

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EMBARAZO ECTOPICO. REVISION DE 27 CASOS EN
EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO.
ENERO DE 1974 A DICIEMBRE DE 1978.**

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por:

ARMANDO MEJIA CARCAMO

Previo a optar el Título de:

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO:

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO
- IV. MATERIAL Y METODO
- V. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis es el resultado del análisis de 27 casos de Embarazo Ectópico; las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente en el Hospital Nacional de Mazatenango, Suchitepéquez, en el período de tiempo comprendido del 1° de enero de 1974 al 31 de diciembre de 1978.

La anotación de datos en la Historia clínica debe reflejar lo que ha actuado el médico que la firma; y para que tenga algún valor el trabajo de escribir una evolución en la Historia clínica, debe anotarse lo positivo o negativo de los síntomas, signos y de procedimientos especializados practicados a los pacientes, a fin de que pueda decirse que en ese caso tratado se investigó e hizo todo lo posible para resolverlo.

El análisis de los casos de Embarazo Ectópico servirá para establecer una conducta adecuada para resolver estos casos en el Hospital de Mazatenango.

II. OBJETIVOS

Los objetivos del siguiente trabajo son el análisis de la conducta seguida en los casos tratados quirúrgicamente por Embarazo Ectópico; en análisis de la patología encontrada en estas pacientes y con estos datos establecer una conducta para tratar los casos de Embarazo Ectópico con los recursos del Hospital Nacional de Mazatenango. También pretende contribuir al conocimiento de la Patología en los Guatemaltecos.

III. ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO

DEFINICION DE EMBARAZO ECTOPICO

Es la nidación del huevo fecundado que tiene lugar en un tejido distinto de la mucosa que encubre la cavidad uterina (1).

TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO

El Embarazo Ectópico se clasifica según el lugar de implantación del huevo, dividiéndose en: (3) fig. 1.

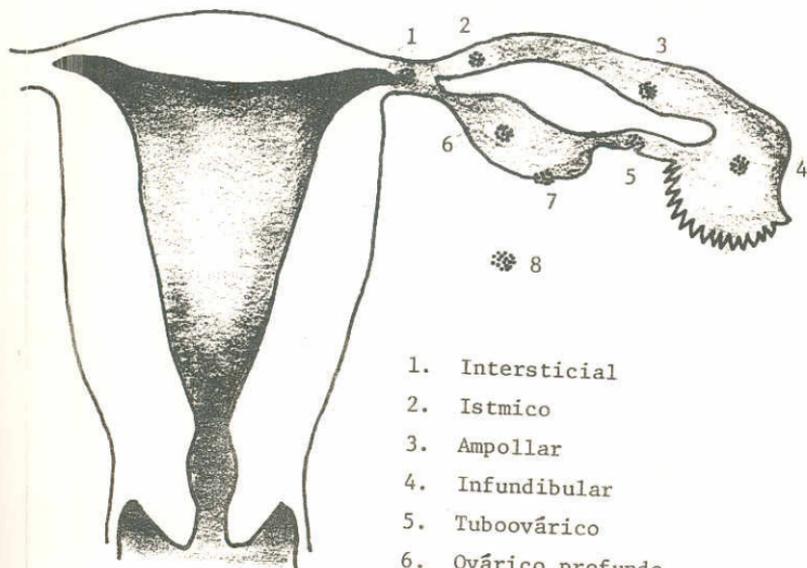
- a. Tubárico
- b. Tubo-ovárico
- c. Ovárico
- d. Abdominal
- e. Intraligamentario
- f. Cervical
- g. Combinado

La más común es la tubárica. Subdividiéndose en: (2)

1. Intersticial

FIGURA No. 1:

DISTINTAS LOCALIZACIONES DEL EMBARAZO ECTOPICO



1. Intersticial
2. Istmico
3. Ampollar
4. Infundibular
5. Tuboovárico
6. Ovárico profundo
7. Ovárico superficial
8. Abdominal

(copiado de Schwarcz)

3. Ampullar
4. Infundibular.

ETIOLOGIA

Se postulan las siguientes teorías:

a. Teorías ovulares:

1. Crecimiento precipitado del huevo.
2. Energía y poder citolítico precoz.
3. Factores que acrecientan la receptibilidad de la mucosa tubárica frente al huevo fecundado (1).

b. Factores intrínsecos (3):

Enfermedades infecciosas agudas: salpingitis gonocócica, infecciones crónicas; salpingitis tuberculosa y procesos cicatriciales no infecciosos; cicatrización en plasta de trompas y embarazos ectópicos anteriores.

c. Factores extrínsecos (3):

Que disminuyen el diámetro de la luz de la trompa: tumores extraluminares, procesos cicatriciales externos y acodadura de la trompa.

d. Anomalías congénitas:

1. Hipoplasia

FRECUENCIA

Hay diferencias considerables en la bibliografía. La edad promedio es de 31 años en las que padecen embarazo ectópico. Dos terceras partes de las mujeres con embarazo ectópico están comprendidas entre 26 y 37 años.

Schwarcz: uno por cada ciento cincuenta nacimientos (2)

Novak: uno por cada trescientos nacimientos. Se considera que en la raza negra hay mayor frecuencia de embarazos ectópicos (1).

ANATOMIA PATOLOGICA

Una vez el huevo fecundado se implanta en la mucosa tubárica; se presentan modificaciones muy semejantes a las que existen en el embarazo uterino. Pero la acción erosiva del trofoblasto vellosa provoca la perforación de la pared tubárica, proceso que puede extenderse a la capa peritoneal (1).

La erosión de los vasos sanguíneos provoca la hemorragia. Cuando la hemorragia es en el interior de la trompa convierte a esta en un HEMATOSALPINX (1).

EVOLUCION DEL EMBARAZO ECTOPICO

La evolución del embarazo ectópico es muy variable. Esta evolución determina el cuadro clínico, ya que embarazos ectópicos cervicales pueden evolucionar a aborto y la paciente sólo presentará hemorragia vaginal.

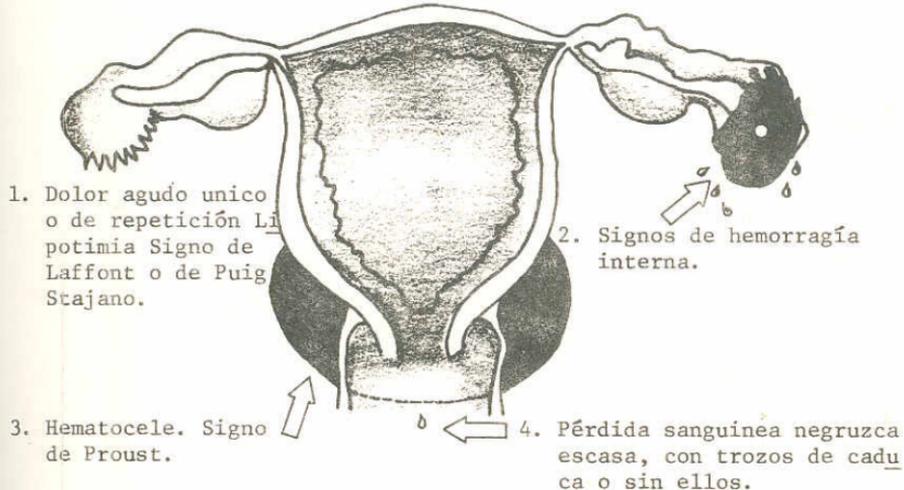
Los demás cuadros de Embarazo Ectópico encierran una

FIGURA No. 2:

ABORTO TUBARICO

Sintomatología y Evolución

Sintomatología



Evolución Posible



1. Regresión espontánea
2. Aborto tubárico
3. Ruptura tubárica
4. Embarazo abdominal secundario
5. Momificación del feto (litopedión)
6. Embarazo abdominal a término
7. Aborto intrauterino.

