

The seal of the Carolina Academic Society is a circular emblem. It features a central figure of a man in a cap and gown, possibly a scholar or a saint, with his hands clasped in prayer. Above him is a crown. To the left and right are lions rampant. Below the central figure is a horse. The entire scene is flanked by two columns. The Latin motto "CAETERA SPERABIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**“EMBARAZO ECTOPICO EN EL DEPARTAMENTO  
DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”  
ESTUDIO DE 431 CASOS  
de JUNIO 1966 a DICIEMBRE 1979**

**ENRIQUE JOP GAZEL**

## PLAN DE TRABAJO

- I. INTRODUCCION
- II. ANALISIS DEL PROBLEMA
- III. DELIMITACION DEL PROBLEMA
- IV. DEFINICION DEL PROBLEMA
- V. REVISION DE ANTECEDENTES
- VI. HIPOTESIS DEL TRABAJO
- VII. OBJETIVOS DEL ESTUDIO
- VIII. MATERIAL Y METODO
- IX. PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS
- X. COMENTARIO GENERAL
- XI. CONCLUSIONES
- XII. RECOMENDACIONES
- XIII. BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

El presente trabajo concierne una de las entidades obstétricas con mayores posibilidades catastróficas cuando su diagnóstico y tratamiento no es el adecuado: El Embarazo Ectópico y su curso hospitalario.

La intención del autor es realizar una revisión exhaustiva de 431 casos con dicho diagnóstico que fueron tratados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt de los años de Junio de 1966 a Diciembre de 1979. Esta revisión comprende:

1. Edad de la Paciente.
2. Grupo Etnico a que pertenecen.
3. Antecedentes Obstétricos
4. Antecedentes Quirúrgicos.
5. Tipo de Cirugía Previa.
6. Incidencia de Embarazo Ectópico anterior.
7. Edad de Amenorrea.
8. Tiempo de Metrorragias.
9. Motivo de Consulta.
10. Estado a su Ingreso.
11. Diagnóstico de Ingreso.
12. Tipo de Diagnóstico.
13. Tipo de Incisión
14. Hemoperitoneo.
15. Localización Anatómica.
16. Localización.
17. Hallazgos.
18. Tratamiento Quirúrgico efectuado.
19. Shock, durante el acto operatorio.
20. Complicaciones Post-Operatorias.
21. Uso de Antibióticos.
22. Tiempo de Hospitalización.
23. Si tenían Anatomía Patológica.
24. Estado a su egreso.

26. Nuevo Embarazo Ectópico.
27. Pacientes que presentaban D.I.U.

Inicialmente revisaré los únicos tres trabajos previos relacionados con el Embarazo Ectópico, de los Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, que son los siguientes:

- A. Trabajo realizado por el Dr. Manuel Lou Chuy, el cual trata de la revisión de 35 casos de Embarazo Ectópico, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt de Agosto de 1973 a Agosto de 1974. (TESIS).
- B. Trabajo realizado por la Dra. Mercedes Vides de Collado, el cual trata de la revisión de 50 casos operados en el Servicio de Emergencia del Hospital General San Juan de Dios, de Embarazo Ectópico Roto, del año 1958. (TESIS).
- C. Trabajo realizado por el Dr. Carlos Manuel Martínez González, el cual trata de la revisión de casos de Embarazo Ectópico atendidos en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, durante el período comprendido de Junio de 1966 a Abril de 1976. (Auditoría Médica).

Y posteriormente presentaré en forma detallada los datos obtenidos en mi investigación para luego intentar establecer generalizaciones y particularidades con respecto a dichos resultados.

Las conclusiones pretenden corresponder, tanto a la entidad nosológica en sí como al manejo hospitalario y sus resultados.

El trabajo se desarrollara con los siguientes Tópicos:

1. Análisis del Problema.
2. Delimitación del Problema.

3. Definición del Problema.
4. Revisión de Antecedentes.
5. Hipótesis del trabajo.
6. Objetivos del Estudio.
7. Material y Método.
8. Presentación de Resultados.
9. Análisis de Resultados
10. Comentario General.
11. Conclusiones.
12. Recomendaciones.
13. Bibliografía.

## ANALISIS DEL PROBLEMA

Como estudiante de medicina del Hospital Roosevelt, me he dado cuenta de la alta frecuencia con que se presenta el cuadro de Embarazo Ectópico. Llamándome la atención, lo dramático, urgente y decisiva, que son para la vida de la paciente las medidas que de inmediato deben tomarse.

Siendo un cuadro sumamente grave, y que se presenta con tanta frecuencia, hace pensar que en el interior de la República, ocurren muchos casos de Embarazo Ectópico, pero por no contar con asistencia médica adecuada, fallecen irremediabilmente.

Por otro lado, la importancia vital del cuadro hace necesario su diagnóstico precoz, circunstancia que debe tenerse presente en todas las afecciones que puedan presentarse a confusión, tales como: Aborto simple, las hemorragias uterinas de origen incierto, las infecciones pélvicas, quistes retorcidos del ovario, apendicitis y otras.

### DELIMITACION DEL PROBLEMA

El presente trabajo comprende de Junio de 1966 a Diciembre de 1979, de 431 casos de Embarazo Ectópico, encontrados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, hago la salvedad que había más casos, pero las fichas de Registros Clínicos de las pacientes fueron extraviados en el Departamento de Archivo del Hospital Roosevelt.

## DEFINICION DEL PROBLEMA

"EMBARAZO ECTOPICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT".

### DEFINICION

Embarazo Ectópico:

Es la implantación del huevo fecundado en un tejido distinto del que recubre la mucosa uterina.

Localización:

Se incluyen: trompas, cuernos uterinos, ovarios, ligamento ancho, peritoneo pélvico, peritoneo abdominal y cervix.

