

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EFFECTIVIDAD DE LA CULDOCENTESIS EN EL
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO**

Estudio realizado en 79 registros clínicos de
pacientes atendidas en el Departamento de
Ginecología del Hospital Roosevelt, con
diagnóstico clínico o trans-operatorio
de embarazo ectópico. En el período
comprendido del 1 de enero de 1989
al 31 de diciembre de 1993, Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

NORMA ARACELY LEON OSORIO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1994.

D2 HOSPITAL ROOSEVELT

05

+ (6941)

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713384 - 713387

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVLT"

Al contestar el presente oficio sirvase
hacer referencia al

No. _____

08 de abril de 1994

Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud
Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de investigación "EFECTIVIDAD DE LA CULDOCENTESIS EN EL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO" realizado por la Br. NORMA ARACELY LEON OSORIO, fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por el Departamento de GINECOLOGIA del Hospital, y reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 110. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,


Dr. Octavio Figueroa Aguilar
Presidente
Comité de Docencia e Investigación



OFA/edb



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 5 de abril de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS NORMA ARACELY
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
LEON OSORIO Carnet No. 88-12514
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"EFECTIVIDAD DE LA CULDOCENTESIS EN EL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO
ECTOPICO"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

M. Marco Julia García Escobar.
Médico y Cirujano
Colegiado 1971

Dr. Oscar Rolando Calderón Don
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COLEGIADO No. 3959


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 16778

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

El Bachiller: NORMA ARACELY LEON OSORIO

Carnet Universitario No. 89-12514

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado: "EFECTIVIDAD DE LA GULDOCENTESIS EN EL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO"

Avalado por asesores y revisor, por lo que se emite la presente ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 5 de abril de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

IMPRIMASE :

Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco



I N D I C E

I.	Introducción	1
II.	Definición del problema	3
III.	Justificación	5
IV.	Objetivos	6
V.	Revisión bibliográfica	7
VI.	Metodología	23
VII.	Presentación de resultados	29
VIII.	Análisis y discusión de resultados	52
IX.	Conclusiones	57
X.	Recomendaciones	58
XI.	Resumen	59
XII.	Bibliografía	61
XIII.	Anexos	62

I. INTRODUCCION

En el presente trabajo se evaluó la efectividad de la culdocentesis en el diagnóstico de embarazo ectópico, en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, mediante la revisión de historias clínicas de los últimos cinco años.

Para la realización de éste estudio se acudió al servicio de Ginecología para revisar los libros de sala de operaciones de dicho departamento y de esa manera obtener los números de registro de las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por éste problema; posteriormente se acudió al servicio de registros médicos, con el fin de revisar las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, excluyéndose del estudio las papeletas de las pacientes a quienes no se les realizó culdocentesis, durante el período del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

Los datos recabados fueron: edad, grupo étnico, procedencia, antecedentes obstétricos, historia de embarazo ectópico previo, diagnóstico de ingreso y operatorio, resultado de culdocentesis, hallazgos operatorios y resultado de patología, para lo cual se utilizó una boleta de recolección de datos, elaborada para el efecto.

Durante el estudio se encontraron 159 pacientes que habían sido tratadas por embarazo ectópico, de las cuales por ser erróneo el número de registro o por haber sido descartados los registros en el archivo, solamente fué posible revisar 140 papeletas de las cuales 115 correspondían embarazo ectópico y de éstas, solamente a 79 pacientes se les había realizado culdocentesis, las cuales fueron tomadas para la realización del estudio.

Lo que nos incentivó a realizar éste estudio fué el hecho de que la culdocentesis es una técnica diagnóstica fácil de realizar, de bajo costo y con muy pocas complicaciones y que de hecho se realiza con mucha frecuencia en éste hospital, sin que a la fecha exista un estudio que demuestre la efectividad de la misma en el diagnóstico de embarazo ectópico realizado en éste Hospital, lo cual es importante tener presente para determinar la conducta a seguir en el futuro.



II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha observado un gran aumento en el número de embarazos ectópicos reportados, incrementándose de 4.5 por 1000 en 1970 a 14 por 1000 embarazos reportados en 1983 (1); viéndose ésto favorecido por una mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, dando mayor incidencia de salpingitis con la consecuente formación de adherencias y deformación de las estructuras anatómicas involucradas en el proceso de la procreación; asimismo la difusión del uso de Dispositivo intrauterino (DIU), que evitan los embarazos intrauterinos pero no los extrauterinos, y que además alteran la motilidad tubárica; esterilización tubárica incompleta, sobre todo las realizadas con coagulación endoscópica, que fué un antecedente encontrado en el 51% de las pacientes con embarazo ectópico en Estados Unidos (EEUU) en 1991 (9),(1), inducción de la fertilidad con agentes ovulatorios como clomid y pergonal que aumentan la duración de la ciclos un 2.7%, provocando además hiperestrogenismo que a su vez interfiere en el transporte el óvulo fecundado y favorece su anidación a nivel tubárica mayormente si existe foco ectópico de endometrio, siendo todos estos factores que retardan o impiden el paso del huevo a la cavidad uterina.(2)

En EEUU en 1991 encontraron el 80% de los casos en mujeres entre 15 y 44 años independientemente de la raza, y según raza encontraron una incidencia de 2.5% mayor en mujeres negras en relación con las blancas (1); localizándose en el

95% de los casos en la trompa y de éstos del 75-80% ubicado en la región ampular; en todos los casos se encontró un período corto de amenorrea, usualmente de 4 a 8 semanas, aunque en el 15% de los casos podría presentarse hasta 12 semanas.(9)

Se han utilizado diferentes métodos diagnósticos para el diagnóstico de embarazo ectópico, siendo muy importantes la historia clínica y el examen físico, ayudándose de otros métodos como el Ultrasonograma (USG) y laparoscopia los cuales necesitan equipo especial costoso y que no siempre está al alcance.(7)

Culdocentesis es la técnica de aspiración transvaginal a través del fondo de saco posterior, es la técnica más simple para identificar hemoperitoneo, no necesita hospitalización y solamente requiere de: antiséptico, gasas estériles, tenáculo, aguja de calibre 16 o 18 y jeringa (6). En EEUU en 1991 encontraron culdocentesis positiva en el 70-90% de los casos y negativa solamente en 10% de pacientes con embarazo ectópico (1). El uso de ésta técnica como método diagnóstico es muy difundido; en éste hospital se utiliza con mucha frecuencia, por lo que se considera importante determinar, cual será la efectividad de la culdocentesis en el diagnóstico de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el departamento de ginecología del Hospital Roosevelt.

III. JUSTIFICACION

En Guatemala, de cada 200 embarazos normales 1 es embarazo ectópico, variando la mortalidad materna entre el 0.5%-2%, sin embargo, éste porcentaje se incrementa hasta el 70% en las pacientes que consultan después de una semana de iniciados los síntomas.

El embarazo ectópico es un problema que se está dando cada vez con más frecuencia, y en el que en muchas ocasiones no se dispone de equipo sofisticado y costoso para hacer el diagnóstico. Teniendo más al alcance, la Culdocentesis que es un método fácil de realizar, de bajo costo, con muy pocas complicaciones que puede realizarse sin necesidad de hospitalización, y de hecho se realiza con mucha frecuencia en éste hospital, considerándose importante la realización de éste trabajo ya que a la fecha no existe un estudio que determine la efectividad de la culdocentesis en el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Roosevelt.

IV. OBJETIVOS

A. General:

1. Determinar la efectividad de la culdocentesis, en el diagnóstico de embarazo ectópico en el departamento de ginecología del Hospital Roosevelt.

B. Específicos:

1. Determinar el porcentaje de pacientes con embarazo ectópico que se les realizó culdocentesis.
2. Determinar el porcentaje de culdocentesis positivas, verdaderas y falsas, así como negativas verdaderas y falsas, en pacientes con diagnóstico transoperatorio de embarazo ectópico.
3. Correlación entre el resultado de culdocentesis y el hallazgo trans-operatorio de embarazo ectópico roto o no roto.
4. Determinar el porcentaje de embarazos ectópicos encontrados trans-operatoriamente, y que ingresaron con dicho diagnóstico.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. EMBARAZO ECTOPICO

En un embarazo intrauterino normal, el blastocisto se implanta en el endometrio que reviste la cavidad uterina. La implantación registrada en cualquier otro punto se designa con el nombre de embarazo ectópico. Aunque más del 95% de los embarazos ectópicos afectan la trompa de falopio, el embarazo tubárico no es sinónimo de gestación ectópica, sino tan sólo el tipo más corriente de dicha modalidad. (9)

1. Etiología:

a. Procesos que impiden o retrasan el paso del huevo fertilizado al interior de la cavidad uterina.

1) Salpingitis:

La endosalpingitis produce aglutinación de los pliegues arborecentes de la mucosa tubárica, con estrechamiento de la luz o formación de fondos de saco. La reducida ciliación de la mucosa tubárica debida a infección puede también contribuir a la implantación tubárica del cigoto.

2) Adherencias peritubáricas:

Secundarias a una infección pélvica o a apendicitis, que produce el acodamiento de la trompa y el estrechamiento de su luz.

3) Anomalías embrionarias de la trompa:

Como los divertículos, bocas accesorias, hipoplasia, trompas atrésicas o infantiles las cuales tienen una longitud mayor. (9)

4) Operaciones previas sobre la trompa:

Ya sea para restablecer la permeabilidad, o bien en un intento de alterar la continuidad (ligadura o resección tubárica), encontrándose una prevalencia de 3.55 embarazos ectópicos por 1000 esterilizaciones (5). El antecedente de esterilización por laparoscopia, con ligadura o electrocauterio se encontró en el 51% de los casos de embarazo ectópico, y solamente 12% de las pacientes no tenían antecedente de laparoscopia, de los cuales 75% se encontraron en la porción distal de las trompas. (1).