SINTOMATOLOGIA

A. En la primera mitad del embarazo

La amenorrea es generalmente de corta duración. Son atrasos menstruales que no superan 1 mes o 2 de duración. En ocasiones aparecen pseudomenstruaciones, siendo la sangre símplica, pegajosa, muy oscura y en pequeña cantidad.

El dolor es casi constante en su aparición, lateralizado sobre una de las fosas ilíacas, es intermitente o continuo.

El dolor y la hemorragia se acompañan de síntomas como náuseas, anorexia, sialorrea, tumefacción mamaria con secreción colostrál.

El examen genital permite apreciar el cuello reblandecido y cerrado, a la vez que está lateralizado sobre uno de los costados de la pelvis. El fondo del saco posterior es muy doloroso. El hallazgo más característico, lo constituye la presencia de un tumor parauterino, alargado, de consistencia blanda, el cual aumenta rápidamente de volumen en exámenes sucesivos.

B. En la segunda mitad del embarazo

Se palpa un feto con las características que corresponden a la edad de la gestación, pero se observan presentaciones vi-

7

ciosas, y la palpación permite apreciar partes fetales muy superficiales. Al examen vaginal se puede tactar el útero pequeño y al lado el feto.

COMPLICACIONES

Son el aborto tubario y la rotura de la trompa grávida. Dan lugar a una intensa hemorragia interna, con todos los síntomas de éstas (lipotimias, palidez, hipotensión, shock hipovolémico), e intensísimo dolor lateralizado en el abdomen inferior o generalizado en el abdomen y en el fondo del saco de Douglas. La punción de éste revela la sangre incoagulable en la cavidad abdominal (2). (Figs. 2, 3 y 4).

DIAGNOSTICO

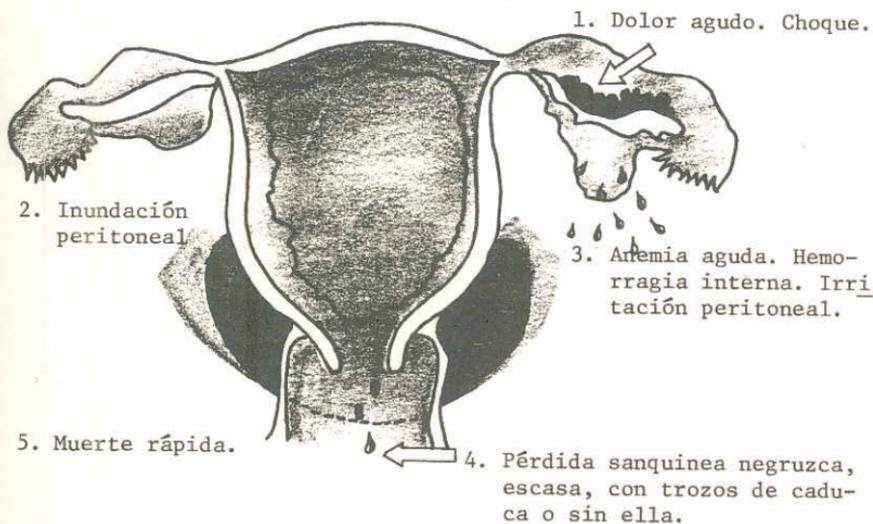
Los recursos específicos para el diagnóstico de embarazo ectópico son los siguientes: (3)

1. Colpocentesis (fig. 4)
2. Colpotomía
3. Laparoscopia
4. Sonograma
5. Radiológicos
6. Exploración abdominal
7. Pruebas biológicas
8. Hematología.

FIGURA No. 3:

ESQUEMA DE LA SINTOMATOLOGIA DE LA HEMORRAGIA
CATACLISMICA DE BARNES (copiado de Schwarcz)

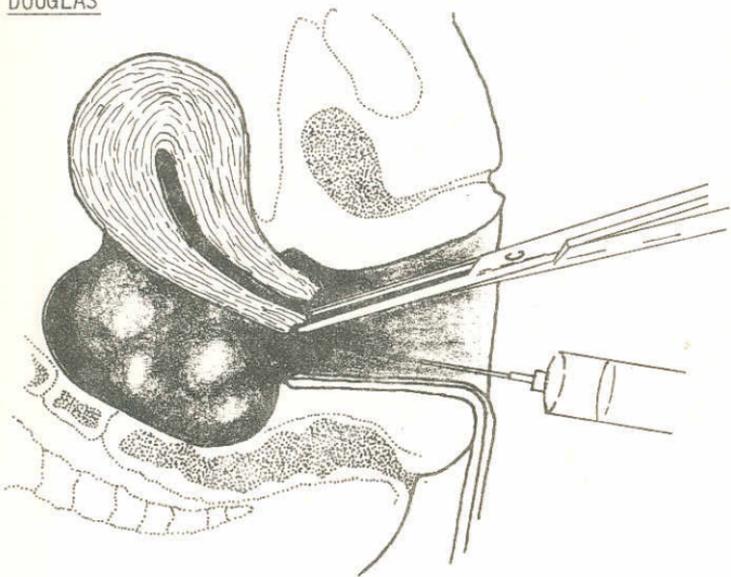
Sintomatología



EVOLUCION POSIBLE

1. Muerte por anemia aguda. Choque.
2. Con intervención oportuna se evita la muerte.

FIGURA No. 4:
HEMATOCELE Y PUNCION DIAGNOSTICA DEL FONDO DEL SACO DE
DOUGLAS



(copiado de Schwarcz)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe pensarse principalmente en cuadros ginecológicos.

El diagnóstico diferencial debe contemplar: (1 y 2)

1. Aborto
2. Anexitis
3. Apendicitis
4. Quiste de ovario (retorcido o no)
5. Persistencia del cuerpo lúteo
6. Infección urinaria
7. Pancreatitis
8. Hidrosalpinx
9. Piosalpinx.

Otros cuadros relativamente raros son: (3)

1. Ileo por estrangulación:

Anamnesis de laparotomías, hernias, cuadro de choque agudo, comienzo súbito, vómitos reflejos, oliguria.

2. Ileo por obstrucción:

Inicio lento, cuadro de choque retardado, la intensidad de los vómitos orienta sobre la altura de la obstrucción.

3. Ileitis terminal o inflamación de un divertículo de Meckel:

Su sintomatología es similar a la apendicitis.

4. Colecistitis:

doloroso desplazable durante la inspiración, por debajo del arco costal.

5. Úlcera gástrica y duodenal.

6. Diverticulitis del colon:

Dolor en la fosa ilíaca, dolor inguinal, sangre y moco en la deposición. Abdomen agudo en caso de perforación.

7. Cálculo ureteral:

Dolores en forma de cólicos a lo largo del ureter, que irradia al pliegue inguinal.

Debe establecerse como regla general que abdomen agudo en una mujer en edad reproductiva es embarazo ectópico mientras no se demuestre lo contrario.