Etiología:

Las causas a que se atribuye el Embarazo Ectópico pueden clasificarse en dos grupos principales:

1. FACTORES QUE RETARDAN O IMPIDEN EL PASO DEL HUEVO FECUNDADO HACIA LA CAVIDAD UTERINA:
  - a) La salpingitis crónica participa como una de las causas más frecuentes, no solo por su factor mecánico, sino también debido a los trastornos que provoca en la actividad ciliar y peristaltismo muscular que tanta importancia tiene en la propulsión del huevo.
  - b) Anomalías tubáricas congénitas, al igual que la oclusión por adherencias o tumores situados fuera de la trompa.

## 2. FACTORES QUE ACRECIANTAN LA RECEPTIVIDAD DE LA MUCOSA TUBARICA FRENTE AL HUEVO FECUNDADO.

- a) Pueden descubrirse en las trompas áreas endometriales típicas y debido a esto se altera la anidación.
- b) En muchos casos puede demostrarse histológicamente mayor respuesta decidual, que pone de manifiesto una capacidad de reacción que al menos se acerca al endometrio.

### Anatomía Patológica:

Una vez anidado el huevo prosigue su desarrollo provisto de su recubierta trofoblástica y de una envoltura de origen materno. El embarazo ha comenzado y con él las modificaciones gravídicas y los fenómenos hormonales. El útero aumenta de tamaño y se reblandece, su mucosa sufre la transformación decidual y se hace caduca. En el ovario se desarrolla el cuerpo amarillo gravídico.

Las reacciones biológicas del embarazo se hacen positivas, aunque a veces con menos intensidad que en la gestación normal.

La actividad erosiva del trofoblasto provoca la perforación de la pared tubárica, proceso que puede extenderse hasta la capa peritoneal. La invasión a vasos sanguíneos produce hemorragia dentro del conducto, pared tubárica o cavidad peritoneal.

Microscópicamente lo patognomónico del embarazo ectópico es el hallazgo de vellosidades coriónicas, estas pueden estar bien conservadas o en fase de hialinización o degeneración.

## REVISION DE ANTECEDENTES

Se revisaron tres trabajos anteriores sobre embarazo ectópico, que son los siguientes:

I. Trabajo realizado por el Dr. Manuel Lou Chuy, el cual trata de la revisión de 35 casos de Embarazo Ectópico, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, comprendido de Agosto de 1973 a Agosto de 1974. Dando los siguientes datos:

### a) Grupo Etnico:

Ladinos:	89.6o/o (32 casos).
Indígenas:	10.4o/o ( 3 casos)

### b) Estado Civil:

Unidas:	69.2o/o (24 casos)
Solteras:	16.8o/o ( 6 casos)
Casadas:	14 o/o ( 5 casos)

### c) Antecedentes Obstétricos:

Múltiparas:	69.2o/o (24 casos)
Secundigestas:	22.4o/o ( 8 casos)
Primigestas:	8.4o/o ( 3 casos)

### d) Antecedentes Quirúrgicos:

Embarazo Ectópico anterior:	16.8o/o ( 6 pacientes)
Cesárea Segmentaria	
Transperitoneal:	2.8o/o ( 1 paciente)
Sin antecedentes Quirúrgicos:	80.4o/o (28 pacientes)

- e) Localización del Ectópico:
- |            |                    |
|------------|--------------------|
| Derecho:   | 62.8o/o (22 casos) |
| Izquierdo: | 37.1o/o (13 casos) |
- f) Localización Anatómica:
- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| Ampular:      | 51.4o/o (18 casos) |
| Tubárico:     | 37.0o/o (13 casos) |
| Ovárica:      | 8.5o/o ( 3 casos)  |
| Tubo-ovárica: | 2.8o/o ( 1 caso)   |

II. Trabajo realizado por la Dra. Mercedes Vides de Collado, el cual trata de la revisión de 50 casos operados en el servicio de Emergencia del Hospital General, San Juan de Dios, de Embarazo Ectópico roto, del año 1958. Dando los siguientes datos:

- a) Antecedentes Obstétricos:
- |             |                  |
|-------------|------------------|
| Nulipara:   | 4o/o ( 2 casos)  |
| Primigesta: | 14o/o ( 7 casos) |
| Multipara:  | 82o/o (41 casos) |
- b) Antecedentes Quirúrgicos:
- Sin antecedentes quirúrgicos: 100o/o (50 casos).
- c) Operaciones efectuadas:
- |                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Salpingectomía Bilateral:  | 16o/o ( 8 casos). |
| Salpingectomía Unilateral: | 72o/o (36 casos). |
| Salpingooforectomía:       | 12o/o ( 6 casos). |
- d) Localización:
- |            |                   |
|------------|-------------------|
| Derecha:   | 54o/o (27 casos). |
| Izquierda: | 46o/o (23 casos). |

- e) Localización Anatómica:
- |               |                  |
|---------------|------------------|
| Ampular:      | 8o/o ( 4 casos). |
| Istmico:      | 8o/o ( 4 casos). |
| Intersticial: | 2o/o ( 1 caso).  |
| Tubo-ovárico: | 2o/o ( 1 caso).  |

No especificaron localización Anatómica: 80o/o (40 casos).

III. Trabajo realizado por el Dr. Carlos Manuel Martínez González, el cual trata de la revisión, de los casos de Embarazo Ectópico en el Departamento de Ginecología, del Hospital Roosevelt, durante el período comprendido de Junio de 1966 a Abril de 1976.