5) Tumores que distorsionan la trompa:

Tales como miomas y masas anexiales.

6) Migración externa del óvulo:

El retraso en el transporte del óvulo fertilizado, secundario a la emigración externa del mismo, aumenta las propiedades invasoras del blastocisto que aún se encuentra en el interior de la trompa.

7) Reflujo menstrual:

El retraso de la fertilización del óvulo con hemorragia menstrual en el momento habitual podría teóricamente impedir que penetrase en el útero o bien hacerlo retroceder hacia la trompa. Se disponen pocas pruebas que corroboren ésta hipótesis.

8) Uso de DIU:

El cual solamente protege contra el embarazo intrauterino, y además altera la motilidad tubárica. (2). Según el tipo de dispositivo que se utilice, se encontró que el 47.6% utilizaba asa de lipes o T de cobre, y en el 10% de los casos se encontró que usaban la TCU 380A que es la que se utiliza actualmente. (1)

b. Aumento en la receptividad del óvulo fertilizado por parte de la mucosa tubárica.

1) Elementos endometriales ectópicos:

Esto puede facilitar la implantación tubárica. Muchos observadores han descrito focos de endometriosis en las trompas de falopio, aunque constituyen un hallazgo infrecuente.

2. Factores de Riesgo:

En los últimos años se ha observado una duplicación del número de embarazos ectópicos. Las causas de este aumento son múltiples, y entre ellas destacan:

- a. Incremento de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual que afectan a la trompa, con lesión de la mucosa tubárica aunque sin oclusión completa de la luz.
- b. Difusión de los anticonceptivos, que evitan los embarazos intrauterinos pero no los extrauterinos, en especial los dispositivos intrauterinos y posiblemente los progestágenos a bajas dosis.
- c. Las esterilizaciones tubáricas incompletas, sobre todo las realizadas con coagulación endoscópica.
- d. El aborto seguido de infección.
- e. Inducción de fertilidad con agentes ovulatorios.(2), como clomid y pergonal, que aumentan la duración de los ciclos en 2.7%, además de provocar hiperestrogenismo que interfiere en el transporte y favorece la anidación a nivel tubárico. (1).
- f. Intervenciones quirúrgicas pelvianas previas, (por la formación de adherencias que distorsionan la trompa).
- g. Técnicas de diagnóstico mejores y más precoces, con lo que se hace el diagnóstico tempranamente.

3. Epidemiología:

- a. E.E.U.U. reporta 1.4 por 100 embarazos normales, (1) y en Guatemala 1 en 200 embarazos normales. (protocolo).
- b. Finlandia reporta 1.56 casos por 1000 mujeres entre 15-44 años. (11)
- c. Un 80% de los casos en EEUU se encuentra en mujeres entre 15-44 años independientemente de la raza, determinado por mayor actividad sexual durante esta edad. (1).
- d. Negras en 2.5% más que en las mujeres de raza blanca.
- e. Mortalidad materna en términos generales se reporta entre 0.5- 2%, aunque se reporta de hasta el 70% en las mujeres que consultan hasta 1 semana después del inicio de los síntomas, y 50% de las pacientes en que el tratamiento ha sido diferido.(1)
- f. Mortalidad fetal 100%.

4. Signos y síntomas:

La paciente se encuentra frecuentemente con taquicardia, hipertensión diastólica, definida como presión diastólica igual o mayor a 90mmHg, y raramente febril. En la mitad de las pacientes el abdomen está tenso, y al examen bimanual se encuentra una masa anexial o una discreta masa en el fondo de saco posterior, útero de tamaño de embarazo de 7-8 semanas en el 25% de las pacientes, aunque en el 10% de los casos el examen puede ser normal.

El shok hipovolémico resulta de la hemorragia intraperitoneal masiva, y ocurre en el 5% de las pacientes, de las cuales algunas presentan hipotensión, pero no taquicardia, encontrándose una variación importante de la respuesta hemodinámica en las diferentes pacientes.(7)

Triada clásica:

Masa parauterina o en anexos

Dolor

Hemorragia

Amenorrea corta frecuentemente entre 4-8 semanas, aunque en algunos casos se ha encontrado período de amenorrea inferior a 4 semanas y en el 15% de los casos periodos de amenorrea prolongados hasta 12 semanas.(7)

Pseudomenstruación

Nausea, mareos y secreción mamaria

Signo de Salmón: Anisocoria, midriasis ipsilateral

Signo de Lafontaine: Dolor en hombro derecho, por irritación peritoneal.

Signo de Cullen: Coloración violeta periumbilical.

Signo de Oddy: Cateterización dolorosa de la vejiga.

Signo de Prost: Fondo de saco y cérvix, dolorosos al tacto vaginal.

Signo de Solowin: Sensación de coágulos que crepitan en abdomen.

Signo de Retrete: Al defecar, tiene la sensación de que algo se le rompe por dentro. (1).

5. Procedimientos diagnósticos:

- a. Hematócrito normal a menos que exista hemoperitoneo importante.
- b. Alfa feto proteína normal o elevada, aunque en el caso de rotura tubárica se encuentra muy elevada.
- c. Gonadotropina coriónica urinaria positiva en 10-50% de casos.(1).
- d. Subunidad alfa y beta de HCG positiva en el 88-100% de las pacientes con concentración de 2000mUI/ml, dependiendo del método que se utilice.

6. Ubicación:

- a. Trompas uterinas en el 90-95%, encontrándose bilateral entre 750-1580 de los embarazos ectópicos, y por su ubicación en la misma se divide en:

Intersticial	2%	
Itsmo	13%	
Ampular	75-80%	
Infundibular	5%	(9)

Casi siempre la paciente cree que su embarazo es normal, que está abortando un embarazo intrauterino, o ni siquiera sospecha que está embarazada. En el caso clásico de rotura de embarazo tubárico, la menstruación normal es reemplazada por una ligera hemorragia vaginal. De súbito, la mujer siente un intenso dolor en

la parte baja del abdomen, el cual puede ser unilateral, bilateral, a menudo descrito como de carácter brusco, desgarrador o punzante muy agudo. Se desarrollan trastornos vasomotores, que oscilan desde un vértigo a un verdadero síncope y la paciente presenta palidez. La palpación abdominal descubre hipersensibilidad, y el examen vaginal, en especial la movilización del cuello uterino, produce un agudo dolor. El fórnix posterior de la vagina puede abombarse a causa de la presencia de sangre en el fondo de saco, o puede palparse una masa hipersensible y cenagosa en un lado del útero. Más o menos el 50% de la pacientes que padecen hemorragia intraperitoneal significativa manifiestan síntomas de irritación diafragmática, con dolor en el cuello o en el hombro con más frecuencia en la inspiración.

No se registra historia de amenorrea en un 25% de los casos, a menudo porque la paciente confunde la hemorragia patológica, que frecuentemente ocurre en el embarazo tubárico con un verdadero período menstrual, ésta hemorragia suele ser escasa, de color marrón oscuro, y puede ser intermitente o continua. A causa de la acción de las hormonas placentarias, el útero crece durante los 3 primeros meses de una gestación tubárica hasta alcanzar casi el mismo tamaño que tendría en un embarazo intrauterino.

1) Diagnóstico diferencial:

Los procesos más a menudo confundidos con embarazo tubárico son: 1) Salpingitis aguda o crónica, 2) amenaza de aborto o aborto incompleto de embarazo intrauterino, 3) rotura de un cuerpo lúteo o de un quiste folicular con hemorragia intraperitoneal, 4) torsión de un quiste ovárico, 5) apendicitis, 6) gastroenteritis, 7) molestias de un dispositivo intrauterino. (9)

2) Posibles terminaciones del embarazo tubárico:

- a) Rotura tubárica: Como resultado de la acción erosiva del trofoblasto, que se presenta con hipotensión, pulso rápido, y dolor abdominal (4); puede además acompañarse de hemorragia en la cavidad peritoneal, ligera, profusa o hasta mortal (7), la ruptura de la serosa tubárica se encuentra de 10-90% dependiendo de la población estudiada. (1)
- b) Aborto tubárico: Se refiere a que el huevo se separa de la pared tubárica, con hemorragia dentro de la trompa y por el orificio fimbriado, que puede estar lleno de coágulos. Frecuentemente pasa inadvertido, causando sólo grados mínimos de hemorragia que terminan espontáneamente.

- c) Embarazo abdominal secundario: Cuando se produce rotura de la trompa el producto de la concepción puede ser expelido al abdomen, y reimplantarse en la superficie peritoneal del oviducto, ligamentos anchos o intestino delgado.
- d) Embarazo del ligamento ancho o intraligamentoso: Cuando la perforación de la trompa se efectúa a lo largo de la línea de unión del mesosalpinx, el embrión escapa entre los pliegues del ligamento ancho, y es seguido gradualmente por la placenta, que aún permanece fijada. Pueden alcanzar estadios muy avanzados, y en muchos casos han llegado a término.
- e) Regresión espontánea: Esto lo demuestra el hallazgo ocasional de vellosidades antiguas hialinizadas en las trompas, mucho tiempo después de haber tenido lugar el embarazo. En tales casos el embrión ha sucumbido en fase temprana, con regresión de la placenta y síntomas no muy graves o agudos para requerir atención médica.

f) Momificación del feto: Puede ocurrir en embarazos tubáricos raros que han pasado inadvertidos y que han llegado a fases avanzadas; en otros casos la calcificación extensa puede convertirlo en el llamado litopedión.(7)

Una vez diagnosticado el embarazo tubárico, lo indicado es el tratamiento quirúrgico. Aun en las enfermas de tipo ambulatorio, con síntomas relativamente ligeros, no debe retardarse indebidamente la recomendación operatoria, a causa de la posibilidad de hemorragia por rotura o aborto tubárico que comprometa la vida de la paciente. En el grupo relativamente reducido de casos en que ya ha ocurrido esa hemorragia alarmante o colapso circulatorio, la intervención operatoria inmediata es esencial.(10) En estas circunstancias la transfusión, antes o durante el acto operatorio, tiene importancia capital.