TRATAMIENTO

El tratamiento es netamente quirúrgico. La técnica quirúrgica es la incisión en cuña de la trompa afectada con salpingectomía de la misma y peritonización del mesosalpinx correspondiente (3). (Fig. 5).

En el acto operatorio deberá investigarse la permeabilidad de la otra trompa. Si se encuentra obstruida, deberá researse, pues el riesgo para otro embarazo ectópico es alto. La ooforectomía sólo está indicada si el ovario está comprometido.

(2)

Debe tenerse en cuenta, que cuando se encuentra em-

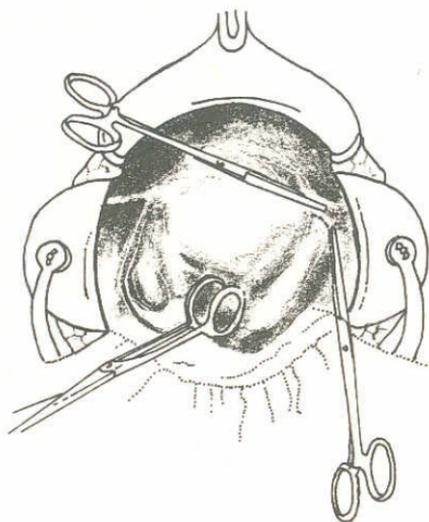


FIGURA No. 5:

SALPINGECTOMIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO
ECTOPICO. (copiado de Schwarcz)

cirse hemorragia severa y de pronóstico reservado, o fístulas intestinales (2).

PRONOSTICO

El pronóstico es bueno en las pacientes tratadas adecuadamente y a tiempo, la Mortalidad y la Morbilidad son bajas.

El embarazo ectópico roto es una emergencia quirúrgica, por lo que el cirujano debe operar con rapidez. Si el cuadro no es urgente, la paciente deberá ser estrechamente vigilada para que la exploración se realice en las mejores condiciones.

El problema de la fertilidad tiene gran importancia, dependiendo básicamente de la permeabilidad de la trompa no afectada y de los antecedentes ginecológicos de la paciente.

Puede afirmarse que una mujer después de un embarazo ectópico, tiene un 46% de posibilidades de quedar nuevamente embarazada. Pero una de cada cuatro de éstas mujeres volverá a tener un embarazo ectópico. Por ello, sólo aproximadamente una tercera parte de las mujeres con embarazo ectópico puede contarse con la posibilidad de un hijo vivo (3).

IV. MATERIAL Y METODO

Para este estudio se revisaron los casos atendidos en el Hospital Nacional de Mazatenango, durante el período de tiempo comprendido entre el 1° de enero de 1974 al 31 de diciembre de 1978. En total son 27 historias clínicas de pacientes que fueron tratadas quirúrgicamente por embarazo ectópico.

Los datos se obtuvieron de la siguiente manera: los nombres de las pacientes se sacaron de los libros de la sala de operaciones, es decir todas las pacientes fueron operadas. Los números de las historias clínicas se obtuvieron del tarjetero de fichas en donde están los nombres y apellidos de las pacientes que ingresan al hospital. Seguidamente se procedió a localizar las historias en el archivo, según su número de archivo.

Se analizan los siguientes parámetros:

- * Edad de las pacientes
- * Estado Civil
- * Ocupación habitual
- * Antecedentes obstétricos
- * Antecedentes quirúrgicos
- * Sintomatología
- * Hallazgos clínicos
- * Métodos de diagnóstico
- * Acto operatorio
- * Hallazgo operatorio
- * Localización del ectópico
- * Complicaciones postoperatorias
- * Tratamiento postoperatorio
- * Días de hospitalización

- * Conclusiones
- * Recomendaciones.

V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

1. Diagnóstico inicial de ingreso

De los 27 casos clínicos, se encontró 17 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, lo que representa un 63%. Seis pacientes con impresión clínica de quiste ovárico, una impresión de gastroenteritis, dos de infección pélvica y hasta una papeleta sin impresión clínica de ingreso.

2. La edad media en la cual las pacientes padecieron de un embarazo ectópico es de 30 años. Los resultados obtenidos están de acuerdo con la literatura médica que reporta mayor incidencia entre los 26 y 33 años de edad con un promedio de 31 años. (Ver gráfica No. 1).

El 51% de las pacientes oscila entre los 20 y 30 años; en la tesis del Doctor Lou Chuy, el resultado es de 60% para la misma edad.

Cuadro No. 1EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

EDAD DE LA PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 24	6	22%
25 a 29	8	29%
30 a 34	9	33%
35 a 39	4	16%
TOTAL:	27	100%

2. Ocupación habitual de la paciente.

El 85% (23 pacientes), se dedican a los oficios domésticos, situación que es muy común, ya que los Hospitales Nacionales son requeridos por pacientes de escasos recursos económicos, las cuales dedican su tiempo sólo al hogar (ver gráfica No. 2).

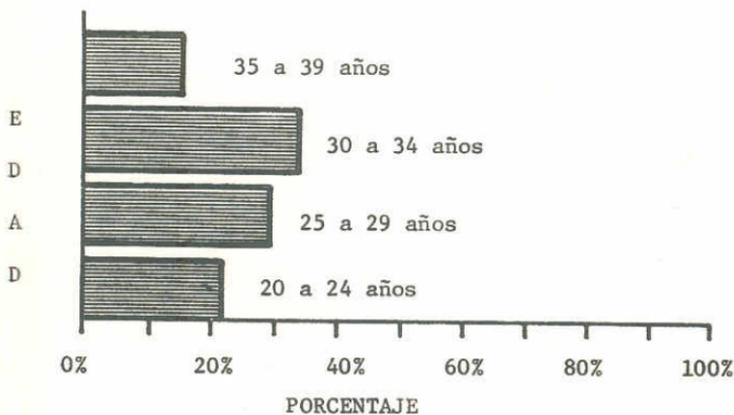
Cuadro No. 2

OCUPACION DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

OCUPACION HABITUAL DE LA PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oficios domésticos	23	85.00%
Auxiliar de Enfermería	1	3.75%
De su sexo	1	3.75%
Secretaria	1	3.75%
Maestra	1	3.75%
TOTAL:	27	100.00%

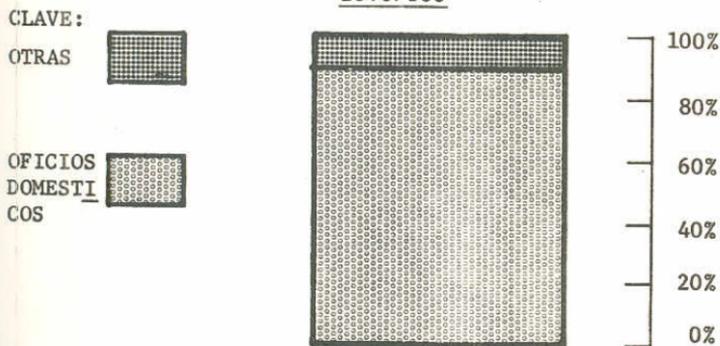
GRAFICA No. 1:

EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



GRAFICA No. 2:

OCUPACION HABITUAL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



Autor:
A. Mejía C. 12/9/79

Estado Civil.

Llama la atención el hecho de que 7 pacientes (26%) sean solteras; el resto son casadas y unidas. (Ver gráfica No. 3).

