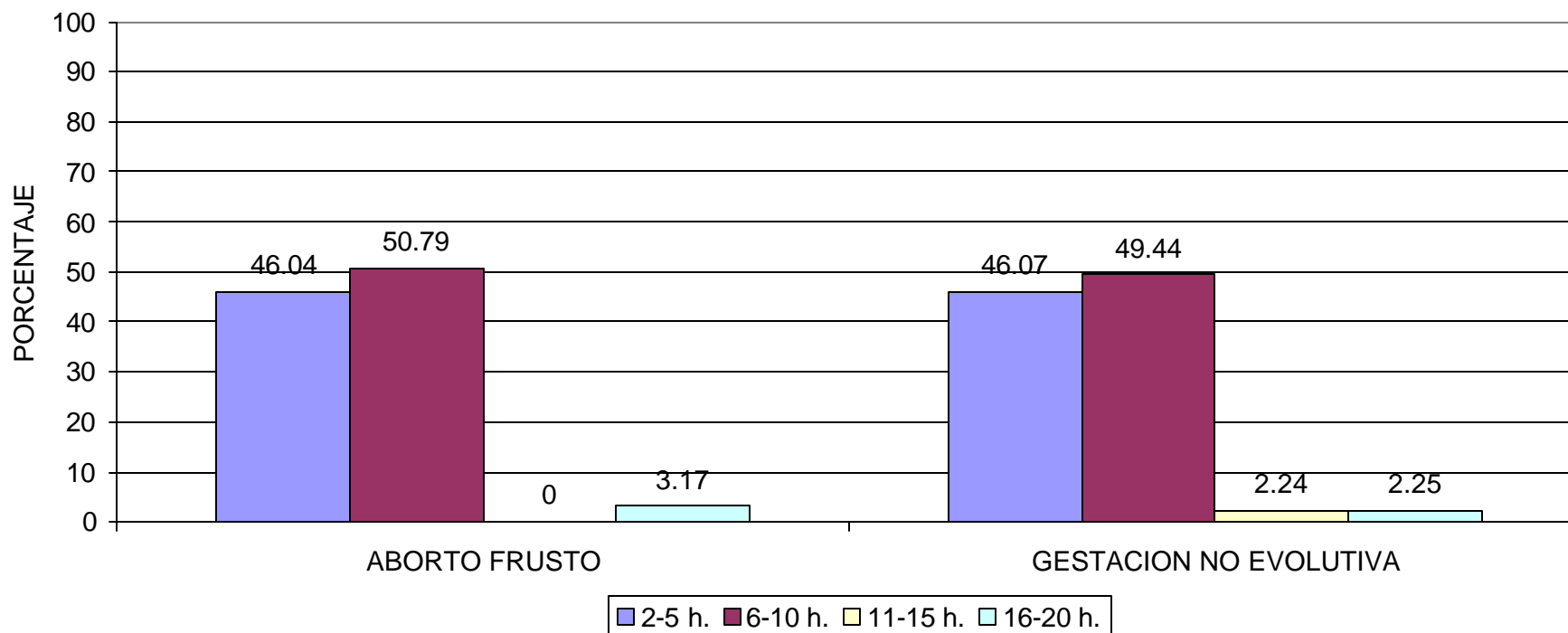


TABLA VII

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

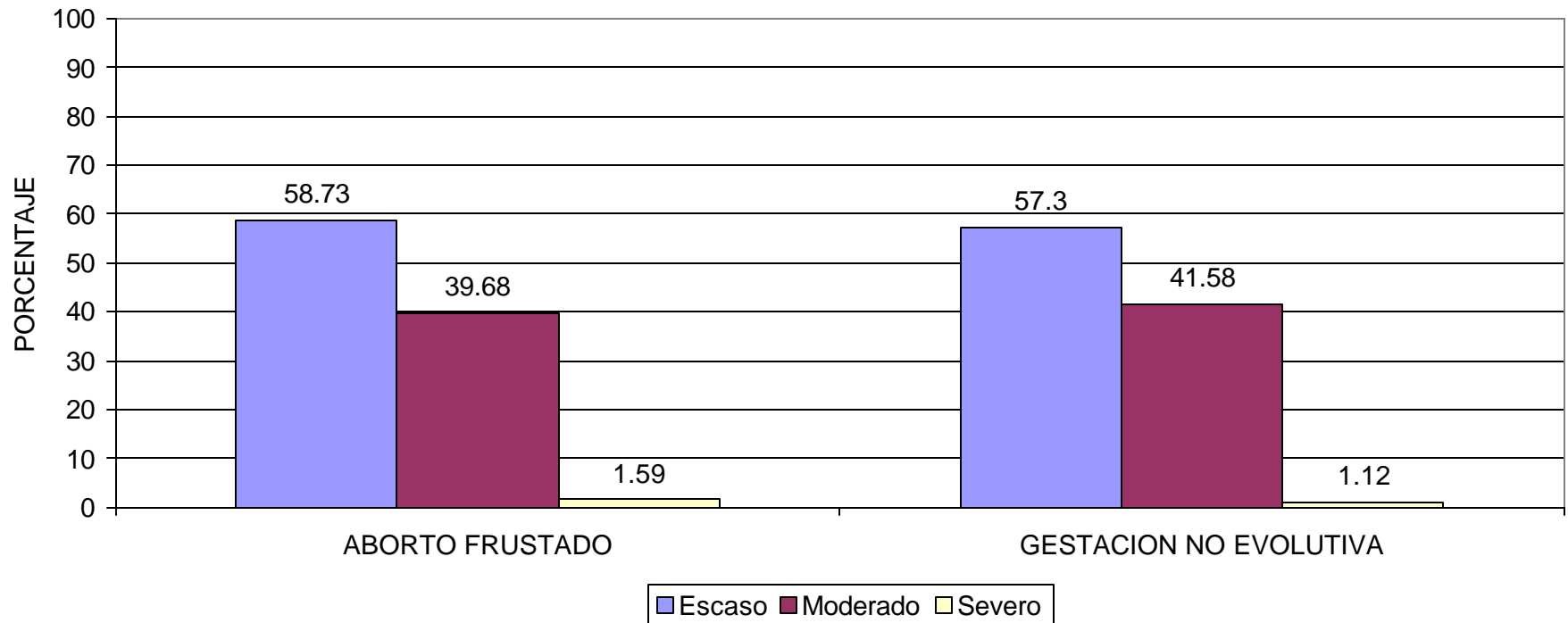