Ha habido cierta polémica en cuanto si debe o no practicarse sistemáticamente una ooforectomía cuando se extirpa una trompa de falopio por embarazo ectópico. La frecuencia total de embarazos después del tratamiento de una gestación ectópica es de un 50%, incluyendo la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico en un 10%.(9)

b. Embarazo ovarico 0.1%

La rareza del embarazo ovárico, teniendo en cuenta lo accesible que resulta la glándula a los espermatozoos, y puertas de entrada que ofrecen los folículos rotos, de debe con toda

probabilidad a que el óvulo, al ser expulsado del ovario, no ha alcanzado su completa madurez, proceso que normalmente se completa mientras circula por la trompa.(7)

El producto de la concepción degenera a veces de forma precoz sin ruptura y dá origen a un tumor de tamaño variable constituido por la cápsula de tejido ovárico que encierra una masa de sangre, tejido placentaro y eventualmente membranas. La ausencia de una decidua bien conformada conduce a la invasión directa de la estroma ovárica por el trofoblasto.

En el momento de la intervención, las gestaciones ováricas precoces se confunden a menudo con quistes del cuerpo lúteo o con cuerpos lúteos hemorrágicos. Las gestaciones ováricas precoces deben ser tratadas, siempre que sea posible, con extirpación en cuña o quistectomía, de lo contrario se efectuará una ooforectomía.(9)

c. Embarazo abdominal 0.03%

La mayoría de los embarazos abdominales son secundarios a una gestación originalmente ocurrida en la trompa o, en ocasiones, dentro del útero. El embarazo termina en la cavidad peritoneal por aborto o rotura de la trompa que, cuando sobrevive, debe ser parcial al principio, de manera que durante algún tiempo la placenta puede derivar sangre de la trompa en tanto se fija a la cavidad peritoneal, pero a medida que se desarrolla, finalmente se fija por completo fuera de la trompa de falopio. Los casos secundarios a un embarazo intrauterino suelen deberse a rotura del útero en una cicatriz antigua.(7)

Este tipo de embarazo dá una pérdida fetal de 75.6%, con una incidencia de malformaciones congénitas en los niños de hasta el 50%. Clínicamente puede diferenciarse de un embarazo intrauterino en que el masaje de los productos del embarazo a través de la pared abdominal no estimula la masa para que se haga más firme, como a menudo ocurre con el embarazo intrauterino avanzado. El cuello suele hallarse desplazado dependiendo en parte de la posición del feto, y algo dilatado aunque no se produce eliminación.(9)

El cirujano, al tratar un embarazo abdominal, no ha de intentar extraer la placenta, que puede hallarse muy fija al mesenterio y vísceras abdominales. Puede producirse hemorragia profusa por manipulación, y si se deja la placenta in situ se resorbe sin secuelas en la mayor parte de casos, aunque la obstrucción intestinal puede ser complicación tardía. Lo más prudente suele ser la eliminación del feto ligando el cordón, otros han sugerido el empleo de metotrexate para facilitar desvascularización y la absorción de cualquier placenta no extirpada.(7)

d. Embarazo cervical 0.5%

Es una forma rara de gestación ectópica en la que el óvulo se implanta en el interior del cuello en el orificio interno o por debajo de él, el endocervix es desgastado por el trofoblasto y el embarazo continúa desarrollándose en la pared cervical fibrosa.

El primer signo es una hemorragia indolora que aparece poco después de la anidación. A medida que el embarazo progresa, puede descubrirse un cuello de pared delgada, distendido, con el orificio

externo parcialmente dilatado, la hemorragia indolora es la característica clínica más habitual, por encima de la masa cervical puede palparse un fondo uterino ligeramente agrandado.

Raras veces sobrepasa la 20 semana de gestación y suele terminar en intervención quirúrgica a causa de la hemorragia, puesto que los intentos de extracción de la placenta por vía vaginal causan a veces una hemorragia profusa e incluso el fallecimiento de la paciente, existen escasas dudas acerca de la conveniencia de practicar la histerectomía para controlar la hemorragia. Sólo en nulíparas muy ansiosas de conservar la fertilidad hay que probar los llamados procedimientos vaginales conservadores.(9)

B. CULDOCENTESIS

La técnica más simple para identificar un hemoperitoneo, y que consiste en la aspiración transvaginal a través del fondo de saco posterior, es la culdocentesis; procedimiento que puede practicarse sin hospitalización. Previo a la realización de la culdocentesis se deja a la paciente sentada por 10 minutos con el objetivo de que la sangre de la cavidad peritoneal descienda, y luego, mientras el cérvix es empujado hacia la sínfisis con el tenáculo, se inserta una aguja larga de calibre 16 ó 18 a través del fórnix posterior hasta el fondo de saco, mediante la cual se aspira líquido. (1),(6) La imposibilidad de extraer dicho líquido puede atribuirse únicamente a una penetración defectuosa en el fondo de saco. El

líquido que contiene fragmentos de coágulos viejos o líquido hemático que subsiguientemente no coagula, y con hematócrito por encima de el 15% (2) es compatible con un diagnóstico de hemoperitoneo debido a un embarazo ectópico tubárico, aunque también es positiva en casos de hemorragia del cuerpo lúteo, reflujo tubárico y otras causas de hemorragia intraperitoneal. Si la sangre coagula posteriormente, casi con toda seguridad se ha obtenido de un vaso sanguíneo perforado adyacente y no de un embarazo ectópico sangrante. Una excepción importante es la hemorragia activa a partir del lugar de rotura, cuando la sangre puede ser aspirada antes que haya tenido tiempo de coagular.(1)

Con una hemorragia tan intensa, la culdocentesis es raras veces necesaria para diagnosticar un desenlace desfavorable intraabdominal, que exige la inmediata infusión intravenosa de líquidos, incluyendo sangre completa, y la intervención quirúrgica.

En diversas series se indica una correlación elevada del embarazo ectópico y la aspiración de sangre no coagulada del fondo de saco, reportándose en EEUU una positividad del 70-90% de las pacientes con embarazo ectópico, y negativa solamente en el 10%; según protocolo positividad del 65-85%; (1) un estudio realizado en junio de 1970 en pacientes con dicho diagnóstico, en el 93% de los casos la culdocentesis fué positiva, con solamente 3% de falsos negativos y 4% de falsos positivos.(8) No es necesario que exista una rotura clínica para que haya suficiente sangre en el fondo de saco que pueda dar una punción positiva, pues en la mayoría de los casos de embarazo ectópico escapa cuando menos un poco de sangre.

(1). La culdocentesis no es aconsejable para las mujeres con salpingitis previa y peritonitis pélvica, puesto que en el fondo de saco de Douglas puede haberse producido obliteración.(9)

VI. METODOLOGIA

A. Tipo de estudio:

Observacional descriptivo.

B. Selección del sujeto de estudio:

Se revisaron todas las papeletas de pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico, atendidas en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, durante el período del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

C. Tamaño de la Muestra:

La muestra constó de 79 pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico a quienes se les realizó culdocentesis, en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

D. Criterios de inclusión:

Se incluirá todas las papeletas de pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico que se les realizó culdocentesis, en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, en el período comprendido del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

E. Criterios de exclusión:

Se excluirá del estudio todas las papeletas de pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico a quienes no se les realizó culdocentesis.

F. Variables a estudiar:

EDAD:

Def. Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona.

Def. Operacional: Tiempo que va desde el nacimiento hasta el día en que se realizó el procedimiento.

Tipo de Variable: Cuantificable.

Unidad de Medición: Años

ETNIA:

Def. Conceptual: Relativo a las razas y a sus caracteres.

Def. Operacional: Raza a la que pertenece la paciente.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Unidad de Medición: Ladina o Indígena.

RESULTADO DE CULDOCENTESIS:

Def. Conceptual: Técnica de aspiración transvaginal, a través del fondo de saco posterior.

Def. Operacional: Aspiración a través del fondo de saco posterior, para determinar la existencia o no de hemoperitoneo.

Tipo de Variable: Cualitativa.

Unidad de Medición: Positiva o Negativa.

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

Def. Conceptual: Identificación de la enfermedad basándose en los signos y síntomas de ésta.

Def. Operacional: Enfermedad indentificada en el momento del ingreso de la paciente al hospital.

Tipo de Variable: Cualitativa

DIAGNOSTICO OPERATORIO:

Def. Conceptual: Identificación de la enfermedad basándose en los hallazgos encontrados.

Def. Operacional: Enfermedad encontrada durante en procedimiento quirúrgico efectuado.

Tipo de Variable: Cualitativa

EMBARAZO ECTOPICO PREVIO:

Def. Conceptual: Dato en la historia patológica de haber cursado con embarazo extra-uterino.

Def. Operacional: Antecedente en la historia de la paciente de haber tenido embarazo ectópico.

Tipo de Variable: Cualitativa

Unidad de Medición: Si o No

G. Recursos:

1. Materiales:

- a. Libro de registros clínicos del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- b. Libro de procedimientos quirúrgicos del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- c. Historias clínicas.
- d. Boleta de recolección de datos.
- e. Computadora.

2. Humanos:

- a. Estudiante de medicina
- b. Personal del archivo

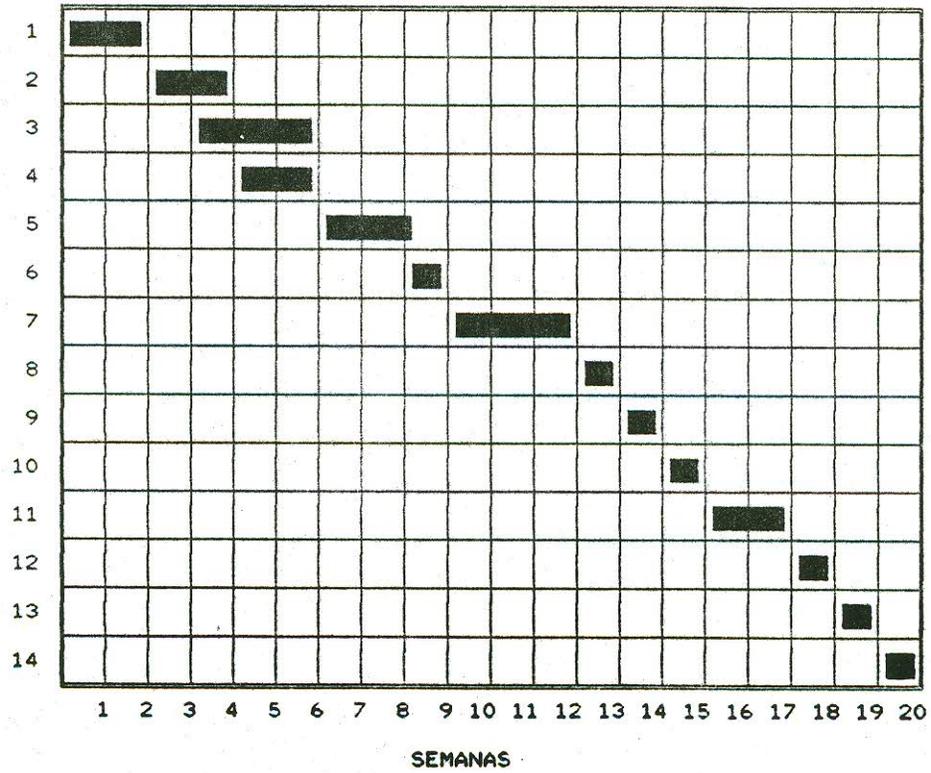
H. Ejecución de la Investigación:

1. Se revisaron los libros de sala de operaciones del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993, del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, obteniéndose el número de pacientes atendidas con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico, así como el número de registro correspondiente.
2. Se revisaron los expedientes de todas las pacientes, llenándose al mismo tiempo la boleta de recolección de datos diseñada para el efecto, a las pacientes a quienes se les realizó cuidocentesis.
3. El estudio se realizó en el departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt. Los datos fueron recopilados

personalmente por el investigador, quien a su vez los tabuló y analizó estadísticamente.

ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
6. Aprobación del proyecto por el comité de docencia e investigación del Hospital Roosevelt.
7. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
9. Análisis y discusión de resultados.
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
11. Presentación del informe final para correcciones.
12. Aprobación del informe final.
13. Impresión del informe final y trámites administrativos.
14. Examen público y graduación.

GRAFICA DE GANTT

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Y

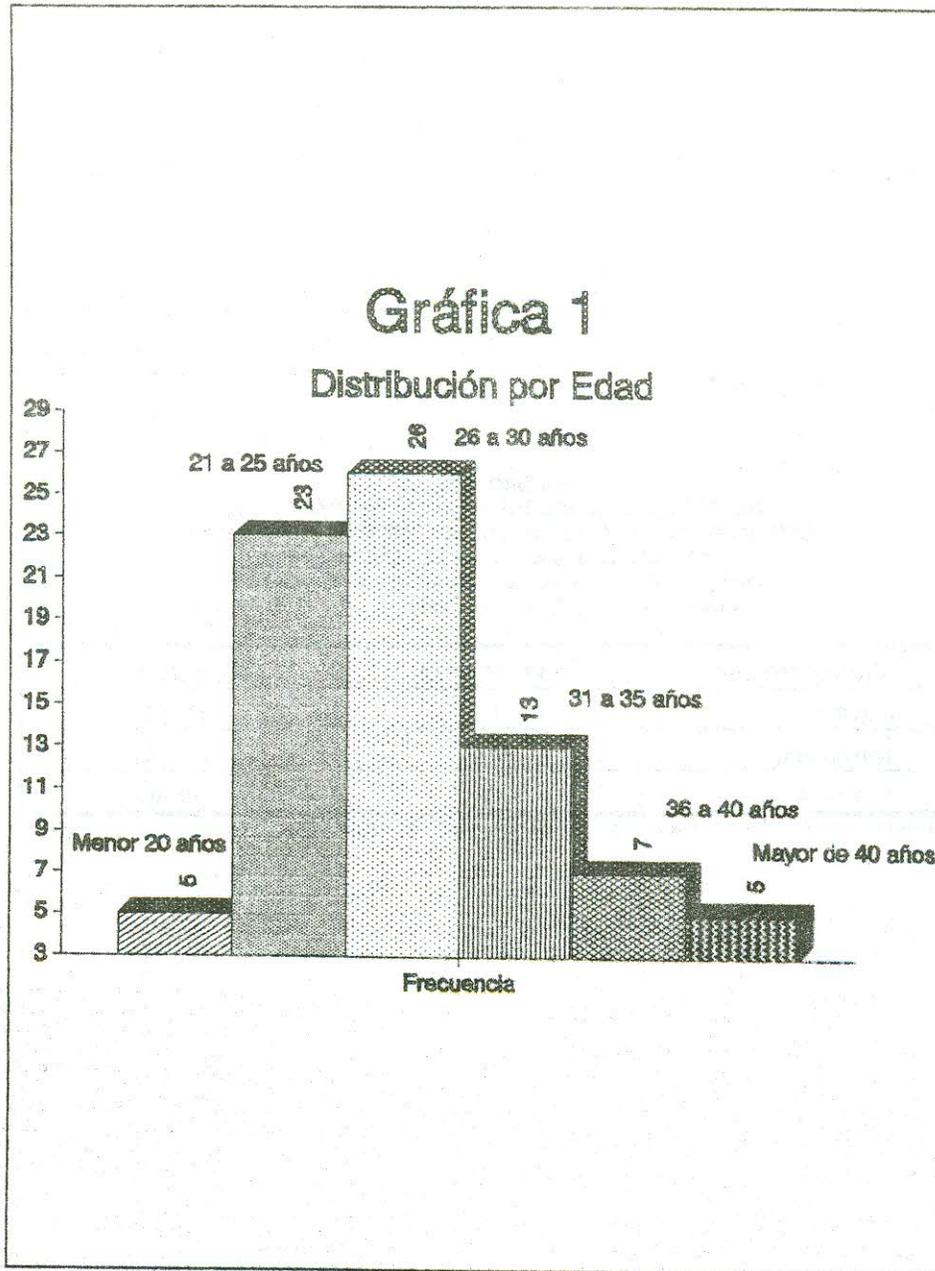
TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO

- Todos los datos recopilados fueron debidamente tabulados y presentados en cuadros estadísticos, aplicándoles para su interpretación estadística, porcentajes.
- Se realizaron gráficas estadísticas para facilitar la comprensión de los datos y resultados obtenidos.
- El total de pacientes encontradas con diagnóstico de embarazo ectópico fué de 157 de las cuales por ser erróneo el número de registro o por haber sido descartados algunos registros del archivo, unicamente fué posible revisar 140 papeletas, de las cuales solamente a 79 se les realizó culdocentesis, que son las que finalmente se incluyen en el estudio.

CUADRO No. 1
 DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
 QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
 Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor a 20 años	05	06.33
De 21 a 25 años	23	29.11
De 26 a 30 años	26	32.91
De 31 a 35 años	13	16.46
De 36 a 40 años	07	08.86
Mayor a 40 años	05	06.33
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.



Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

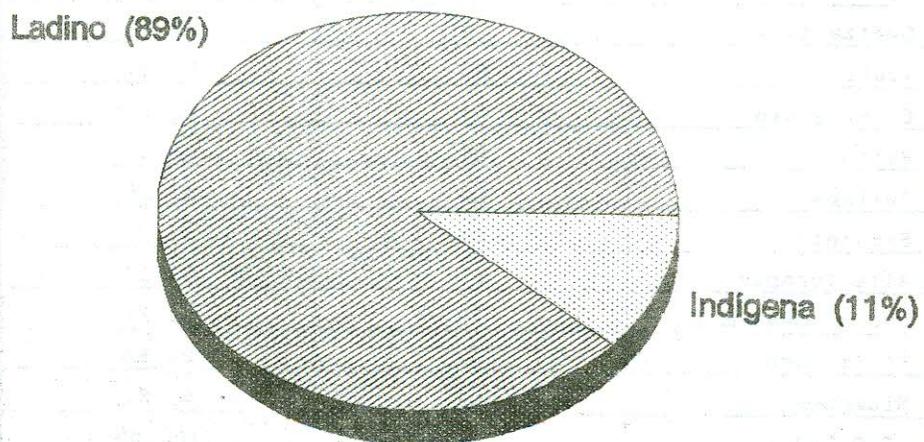
CUADRO No. 2
DISTRIB. POR GRUPO ETNICO DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LADINO	70	88.61
INDIGENA	09	11.39
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

Gráfica 2

Distribución por Grupo Etnico



Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

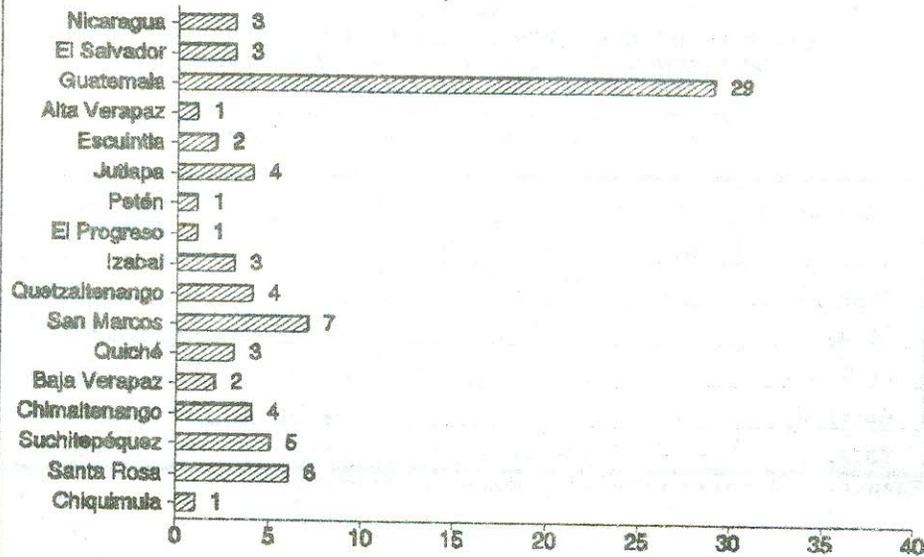
CUADRO No. 3
 DISTRIBUCION POR PROCEDENCIA DE PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
 QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
 Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Chiquimula	01	01.27
Santa Rosa	06	07.95
Suchitepéquez	05	06.33
Chimaltenango	04	05.06
Baja Verapaz	02	02.53
Quiché	03	03.80
San Marcos	07	08.86
Quetzaltenango	04	05.06
Izabal	03	03.80
El Progreso	01	01.27
Petén	01	01.27
Jutiapa	04	05.06
Escuintla	02	02.53
Alta Verapaz	01	01.27
Depto. Guatemala	29	36.71
El Salvador	03	03.80
Nicaragua	03	03.80
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

Gráfica 3

Distribución por Procedencia



Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

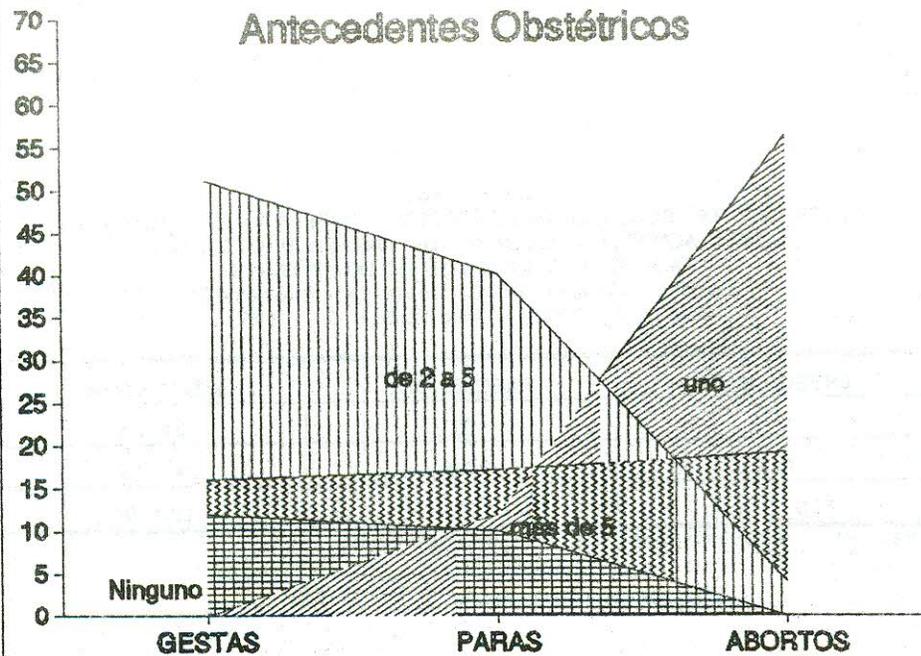
CUADRO No. 4
DISTRIB. DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

FRECUENCIA	GESTAS		PARAS		ABORTOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
Igual 0	00	00.00	12	15.19	56	70.89
Igual 1	16	20.65	17	21.52	19	24.05
De 2 a 5	51	64.56	40	50.63	04	05.06
Mayor 5	12	15.19	10	12.66	00	00.00
TOTAL	79	100.00	79	100.00	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

Gráfica 4

Antecedentes Obstétricos

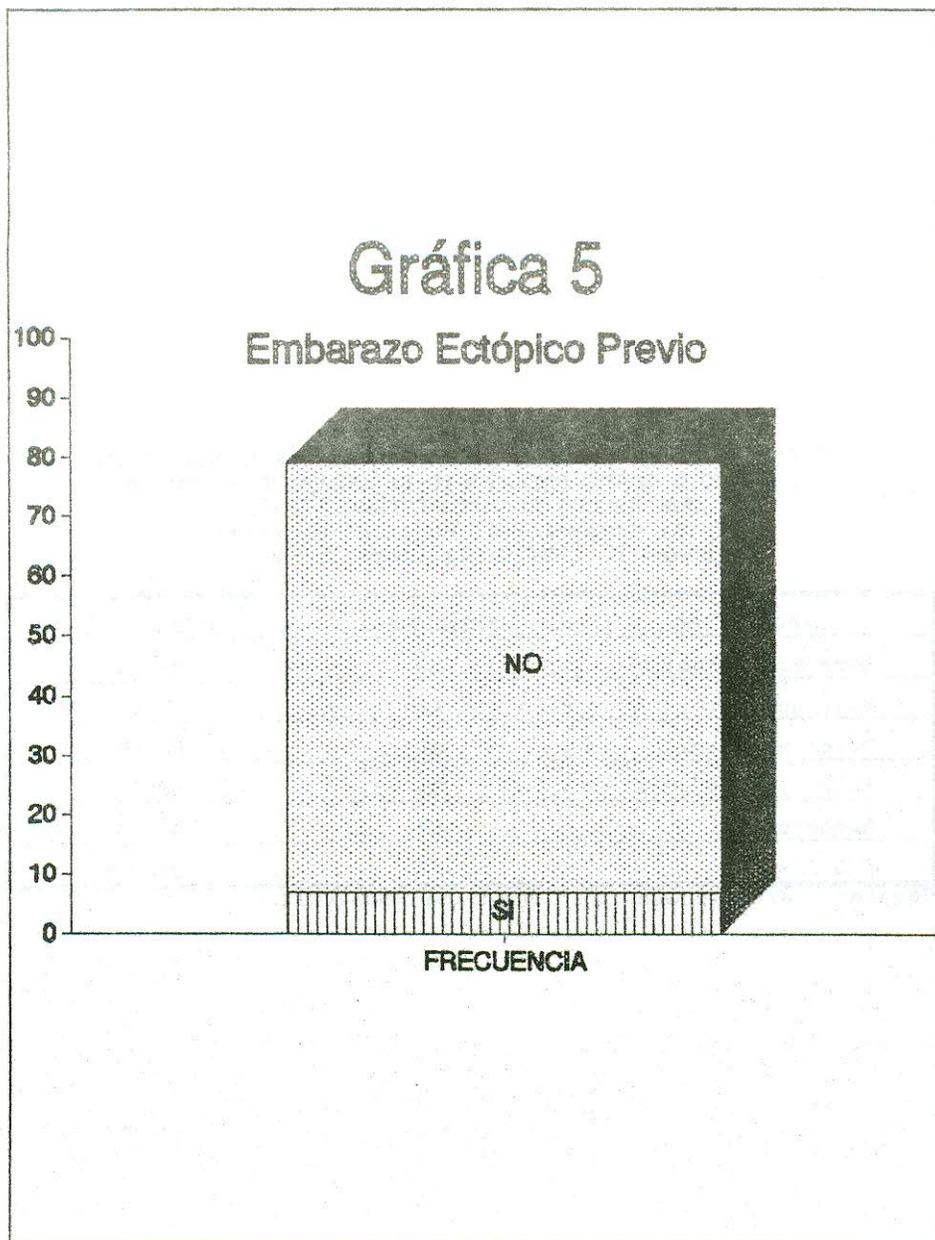


Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 5
DISTRIBUCION SEGUN EMBARAZO ECTOPICO PREVIO EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

ANTECEDENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
S I	07	08.86
N O	72	91.14
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt

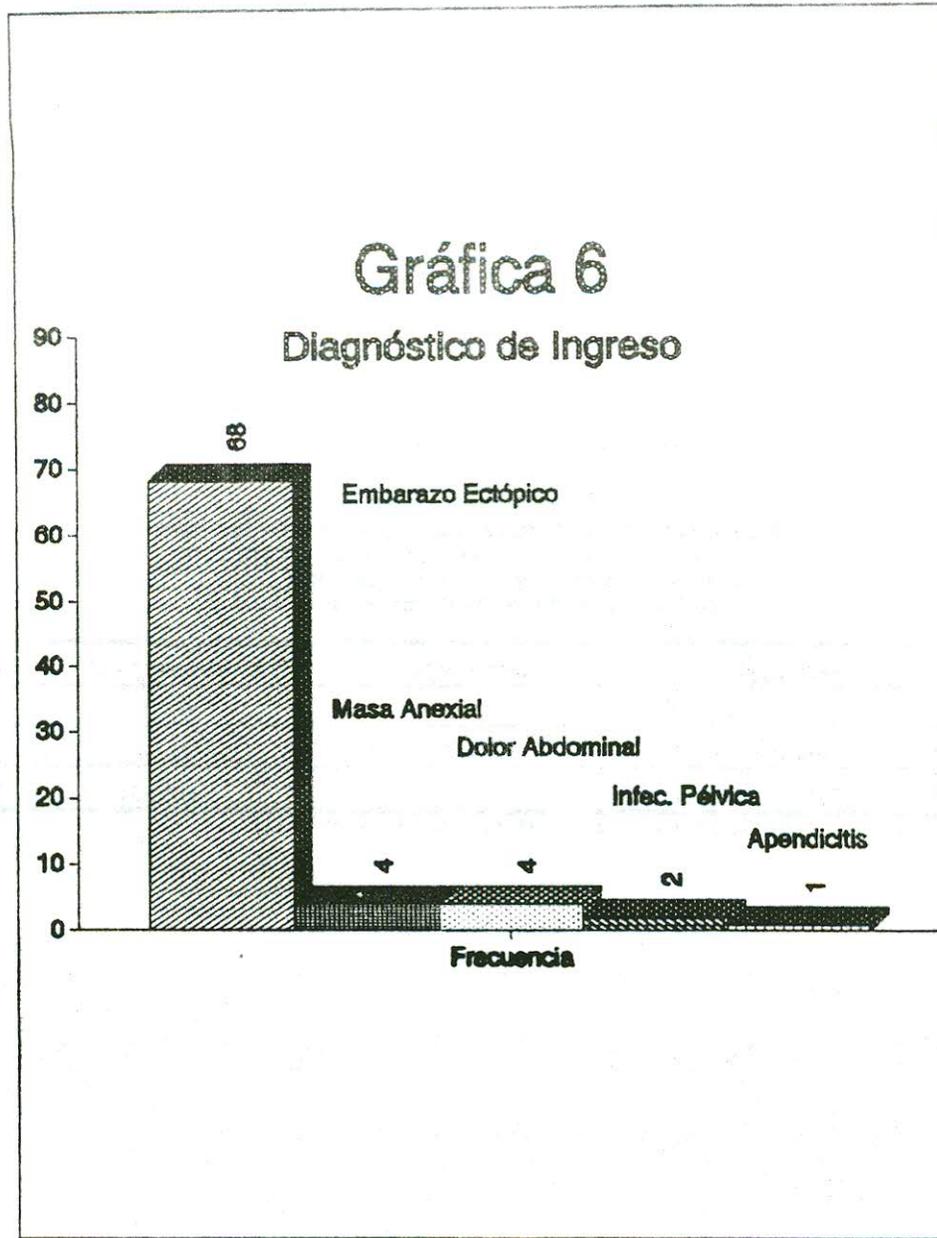


Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 6
 DIAGNOSTICO DE INGRESO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO
 CLINICO O TRANS-OPERATORIO DE EMBARAZO ECTOPICO
 QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
 Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31 1993.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embarazo ectópico	68	86.08
Masa anexial	04	05.06
Dolor abdominal	04	05.06
Infección pélvica	02	02.53
Apendicitis	01	01.27
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.



Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 7
RESULTADO DE CULDOCENTESIS EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

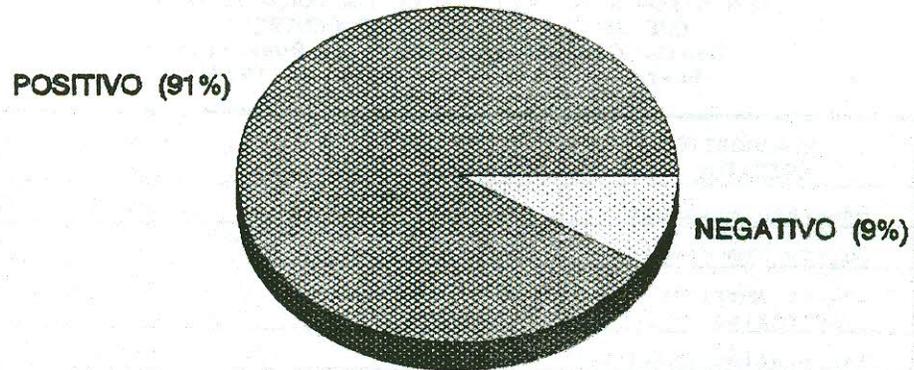
RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positivo	72	91.13
Negativo	07	08.68
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

Gráfica 7

Resultado Culdocentesis

Diagnóstico Clínico Embarazo Ectópico

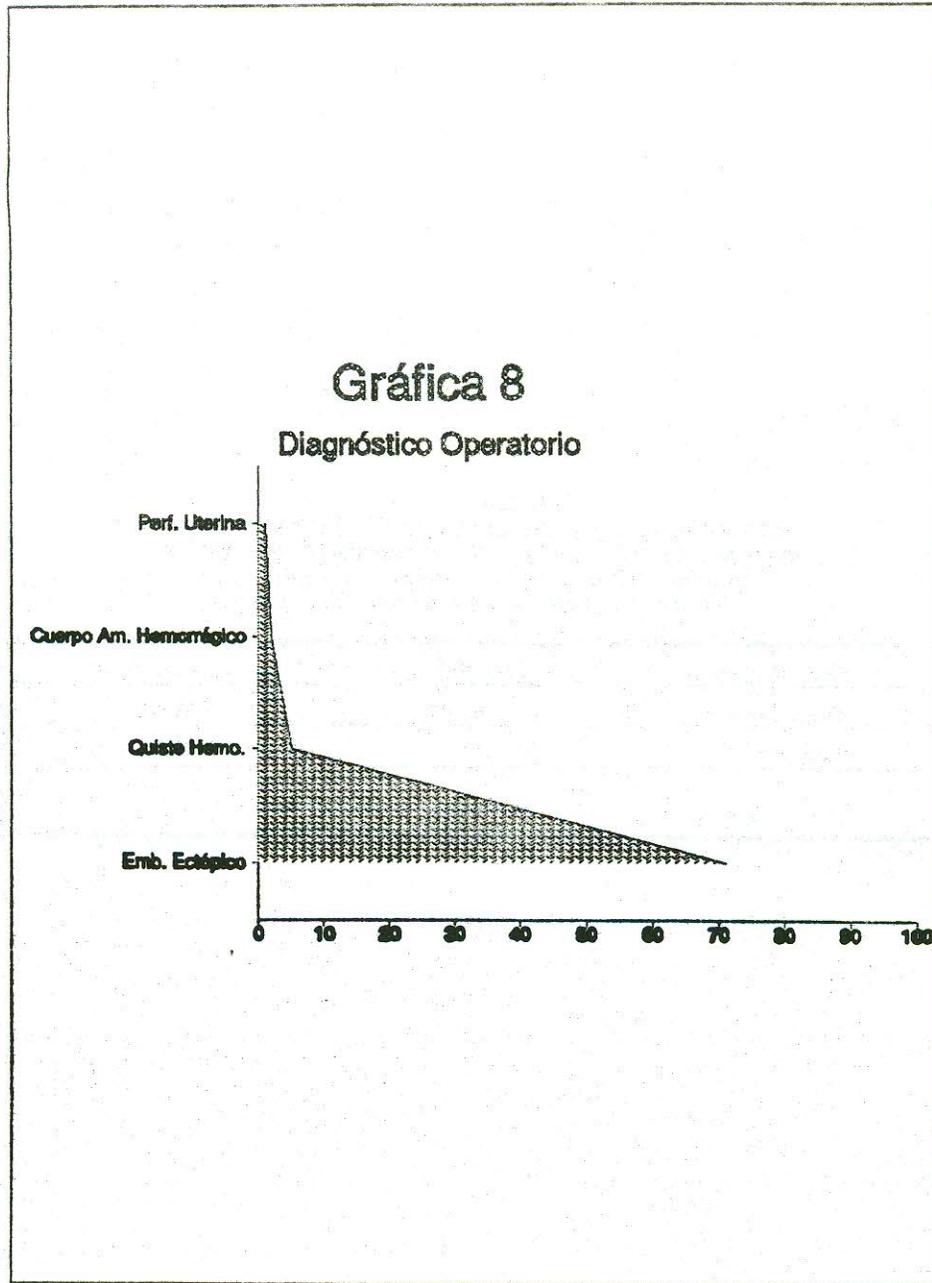


Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 8
 DISTRIB. SEGUN DIAGNOSTICO OPERATORIO EN PACIENTES
 CON DIAGNOSTICO CLINICO DE EMBARAZO ECTOPICO
 QUE SE LES REALIZO CULDOCENTESIS
 Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

DIAGNOSTICO OPERATORIO	No.	%
Embarazo ectópico	71	89.87
Quiste hemorrágico	05	06.33
Cuerpo amarillo hemorrágico	02	02.53
Perforación uterina	01	02.53
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