Cuadro No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	14	52%
Unida	6	22%
Soltera	7	26%
TOTAL:	27	100%

4. Antecedentes obstétricos.

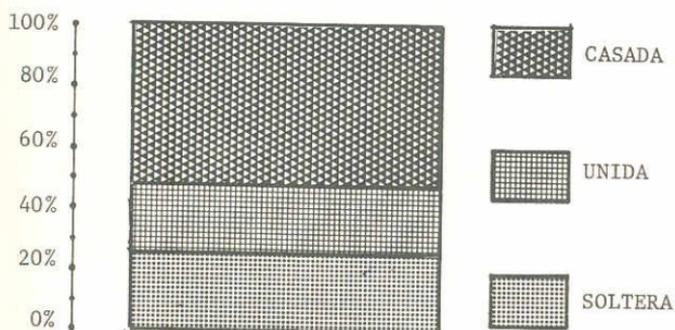
Los antecedentes no fueron investigados en 14 pacientes, lo que representa el 52%. En cuatro pacientes era su primer embarazo, esto representa el 15%. Secundigestas son tres (11 por ciento), y seis pacientes multíparas que representan el 22% (ver gráfica No. 4).

Cuadro No. 4ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES
CON ECTOPICO

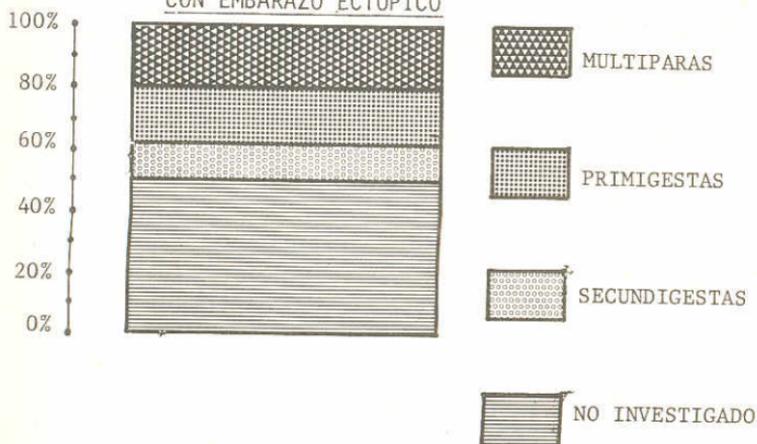
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Multíparas	6	22%
Primigestas	4	15%
Secundigestas	3	11%
No investigado	14	52%
TOTAL:	27	100%

GRAFICA No. 3:

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



GRAFICA No. 4: ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



GRAFICA No. 5:

ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO



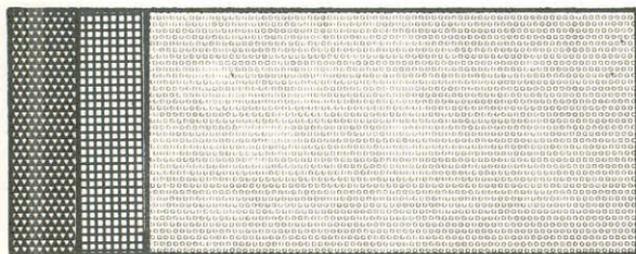
EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR



NEGATIVO



NO INVESTIGADO



Autor:
A. Mejía C.
12/9/79

SINTOMATOLOGIA

6. Dolor abdominal.

En 21 pacientes se presentó dolor abdominal. En 6 casos no está anotado el dolor como síntoma. Por este resultado se puede inferir que el dolor siempre está presente en los casos de embarazo ectópico. (Ver gráfica No. 6).

Cuadro No. 6

DOLOR ABDOMINAL EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

DOLOR ABDOMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	21	78 %
No	0	0 %
No investigado	6	22 %
TOTAL:	27	100 %

GRAFICA No. 6:

DOLOR ABDOMINAL EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO

CLAVE:



SI



NO INVESTIGADO



0% 20% 40% 60% 80% 100%

Autor:
A. Mejía C.
12/9/79

7. Localización del dolor abdominal.

En 10 pacientes (37%), el dolor se situó en las fosas ilíacas, con mayor frecuencia en la fosa ilíaca derecha. En 2 pacientes se situó en ambas fosas y generalizado en el abdomen en dos pacientes. No está anotado en seis historias. El dato más significativo es la mayor frecuencia de hipogastrio. (Ver gráfica No. 7).

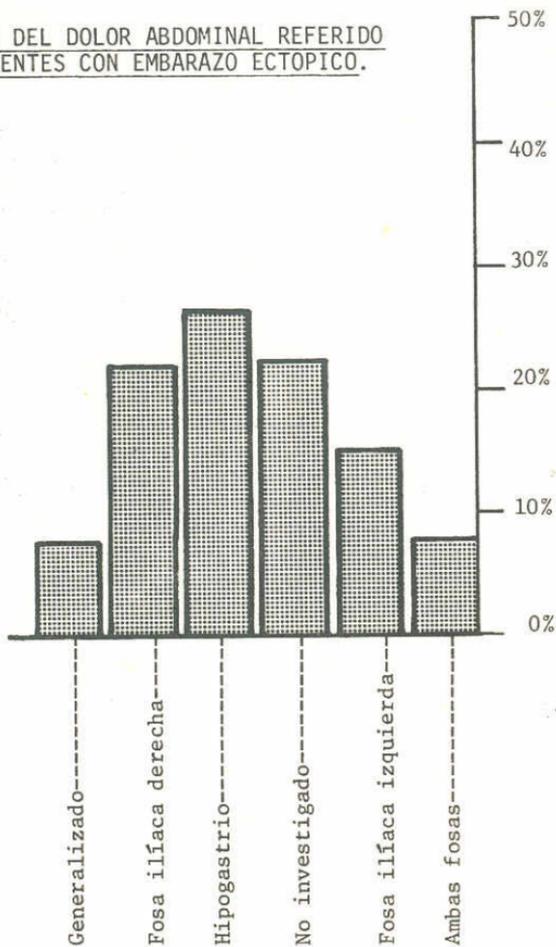
Cuadro No. 7

LOCALIZACION DEL DOLOR ABDOMINAL EN LOS
CASOS DE ECTOPICO

LOCALIZACION DEL DOLOR ABDOMINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Generalizado	2	7.5%
Fosa ilíaca derecha	6	22.0%
Fosa ilíaca izquierda	4	15.0%
Ambas fosas	2	7.5%
Hipogastrio	7	27.0%
No investigado	6	22.0%
TOTAL:	27	100.0%

GRAFICA No. 7:

LOCALIZACION DEL DOLOR ABDOMINAL REFERIDO
POR LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO.