TABLA VIII

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

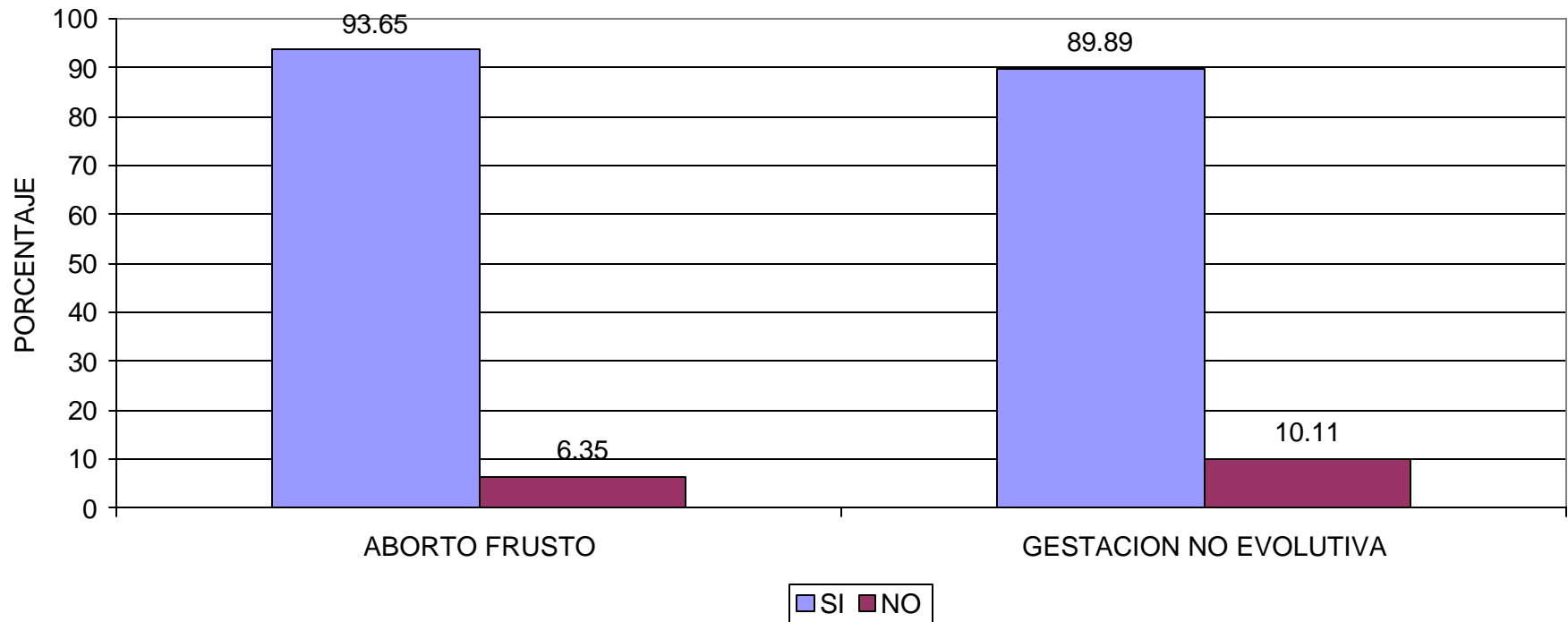


TABLA IX

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