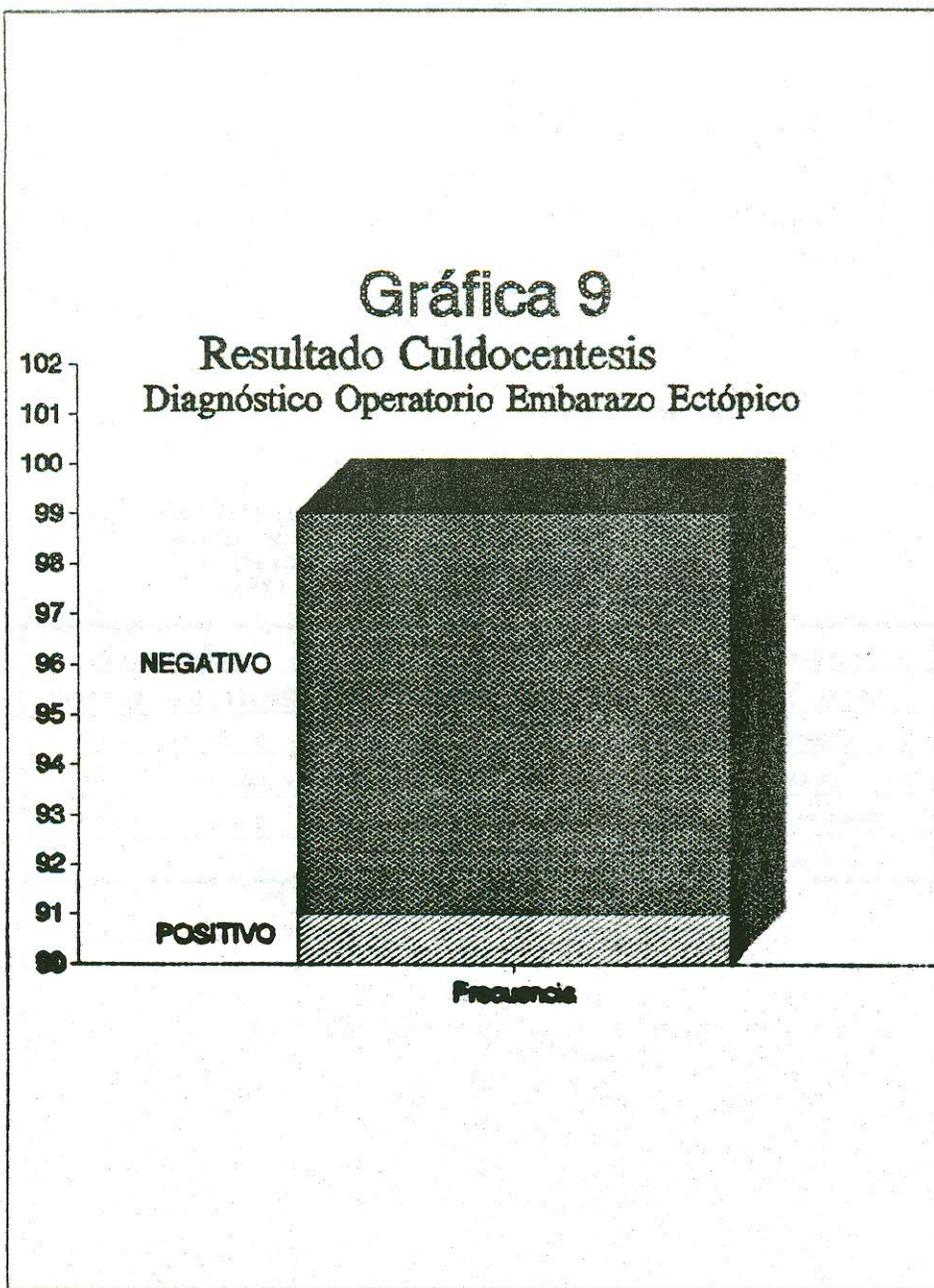


Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 9
RESULTADO DE CULDOCENTESIS EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO OPERATORIO DE EMBARAZO ECTOPICO
Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

RESULTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positivo	65	91.55
Negativo	06	08.45
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.



Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

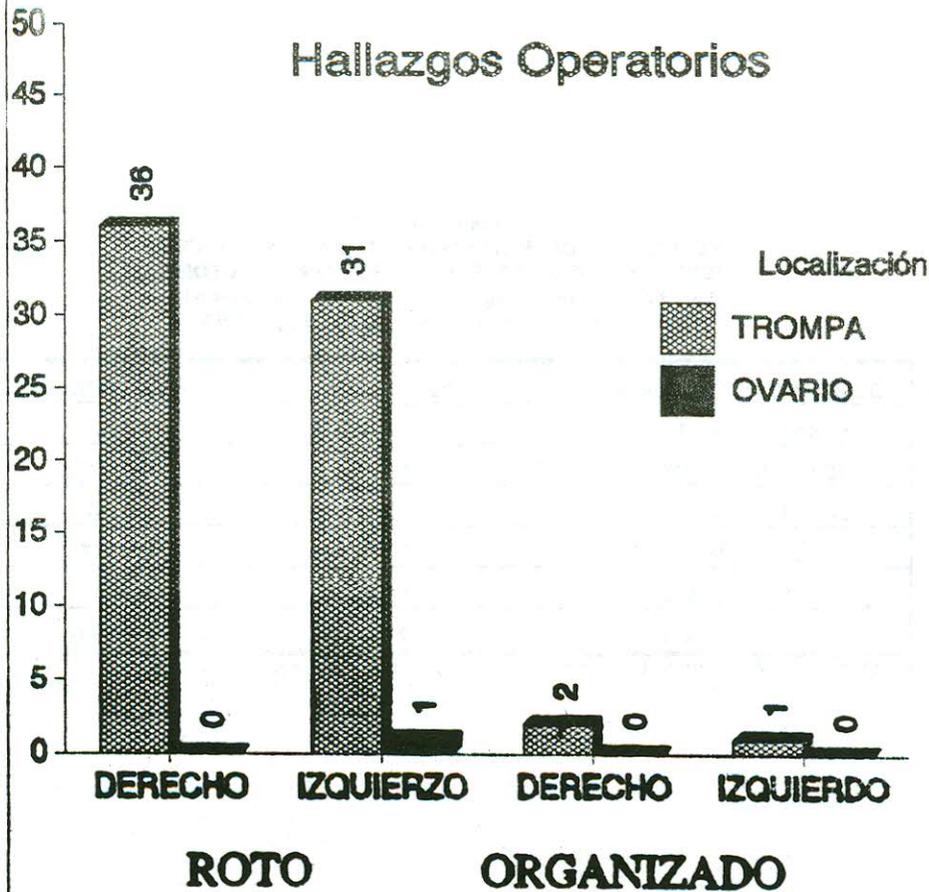
CUADRO No. 10
 DISTRIB. SEGUN LOCALIZACION EN PACIENTES CON
 DIAGNOSTICO OPERATORIO DE EMBARAZO ECTOPICO
 Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

ESTADO	R O T O		ORGANIZADO	
	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO
TROMPA	31	36	01	02
OVARIO	01	00	00	00
SUB-TOTALES	32	36	01	02
T O T A L E S	68		03	

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

Gráfica 10

Hallazgos Operatorios



Fuente: Archivo General Hospital Roosevelt.

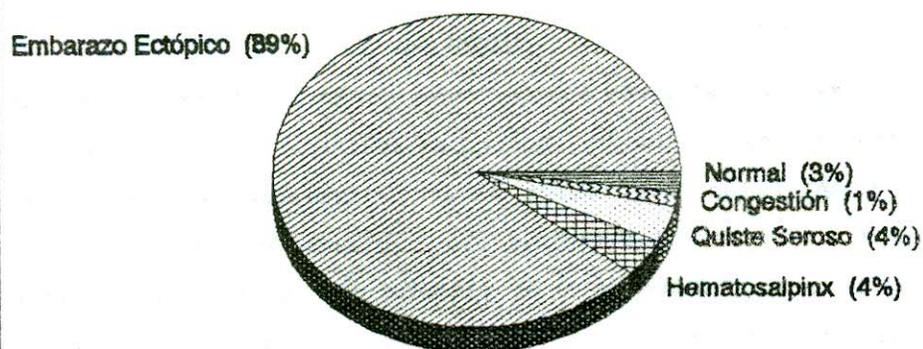
CUADRO No. 11
 RESULTADO DE PATOLOGIA EN PACIENTES CON
 DIAGNOSTICO OPERATORIO DE EMBARAZO ECTOPICO
 Depto. Ginecología, Hospital Roosevelt
 Enero 1, 1989 a Diciembre 31, 1993.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMBARAZO ECTOPICO	70	88.61
HEMATOSALPINX	03	03.80
QUISTE SEROSO	03	03.80
CONGESTION	01	01.27
TEJIDO NORMAL	02	02.53
T O T A L	79	100.00

Fuente: Archivo General, Hospital Roosevelt.

Gráfica 11

Resultado de Patología



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Este cuadro nos muestra, que el 87.34% de las pacientes con diagnóstico clínico de embarazo ectópico se encuentran entre los 21 y los 40 años, considerando que ésto se deba a una mayor actividad sexual durante éste período, exponiéndose de ésta manera más que en otras edades a tener embarazos normales así como embarazo ectópico.

CUADRO No. 2

Respecto al grupo étnico, vemos que el 88.61% de las pacientes consultantes era ladina, contra solamente el 11.39% de pacientes indígenas, lo cual puede estar determinado por haber mayor cantidad de personas ladinas que indígenas en la capital, y que mucha gente indígena en el interior del país, son atendidas mayormente en hospitales departamentales y por la distancia no acuden a hospitales de la capital, aún cuando se les refiere.

CUADRO No. 3

El 36.71% de las pacientes son del Departamento de Guatemala, y el 55.69% son de algún departamento, estando la mayoría muy retirados de la capital, consultando a éste hospital posiblemente por la falta de equipo y recursos en los hospitales departamentales contra solamente el 7.60% de pacientes que eran del extranjero, 3.80% para Salvador y 3.80% para Nicaragua, de las cuales una vive en Nicaragua y las demás viven en el departamento de Guatemala.

CUADRO No. 4

En lo que se refiere a los antecedentes obstétricos, encontramos que el 79.75% de las pacientes tenía dos o mas gestas, y en 63.26% tenía dos o mas paras lo cual nos muestra la mayor incidencia de embarazo ectópico al aumentar el número de embarazos, con solamente el 15.19% de pacientes nulíparas, no encontrándose ninguna relación entre el embarazo ectópico y el número de abortos.