Autor:
A. Mejía C.
12/9/79

8. Amenorrea.

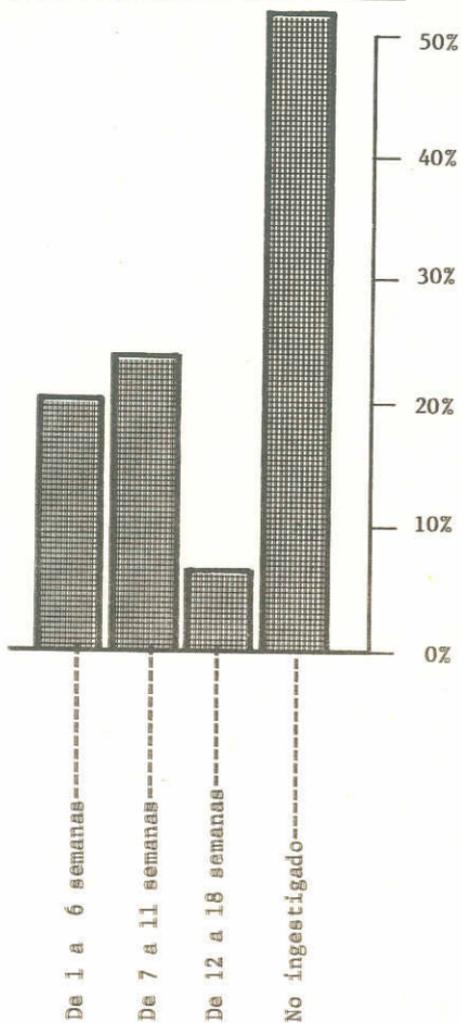
En 13 pacientes (48%), se determinó amenorrea secundaria. En 14 historias clínicas no fue anotado la amenorrea como síntoma positivo o negativo. (Ver gráfica No. 8).

Cuadro No. 8

EVOLUCION DE LA AMENORREA EN LOS CASOS
DE EMBARAZO ECTOPICO

TIEMPO DE AMENORREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 6 semanas	5	19%
7 a 11 semanas	6	22%
12 a 18 semanas	2	7%
No investigado	14	52%
TOTAL	27	100%

GRAFICA No. 8: TIEMPO DE EVOLUCION DE LA AMENORREA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO, CALCULADO POR LA FECHA DE LA ULTIMA REGLA.



9. Otros síntomas.

En cinco pacientes (18%), se presentó náusea y vómitos, los cuales son sugestivos de embarazo. En seis pacientes (22%) se presentó lipotimias y diarrea, en un caso, por lo que esta paciente fue ingresada con impresión clínica de gastroenteritis.

Cuadro No. 9

OTROS SINTOMAS ENCONTRADOS EN LOS CASOS
DE EMBARAZO ECTOPICO

SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lipotimias	6	22%
Náusea y vómitos	5	18%
Diarrea	1	4%
TOTAL:	12	100%/27

NOTA: Estos síntomas se presentaron sólo en 12 pacientes.

10. Hallazgos clínicos.

Los signos clínicos más frecuentes fueron masa anexial y útero doloroso a la movilización. Abdomen en tabla se presentó en tres pacientes. Sólo en dos historias clínicas no fue anotado algún hallazgo clínico. (Ver gráfica No. 10).

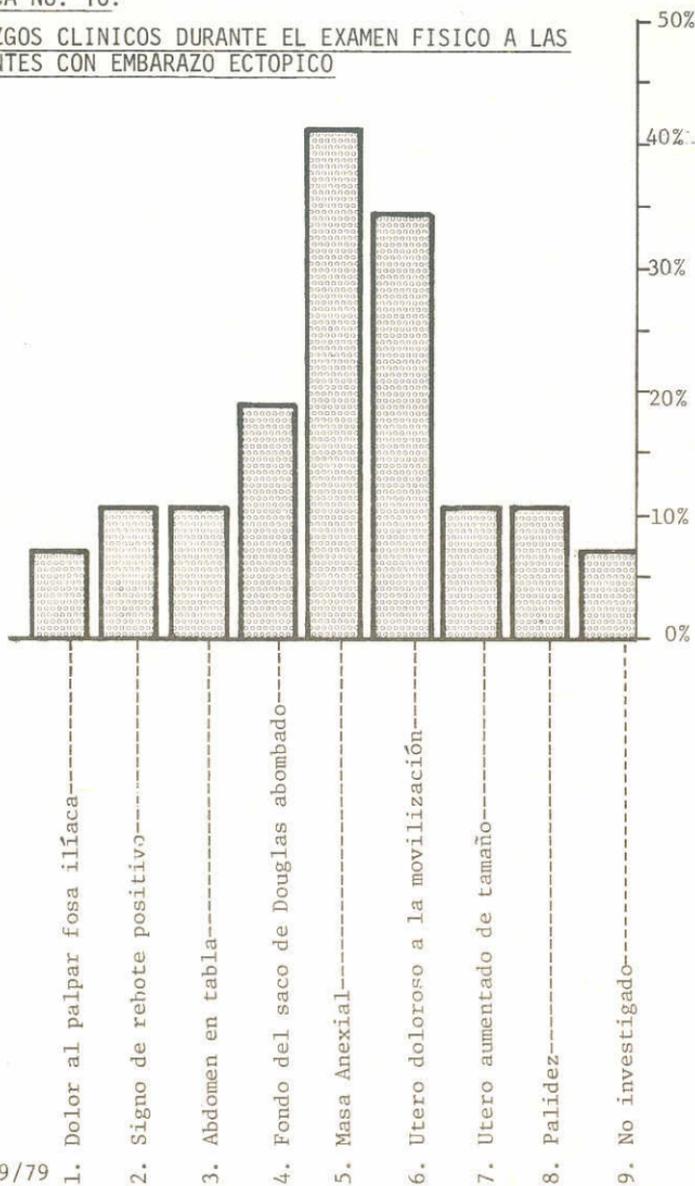
Cuadro No. 10

HALLAZGOS CLINICOS EN LOS CASOS DE EMBARAZO
ECTOPICO

HALLAZGO CLINICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fondo del saco de Douglas abombado	5	19%
Masa anexial	11	41%
Útero doloroso a la movilización	9	33%
Signo de rebote positivo	3	11%
Dolor al palpar fosa ilíaca	2	7%
Abdomen en tabla	3	11%
Útero aumentado de tamaño	3	11%
No investigado	2	7%
Palidez	3	11%

GRAFICA No. 10:

HALLAZGOS CLINICOS DURANTE EL EXAMEN FISICO A LAS
PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



Autor:

A. Mejía C. 12/9/79

11. Hemorragia vaginal.

En doce pacientes (44 %), se encontró hemorragia vaginal, lo que representa casi la mitad de los casos. (Ver gráfica No. 11).

Cuadro No. 11

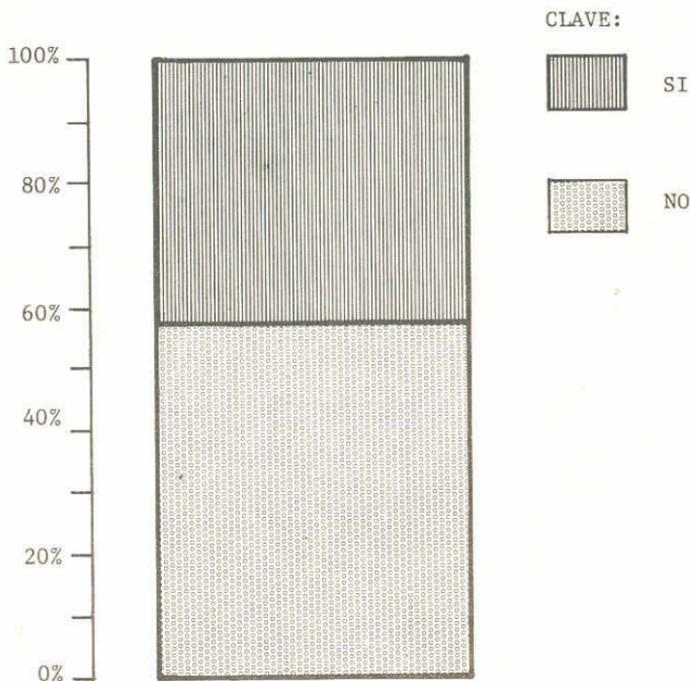
HEMORRAGIA VAGINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	45%
NO	15	55%
TOTAL:	27	100%

12. Shock hipovolémico.

En seis pacientes se presentó shock hipovolémico, lo cual representa un 22 %. Estos seis casos fueron resueltos satisfactoriamente.