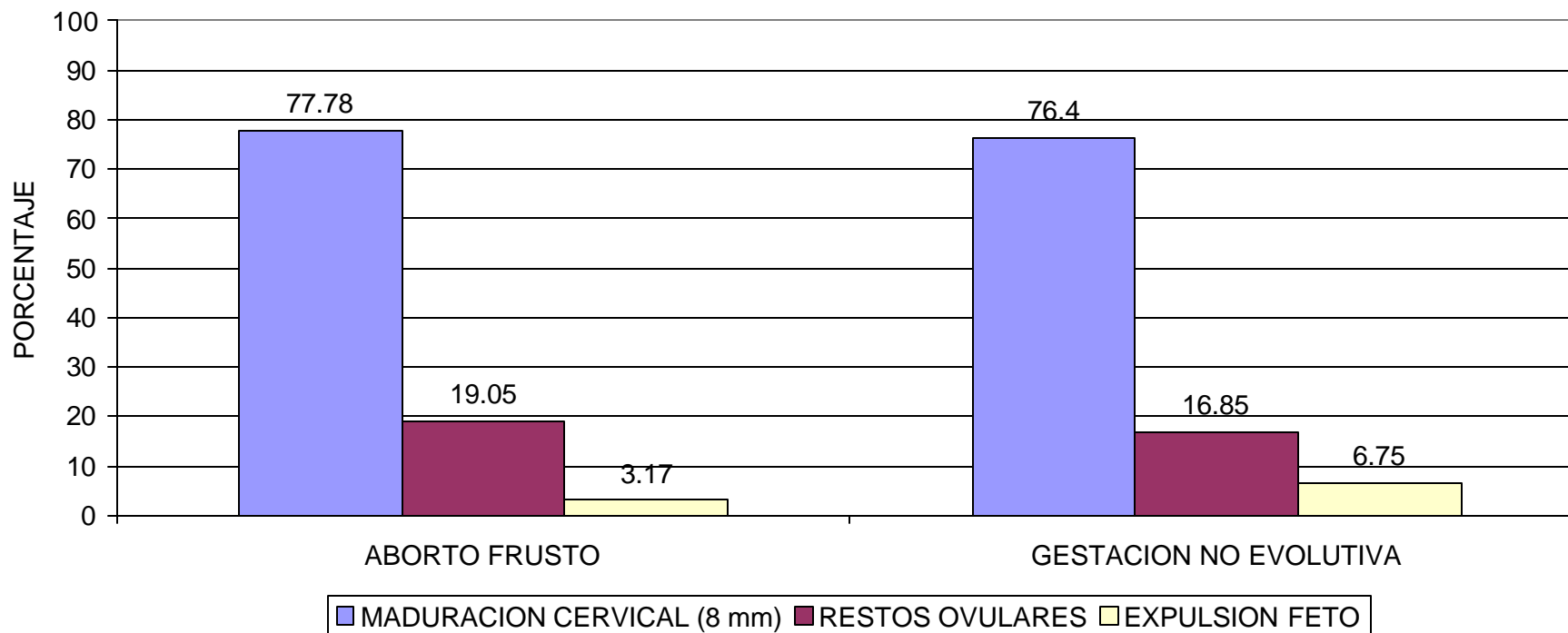


TABLA X-A

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