- a) Grupo Etnico:
- |           |                       |
|-----------|-----------------------|
| Ladina:   | 93.94o/o (217 casos). |
| Indígena: | 6.06o/o ( 14 casos).  |
- b) Antecedentes Obstétricos:
- |                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| Primigesta:        | 9.09o/o ( 21 casos).  |
| Pequeña Multipara: | 48.92o/o (113 casos). |
| Gran Multipara:    | 38.53o/o ( 89 casos). |
| No determinado:    | 3.46o/o ( 8 casos).   |
- c) Antecedentes Quirúrgicos:
- |     |                       |
|-----|-----------------------|
| Sí: | 11.26o/o ( 26 casos). |
| No: | 88.74o/o (205 casos). |
- d) Localización:
- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| Derecha:        | 54.55o/o (126 casos). |
| Izquierda:      | 43.72o/o (101 casos). |
| No determinado: | 1.73o/o ( 4 casos).   |

## e) Localización Anatómica:

Ampular:	46.75o/o (108 casos)
Istmico:	19.48o/o ( 45 casos)
Abdominal:	1.73o/o ( 4 casos)
No determinado:	32.04o/o ( 74 casos).

## f) Estado a su egreso:

Curado: 100o/o (231 casos).

## g) Mortalidad:

De los 231 casos hubo 0o/o de mortalidad.

## HIPOTESIS DEL TRABAJO

“Es alta la morbi-mortalidad de Embarazos Ectópicos en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt”

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Revisar el número de embarazos ectópicos atendidos en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
2. Actualizar cifras estadísticas sobre el Embarazo Ectópico.
3. Cual es la Morbi-Mortalidad de la paciente con Embarazo Ectópico.
4. La edad más frecuente, de la paciente con Embarazo Ectópico.
5. Cual es el motivo de consulta más frecuente, en pacientes con embarazo ectópico.
6. Cual es el tratamiento Quirúrgico más frecuente en el Embarazo Ectópico.
7. Cuales son las complicaciones más frecuentes en el Post-Operatorio.
8. Cuales son los antecedentes de Embarazo Ectópico anterior.
9. Analizar los recursos con que cuenta nuestro medio Hospitalario, para resolver dicho problema.

## MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se revisaron los casos de Embarazo Ectópico registrados en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, durante el período de Junio de 1966 a Diciembre de 1979, teniendo un total de 431 casos.

Para tener el total de los casos revisados, consulte con los libros de operaciones del Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, donde tomé el número de Registro Clínico al que le pertenece a cada una de las pacientes, luego pedí la autorización a la Dirección General del Hospital, para poder tomar las fichas clínicas de cada paciente en el Archivo del Hospital Roosevelt, sobre los cuales analicé los parámetros mencionados anteriormente en la introducción.

**PRESENTACION Y ANALISIS  
DE RESULTADOS**

Durante el período comprendido de Junio de 1966 a Diciembre de 1979, fueron atendidos en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt 431 casos de Embarazo Ectópico, los cuales se analizarán a continuación:

CUADRO No. 1

EDAD

EDAD	No.	o/o
11 a 20 años	31	7.19o/o
21 a 30 años	236	54.76o/o
31 a 40 años	151	35.03o/o
41 a 50 años	13	3.02o/o

En el cuadro anterior, se puede observar que la edad en la cual se encontró mayor número de embarazos ectópicos en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, entre el intervalo de 21 a 30 años en un 54.76o/o, siendo esta la época más fértil de la mujer.

CUADRO No. II

## GRUPO ETNICO

GRUPO ETNICO	No.	o/o
Ladina	411	95.36o/o
Indígena	20	4.64o/o

Llama la atención la marcada diferencia que existe entre la frecuencia de embarazo ectópico en la Raza Ladina y la Indígena, lo que se podría atribuir a que los procesos pélvicos infecciosos son en ellos menos frecuentes, por la poca promiscuidad en que viven.

CUADRO No. III

## ANTECEDENTES OBSTETRICOS

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	No.	o/o
Primigesta	68	15.78o/o
Pequeña Multípara	215	49.88o/o
Gran Multípara	140	32.48o/o
No. Determinado	8	1.86o/o

En lo que respecta a antecedentes obstétricos se dividió a las pacientes en tres grupos: a) Primigesta; b) Pequeña Multípara, las que han tenido de dos a cuatro embarazos; c) Gran Multípara de cuatro embarazos en adelante.

Se encontró en el cuadro anterior que el mayor número de pacientes con embarazo ectópico, en el departamento de Ginecología, del Hospital Roosevelt, correspondió a las Pequeñas Multíparas en un 49.88o/o (215 pacientes).

CUADRO IV

## ANTECEDENTES QUIRURGICOS

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	No.	o/o
Sí	57	13.23o/o
No	374	86.77o/o

En 57 pacientes o sea el 13.23o/o se encontró que tenían el antecedente quirúrgico abdominal, previo al embarazo ectópico.

CUADRO No. V

## TIPO DE CIRUGIA PREVIA

TIPO DE CIRUGIA PREVIA	No.	o/o
Embarazo Ectópico	33	57.90o/o
Cesárea	9	15.80o/o
Apendicectomía	7	12.29o/o
Hernioplastía Inguinal	3	5.26o/o
Colecistectomía	1	1.75o/o
Liberación de Adherencias	1	1.75o/o
Anexectomía derecha por absceso Tubo-ovárico.	1	1.75o/o
Anexectomía derecha por torción de Quiste Ovárico	1	1.75o/o
Anexectomía Izquierda por Cistoadenoma	1	1.75o/o

Analizando el cuadro anterior, sobre tipo de Cirugía previa, encontramos que el mayor porcentaje corresponde a embarazo ectópico, en un 57.90o/o (33 pacientes) de los 57 pacientes que tenían antecedentes quirúrgicos.

CUADRO No. V  
TIPO DE CIRUGIA PREVIA

CUADRO No. VI

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO  
ANTERIOR

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR	No.	o/o
Sí	33	7.66o/o
No	398	92.34o/o

De los 431 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, se encontró que 33 pacientes tenían el antecedente de Embarazo Ectópico anterior, lo que corresponde a 7.66o/o.