GRAFICA No. 11:

HEMORRAGIA VAGINAL ENCONTRADA AL EXAMEN FISICO
EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



Autor:
A. Mejía C.
12/9/79

13. Métodos de diagnóstico.

En seis pacientes (22%), a los que se les hizo Colpocentesis fue positiva. En una paciente se hizo diagnóstico por punción abdominal. En un caso se hizo diagnóstico por laparoscopia, utilizando el aparato propiedad de APROFAM.

En 19 pacientes se hizo Diagnóstico clínico, comprobándose por Laparatomía; este dato es un índice que nos indica la capacidad clínica de los médicos de provincia. (Ver gráfica No. 13).

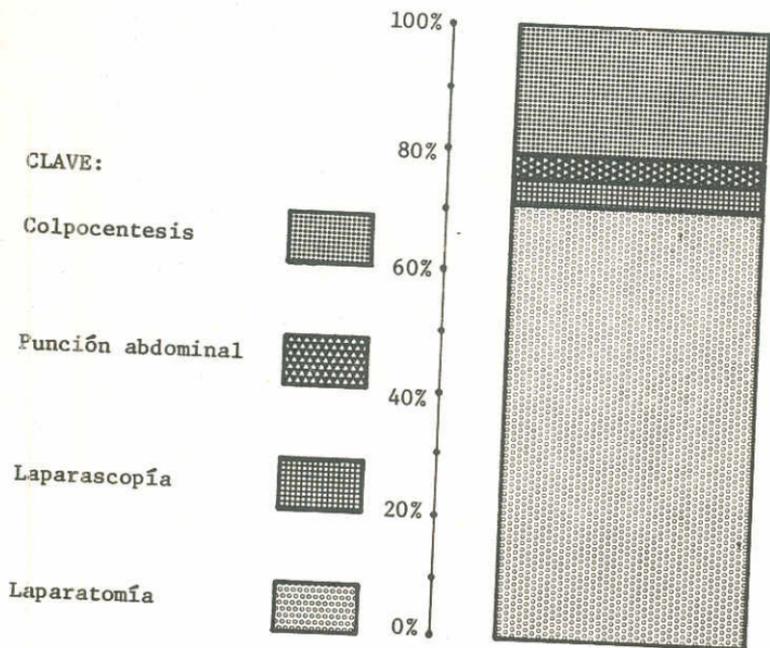
Cuadro No. 13

METODOS DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS

METODO DE DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Colpocentesis	6	22%
Punción abdominal	1	4%
Laparoscopia	1	4%
Laparatomía	19	70%
TOTAL:	27	100%

GRAFICA No. 13:

METODOS DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



Autor:
A. Mejía C.
12/9/79

14. Operación planeada.

En diez casos (37%), se programó exploración pélvica y en diez y siete casos (63%), se programó laparatomía exploratoria.

Cuadro No. 14

OPERACION PLANEADA PARA RESOLVER LOS CASOS
DE ECTOPICO

OPERACION PLANEADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laparatomía exploratoria	17	63%
Exploración pélvica	10	37%
TOTAL:	27	100%

HALLAZGO OPERATORIO

15. Localización del Ectópico.

En quince pacientes (55%), el embarazo fue derecho y en nueve casos fue del lado izquierdo. En tres historias no menciona el lado del ectópico. Estos datos están en relación con la tesis del Doctor Lou Chuy, quien encontró 62% para el lado derecho. (Ver gráfica No. 15).

Cuadro No. 15

LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

LOCALIZACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Derecho	27	56%
Izquierdo	9	33%
No dice	3	11%
TOTAL:	27 historias	100%

En 19 pacientes (70%), se encontró embarazo ectópico roto y en ocho pacientes (30%), no estaban rotos; estos datos son similares a los encontrados por el Doctor Lou Chuy, quien encontró 28%. (Ver gráfica No. 15-A).

Cuadro No. 15-A

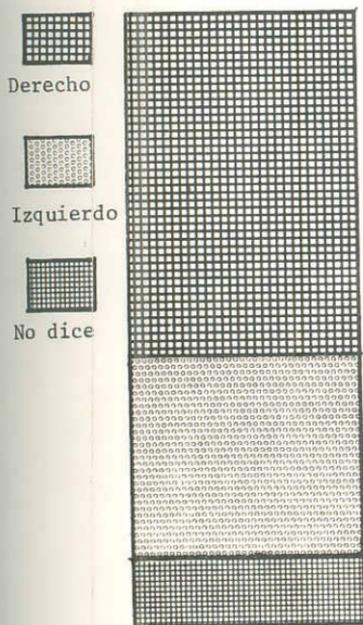
ESTADO DEL EMBARAZO ECTOPICO

ESTADO DEL EMBARAZO ECTOPICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Roto	19	70%
No Roto	8	30
TOTAL:	27	100%

GRAFICA No. 15:

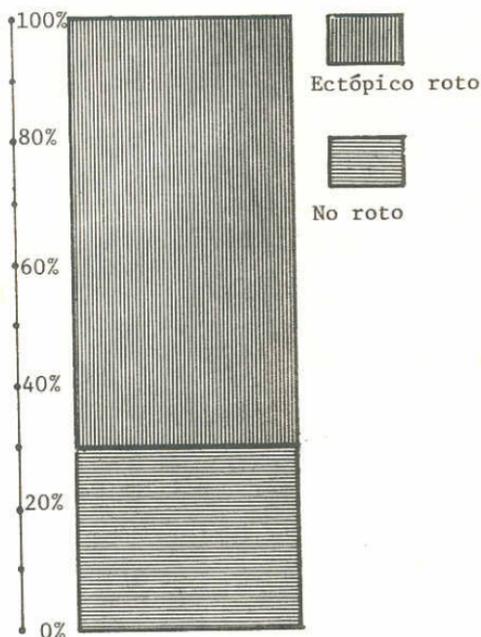
HALLAZGO OPERATORIO

Localización del Embarazo
Ectópico



GRAFICA No. 15-A:

Estado en que se encontró el
Embarazo Ectópico al interve-
nir quirúrgicamente



16. Por su localización anatómica.

La mayoría de casos fueron de embarazo tubárico, les corresponde el 37%. En doce casos (45%), no menciona en la historia la localización anatómica. (Ver gráfica No. 16).