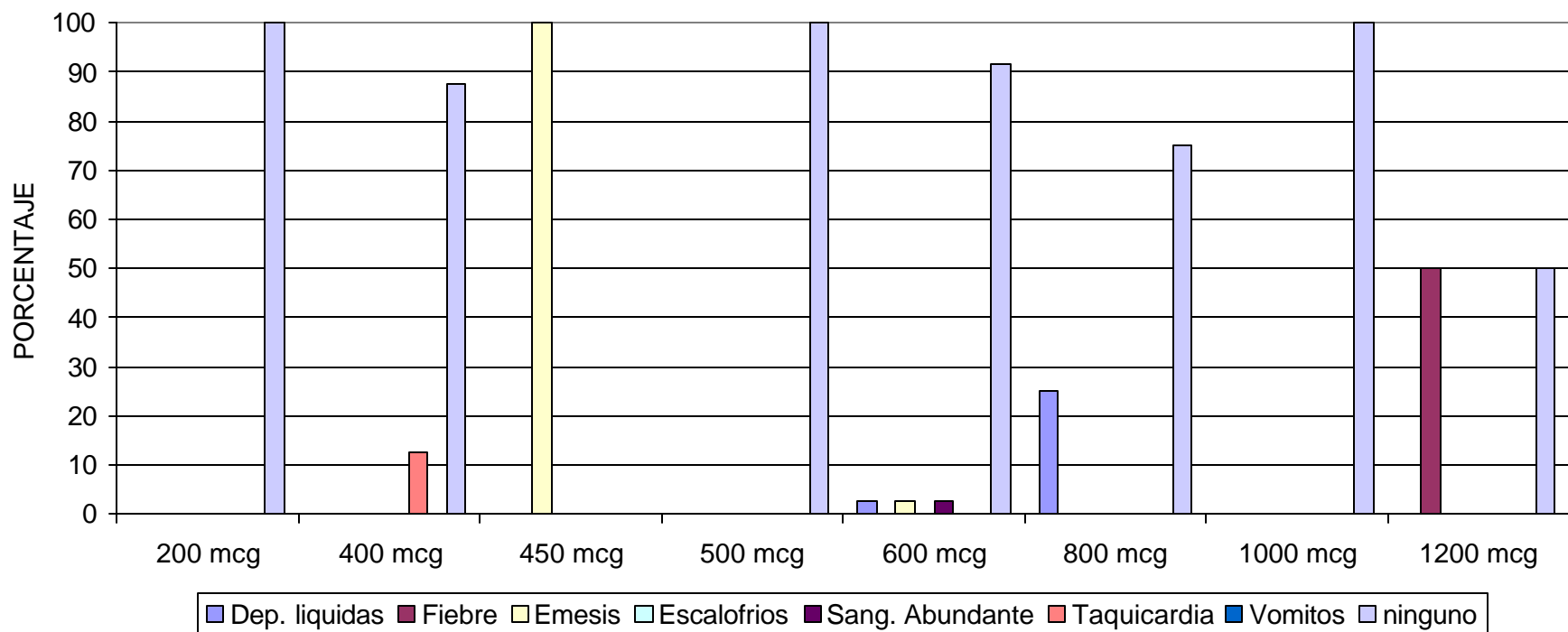


TABLA X-B

**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

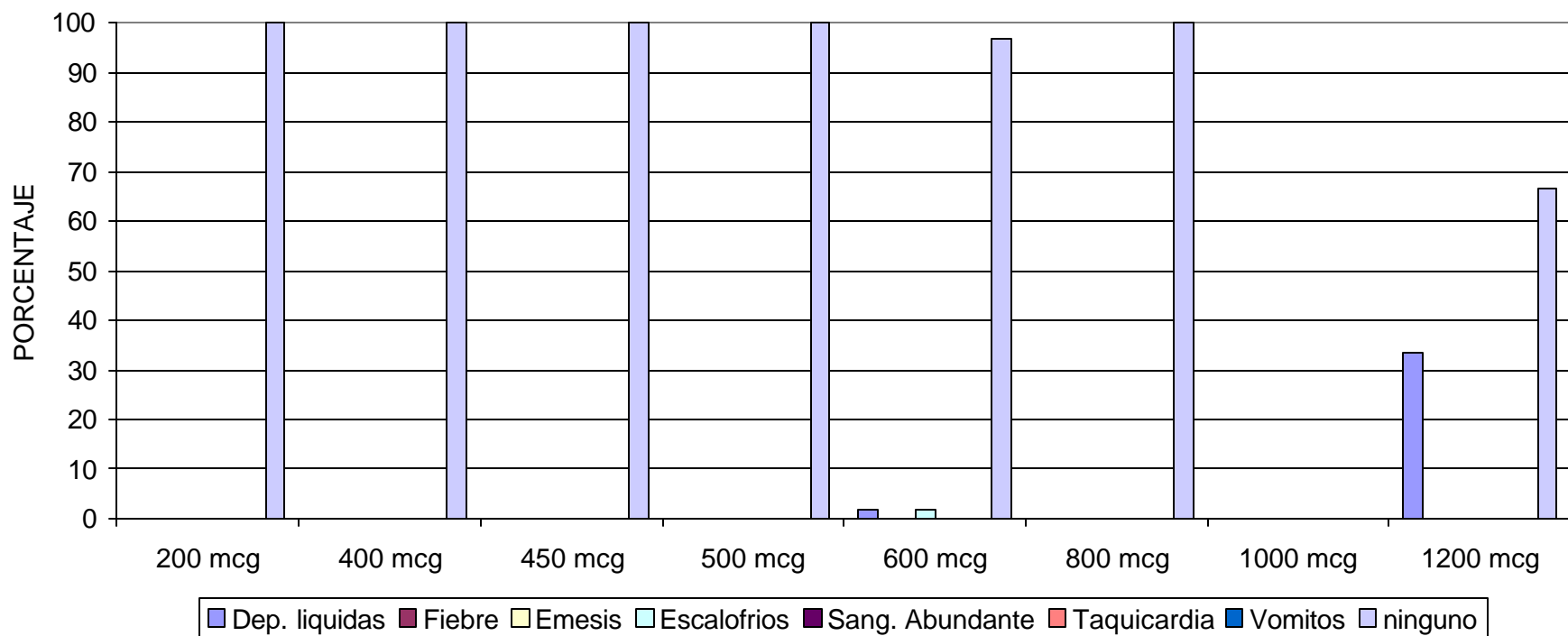


TABLA XI-A

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 FRUSTRO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA, ENERO 1998 - DICIEMBRE 1999