CUADRO No. VII  
EDAD DE AMENORREA

EDAD DE AMENORREA	No.	o/o
0 a 4 semanas	133	30.86o/o
5 a 8 semanas	160	37.12o/o
9 a 12 semanas	81	18.79o/o
13 a 16 semanas	27	6.26o/o
17 a 20 semanas	7	1.62o/o
No determinado (Metrorragias)	21	4.87o/o
No Amenorrea	1	0.24o/o
Menopausia	1	0.24o/o

En lo que respecta a la edad de amenorrea el mayor número de casos se presentó en el período correspondiente al intervalo de cinco a ocho semanas, lo que le correspondió un 37.12o/o (160 pacientes).

La paciente que presentó menopausia, es una paciente de 46 años, que presentaba más o menos un año de amenorrea, consultando por dolor en hipogástrico de 8 días de evolución a la exploración pélvica se le encontró un embarazo ectópico no roto, en región Ampular derecha.

CUADRO No. VIII

## TIEMPO DE METRORRAGIAS

De 431 pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, se encontró que 21 pacientes presentaban metrorragias, lo que corresponde al 4.87o/o y corresponde a las edades siguientes:

TIEMPO DE METRORRAGIA	No.	o/o
0 a 15 días	12	57.15o/o
16 a 30 días	7	33.33o/o
31 a 45 días	1	4.76o/o
46 a 60 días	1	4.76o/o

Analizando el cuadro anterior nos damos cuenta que las pacientes con embarazo ectópico, presentan frecuentemente una duración de metrorragias entre el intervalo de 0 a 15 días en un 57.15o/o (12 pacientes), de las 21 pacientes que presentaron metrorragias.

CUADRO No. IX

## MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	No.	o/o
Dolor y Hemorragia Vaginal	177	41.07o/o
Dolor, Hemorragia Vaginal y Lipotimia	59	13.69o/o
Dolor y Lipotimia	50	11.60o/o
Dolor	110	25.52o/o
Hemorragia y Lipotimia	8	1.86o/o
Hemorragia	25	5.80o/o
No Indicado	2	0.46o/o

Analizando el cuadro anterior, sobre el motivo de consulta, nos damos cuenta que el dolor se presenta en la mayoría de las pacientes, como sintomatología sola y acompañada de otro síntoma en un 91.88o/o (396 pacientes).

CUADRO No. X  
ESTADO DE SALUD A SU INGRESO

ESTADO DE SALUD A SU INGRESO	No.	o/o
En Buen estado general	306	71.00o/o
En mal estado general	108	25.06o/o
No Indicado	17	3.94o/o

Analizando el cuadro anterior, nos indica que las pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, entran a la emergencia en un estado general adecuado para su tratamiento, en un 71o/o (306 pacientes).

CUADRO No. XI  
DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO	No.	o/o
Embarazo Ectópico Roto	273	63.34o/o
Embarazo Ectópico no Roto	85	19.72o/o
Masa Anexial	24	5.58o/o
Infección Pélvica	17	3.95o/o
Fibromatosis Urinaria y		
Metrorragias	10	2.32o/o
Absceso Pélvico	5	1.16o/o
Quiste Ovárico	5	1.16o/o
Apendicitis	4	0.93o/o
Absceso Tubo-Ovárico	2	0.46o/o
Secuela de Infección Pélvica	1	0.23o/o
Embarazo Intrauterino y		
Fibromatosis	1	0.23o/o
Tumor Pélvico	1	0.23o/o
Embarazo Abdominal	1	0.23o/o
Fibroma Uterino con degeneración		
Roja	1	0.23o/o
Adenomiosis y Metrorragia	1	0.23o/o

Analizando el cuadro anterior, el mayor número de casos al diagnóstico de ingreso fue de Embarazo Ectópico Roto en un 63.34o/o (273 pacientes) y en un 19.72o/o de Embarazo Ectópico no Roto (85 pacientes), con lo que concidió con los diagnósticos finales.

CUADRO No. XII

## TIPO DE DIAGNOSTICO

TIPO DE DIAGNOSTICO	No.	o/o
Clínico y Colpocentesis	268	62.18o/o
Clínico	138	32.02o/o
Exploración Pélvica	18	4.18o/o
Colpotomía Posterior	5	1.16o/o
Histerectomía Vaginal	1	0.23o/o
Apendicectomía	1	0.23o/o

Analizando el cuadro anterior, el mayor número de pacientes su diagnóstico se efectuó por examen clínico y comprobado por colpocentesis.

La paciente que ingreso con diagnóstico de Adenomiosis y Metrorragias se le efectuó Histerectomía Vaginal y como hallazgo durante el acto operatorio, se encontró un Embarazo Ectópico no Roto de lado izquierdo.

CUADRO No. XIII

## TIPO DE INCISION

TIPO DE INCISION	No.	o/o
Transversa	344	79.82o/o
Mediana	78	18.10o/o
Colpotomía Posterior	6	1.39o/o
Colpotomía Anterior	1	0.23o/o
Paramediana	1	0.23o/o
Rocky	1	0.23o/o

Analizando el cuadro anterior, a pesar de que esta patología es una urgencia quirúrgica en 344 casos el 79.82o/o se les efectuó incisión transversa, y se utilizó incisión mediana en los casos graves y en pacientes que tenían cicatriz anterior de ese tipo.

La colpotomía anterior se efectuó en una paciente de 26 años que tenía antecedentes de Embarazo Ectópico anterior y en esa oportunidad se encontró una masa en fondo de saco anterior, por lo que se le efectuó ese procedimiento.