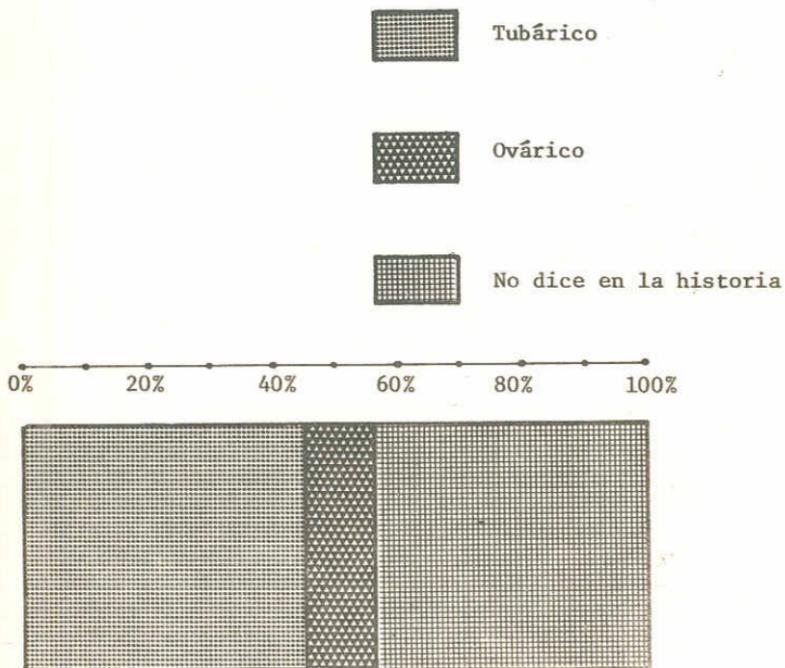
Cuadro No. 16

LOCALIZACION ANATOMICA DE LOS CASOS DE
EMBARAZO ECTOPICO

LOCALIZACION ANATOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tubárico	10	37%
Ovárico	3	11%
Ampollar	2	7%
No dice en la historia	12	45%
TOTAL :	27	100%

GRAFICA No. 16:

LOCALIZACION ANATOMICA DE LOS EMBARAZOS ECTOPICOS



Autor:
A. Mejía C.
12/9/79

17. Revisión de la cavidad abdominal.

Se encontró hemoperitoneo en once pacientes (40%), y hematocele organizado en cuatro pacientes (15%). Feto en la cavidad abdominal en tres pacientes (11%).

Cuadro No. 17

HALLAZGOS EN LA REVISION DE LA CAVIDAD
ABDOMINAL

<u>Otros hallazgos en la revisión del abdomen</u>		
Adherencias y bridas	1 paciente	7.5%
Quiste ovárico	6 pacientes	22.0%
Negativo	6 pacientes	22.0%
No menciona revisión	10 pacientes	37.0%
TOTAL :	27 pacientes	100.0%/27 pa- cientes

18. Operación efectuada.

El récord operatorio es tan deficiente que hay 7 historias en que no mencionan la operación efectuada, representan el 26% de los casos revisados. (Ver gráfica No. 18).

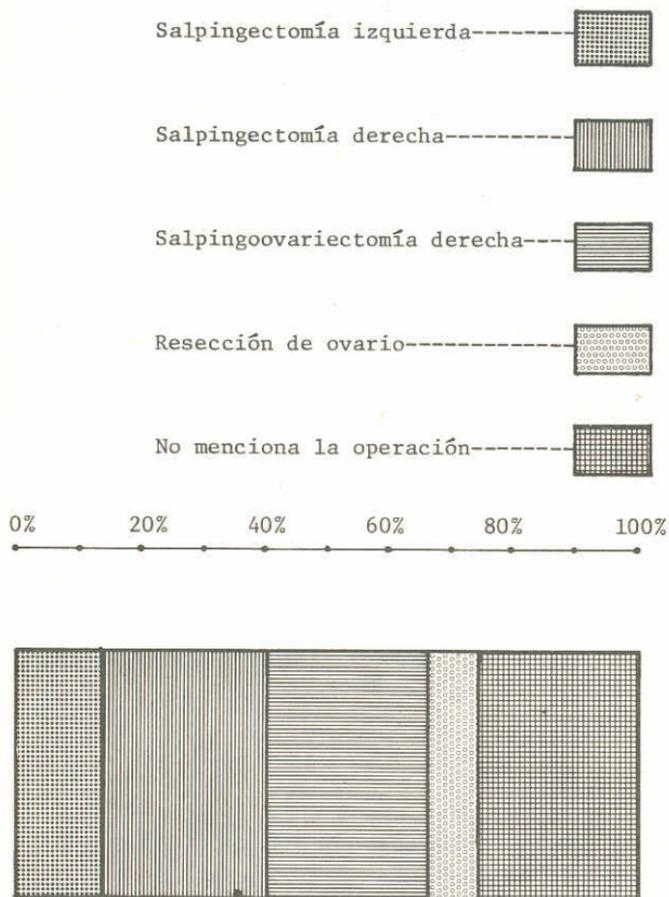
Cuadro No. 18

OPERACION EFECTUADA EN LAS PACIENTES
CON ECTOPICO

OPERACION EFECTUADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salpingectomía izquierda	4	14%
Salpingectomía derecha	7	26%
Salpingoovariectomía derecha	7	26%
Resección de ovario	2	8%
No menciona la operación	7	26%
TOTAL :	27	100%

GRAFICA No. 18:

OPERACION EFECTUADA EN LAS PACIENTES QUE PADECIERON DE EMBARAZO ECTOPICO



19. Complicaciones postoperatorias.

En cuatro casos se consideró la anemia como problema. En los demás no indican nada al respecto. En siete pacientes se presentó fiebre, podríamos decir que en estos casos si estaba indicado los antibióticos, ya que es muy difícil descartar una etiología infecciosa después de una operación en una sala sin técnicas adecuadas de antisepsia, como lo es la sala de operaciones del Hospital Nacional de Mazatenango.

Cuadro No. 19COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anemia	4	15%
Fiebre	7	26%
Náusea	2	7%
		100%/27 casos

20. Días de hospitalización.

El promedio de días de hospitalización fue de 10 días; 21 pacientes estuvieron hospitalizadas por un tiempo menor de 9 días, lo cual representa un 78%.

21. Tratamiento postoperatorio.

En las historias clínicas no está la justificación para usar los antibióticos. En el cuadro aparecen los antibacterianos utilizados después de la operación.

Cuadro No. 21

ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN LAS PACIENTES
OPERADAS

ANTIBIOTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tetraciclina I. V. en el suero	3	11%
Cloranfenicol	3	11%
Penicilina procaína	2	7.5%
Ampicilina	3	11%
Penicilina procaína más estreptomina	3	11%
Penicilina más cloranfenicol	2	7.5%
Septrán	2	7.5%

VI. CONCLUSIONES

1. El embarazo ectópico es una emergencia quirúrgica.
2. El pronóstico es bueno para las pacientes tratadas adecuadamente y a tiempo. La mortalidad y morbilidad son bajas.
3. Las dos terceras partes de las pacientes (63%), con embarazo ectópico, están comprendidas entre los 29 y 35 años de edad.
4. La mayoría de las pacientes (85%), que padecieron embarazo ectópico se ocupan habitualmente en los oficios domésticos.
5. Entre las pacientes con Embarazo Ectópico, el 52% son casadas; el 22% son unidas y el 26% son solteras.
6. Entre las pacientes con Embarazo Ectópico, el 22% (seis pacientes) son multíparas; el 15% (cuatro pacientes) eran primigestas y el 11% (tres pacientes) corresponden a secundigestas. En 14 historias clínicas (52%), no se anotaron los antecedentes obstétricos.
7. El número de pacientes con antecedente de Embarazo Ectópico anterior es de tres, correspondiéndole el 11%. Los antecedentes quirúrgicos no fueron anotados en el 78% de los casos, lo que equivale a 21 historias clínicas.
8. Se determinó dolor abdominal en 21 pacientes (78%) y no fue investigado en seis pacientes (22%). El dolor se localizó con más frecuencia en hipogastrio, luego en la