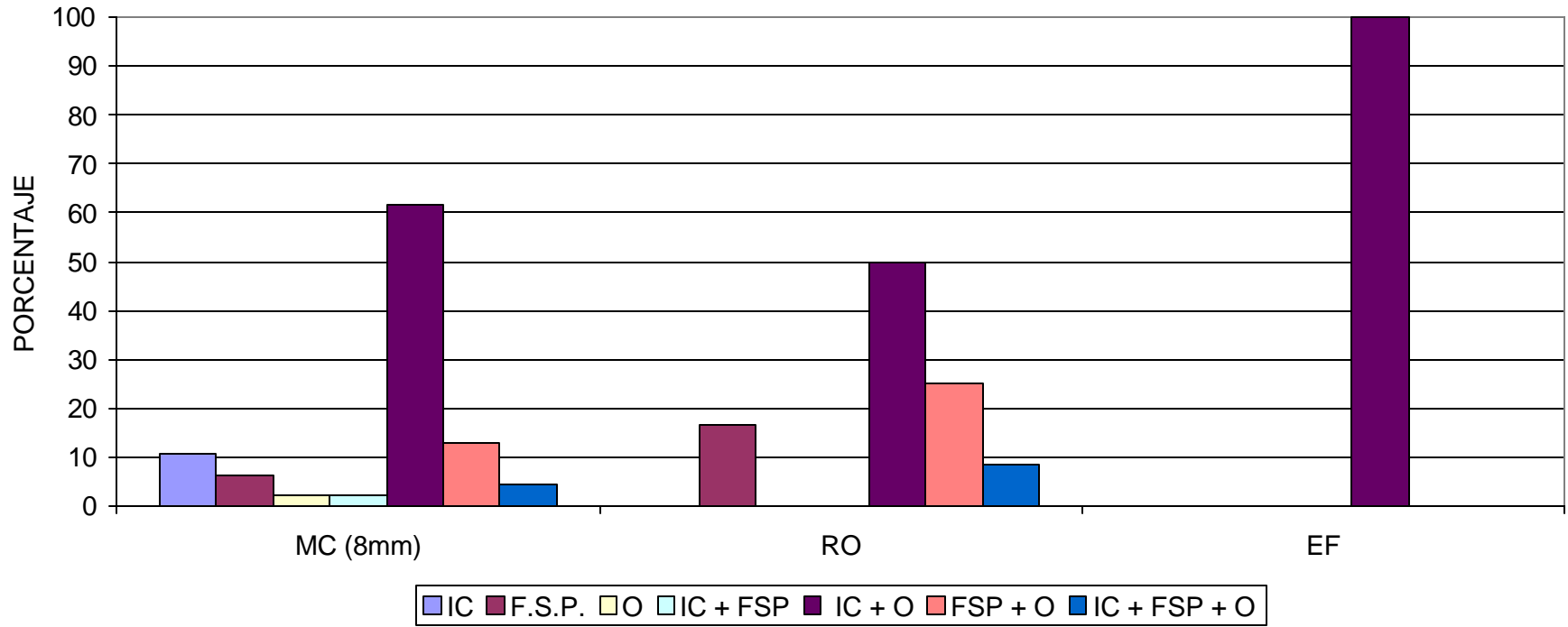


TABLA XI-B

**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

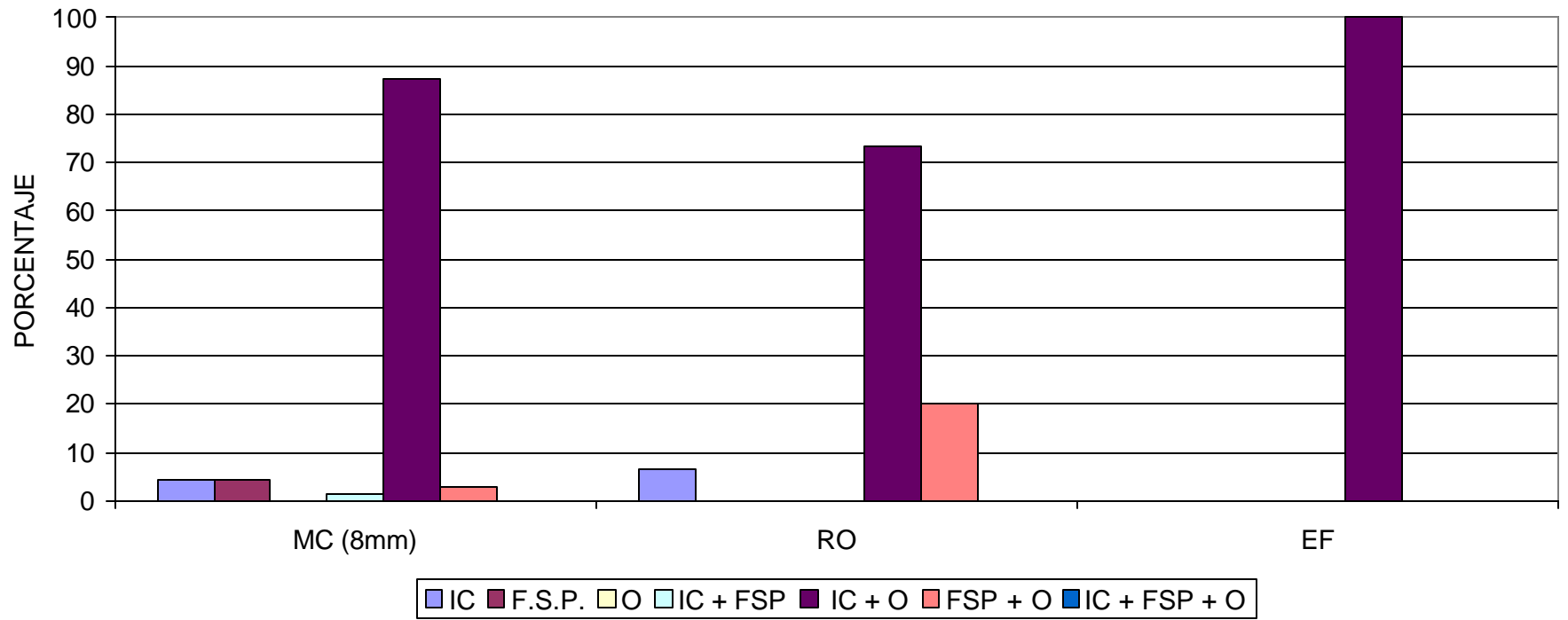


TABLA XII-A

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

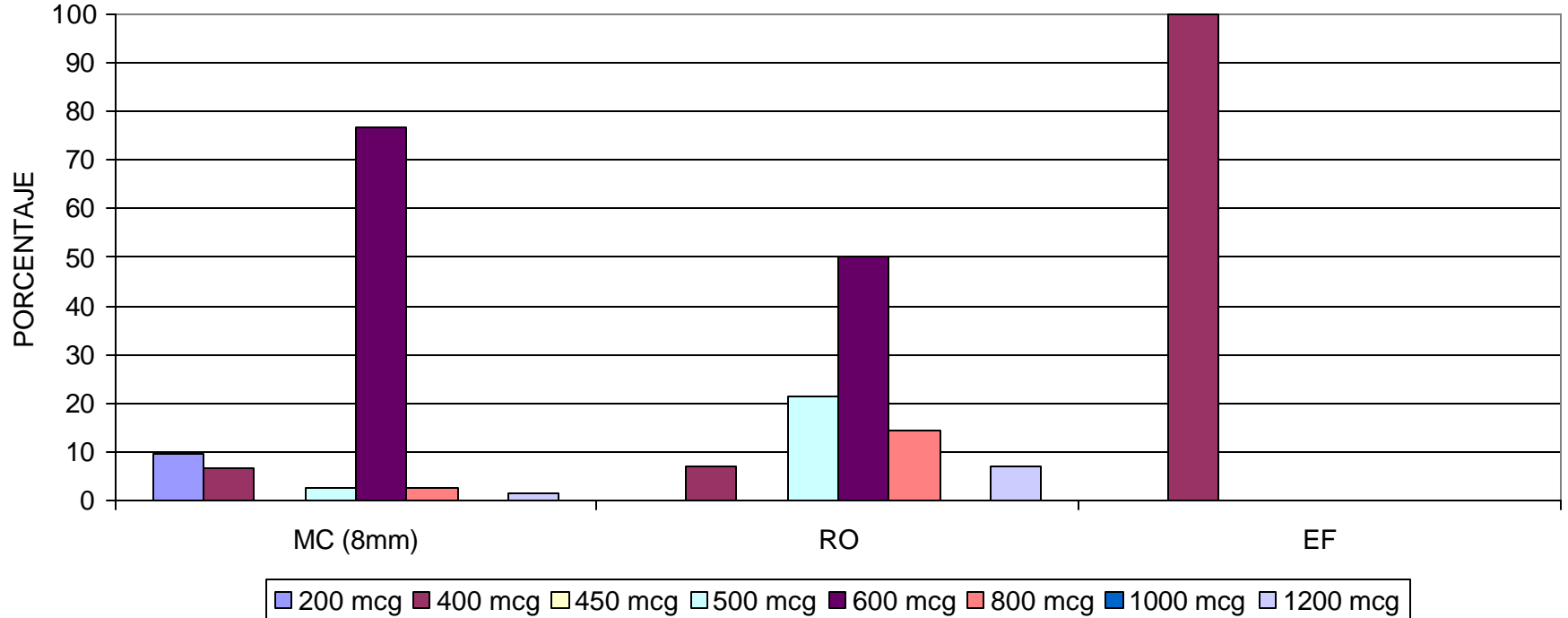
**DOSIS DE MISOPROSTOL Y RESULTADO FINAL EN GESTANTES CON GESTACIÓN
NO EVOLUTIVA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA, ENERO 1998 – DICIEMBRE 1999**

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 aumentaran 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.



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.