A la paciente que se le efectuó la incisión de Rocky es una paciente de 26 años que ingresó con diagnóstico de Apendicitis Aguda, que en el hallazgo operatorio, se le encontró un Embarazo Ectópico Roto, en región Istmica derecha.

CUADRO No. XIV  
HALLAZGOS

HALLAZGOS	No.	o/o
Embarazo Ectópico Roto	372	86.31o/o
Embarazo Ectópico no Roto	55	12.76o/o
No determinado	4	0.93o/o

Analizando el cuadro anterior, el hallazgo más frecuente fue el Embarazo Ectópico Roto en un 86.31o/o (372 pacientes).

CUADRO No. XV  
HEMOPERITONEO

HEMOPERITONEO	No.	o/o
1 a 1,000 cc.	150	34.80o/o
1,001 a 3,000 cc.	112	25.99o/o
3,001 a más.	31	7.19o/o
No determinado	138	32.02o/o

Analizando el cuadro anterior, nos damos cuenta que en un 67.98o/o se encontró hemoperitoneo en las pacientes con Embarazo Ectópico, siendo más frecuente de 1 a 1,000 cc.

CUADRO No. XVI  
LOCALIZACION ANATOMICA

LOCALIZACION ANATOMICA	No.	o/o
Ampular	229	53.13o/o
Istmico	80	18.56o/o
Abdominal	4	0.93o/o
No determinado	118	27.38o/o

En lo que respecta a variedad de localización Anatómica la región ampular fue la más frecuente con 53.13o/o (229 pacientes), y en la región Istmica en un 18.56o/o (80 pacientes), hago la salvedad que en 118 Registros Clínicos no anotaron la localización anatómica.

CUADRO No. XVII  
LOCALIZACION

LOCALIZACION	No.	o/o
Derecho	235	54.52o/o
Izquierdo	192	44.55o/o
No determinado	4	0.93o/o

Analizando el cuadro anterior nos damos cuenta que la localización más frecuente, fue el lado derecho con 54.52o/o, (235 pacientes) y el lado izquierdo con 44.55o/o (192 pacientes) no siendo significativa la diferencia.

## CUADRO No. XVIII

## TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO

TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO	No.	o/o
Anexectomía derecha	5	1.16 o/o
Anexectomía izquierda	6	1.39 o/o
Salpingectomía derecha	39	9.06 o/o
Salpingectomía izquierda	37	8.58 o/o
Salpingectomía derecha y Apendicectomía profiláctica	82	19.03 o/o
Salpingectomía izquierda y Apendicectomía profiláctica	59	13.69 o/o
Salpingectomía Bilateral y Apendicectomía profiláctica	41	9.51 o/o
Anexectomía derecha y Apendicectomía profiláctica	8	1.86 o/o
Anexectomía izquierda y Apendicectomía profiláctica	8	1.86 o/o
Salpingectomía derecha e Insuflación de Trompa izquierda y Apendicectomía profiláctica	46	10.68 o/o
Salpingectomía izquierda e Insuflación de Trompa derecha y Apendicectomía profiláctica	42	9.74 o/o
Salpingectomía derecha, Ligadura de Trompa izquierda y Apendicectomía profiláctica	13	3.02 o/o
Salpingectomía izquierda, Ligadura de Trompa derecha y Apendicectomía profiláctica	5	1.16 o/o

## Continuación del Cuadro No. XVIII

Salpingectomía Bilateral	2	0.46 o/o
Salpingectomía derecha, Salpingectomía parcial izquierda y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Salpingectomía derecha, omentectomía parcial y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Salpingectomía derecha, cistosalpingooforectomía izquierda	1	0.23 o/o
Salpingectomía derecha, salpingoplastía izquierda, omentectomía parcial e Insuflación de Trompa izquierda y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Salpingooforectomía derecha, Salpingectomía izquierda y resección en cuña de ovario izquierdo	2	0.46 o/o
Anexectomía izquierda, cistooforectomía parcial derecha, ligadura de trompa derecha y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Anexectomía izquierda, Salpingolisis, Salpingoplastía e Insuflación de Trompa derecha y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Anexectomía derecha, ligadura y sección de trompa izquierda	1	0.23 o/o
Salpingectomía derecha, Anexectomía izquierda y Apendicectomía profiláctica	5	1.16 o/o
Omentectomía parcial, cistosalpingooforectomía parcial izquierda e Insuflación de Trompa derecha	1	0.23 o/o
Histerectomía abdominal Total, Anexectomía bilateral y Apendicectomía profiláctica	4	0.93 o/o

## Continuación del Cuadro No. XVIII

Histerectomía Abdominal Total, Anexectomía bilateral y Apendicectomía profiláctica	14	3.26 o/o
Histerectomía abdominal total, Salpingectomía izquierda y Apendicectomía profiláctica	2	0.46 o/o
Histerectomía abdominal Total y Salpingectomía bilateral y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Histerectomía abdominal Total, anexectomía derecha, salpingectomía izquierda, resección en cuña de ovario izquierdo y Apendicectomía profiláctica	1	0.23 o/o
Histerectomía Vaginal y ligadura bilateral de Trompas	1	0.23 o/o

Con lo que respecta al tratamiento Quirúrgico efectuado, la operación que más se efectuó fue la salpingectomía derecha y Apendicectomía Profiláctica en 82 pacientes o sea un 19.03o/o, y de los 431 pacientes operados se les practicó a 336 pacientes la Apendicectomía profiláctica o sea un 78o/o de los pacientes con Embarazo Ectópico.

## CUADRO No. XIX

## SHOCK DURANTE EL ACTO OPERATORIO

SHOCK DURANTE EL ACTO OPERATORIO	No.	o/o
Si presentaron	59	13.69o/o
No presentaron	372	86.31o/o

El cuadro anterior nos demuestra que 59 pacientes presentaron shock, durante el acto operatorio, las pacientes salieron adelante con maniobras y técnicas adecuadas contra el shock.