9. En las pacientes con Embarazo Ectópico, la amenorrea como síntoma se determinó con más frecuencia, entre las siete y once semanas de evolución, calculadas por última regla.
10. Entre los otros síntomas investigados se encontró cinco pacientes con náuseas y vómitos, y seis que presentaron lipotimias, lo que equivale al 18% y 22% respectivamente.
11. Los signos clínicos más frecuentemente encontrados fueron: masa anexial y útero doloroso a la movilización.
12. Al efectuar el examen físico se encontró hemorragia vaginal en el 45% de las pacientes con Embarazo Ectópico.
13. Seis pacientes (22%), presentaron shock hipovolémico antes de la intervención quirúrgica.
14. En ocho pacientes se usaron medios de diagnóstico como: colpocentesis, punción abdominal y laparoscopia. En 19 pacientes el diagnóstico se hizo clínicamente, comprobándose por laparatomía.
15. La colpocentesis, cuando es positiva confirma la impresión clínica y no descarta la posibilidad de ectópico cuando es negativa.
16. En quince pacientes (56%), el Embarazo Ectópico fue de recho y en nueve pacientes (33%), el embarazo ectópico fue del lado izquierdo. En tres historias clínicas no mencionan el lado del embarazo.

- Embarazos Ectópicos no rotos es de ocho, los cuales representan el 70% y el 30% respectivamente. Este dato nos indica que en la mayoría de los casos el diagnóstico de Embarazo ectópico se hizo hasta que surgieron complicaciones como la rotura de la trompa.
18. Los Embarazos Ectópicos se encontraron en la siguiente localización anatómica: el 11% de los casos, en el ovario; en doce pacientes (44%) en la trompa. En 12 historias (45%) no está anotado la localización anatómica del ectópico.
 19. En la revisión de la cavidad abdominal se encontró, hemoperitoneo en 11 pacientes (40%) y hematocele organizado en cuatro pacientes (15%).
 20. La operación efectuada con más frecuencia fue la salpingectomía. En dos pacientes se hizo resección de ovario lo cual no está indicado en el tratamiento quirúrgico del Embarazo Ectópico. En siete historias clínicas no mencionan la operación efectuada.
 21. En las pacientes intervenidas quirúrgicamente por Embarazo Ectópico, las complicaciones postoperatorias fueron mínimas y de bajo riesgo.
 22. Los antibióticos fueron usados de manera profiláctica en la mayoría de los casos. En nueve pacientes (33%), no se usaron antibióticos y sin embargo no presentaron complicaciones postoperatorias.
 23. Los días de hospitalización para las pacientes operadas fue de diez días como promedio.
 24. El resultado fue satisfactorio en el 100% de las pacien-

25. En la Historia clínica no se investigaron adecuadamente los siguientes parámetros, considerados de vital importancia en un caso de Embarazo Ectópico: antecedentes obstétricos; antecedentes quirúrgicos; dolor abdominal; amenorrea; otros síntomas como náuseas, sialorrea, mareos y tumefacción en los senos, con secreción de calostro; hemorragia vaginal; colpocentesis; los hallazgos operatorios no son descritos adecuadamente; no mencionan en la historia la operación efectuada en el 28% de los casos.

VII. RECOMENDACIONES

1. Toda mujer en edad reproductiva y con abdomen agudo, debe pensarse en embarazo ectópico, sobre todo si antes del dolor hay un período de amenorrea.
2. Si la localización anatómica del embarazo ectópico es en la trompa, ésta deberá resecarse respetando el ovario de ese lado.
3. Si la localización anatómica del embarazo ectópico es en el ovario, éste deberá ser extirpado, ya que esta es la única indicación de ooforectomía en caso de embarazo ectópico.
4. Si se encuentra embarazo ectópico con placentación peritoneal, ésta no debe quitarse, sino únicamente ligar el cordón, ya que puede producirse hemorragia severa y de pronóstico reservado o fístulas intestinales.
5. En el acto operatorio deberá investigarse la permeabilidad de la otra trompa. Si se encuentra obstruida deberá resecarse, pues el riesgo de otro embarazo ectópico es alto.
6. El embarazo ectópico es una emergencia quirúrgica, por lo que debe intervenir rápidamente, siempre tratando de que la paciente esté en las mejores condiciones.
7. Para poder resolver los casos de shock hipovolémico con

8. La hematología es el parámetro de mayor confiabilidad en la evolución de un embarazo ectópico, debiendo tomarse una muestra basal al sospecharse el Diagnóstico y un control periódico según la evolución de la paciente.
9. Para poder cumplir con la recomendación anterior, el Hospital deberá poner personal de turno por las noches para que atiendan el Laboratorio durante las 24 horas del día.
10. El médico tratante deberá hacer las anotaciones en la historia clínica, sobre los datos positivos o negativos que son indispensables para el diagnóstico de embarazo ectópico.
11. El cirujano deberá tratar de hacer el *Récord Operatorio* lo más completo posible, haciéndose énfasis en: hallazgos operatorios, estado de la trompa contraria al ectópico, localización anatómica del ectópico y la operación efectuada a la paciente.
12. A una paciente con sospecha de embarazo ectópico roto se le debería practicar colpocentesis, ya que puede confirmar el diagnóstico clínico.
13. No debe utilizarse profilaxis con antibióticos, después de una intervención quirúrgica por embarazo ectópico.
14. Para completar el estudio médico de la paciente, deberá enviarse a Patología, la pieza operatoria para su Diagnóstico Histopatológico.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Novak, E.
Tratado de Ginecología. 8a. Edición. México. Editorial Interamericana. 1971.
2. Schwarcks, R.
Obstetricia. 3a. Edición. Buenos Aires. El Ateneo. 1970.
3. Lou Chuy, Manuel
Embarazo Ectópico. Revisión de 35 casos en el departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt. Agosto 1973-Agosto 1974. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala.
4. Crowe, W. Carlos
Embarazo Ectópico. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Abril de 1951.
5. Figueroa Micheo, Virgilio
Embarazo Ectópico en el Hospital Roosevelt. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Julio de 19
6. Collado, Mercedes Vides de
Embarazo Ectópico Roto. Urgencia quirúrgica. (Reporte de 50 casos operados en el servicio de Emergencia del Hospital General). Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre de 1958.

NOTA:

Este documento será firmado por las Autoridades de la Facultad después de haber llenado los siguientes requisitos:

- a) Tener aprobado el protocolo de tesis por la Oficina de Control Académico;
 - b) Visto Bueno del Asesor y Revisor; al estar concluido su trabajo de tesis;
 - c) Firma respectiva del Director de Fase III; al estar concluido el trabajo de tesis;
 - d) Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como aparece en su Cédula de Vecindad.
-

Br. 
ARMANDO MEJÍA CARCAMO

Dr. 
Asesor

DR. CARLOS RAFAEL DIAZ MARQUEZ

Dr. 
Revisor

DR. ANGEL ALBERTO TORRES RAMIREZ

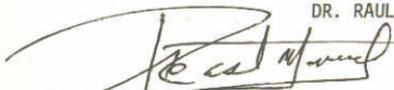
Dr. 
Director de Fase III

DR. MARIO MORENO CAMBARA

Dr. 
Secretario

DR. RAUL A. CASTILLO R.

Vo. Bo.

Dr. 
Decano

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO