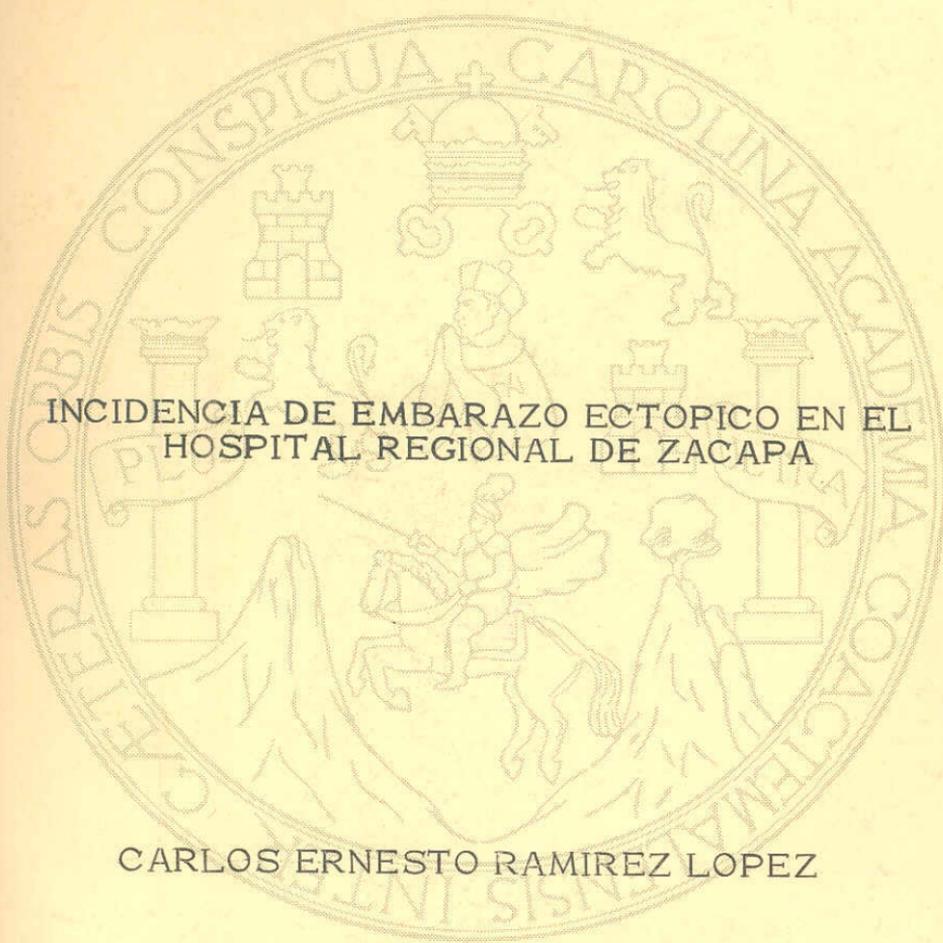


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem. It features a central figure of a king on horseback, holding a sword and a shield. Above the king is a crown and a lion rampant. The seal is surrounded by a Latin inscription: "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMIA COACATEMALTÁNENSIS INTER CÆTERAS ORBIS CONSPICUA".

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

CARLOS ERNESTO RAMIREZ LOPEZ

# PLAN DE TESIS

- INTRODUCCION
- ANTECEDENTES
- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EMBARAZO ECTOPICO
  - Definición
  - Incidencia
  - Clasificación Anatómica
  - Factores Predisponentes
  - Cuadro Clínico
  - Métodos Auxiliares de Diagnóstico
  - Tratamiento Quirúrgico
- OBJETIVOS:
  - Generales
  - Específicos
- JUSTIFICACION DEL TRABAJO
- RECURSOS
- METODOLOGIA
- MATERIAL DE LA INVESTIGACION
- PRESENTACION DE RESULTADOS. ANALISIS Y DISCUSION
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA

# INTRODUCCION

A pesar de los múltiples progresos logrados hoy en día en la Obstetricia, la evolución de un embarazo no siempre se lleva a cabo en forma normal. Es en este momento cuando el Gineco-Obstetra desempeña un papel importante, evitando la morbilidad.

Es de vital importancia investigar sobre las complicaciones durante el embarazo, para mejorar y evitar hasta donde sea posible, que éstas se presenten durante del mismo, previniendo situaciones de peligro materno.

La gestación ectópica es una de las complicaciones hemorrágica para del primer trimestre del embarazo. El diagnóstico precoz y seguro de dicha entidad asociado con un control prenatal adecuado, disminuiran considerablemente la morbimortalidad de dicho proceso.

En consideración de lo anterior el presente trabajo de Tesis es, un estudio retrospectivo sobre; -  
"INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL -  
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA". (Período enero  
1975- diciembre 1980).

## ANTECEDENTES

Quien por primera vez mencionó la gestación extrauterina fue Albicans, en el siglo XI. Riolan refirió algunos casos en 1626.

En Guatemala fue el Dr. Luis Galich quien efectuó el primer estudio sobre Embarazo Ectópico en el año de 1973.

Desde entonces ha existido la inquietud de estudio de dicha patología, tanto en centros capitalinos como departamentales.

Los signos y síntomas que presentaron los pacientes estudiadas siempre han sido similares a los reportados en la literatura de Gineco-Obstetricia.

El diagnóstico clínico siempre se ha considerado difícil. Siempre se ha hecho énfasis en una historia completa, examen físico completo, exámenes de laboratorio; para contribuir a un mejor manejo de las pacientes.

Tomando en cuenta la localización anatómica, es más frecuente el Embarazo Tubárico de la trompa de recha, teniendo mayor incidencia en el grupo etáreo promedio de 30 años, multiparas.

Desde que se iniciaron estudios sobre Embarazo Ectópico se menciona que la mortalidad fetal era del 100 %, y materna del 0 %.

Actualmente se encuentra un trabajo de Tesis, realizado en el Hospital Roosevelt por la doctora Ana Violeta Figueroa Pérez, en el mes de Marzo de 1980. "Embarazo Abdominal Avanzado, que se encontró en

cavidad peritoneal. Producto en buenas condiciones generales.

En relación al presente trabajo no existe ningún estudio previo, que se haya efectuado en el Hospital Regional de Zacapa.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EMBARAZO ECTOPICO

### DEFINICION:

El Embarazo Ectópico es una entidad Gineco-Obstétrica en la cual la implantación del huevo fecundado tiene lugar en una área distinta de la mucosa uterina, dando lugar a una gestación ectópica, la cual se comporta como una neoplasia. (7)

### INCIDENCIA:

El Embarazo Ectópico puede tener lugar en cualquier etapa de la vida reproductiva, pero en el 40 % de los casos ocurre en las mujeres entre los 20 y 29 años de edad.

La frecuencia de embarazo extrauterino es inversamente proporcional a la paridad; es decir es mayor en las pacientes infértiles (especialmente en las mujeres con esterilidad secundaria o postparidad única). No existe una predisposición racial, pero la frecuencia es mayor en los grupos socioeconómicos inferiores.

Mientras en Guatemala, a través de los trabajos que se han realizado, podemos mencionar dos frecuencias únicamente siendo estas la de un Embarazo Ectópico por cada 70 nacimientos y la otra de un Embarazo Ectópico por cada 444 nacimientos.

En nuestra serie revisada tenemos 20 Embarazos Ectópicos de un total de 20395 partos, que nos da un porcentaje de 0.098 %.

## CLASIFICACION ANATOMICA DEL EMBARAZO ECTOPICO

### A) TUBARIO

a) Ampular. b) Infundibular. c) Istmico. d) Intersticial. (angular, intramural). e) Bilateral.

### B) ABDOMINAL

### C) OVARICO

### D) CERVICAL

### E) COMBINADO, EXTRA E INTRAUTERINO

## FACTORES PREDISPONENTES

### 1) FACTORICOS TUBARICOS:

- Pliegues luminales aglutinados (Post-inflamación).
- Divertículos congénitos, orificios accesorios o atresia.
- Adherencias peritubáricas.
- Tumores Pélvicos.
- Longitud o tortuosidad excesivas.

### 2) FACTORES ABDOMINALES:

El embarazo abdominal puede ser primario, implantándose el óvulo fertilizado en el interior del abdomen o, muy rara vez, secundarios a la ruptura de un embarazo tubárico, manteniendo el trofoblasto su inserción tubárica o trasplantándose todo el óvulo de nuevo en alguna otra parte después de la ruptura.

### 3) FACTORES OVARICOS:

Fertilización de un óvulo atrapado, expulsado en forma de uno con una acumulación anormalmente

grande de células de la granulosa.

Transmigración ovular.

Implantación precoz anormal.

Aborto tubárico con implantación en otro sitio.

#### 4) FACTORES CERVICALES:

En el embarazo cervical, el sitio de implantación esta por abajo del orificio interno. Con un espacio tan limitado para el desarrollo, invariablemente - ocurre el aborto espontáneo con hemorragia grave.

#### 5) FACTORES INTRA Y EXTRAUTERINOS:

El embarazo combinado (habitualmente intra y extrauterino) ocurre alrededor de una vez en 6,000 a 7,000 embarazos.

La gestación se convierte en anormal cuando el ovulo fertilizado anida fuera del utero, único condicio nado para el desarrollo del embarazo.

En cierto sentido el producto se comporta como una neoplasia. Ninguna barrera se opone a la invasión trofoblástica. Es probable la formación de decidua - escasa y se observa solo una hipertrofia muscular discreta para la nidación. La invasión rápida del músculo afecta a vasos sanguíneos importantes y provoca una hemorragia interna.

En el embarazo tubárico, la distensión y debili dad de la trompa predispone a su ruptura, con trauma tismo leves. La ruptura extracapsular sucede cuando una porción del huevo vellosa sale a través de la pared de la trompa.

En la ruptura intracapsular se expelen el em brión, fluido y sangre de la trompa despues de haber -

ocurrido un desgarro de las membranas amniótica y corionica.

El sangrado puede cesar temporalmente después de la ruptura extra intracapsular, pero el embrión sobrevive raras veces. En casos excepcionales el embarazo puede proseguir si se conserva una por ción suficiente de la placenta adherida, o cuando su cede una implantación secundaria en otro sitio.

El cuerpo amarillo del embarazo continúa su de sarrollo, mientras el trofoblasto permanezca viable. El útero se agranda un poco y se reblandece; contie ne decidua pero no trofoblasto. Al morir el produc to, la decidua se desprende y sobreviene un sangrado. Solamente en casos de embarazo intersticial el útero drena el sangrado tubárico.

EL EMBARAZO ECTOPICO PUEDE CONCLUIR EN LA SIGUIENTE FORMA:

1. -TUBARICO: Aborto tubárico, aborto tubárico re tenido, ruptura al ligamiento ancho, ruptura a la cavidad peritoneal.
2. -ABDOMINAL: Ruptura en la cavidad peritoneal, ruptura al espacio retroperitoneal, litopedión, - producto viable.
3. -OVARICO: Ruptura a cavidad peritoneal.
4. -CERVICAL: Ruptura a la vagina.
5. -COMBINADO: El Embarazo Ectópico casi siem pre se aborta; el embarazo uterino generalmente continúa.

La ruptura istmica ocurre a los seis meses; en la ampolla puede suceder a las 8 y 12 semanas, y la intersticial tiene lugar alrededor del cuarto mes, de pendiendo de factores como el tamaño uterino o la - presentación de un trauma.

Si ocurre el embarazo intraabdominal y la muerte se abate sobre un feto bastante desarrollado, éste no puede absorberse. Entonces puede infectarse, modificarse, convertirse en masa calcificada (litopedión) o en una masa grisásea y grasosa, conocida como adipocira.

#### CUADRO CLINICO:

En el Embarazo Ectópico no existen síntomas - patognomónicos, sino que su presencia debe sospecharse cuando sobrevienen sangrado dolor dentro de las 7 a 8 semanas consecutivas a la suspensión de un período menstrual. El cuadro clínico puede agudo (ruptura), crónico (amenaza de ruptura, atípico) o no roto.

#### SINTOMAS Y SIGNOS:

- 1.- Amenorrea, debida al incremento de las gonadotropinas coriónicas.
- 2.- Sangrado uterino, consecutivo a la falla de la concepción, independientemente de su localización.
- 3.- Masa Pélvica, correspondiente al crecimiento del producto; a hematoma, por desprendimiento de la placenta o por sangrado del órgano huésped, adherencias intestinales y de epiplón o infección.
- 4.- Signo de Oddi: Dolor franco al cateterismo vesical.
- 5.- Signo de Cullen: Coloración violácea del ombligo.
- 6.- Signo de La Fontaine: Dolor referido a uno de los hombros.
- 7.- Signo de Ménades de Delaföey: Salida del molde desidual.

- 8.- Signo de Proost: Dolor al tacto vaginal. (Témpano de Hielo).
- 9.- Signo de Retrete: Deseos de defecar y dolor abdominal.

#### EMBARAZO TUBARICO:

AGUDO: (casi 40 % de los embarazos tubáricos): El penetrante dolor abdominal y el adolorimiento lumbar constituyen las molestias más comunes. El 80 % de las pacientes presentan sangrado uterino escaso pero persistente, y 70 % tienen masa pélvica. La historia de menstruaciones anormales y esterilidad está presente más o menos en 60 % de los casos. El colapso y el choque, que a menudo son precipitados por la exploración vaginal, ocurren en 10 % de los casos. El choque puede seguir a una hemorragia masiva o a dolor intenso, y se caracteriza por debilidad, sed, transpiración profusa, "hambre de aire", vómitos y olifuria.

CRONICO: (cerca de 60 % de los embarazos tubáricos): La sangre se escapa de la trompa produciendo adolorimiento pélvico y se forma una masa. Puede presentarse pigmentación hemática en el ombligo, indicando hemoperitoneo (signo de Cullen). El desprendimiento o la expulsión del embarazo, como la hipotensión, reducen el sangrado, de la zona de implantación. Los coágulos comprimen el sitio placentario y el intestino con el epiplón se adhieren. El hematoma se licua y es absorbido antes que sobreventa la infección.

NO ROTO: (cerca de 2 % de los embarazos tubáricos) Existe un período de amenorrea corto, dolor a la presión o sensación de pezantez, anxial, antes de los cuadros clínicos agudo o crónico.

El progreso del embarazo tubárico uni o bilateral

es raro y el logro de un feto viable es excepcional.

**EMBARAZO ABDOMINAL:** En virtud de que el embarazo abdominal puede ser secundario a la ruptura de un embarazo tubárico, puede obtenerse la historia de ruptura. A medida que el embarazo tubárico progresa a continuación de su implantación abdominal, existe con frecuencia presión e irritación peritoneal que provocan náusea, vómitos, diarrea y dolor abdominal, este último es particularmente notable por los movimientos fetales. En la gestación avanzada, las pequeñas partes se palpan con más facilidad y el latido es más audible que cuando el embarazo es intrauterino. La situación fetal es habitualmente anormal, en sentido en que el feto se encuentra alto; las situaciones transversas o presentación de hombro son comunes.

Las contracciones de Braxton-Hicks están ausentes y se puede palpar el útero, pequeño, y vacío.

Los criterios habituales para el embarazo abdominal son los siguientes:

Trompas, ovarios y ligamientos anchos, aparentemente normales.

Ausencia de evidencias de penetración en el espacio entre el ligamento ancho y la extremidad fimbriada de la trompa.

La falta de ruptura tubélica intraligamentaria.

Ausencia de signos de escape del huevo en la cavidad uterina.

#### EMBARAZO COMBINADO EXTRA E INTRAUTERINO:

Esta variedad de gemelación biovular ha sido reportada ocasionalmente. Generalmente se diagnostica un solo embarazo y muy raras veces ambos. Los fetos extrauterinos mueren por lo general y sólo aproximadamente 60 % de los fetos intrauterinos alcan-

zan viabilidad.

#### EMBARAZO OVARICO:

El embarazo ovárico es raro y se confunde comúnmente con un embarazo tubárico temprano o con un quiste ovárico; el diagnóstico no se confirma hasta la laparatomía.

#### EMBARAZO CERVICAL:

El embarazo cervical es muy raro y casi se desconoce su progreso por más de dos a tres semanas. El cuadro clínico es siempre agudo y el diagnóstico se confunde frecuentemente con el carcinoma cervical avanzado.

#### METODOS AUXILIARES DIAGNOSTICOS:

Los métodos de ayuda diagnóstica; aunque son un valioso auxiliar no podrán sustituir a un buen examen clínico; ya que la mayoría de signos o síntomas encontrados son los que generalmente conducen a la sospecha del embarazo ectópico; los métodos auxiliares ayudarán a reforzar el diagnóstico.

#### DATOS DE LABORATORIO:

La prueba de embarazo no son de gran utilidad; resultan positivas solamente en menos de 50 % de los casos. Las pruebas con resultado negativo no excluyen la presencia de un aborto de embarazo ectópico con hematoma.

**Hematología:** La anemia es, con frecuencia, súbita e intensa, como resultado del sangrado intraperitoneal. La cuenta leucocitaria es alta si coexiste una infección. La amilasa sérica puede alcanzar hasta 1,600 U. Sogoyi/100 ml, si no se han administrado narcóticos.

Por espectroscopia puede detectarse hematina en la sangre periférica, dos días después de la acumulación intraperitoneal de 100 ml o más, de sangre.

Orina: El urobilinógeno urinario se eleva indicando la descomposición de la sangre. El hematocele, como el hemoperitoneo, determinan una porfirinuria leve, pero ésta puede también observarse en casos de quiste ovárico retorcido.

#### Datos Radiográficos:

La histerosalpingografía puede permitir el diagnóstico de embarazo tubárico, pero es un procedimiento peligroso, pues el líquido inyectado puede romper la trompa o agravar el sangrado. La arteriografía define el embarazo ectópico, pero es un método peligroso para emplearse sistemáticamente.

Para la confirmación del diagnóstico de embarazo abdominal, existen hallazgos radiográficos: a continuación se detallan los más revelantes.

- Ausencia de sombra uterina.
  - Forma irregular de la cabeza fetal.
  - Acumulo de gas en el ileón materno, muy cerca de la cabeza fetal.
  - Partes fetales que se visualizan inmediatamente por debajo de la pared abdominal (en vista lateral).
  - Gran claridad de las partes fetales y de las sombras gaseosas intestinales maternas sobre el feto.
  - Forma de las estructuras ósea del feto.
  - En la radiografía lateral se puede apreciar la existencia de una proyección de partes fetales, sobre las vertebrae lumbares maternas.
- Una prueba especial de embarazo abdominal consiste en la inyección IM de 0.1 de Oxitocina. En dos minutos se podrá apreciar la contracción -

uterina y no se observan cambios en las estructuras que estén sobrepuestas al feto extrauterino.

Culdocentesis: Técnica más simple para identificar un hemoperitoneo; consiste en la introducción de una aguja larga de calibre 18 a través del Fornix posterior hasta el fondo del saco de Douglas, del cual se aspira líquido, la ausencia del mismo se atribuye a una mala técnica de entrada. El líquido que parece sangre y no coagula es compatible con un diagnóstico de hemiperitoneo resultante de un embarazo tubárico.

Una técnica que ha sido reportada por la literatura como de gran ayuda diagnóstica lo constituye el uso de radioinmunoensayo, para el estudio de la Beta Sub unidad de la Hormona Gonadotropina Coriónica. Basada en que el tejido trofoblástico del embarazo ectópico secreta menores cantidades de dicha hormona que los embarazos normales, a la misma edad de gestación. Estudios reportan que la detección temprana de embarazos ectópicos por medio de este método ha sido posible en un 76 %.

La Laparoscopia constituye uno de los procedimientos más usados y en manos de personas con experiencia, nos da resultados concluyentes. Otro método importante es el Ultrasonido, el cual realizado con las mejores técnicas de estudio reportan diagnósticos confirmados en un 77 %, otros estudios dan una efectividad del 93.2 % de diagnósticos que luego fueron confirmados con Laparatomía. Los criterios diagnósticos tomados con este método son la presencia de una masa anexial inmediatamente Laparoscopia y la incisión es extendida, aproximadamente 0.5 a 3 Cms. luego se separan las vainas de los rectos y se va disecando por presión digital, el peritoneo es expuesto y abierto verticalmente, luego utilizando prensadores se trata de llevar el útero lo más cercano a la incisión, desplazándose lateralmente para exponer

la trompa afectada, siendo tomada con pinzas a más o menos 0.5 cms. de la porción proximal y distal que contiene el saco de la gestación. Se coloca una sutura con daxon en el Mesosalpinx anudándose uno de los extremos, se excide el área tubárica afectada y se ajusta la sutura. Se coloca una sutura haciendo anastomosis tubárica y luego es devuelta hacia la cavidad abdominal. Si hay sangre libre la cual se ha observado anteriormente con el Laparoscopio se realiza lavado con solución salina. Se lleva a cabo posteriormente el cierre del peritoneo y la pared abdominal con puntos subcutaneos con daxon 2-000.

Existen otras técnicas quirúrgicas que en poco varían a las mencionadas; pero la mayoría de reportes brindan resultados satisfactorios en cuanto a que las pacientes han llevado a cabo gestaciones intrauterinas normales, además que la incidencia de embarazos ectópicos repetidos es igual que cuando se realiza salpingectomia.

En cuanto a complicaciones operatorias no se reportan problemas, ya que se trabaja un embarazo ectópico no roto, el Post-Operatorio es normal permaneciendo las pacientes 2 ó 3 días más que lo usual en aquellos casos que ameritan les sea realizada pruebas de permeabilidad. Adyacente a un útero vacío y la demostración de un eco uterino normal.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Con el diagnóstico precóz del embarazo ectópico el tratamiento conservador ha aumentado, ya que como es bien sabido el tratamiento establecido para el embarazo ectópico roto lo constituye la salpingectomía, que generalmente produce infertilidad. Por lo que se hace necesaria la detección temprana de embarazo ectópico y la evaluación individual de cada paciente para decidir llevar a cabo una técnica conservadora.

Dentro de las técnicas quirúrgicas conservadoras esta la Salpingotomía Linear, técnica que consiste en abrir la trompa afectada en sentido longitudinal sobre el área que contiene el producto, seguida de extracción del embarazo con uso de curetaje o no; luego se sutura el área de la incisión con catgut 5 ceros y aguja a traumática en un solo plano. Otra técnica sigue el procedimiento anterior y luego de la extracción del producto se deja un cateter de polietileno justificando su uso en que impide cicatrizaciones y adherencias de las paredes lesionadas, el cual se extraerá a través de uno de los extremos ya sea por la herida abdominal o por el útero a través del cervix; además indican el uso de corticosteroides como anti-inflamatorios.

Otra técnica usada y descrita en la literatura es la resección y anastomosis en la cual se abre la cavidad abdominal, se llega a nivel de la trompa de Falopio afectada, se colocan pinzas prensadoras inmediatas al embarazo ectópico y se levanta la trompa con suave tracción, se coloca una sutura de Dexon 5 ceros a través del Mesosalpinx entre una y otra pinza, se realiza la excisión de la trompa que contiene el ectópico por medio de una escisión entre la unión del Mesosalpinx y el segmento del tubo; la sutura es entonces ajustada y ligada de manera convencional. Luego se prueba la permeabilidad del segmento uterino inferior utilizando una jeringa con la cual se inyecta a través de la cavidad uterina una solución de azul de metileno en cantidad de 50 mililitros al 6 % y dextran. Luego se aprueba la permeabilidad de la porción proximal inyectando solución a través de la fimbria.

La reanostomosis se lleva a cabo usando sutura de Nylon 6-0 con puntos colocados a las 8, 12 y 4 de acuerdo al reloj, alrededor de la trompa. El Nylon es usado en una sutura de colchonero. Al finalizar la reanostomosis la permeabilidad se confirma por

reinyección dentro de la cavidad uterina notando derrame fimbrial.

Previo al cierre abdominal se instalan unos 30 ó 40 mililitros de dextran en la pélvis y se dejan libres los cuales temporalmente protegen a la trompa de Falopio. Al quinto día Post-Operatorio se realiza una nueva hidrotubación con 50 mililitros de dextran y un gramo de Ampicilina con la tentativa de abrir algunas adherencias producidas durante el proceso inflamatorio.

Los seguidores de esta técnica refieren que utilizan una suma de 15 a 20 minutos a los requeridos para efectuar una Salpingectomía no complicada, considerando además que con esta técnica el área de patología tubárica es eliminada siendo mínima la posibilidad de recurrencia de embarazo ectópico.

Otra técnica utilizada es la combinación de Laparoscopia y una Minilaparatomía en pacientes con sospecha de embarazo ectópico, llevada a cabo bajo anestesia general, relajantes musculares, intubación endotraqueal y ventilación asistida, se realiza la Laparoscopia con el método convencional, observándose la trompa afectada y la contralateral; si se confirma la sospecha de embarazo tubárico no roto, se retira él.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

- Realizar estudio retrospectivo de seis años (comprendiendo, enero de 1975 a diciembre de 1980), tomando en cuenta, aspectos clínicos y patológicos de embarazo ectópico, en el Hospital Regional de Zacapa.
- Despertar interés en el médico, para realizar la detección precoz del Embarazo Ectópico.

### ESPECIFICOS:

- Conocer la incidencia de Embarazo Ectópico en el Hospital Regional de Zacapa, en el período de enero de 1975 a Diciembre de 1980.
- Conocer cual es el grupo etareo más afectado por Embarazo Ectópico
- Hacer un análisis de las características clínicas más frecuentes en las pacientes con Embarazo Ectópico estudiadas.
- Conocer cuáles son los métodos auxiliares utilizados para hacer el diagnóstico de Embarazo Ectópico.
- Detectar la incidencia anatómica de Embarazo Ectópico.
- Investigación bibliográfica sobre los aspectos más importante del Embarazo Ectópico.

- Revisión de los cuadros de Morbimortalidad (Forma 182) del Departamento de Estadística, habiendose seleccionado todos aquellos casos cuyos diagnósticos fue de Embarazo Ectópico.
- Revisión de las historias clínicas y recolección de los datos en la ficha elaborada para el efecto.
- Tabulación de los datos obtenidos.
- Análisis de los datos, elaboración de los cuadros, gráficas, conclusiones y recomendaciones.

## JUSTIFICACION DEL TRABAJO

Consideré de suma importancia realizar un estudio sobre embarazo ectópico, tomando en cuenta que el diagnóstico precoz y seguro de dicha entidad, asociado con un adecuado control de las pacientes con riesgo de presentarlo, disminuirán considerablemente la morbilidad de este proceso.

En el presente trabajo de Tesis, se revisa la conducta seguida en el Hospital Regional de Zacapa en los últimos seis años, con pacientes que presentaron embarazo ectópico. Valorando en esta forma los resultados obtenidos en el manejo de los mismos. Al mismo tiempo presentar nuevos métodos diagnósticos y técnicas de tratamiento. Esperando contribuir de esta manera al estudio y manejo de esta entidad en nuestro medio.

## RECURSOS

### RECURSOS HUMANOS:

- a) Médico Asesor y Revisor
- b) Personal de Estadística y Archivo del Hospital Regional de Zacapa

### RECURSOS NO HUMANOS:

- a) Historias Clínicas de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico.
- b) Ficha elaborada para recolección de datos.
- c) Biblioteca Central USAC.
- d) Biblioteca del IGSS.
- e) Biblioteca del INTECAP
- f) Biblioteca del Hospital Roosevelt
- g) Equipo de Escritorio

## METODOLOGIA

METODO: Inductivo-Deductivo

### FASES DE INVESTIGACION:

- Elaboración y presentación del protocolo.
- Estudio teórico del problema sobre manejo del Embarazo Ectópico con revisión de literatura nacional y extranjera.

## MATERIAL DE LA INVESTIGACION

El material de la presente investigación lo constituyen, las historias clínicas de las pacientes que recibieron tratamiento por Embarazo Ectópico durante el período de seis años comprendidos en los años de 1975- 1,980. Revisándose 20 casos.

CUADRO No. 1

CUADRO Y GRAFICA CON DISTRIBUCION DE CASOS, SEGUN GRUPO ETAREO, EN CIFRAS ABSOLUTA Y PORCENTUALES

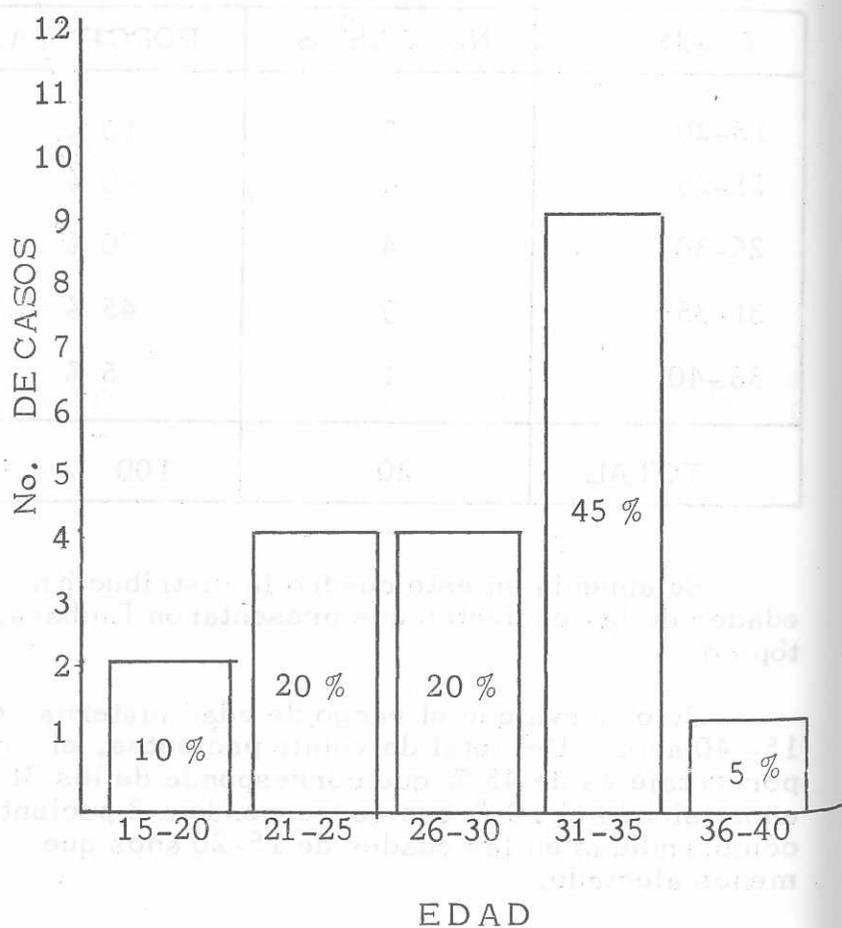
EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
15-20	2	10 %
21-25	4	20 %
26-30	4	20 %
31-35	9	45 %
36-40	1	5 %
TOTAL	20	100 %

Se aprecia en este cuadro la distribución según edades de las pacientes que presentaron Embarazo Ectópico.

Se observa que el rango de edad materna es de 15- 40 años. Del total de veinte pacientes, el mayor porcentaje es de 45 % que corresponde de los 31 a 35 años; siendo el 10 % que corresponde a 3 pacientes, - comprendidas en las edades de 15-20 años que fue menos afectado.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

GRAFICA No. 1



CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN, ANTECEDENTES GESTACIONALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES.

GESTACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1	4	20 %
2	3	15 %
3	2	10 %
4	1	5 %
5	2	10 %
6	0	0 %
7	5	25 %
8	2	10 %
9	1	5 %
TOTAL	20	110 %

Del total de 20 pacientes estudiadas el 25 % de las mismas tenían antecedentes de 5 gestaciones con el actual Embarazo Ectópico. Continuando las pacientes con cuatro gestaciones que representan el 20 % del total. Llamando la atención que la primera gestación es la actual, que constituye un Embarazo Ectópico.

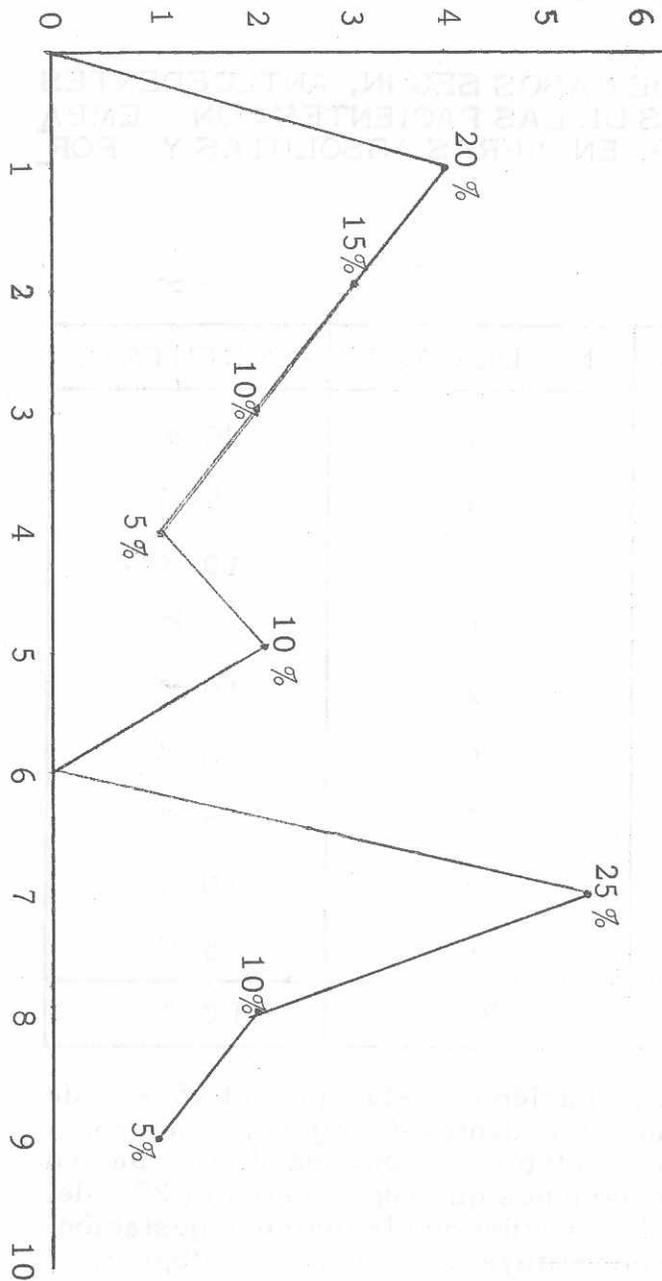
CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN PARIDAD, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES EN 20 CASOS, ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

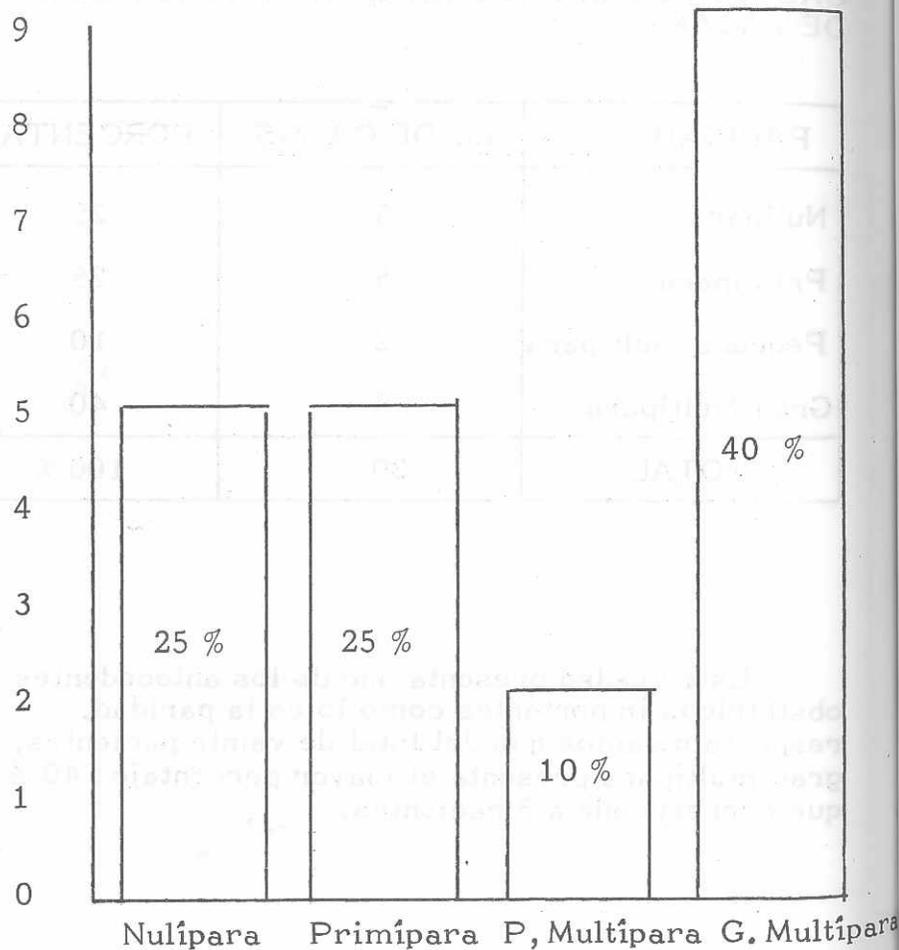
PARIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Núlípara	5	25
Primípara	5	25
Pequeña Múltipara	2	10
Gran Múltipara	8	40
TOTAL	20	100 %

Este cuadro presenta uno de los antecedentes obstétricos importantes como lo es la paridad. Al respecto notamos que del total de veinte pacientes, la gran múltipara presenta el mayor porcentaje; 40 % - que corresponde a 8 pacientes.

GRAFICA No. 2

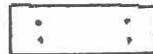


GRAFICA No. 3



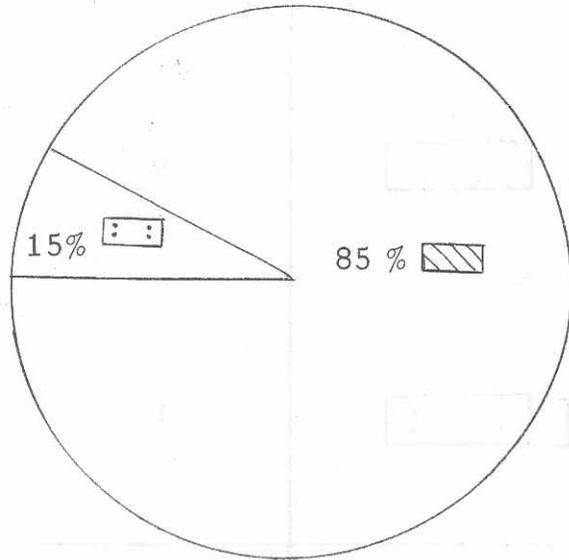
CUADRO No. 4

CUADRO CON DISTRITUCION DE CASOS SEGUN ABORTOS EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, EN VEINTE CASOS ESTUDIADOS.

No. DE ABORTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
<b>I</b> 	6	85 %
<b>II</b> 	1	15 %
	7	100 %

Con respecto a los abortos, este cuadro respresenta la incidencia de 7 del total de pacientes; constituye el 85 % a 6 pacientes que refirieron tener un aborto. El 15 % que corresponde a una paciente que refirio haber presentado dos abortos.

GRAFICA No. 4



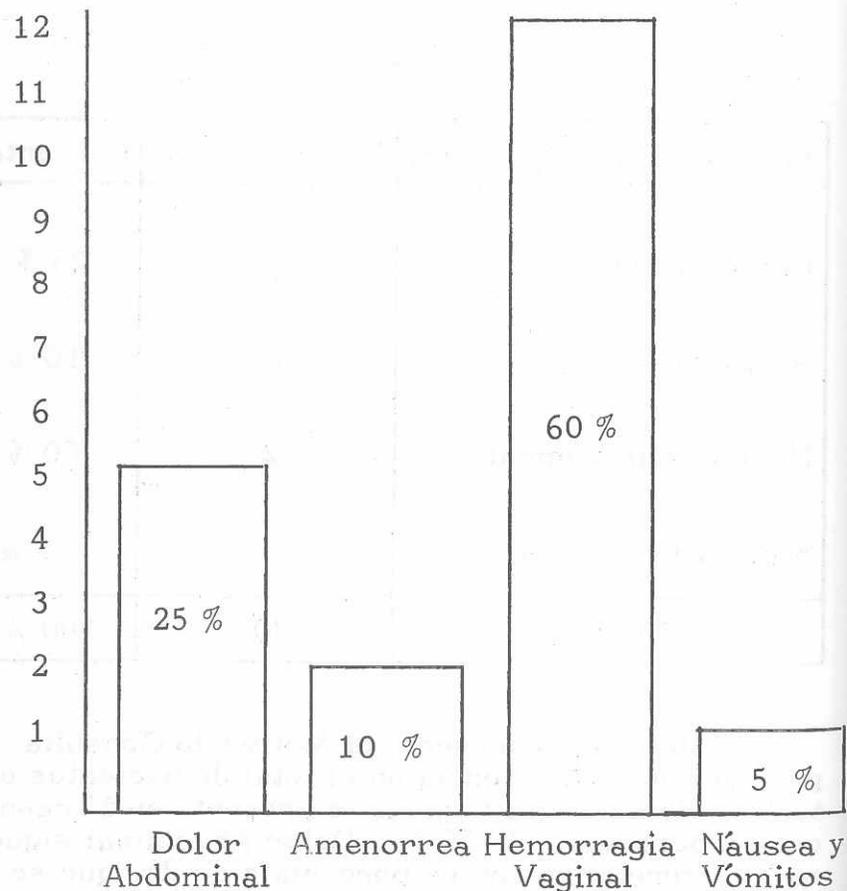
CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE CASOS, SEGUN: MOTIVO DE CONSULTA. EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, EN VEINTE CASOS ESTUDIADOS.

MOTIVO DE CONSULTA	No. de Casos	Porcentaje
Dolor Abdominal	5	25 %
Amenorrea	2	10 %
Hemorragia Vaginal	12	60 %
Náusea y Vómitos	1	5 %
TOTAL	20	100 %

Este cuadro presenta el Motivo de Consulta que presentó más frecuencia en el total de pacientes en estudio. Hemorragia Vaginal se presentó en 12 casos - con un porcentaje de 60 %. Dolor Abdominal sigue en orden correlativo con un porcentaje de 25, que se presentó en 5 pacientes.

GRAFICA No. 5

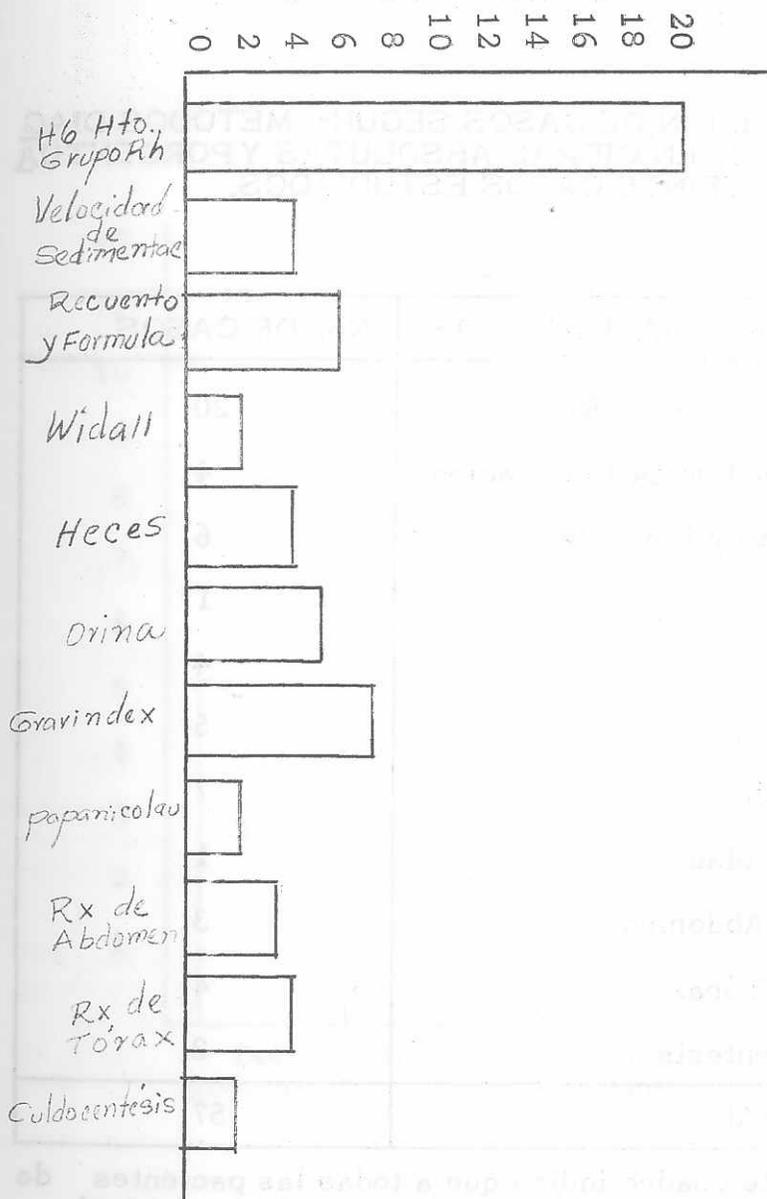


CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN: METODOS DIAGNOSTICOS, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, EN VEINTE CASOS ESTUDIADOS.

METODOS DIAGNOSTICOS	No. DE CASOS
Hb Hto. Grupo Rh	20
Velocidad de Sedimentacion	4
Recuento y Fórmula	6
Widall	1
Heces	4
Orina	5
Gravindex	7
Papanicolau	1
R x de Abdomen	3
R x de Tórax	4
Culdocentesis	2
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>

Este cuadro indica que a todas las pacientes de los 20 casos estudiados, se les efectuó Hematología, - hematocrito y Grupo Rh. Prueba de Embarazo (Gravindex) 7 Pacientes. Culdocentesis, dos pacientes.



GRAFICA No. 6

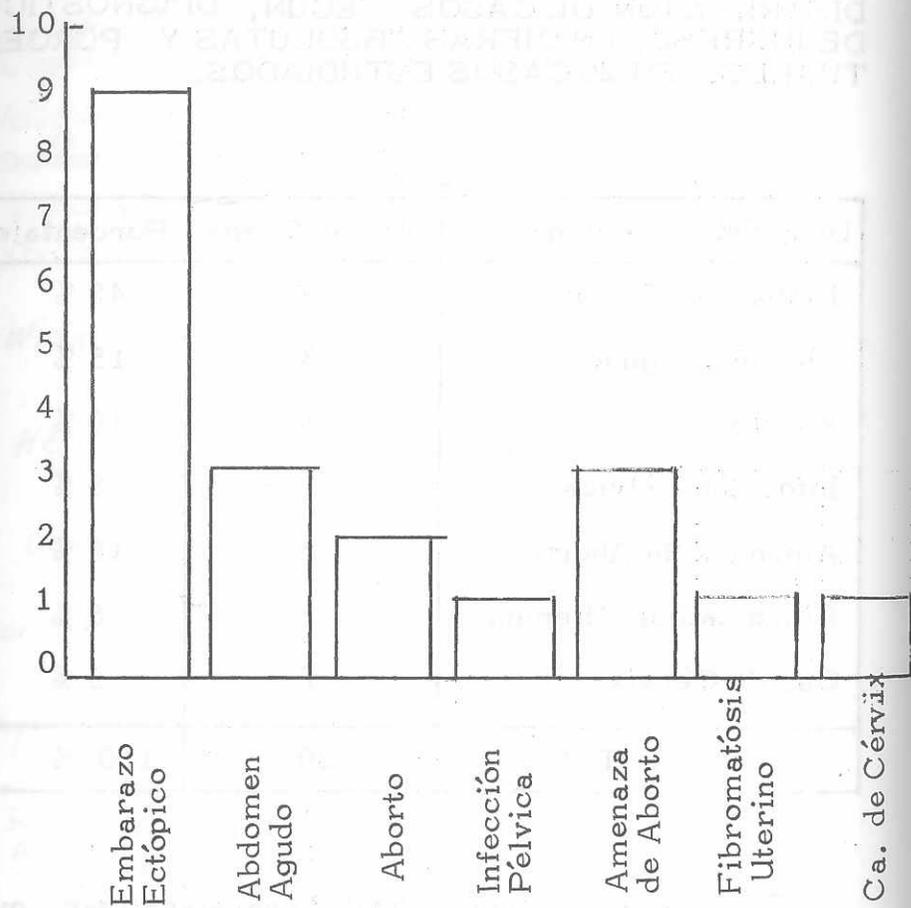
CUADRO No. 7

DISTRIBUCION DE CASOS, SEGUN, DIAGNOSTICO DE INGRESO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES, EN 20 CASOS ESTUDIADOS.

Diagnóstico de Ingreso	No. de Casos	Porcentaje
Embarazo Ectópico	9	45 %
Abdomen Agudo	3	15 %
Aborto	2	10 %
Infección Pélvica	1	5 %
Amenaza de Aborto	3	15 %
Fibromatosis Uterina	1	5 %
Ca. de Cérvix	1	5 %
TOTAL	20	100 %

Este cuadro es representativo para analizar que el Diagnóstico de Ingreso más frecuente fue de Embarazo Ectópico, del total de 20 casos estudiados que le corresponde un 45 % , encontrado en 9 casos.

GRAFICA No. 7

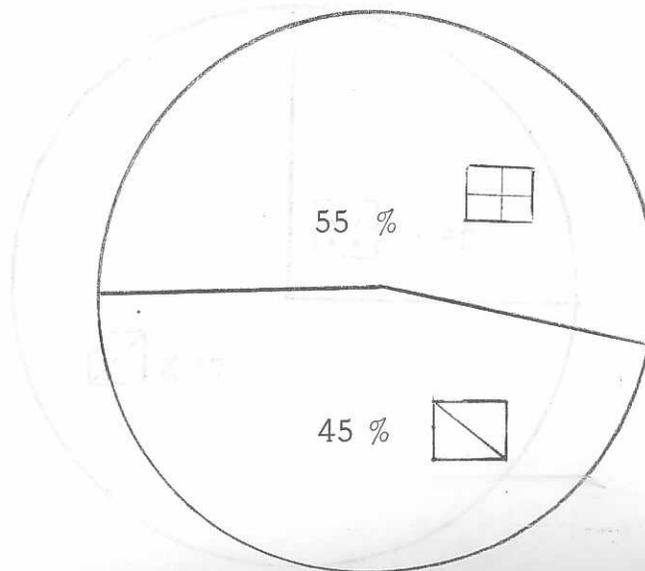


CUADRO Y GRAFICA No. 8

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN: TIPO DE ANESTESIA QUE SE UTILIZO, EXPRESADO EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES EN 20 CASOS ESTUDIADOS.

En este cuadro y gráfica se puede apreciar: que el tipo de anestesia que más se utilizó en Laparatomías - Exploradoras fue la Raquídea en un 55 %. Anestesia General 45 %.

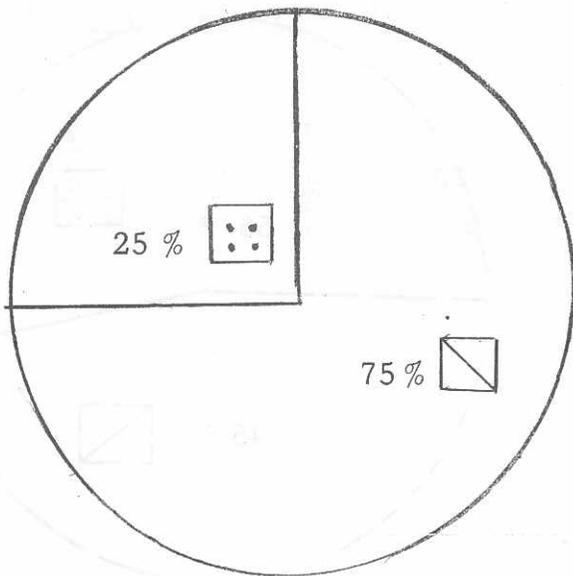
ANESTESIA	No. de CASOS	%
GENERAL 	9	45
RAQUIDEA 	11	55



CUADRO Y GRAFICA No. 9

REPRESENTA LA FRECUENCIA ANATOMICA DE EL EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES.

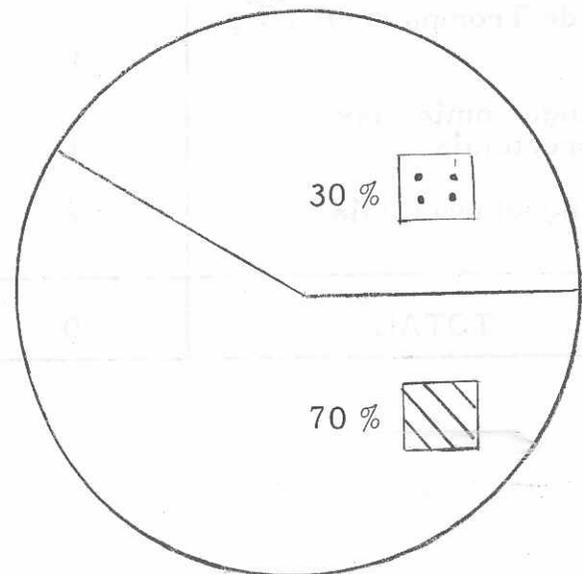
Localización Anatómica	No, de Casos	%
Embarazo Tubárico Derecho 	15	75
Embarazo Tubárico Izquierdo 	5	25
TOTAL	20	100



CUADRO Y GRAFICA No. 10

Representa el estado del Embarazo Ectópico en el momento del Acto Operatorio. Se encontraron 14 rotos, con un porcentaje de 70 % y 30 %, no rotos que se encontró en 6 pacientes.

Estado de Embarazo Ectópico	No. de casos	%
EMBARAZO Ectópico roto 	14	70
EMBARAZO Ectópico no roto 	6	30
TOTAL	20	100



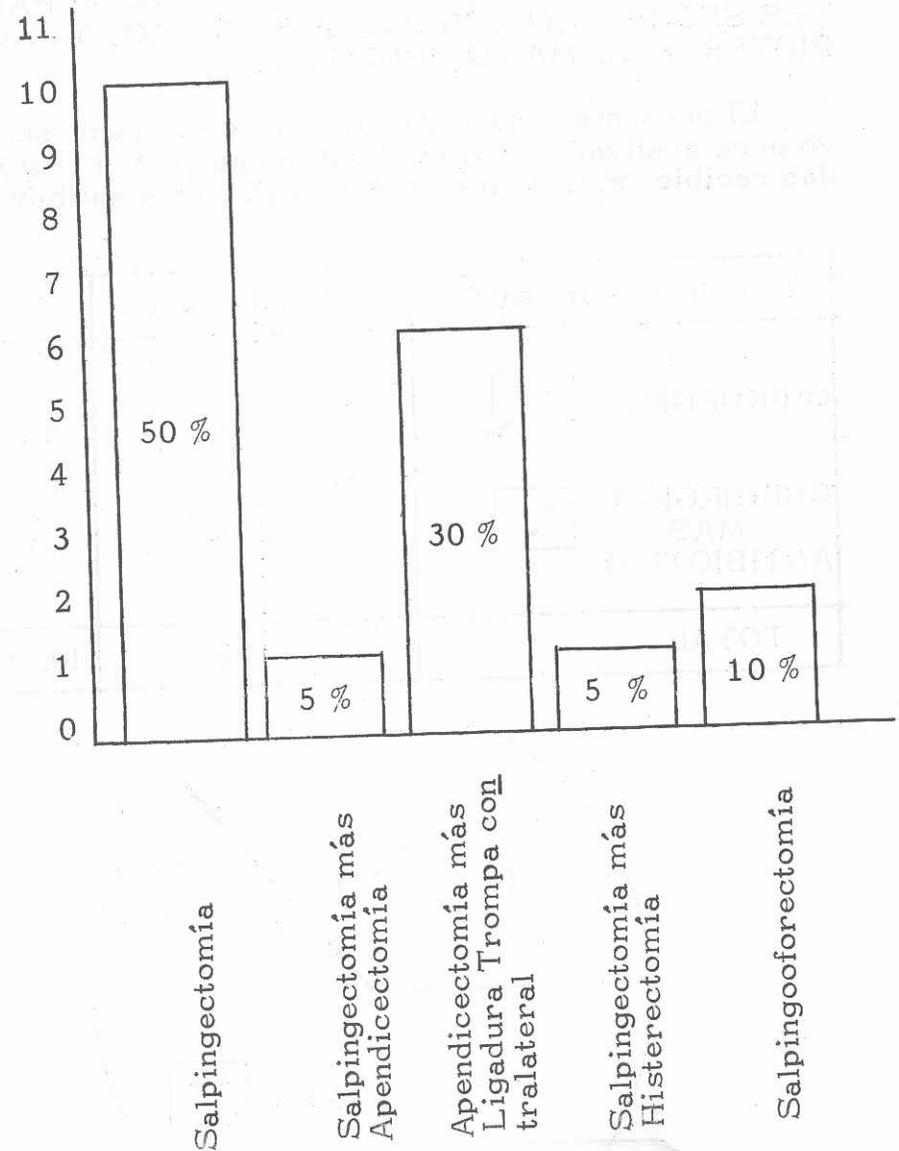
CUADRO No. 11

Este cuadro representa el procedimiento quirúrgico efectuados a las pacientes intervenidas quirúrgicamente, con diagnóstico de Embarazo Ectópico.

Analizando este cuadro nos indica que la Salpingectomía ocupa un primer lugar en los procedimientos quirúrgicos con un 50%. En orden correlativo Salpingectomía más Ligadura de trompa contralateral.

Procedimiento Quirúrgico	No. de Casos	%
Salpingectomía	10	50
Salpingectomía más Apendicectomía	1	5
Salpingectomía más Ligadura de Trompa contralateral	6	30
Salpingectomía más Histerectomía	1	5
Salpingooforectomía	2	10
TOTAL	20	100%

GRAFICA No. 11

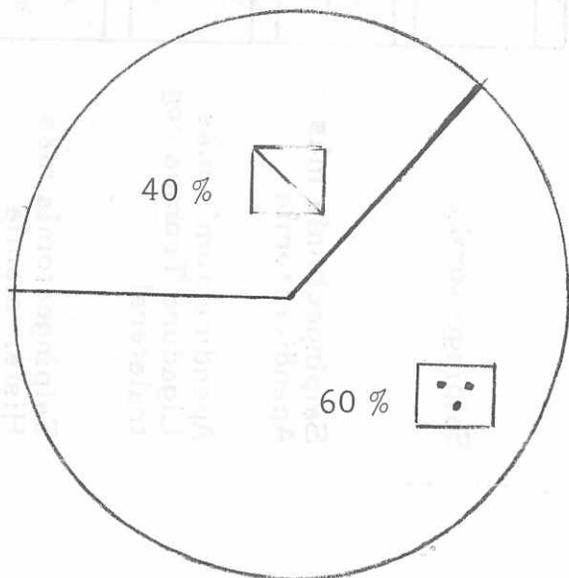


CUADRO Y GRAFICA No. 12

CUADRO Y GRAFICA CON DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN TRATAMIENTO QUIRURGICO, Y ANTI BIOTERAPICO MAS QUIRURGICO.

El presente cuadro y gráfica nos es representativo para analizar que el 60 % de las pacientes estudiadas recibieron tratamiento quirúrgico más antibiótico.