CUADRO No. XX

## COMPLICACIONES POST – OPERATORIAS

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	No.	o/o
Infección de Herida Operatoria	10	2.32o/o
Infección de Herida Operatoria y Dehiscencia	3	0.70o/o
Hematoma de la pared	2	0.46o/o
Fístula Sigmoide Vaginal	1	0.23o/o
Retención Urinaria	25	5.80o/o
Sin complicaciones	390	90.49o/o

Analizando el cuadro anterior, nos demuestra que la morbilidad de las pacientes con Diagnóstico de Embarazo Ectópico, en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, es bajo 9.51o/o (41 pacientes).

La Fístula Sigmoide Vaginal se presentó en una paciente de 40 años de edad, que ingresó con diagnóstico de Tumor Pélvico y se le efectuó una exploración abdomino-pélvica, encontrando un Embarazo Ectópico abdominal con un feto que midió 27 cm.

CUADRO No. XXI

## USO DE ANTIBIOTICOS

USO DE ANTIBIOTICOS	No.	o/o
Sí	60	13.92o/o
No	371	86.08o/o

Analizando el cuadro anterior, nos damos cuenta que en un número reducido de pacientes 60, se usó antibióticos en casos de heridas operatorias y profilaxis.

CUADRO No. XXII  
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	No.	o/o
De 5 a 7 días	360	83.53o/o
De 8 a más días	71	16.47o/o

Analizando el cuadro anterior, que el tiempo de hospitalización más frecuente fue de 5 a 7 días, tiempo que se utiliza normalmente en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en un 83.53o/o.

CUADRO No. XXIII  
PRESENTARON ANATOMIA PATOLOGICA

PRESENTARON ANATOMIA PATOLOGICA	No.	o/o
Sí	431	100 o/o

Nos indica que todas las papeletas de registro clínico tenían los informes de Anatomía Patológica, y así prevenir con cualquier Patología posterior.

CUADRO No. XXIV  
ESTADO A SU EGRESO

ESTADO A SU EGRESO	No.	o/o
Curadas	431	100 o/o

Analizando en cuadro anterior, nos damos cuenta que en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, presentan una tasa de mortalidad de Embarazo Ectópico de 0 o/o.

CUADRO No. XXV  
EMBARAZO INTRAUTERINOS POSTERIORES

EMBARAZOS INTRAUTERINOS POSTERIORES	No.	o/o
Sí	42	9.75 o/o
No	389	90.25 o/o

Analizando el cuadro anterior, nos damos cuenta que solo un número reducido de pacientes 42, presentaron embarazo intrauterino posterior, o sea un 9.75 o/o.

## CUADRO No. XXVI

## NUEVO ECTOPICO

NUEVO ECTOPICO	No.	o/o
Sí	33	7.66 o/o
No	398	92.34 o/o

Analizando el cuadro anterior, nos damos cuenta que las pacientes con Embarazo Ectópico, en un número pequeño presentaron nuevo Embarazo Ectópico 33 pacientes un 7.66 o/o.

## CUADRO No. XXVII

## PACIENTES QUE PRESENTABAN D.I.U.

PACIENTES QUE PRESENTABAN D.I.U.	No.	o/o
Sí	71	16.47 o/o
No	360	83.53 o/o

Analizando el cuadro anterior, que en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, sólo un número reducido presentaban dispositivos intrauterinos 71 o sea el 16.47 o/o.

## COMENTARIO

La hipótesis del trabajo "Es alta la morbi-mortalidad de embarazos ectópicos en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt" fue descartada al confirmar:

1. El índice de complicaciones es de 90/o y se refiere especialmente a retenciones urinarias post-operatorias y ocasionales infecciones de herida operatoria.
2. La mortalidad en 431 casos es de 00/o.

Para establecer corolarios útiles del trabajo se hará una comparación de los resultados obtenidos en el mismo con los extraídos de diversas fuentes bibliográficas:

I. Sobre la obtetricia de SCHWARC, SALA, DUVERGES, estos autores presentan los siguientes datos estadísticos, sobre embarazo ectópico:

- Que el 950/o de los embarazos ectópicos se implantan en la región tubárica y que el sitio más frecuente es el ampular en un 750/o.
- Que es más frecuente en pacientes de raza blanca y multíparas.
- La amenorrea es generalmente corta.
- El dolor es constante y es uno de los principales síntomas.
- El diagnóstico se efectúa por medio de la colpotomía.

II. Sobre la Obstetricia de WILLIAMS, HELLMAN, PRITCHAR, estos autores presentan los siguientes datos estadísticos sobre embarazo ectópico:

- Que más del 95o/o de los embarazos ectópicos se encuentran localizados en las trompas de Falopio.
- Que la mayoría de pacientes con embarazo ectópico son de raza blanca y multíparas.
- Que el embarazo ectópico se descubre más o menos entre la 6ta. y 12ava. semana de embarazo.
- Uno de los principales síntomas es el dolor en la parte baja del abdomen.
- Que sólo en un cuarto de las pacientes con embarazo ectópico se obtiene historia de amenorrea.
- Que sólo en una minoría de los casos presentan shock.
- Que sólo en un 5o/o presentan Hemorragia Vaginal.
- Que el diagnóstico pre-operatorio, está equivocado en aproximadamente en un 15 a 20o/o.
- Frecuentemente se equivocan en el diagnóstico de embarazo ectópico con otras entidades patológicas.
- Una de las ayudas más valiosas para el diagnóstico es la colpotomía.
- La tasa de recurrencias en embarazos subsiguientes se calcula entre el 10 y 20o/o.
- Que el habitual tratamiento del embarazo ectópico es la Salpingectomía, con ooforectomía ipsilateral o sin ella.

- La mortalidad de embarazos ectópicos es más o menos de 1 por 826 embarazos ectópicos.

III. Sobre el tratado de Ginecología de NOVAK, JONES, JONES. Estos autores presentan los siguientes datos estadísticos sobre embarazo ectópico:

- Que el grupo étnico más frecuente es el de raza blanca en un 89.6o/o.
- Sobre los antecedentes obstétricos que la mayoría de los pacientes son multíparas.
- Que más del 95o/o de los embarazos ectópicos se localizan en las trompas de Falopio.
- Que sólo en una minoría de las pacientes presentan shock.
- Que uno de los principales síntomas es el dolor, en la parte baja del abdomen.
- Que sólo en un 5o/o de las pacientes presentan Hemorragia Vaginal.
- Una de las ayudas más valiosas para el diagnóstico es la colpotomía.
- Frecuentemente se descubre el embarazo ectópico en las primeras semanas de embarazo.

Podemos observar que en nuestro trabajo se confirman los siguientes datos en relación con el embarazo ectópico:

- El embarazo ectópico es más frecuente en mujeres Ladinas Multíparas, comprendidas entre los 21 y 30 años de edad.

- La mayor parte de embarazos ectópicos son tubáricos y es rara la localización del embarazo en la cavidad abdominal.
- El sitio tubárico de mayor localización del embarazo ectópico es la región Ampullar y luego la región Istmica.
- La sintomatología más frecuente corresponde al dolor en un 95o/o en región hipogástrica.
- Unicamente la mitad de los casos presentan Hemorragia Vaginal.
- La mayor parte de los embarazos ectópicos se descubren antes de la doceava semana de embarazo.
- En el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt el índice de error diagnóstico pre-operatorio es del 8o/o (menos que el esperado según WILLIAMS, HELLMAN, PRITCHARD, que es de 15 a 20o/o).
- El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico incluye una amplia serie de entidades nosológicas.
- El diagnóstico correcto descansa en la adecuada interpretación del cuadro clínico auxiliado con la colpotomía.
- El embarazo ectópico ocurre con igual frecuencia en cualquiera de las trompas de Falopio.
- El tratamiento habitual del embarazo ectópico es la Salpingectomía acompañada o no de ooforectomía ipsolateral.

- La tasa de recurrencias de embarazo ectópico en embarazos subsiguientes es del 10o/o.
- En las pacientes que presentan antecedentes quirúrgicos (13o/o) más de la mitad han sido operadas por un embarazo ectópico anterior.
- La morbilidad presentada en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt fue de 9o/o., en pacientes con embarazo ectópico.
- Y la mortalidad que presentaron fue de 0o/o.

En vista de la similitud de las conclusiones del presente trabajo, con los anteriores, creemos que gozan de significancia tanto teórico como práctica.

## CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de embarazo ectópico de los casos revisados ocurre en el intervalo comprendido entre las edades de 21 a 30 años.
2. El grupo étnico que más frecuentemente se observa en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, con diagnóstico de Embarazo Ectópico, es la raza Ladina en un 95o/o.
3. La gran mayoría de pacientes con Embarazo Ectópico son multíparas, de las cuales un 50o/o son pequeñas multíparas y un 32o/o son Gran multíparas.
4. El 87o/o de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico no presentan antecedentes quirúrgicos y del 13o/o que sí tienen antecedentes quirúrgicos, el 57o/o comprende Embarazo Ectópico previo.
5. La incidencia de Embarazo Ectópico anterior es de 7.7o/o.
6. El 31o/o de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico presentan una amenorrea de 0 a 4 semanas de duración; mientras que el 37o/o presentan una amenorrea de 5 a 8 semanas; la amenorrea incluso puede alcanzar 20 semanas de duración o no presentarse por completo y a juzgar por un solo caso ocurre en la menopausia.
7. La metrorragia se presentó en un 5o/o de los casos revisados y alcanzó de 0 a 30 días de duración (90o/o).
8. El dolor se presentó como motivo de consulta en un 93o/o de los casos; y se asocia con hemorragia Vaginal en un 41o/o; con hemorragia Vaginal y Lipotimia en un 14o/o;

- con Lipotimia únicamente en un 12o/o y se presentó como síntoma único en un 5o/o de los casos; la Hemorragia Vaginal como síntoma único se presentó en un 6o/o.
9. A su ingreso a Emergencia del Hospital las pacientes con Embarazo Ectópico, ingresaron en buen estado general en un 71o/o y se considera en malas condiciones generales en un 25o/o.
  10. Existe una correlación adecuada entre el diagnóstico de ingreso y el diagnóstico final en un 83o/o de los casos de Embarazo Ectópico.
  11. Las pacientes ingresaron con diagnóstico de Masa Anexial de etiología a determinar en un 6o/o de los casos y de Infección Pélvica en un 4o/o de los casos.
  12. Se hizo el diagnóstico de Embarazo Ectópico en base al cuadro Clínico y Colpocentesis en un 62o/o y se hizo diagnóstico precisamente clínico en un 32o/o; se hizo el diagnóstico durante la exploración pélvica en un 4o/o de los casos y en uno por ciento de las pacientes se requirió de colpotomía posterior para la confección de Embarazo Ectópico.
  13. Las pacientes con Diagnóstico de Embarazo Ectópico, la incisión durante el acto operatorio más frecuente fue la Transversa en un 80o/o de los casos, en un 18o/o de los casos fue resuelto por incisión mediana y, en un 2o/o de los casos fue resuelto por colpotomía tanto posterior como anterior.
  14. Sobre los hallazgos operatorios, se encontró roto el Embarazo Ectópico en un 86o/o de los casos.
  15. Se encontró Hemoperitoneo en un 68o/o de los casos y éste alcanzaba menos de 1 litro en un 35o/o y exidia de 1 litro pero no de 3 en un 26o/o de los casos.