Tipo de Tratamiento	No. de Casos	%
QUIRURGICO 	8	40
QUIRURGICO MAS ANTIBIOTICO 	12	60
TOTAL	20	100 %



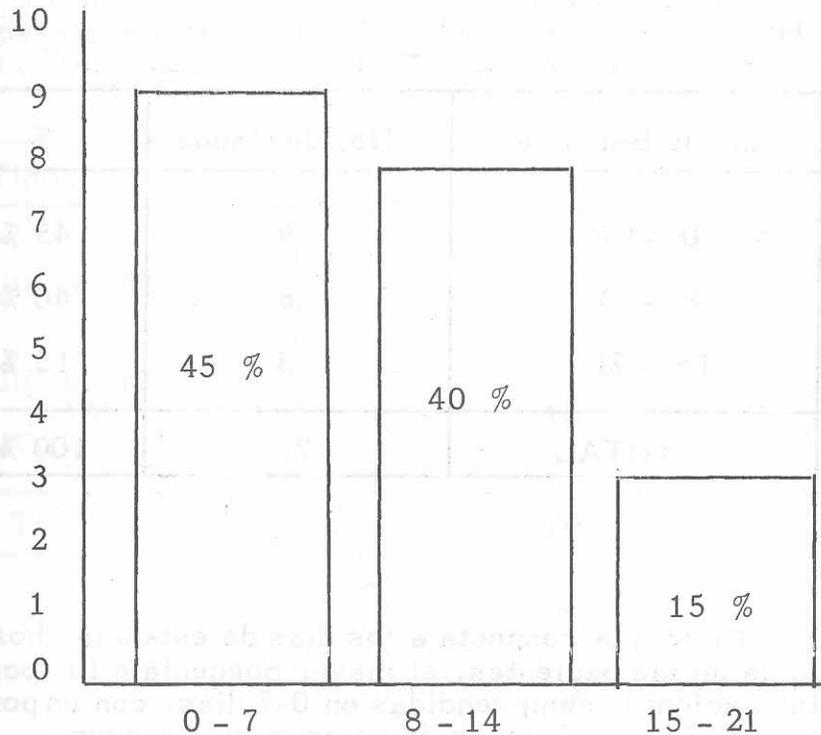
CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE CASOS SEGUN DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EN CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTUALES.

Dias de Estancia	No. de Casos	%
0 - 7	9	45 %
8 - 14	8	40 %
15 - 21	3	15 %
TOTAL	20	100 %

En lo que respecta a los dias de estancia hospitalaria de las pacientes, el mayor porcentaje lo ocupan las pacientes comprendidas en 0-7 dias, con un porcentaje de 45 %. A pesar de no presentar ninguna complicación Post- operatoria.

GRAFICA No. 13



## CONCLUSIONES

- 1.- De el presente estudio se concluye que la incidencia de Embarazo Ectópico en el Hospital Regional de Zacapa es de 0.098 %, en relación al total de partos atendidos.
- 2.- El grupo etáreo más afectado es el comprendido entre los 31 y 35 años, similar a los reportados en otros estudio
- 3.- En cuanto a antecedentes gestacionales, laspacientes presentan en un 25 % siete gestaciones. En un 20 % una gestación.
- 4.- Tomando en cuenta la paridad de las pacientes en estudio, fueron las múltiparas las que presentaron el mayor porcentaje, de 40 % con 8 partos.
- 5.- La frecuencia reportada por el estudio sobre abortos en las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico alcanza el 35 %.
- 6.- Las características clínicas que las pacientes presentaron al momento de su ingreso son las mismas descritas por los trabajos anteriores y la literatura revisada.
- 7.- El diagnóstico de ingreso de Embarazo Ectópico, es de 45 %, comprobados por Laparatomía exploratoria.
- 8.- La Culdocentesis se efectuó únicamente en dos pacientes, como método diagnóstico.
- 9.- En cuanto a la implantación ectópica más frecuente del Embarazo Tubárico, fué de 75 % que co

responde en el lado derecho .

- 10.- El tipo de anestesia más utilizado fue la Raquídea, a pesar de no ser el tipo de anestesia ideal para tratamiento quirúrgico de Embarazo Ectópico ni de Laparatomía Exploratoria.
- 11.- Después de la Salpingectomía se encontró que el procedimiento quirúrgico más utilizado fue la Salpingectomía más Liagadura de trompa contralateral. En menor frecuencia Salpingooforectomía.
- 12.- Al 60 % de las pacientes afectadas, se les administró tratamiento con antibióticos después de la intervención quirúrgica.
- 13.- El tratamiento antibióticoterapico es la única justificación del tiempo de **Estancia Hospitalaria**, que es un promedio de 7 días.
- 14.- Los diagnósticos de Embarazo Ectópico se realizan cuando ya se han roto en un 70 %, que corresponde a 14 pacientes del total de pacientes estudiadas.
- 15.- No se pudo determinar la causa más frecuente que predispone a Embarazo Ectópico, por falta de antecedentes en historias revisadas.
- 16.- No se encontró ninguna complicación Post-Operatoria en el estudio realizado.
- 17.- La mortalidad materna por Embarazo Ectópico en el presente trabajo de 0 % .

## RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar una historia Clínica completa y llenar adecuadamente cada uno de los aspectos que conforman dicha historia. Con lo anterior se facilitará la realización de estudios posteriores.
- 2.- Continuar con la organización actual que tiene el departamento de Archivo y Estadística, para que facilite la elaboración de investigaciones, tanto a nivel administrativo como académico.
- 3.- Utilizar la Culdocentesis como método diagnóstico con más frecuencia.
- 4.- Efectuar una nota operatoria completa (Record - Operatorio) de cada paciente a quien se le efectúe procedimiento operatorio.
- 5.- Recomendaciones muy importante para estudios futuros, es que al encontrar un Embarazo Ectópico Tubárico en el acto quirúrgico se especifique que porción de la trompa estaba localizado.
- 6.- Para completar el estudio médico de la paciente , enviar a Patología la pieza operatoria para su diagnóstico histológico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alegría Paz, Ana María del Carmen. Incidencia de Embarazo Ectópico en el Hospital General de Occidente. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala Septiembre - 1, 1979.
- 2.- Benson Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Sexta Edición. Editorial El Manual Moderno. S. A. Mexico. D.F. 1979. pp.219-224.
- 3.- Espinoza López Alejo. Embarazo Ectópico. Revista de Federación Centro Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Volumen 4. No. 3. Julio, Agosto, Septiembre 1964. - Unión Tipográfica, Guatemala, C. A. pp. 13.
- 4.- Figueroa Pérez Ana Violeta. Embarazo Ectópico Abdominal Avanzado. Reporte de un caso - con feto vivo manejado en el Departamento de Maternidad del Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Marzo 1980.
- 5.- Jop Gazel, Enrique. Embarazo Ectópico en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt. Estudio de 431 casos de Junio 1966 a Diciembre de 1979. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Marzo 1980.
- 6.- Käser, Francfort del M., V. Friedberg y Col. Ginecología y Obstetricia. Tomo I. Primera Edición. Salvat Editores S.A. España, 1972.
- 7.- Montejo Fernández Miriam Rosalinda. "Manejo - del Embarazo Ectópico". (Estudio retrospectivo de 10 años en el Departamento de Ginecología del Hospital San Juan de Dios). Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Abril 1980.
- 8.- Mora Dominguez, Julio Estuardo. Embarazo Abdominal. Revisión de tres casos en el Hospital Nacional de Escuintla. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, Junio 1978.
- 9.- Novak Edmundo R. Jones, Georgeanna Seagar; Jones Hward W. Tratado de Ginecología. Editorial - Interamericana. Novena Edición en español, 1977. México D.F. pp. 551-569.
- 10.- Schwarcz Sala Duvergez. "Obstetricia". Editorial "El Ateneo". Pedro García. S.S. Buenos Aires. Argentina. pp. 512-518.
- 11.- Sosa Galicia Francisco y Luis Figueroa Marroquín. Manual de Histología. Cultural Centroamericana. S.A. Segunda Edición. Guatemala, C.A. 1971.- pp. 409 - 420.
- 12.- Hellman M. Louis y Pritchard, A. J. "Williams - Obstetricia". Salvat Editores. S.A. Barcelona ; Madrid. 1973. pp. 466-481.

Dr. Carlo C...  
CARLO C...

Dr. Eduardo Rodríguez  
EDUARDO RODRÍGUEZ

Dr. Jose Toribio Duarte Eljardo  
Revisor  
JOSE TORIBIO DUARTE ELJARDO

Dr. Carlos Waldheim  
Director de Fase III  
Carlos Waldheim

Dr. Raul A. Castillo R.  
Secretario  
Raul A. Castillo R.

Vo. No.

Dr. Rolando Castillo Montalvo  
Decano  
Rolando Castillo Montalvo