16. La localización Anatómica más frecuente en el Embarazo Ectópico lo constituye la región Ampullar en un 53o/o y en segundo lugar la región Istmica en un 19o/o. Ya que en las papeletas revisadas no se determina la localización Anatómica en un 28o/o de los casos y únicamente el 1o/o de los Embarazos Ectópicos se encuentran en la cavidad abdominal.
17. El 54o/o de los casos de Embarazo Ectópico tubárico se localiza en el lado derecho, lo que sugiere que no existe mayor incidencia en ninguna de las trompas para la localización de este embarazo anómalo.
18. El tratamiento quirúrgico incluyó salpingectomía y apendicectomía profiláctica en un 78o/o, se realizó anexectomía en un 6o/o y se asoció apendicectomía a la anexectomía en un 4o/o.
19. Se observó Shock perioperatorio en un 14o/o de los casos, de los cuales todos fueron adecuadamente revertidos.
20. Se observaron complicaciones post-operatorias en el 9o/o de los casos constituyendo la retención urinaria la complicación más frecuente en un 6o/o del total, se observó infección de herida en el 2o/o; infección de herida más dehiscencia de herida en el 0.76o/o, Hematoma de la pared en el 0.5o/o y Fístula Sigmoide Vaginal en 1 caso en el 0.2o/o.
21. Se utilizaron antibióticos en 60 pacientes o sea 14o/o de los casos.
22. El tiempo de hospitalización fue de 5 a 7 días en un 84o/o y mayor de 8 días en un 16o/o.
23. En el 100o/o de los casos fue comprobado el diagnóstico por medio de Anatomía patológica.

24. Se considero curado al egreso el 100o/o de los pacientes.
25. Se conoce de embarazo uterino posterior al Embarazo Ectópico en un 10o/o de los casos.
26. Se conoce de la reincidencia de Embarazo Ectópico luego de la investigación presente en un 8o/o de los casos.
27. Se encontró la presencia de dispositivo intrauterino anticonceptivo asociado al cuadro de Embarazo Ectópico en un 16o/o de los casos o sea 71 pacientes.
28. La conclusión final es que en el Departamento de Ginecología la morbi-mortalidad es baja, morbilidad 9o/o y mortalidad 0o/o.

## RECOMENDACIONES

1. Insistir en un entrenamiento adecuado en Ginecología de los estudiantes de Post-Grado, para así conocer este cuadro, el cual es mortal cuando no se hace el diagnóstico y tratamiento adecuado.
2. Pensar siempre en Embarazo Ectópico, cuando en una consulta de Emergencia, llegue una mujer joven presentando dolor abdominal, metrorragias, irregularidades menstruales, lipotimías.
3. Conocer el método de diagnóstico más sencillo, para diagnosticar el Embarazo Ectópico, como es la Colpocentesis. La cual tiene validez cuando es positiva.
4. Practicar la Colpotomía exploradora (fondo de Saco Posterior) en cuadros donde no es posible de diagnosticar si no hay visualización directa. Ejemplo: Síndrome de Halban (Quiste Lutéinico).  
  
Algunos casos pueden ser reversibles por esta vía, Embarazo Ectópico no roto.
5. Realizar trabajos de revisión exhaustiva sobre el Embarazo Ectópico en centros de atención hospitalarias para así poder establecer diferencias en cuanto a manifestaciones clínicas y/o manejo de este cuadro entre los diversos hospitales.

## BIBLIOGRAFIA

- 1o. Obstetricia de SCHWARCZ, SALA, DUVERGES.  
Tercera edición (Cuarta Reimpresión).  
Editorial el Ateneo  
Año: 1977 Páginas 512 a 519.
- 2o. Obstetricia de WILLIAMS, HELLMAN, PRITCHARD.  
Primera edición (Cuarta Reimpresión).  
Editorial Salvat.  
Año: 1976, Páginas: 466 a 485.
- 3o. Tratado de Ginecología de NOVAK, JONES, JONES.  
Novena edición.  
Editorial Inter-americana.  
Año: 1977, Páginas: 551 a 570.
- 4o. Tratado de Patología Quirúrgica de DAVIS -  
CHRISTOPHER.  
Décima edición.  
Editorial Inter-americana.  
Año: 1974, Páginas: 761 a 763 y 1441 a 1442.
- 5o. Tesis del Dr. Manuel Lou Chuy.  
"35 casos de Embarazo Ectópico en el Departamento de  
Obstetricia del Hospital Roosevelt".  
De Agosto de 1973 a Agosto de 1974.
- 6o. Tesis de la Dra. Mercedes Vides de Collado.  
"Revisión de 50 casos operados en el servicio de emergencia  
del Hospital General, San Juan de Dios, de Embarazo  
Ectópico roto". Año: 1958.
- 7o. Trabajo realizado en el Departamento de Ginecología por el  
Dr. Carlos Manuel Martínez González.  
"Embarazo Ectópico en el Departamento de Ginecología  
del Hospital Roosevelt".  
De Junio de 1966 a Abril de 1976.

Br. Enrique Joo Gery  
Enrique Joo Gery

Carlos Manuel Martínez González  
Asesor.  
Dr. Carlos Manuel Martínez González

Héctor Nuila A.  
Director de Fase III  
Dr. Héctor Nuila A.

Francisco Bauer Paiz  
Revisor.  
Dr. Francisco Bauer Paiz.

Raúl A. Castillo  
Secretario  
Dr. Raúl A. Castillo

Rolando Castillo Montalvo  
Decano.  
Dr. Rolando Castillo Montalvo.