CUADRO No. 5

Observamos que el 91.14% de las pacientes atendidas no tenía antecedente de embarazo ectópico, con 8.86% de pacientes que sí tenían el antecedente, lo cual se acerca mucho a lo encontrado en otros países reportándose en la literatura que la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico es del 10%.

CUADRO No. 6

De las 79 de pacientes con diagnóstico clínico o transoperatorio de embarazo ectópico, 68 que corresponden al 86.08% ingresaron con dicho diagnóstico, lo cual nos muestra la acertación que hay en el diagnóstico clínico de embarazo ectópico, a lo cual hay que sumar el 5.06% que corresponde a masa anexial pues muestra la existencia de sospecha clínica de dicho diagnóstico.

CUADRO No. 7

De las pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico que se les realizó culdocentesis encontramos que en el 91.13% de las pacientes el resultado de la misma fué positivo, lo que nos muestra la alta sensibilidad de ésta técnica diagnóstica para determinar la existencia de hemoperitoneo, contra solamente 8.68% de los casos en que fué negativa.

CUADRO No. 8

De las 79 pacientes con sospecha de embarazo ectópico, en 71 se confirmó el diagnóstico en el momento de la intervención quirúrgica, lo que representa el 89.87%; correspondiendo en 10.13% restante a quiste hemorrágico con 6.33%, cuerpo amarillo hemorrágico con 2.53% y a perforación uterina con 2.53%, debida a manipulación por comadrona; patologías que pueden provocan hemoperitoneo en diferente magnitud.

CUADRO No. 9

De las 79 pacientes que ingresaron con sospecha clínica de embarazo ectópico, se encontró que 71 (89.87%) efectivamente lo tenían, de las cuales en 65 (91.55%) el resultado de culdocentesis fué positivo, lo que constituye en número de resultados verdaderos positivos; y en 6 casos (8.45%) el resultado fué negativo aún cuando tenían embarazo ectópico lo que representa el número de falsos negativos. Si comparamos éstos datos con los presentados en

el cuadro No. 7, encontramos que tenemos un resultado verdadero negativo contra 7 resultados falsos positivos; de lo que obtenemos un porcentaje de efectividad de la culdocentesis en el diagnóstico de embarazo ectópico de 92.40%.

CUADRO No. 10

Según su localización tenemos solamente un caso de embarazo ovarico; y que en 70 (98.59%) de los 71 casos de embarazo ectópico, éste estaba ubicado en la trompa, lo cual confirma lo reportado en la literatura en la que reportan que en 90-95% de los casos éste se encuentra ubicado en la trompa, no encontrándose una diferencia significativa aunque predomina el lado derecho con 54.29% , y tenemos para el lado izquierdo 45.71%.

En cuanto a su estado tenemos en que 68 (95.77%) de los 71 casos el embarazo ectópico estaba roto, de los cuales solamente en 65 la culdocentesis demostró la existencia de hemoperitoneo, y 3 de los casos estaban organizados correspondiendo al 4.23%; aunque la literatura informa de casos en que el resultado de culdocentesis es positivo aún cuando el embarazo ectópico no esté roto, en éste estudio no se encontró ninguno así. En éste cuadro solamente se presentan los resultados de 71 pacientes, pues las otras 8 transoperatoriamente se encontró otro diagnóstico.

CUADRO No. 11

De los 71 casos con diagnóstico operatorio de embarazo ectópico 70 fueron reportados como tales según el estudio patológico, y el restante fué reportado como hematosálpinx; los restantes casos ingresados como embarazo ectópico fueron reportados como hematosálpinx, quiste seroso del ovario, congestión, y en 2 casos el estudio patológico fué reportada como normal.



IX. CONCLUSIONES

1. La efectividad de la culdocentesis en el diagnóstico de embarazo ectópico es del 92.40%, con 65 verdaderos positivos, 7 falsos positivos, 1 verdadero negativo y 6 falsos negativos.
2. Tomando como referencia 115 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico encontramos que solamente al 68.70% de las pacientes que ingresan con sospecha clínica de embarazo ectópico se les realizó culdocentesis, durante el período del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.
3. De 79 pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ectópico a quienes se les realizó culdocentesis tenemos: 82.28% (65), de verdaderos positivos; 8.86% (7), de falsos positivos; 1.27% (1), verdadero negativo; y 7.59% (6) de falsos negativos.
4. En el 95% de los casos de embarazo ectópico roto, el resultado de la culdocentesis fué positivo, no encontrándose ningún caso de culdocentesis positiva en los casos en que el embarazo ectópico que no estaba roto.
5. El 85.92%, de los casos de embarazo ectópico encontrados trans-operatoriamente ingresaron con dicho diagnóstico; y el 14.08% restante: dolor abdominal (4.23%), masa anexial (5.63%), infección pélvica (2.82%) y apendicitis aguda (1.41%).

X. RECOMENDACIONES

1. Realizar culdocentesis a todas las pacientes que ingresan con sospecha clínica de embarazo ectópico, aún cuando no abombe el fondo de saco posterior, pues en el presente estudio solamente el 30% de las pacientes tenían ésta característica.
2. Orientar a las pacientes con embarazo ectópico sobre los factores de riesgo y la posibilidad de presentar nuevamente otro, encontrando en éste estudio una residivancia el 8.82%.
3. Ser más acuciosos en el interrogatorio y evaluación de las pacientes que consultan por dolor pélvico y que se sospecha embarazo ectópico.

XI. RESUMEN

El estudio sobre la EFECTIVIDAD DE LA CULDOCENTESIS EN EL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO, se realizó en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt; para lo que se elaboró una boleta de recolección de datos y se revisaron los expedientes médicos de las pacientes con el diagnóstico clínico o trans-operatorio antes mencionado, que se les realizó culdocentesis, durante el período del 1 de enero de 1989 al 31 de diciembre de 1993.

Durante el estudio se encontraron 159 pacientes que fueron tratadas por embarazo ectópico, de las cuales por depuración del archivo, fué posible revisar 140 papeletas correspondiendo 115 a embarazo ectópico y de éstas, solamente a 79 se les había realizado culdocentesis, las cuales fueron tomadas para la realización del estudio.

Los resultados obtenidos fueron: que el 87.34% de las pacientes se encuentran dentro de la segunda y tercera décadas de la vida, con 88.61% de pacientes ladinas, correspondiendo a la Capital, el 36.71% de los casos, a los Departamentos 55.69%, y al exterior del País 7.60%.

Respecto a los antecedentes obstétricos tenemos que el 79.75% de las pacientes tenía dos o mas gestas, y el 63.26% dos o más partos, el 15.19% eran nulíparas, no encontrando ninguna relación entre embarazo ectópico y número de abortos. El 91.14% no tenía

Del 79 pacientes con diagnóstico clínico o trans-operatorio de embarazo ecópico que se les realizó culdocentesis, en el 91.13% se tuvo resultado positivo, y de 71 pacientes en quienes se confirmó trans-operatoriamente dicho diagnóstico se encontró un resultado positivo en el 89.87%, mas 10.13% de positividad por hemoperitoneo por otras causas como quiste hemorrágico, cuerpo amarillo hemorrágico y perforación uterina por manipulación por comadrona.

De las 71 pacientes en quienes se confirmó trans-operatoriamente el diagnóstico, encontramos que en el 98.59% de los casos su ubicación fué la trompa, estando roto en el 95.77% de los casos.

El estudio patológico reportó el mismo diagnóstico que lo reportando trans-operatoriamente en 70 de los 71 casos, lo que representa el 98.59%.

El estudio nos muestra una efectividad de la culdocentesis del 92.40%, incluyendo para éste cálculo los 7 falsos positivos, pues en éstos casos existía hemoperitoneo, que es lo que se busca determinar con la realización de culdocentesis.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Borten, S.; Clínica de Norteamérica Ginecology. USA: Interamericana, 1991.
2. Cartwright, PS.; Vaughn B.; Tittle, D., J. Reprod Med. Culdocentesis and Ectopic Pregnancy. Interamericana, 1984, 88-91p.
3. DeChemey, Alan H., Clínicas Obstetricas y Ginecologicas, Embarazo Ectópico. Interamericana, 1987, 233p.
4. Dorfman SF Ectopic Pregnancy "thinking ectopic, key to diagnosis, postgraduate medicine. Interamericana, 1984 Aug. 65-8p.
5. Flett, G.M.M.; Urquhart, D.R.; Fraser, C.; Terry, P.B.; Fleming, J.C. Janssen library, Gynecology. New York, USA: Mc. Graw-Hill Publications Co., 1988, 73p.
6. Friedman Borten Chapin, Gynecological Decision Making, Culdocentesis. 2da. ed. Mc Graw Hill Publications, 1988, Second Edition 1988 pp 212-213.
7. Jones, H.W., Jones, G.S.; Tratado de Ginecología de Novack. 10a.ed. México, D.F.: Ed. Interamericana, 1986, 636-657pp.
8. Lucas S; Hassim A.M. British Medical Journal, Place of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy. Inglaterra: 1970 Jan 24, 200-2p.
9. Pritchard, Jack A.; Macdonald, Paul C.; Gant, Norman F., Williams Obstetricia. 3a.ed. México: Salvat Editores, S.A., 1987, 409-426p.
10. Randall S., IPPF Medical Bulletin, Ectopic Pregnancy. Interamericana, 1986 Dec., 1-2p.
11. Romero, R.; Copel J.A.; Kadar N.; Jeanty, P.; DeCherney, A.; Hobbins, J.C., Obstetric and Gynecology, Value of culdocentesis in the diagnosis of ectopic pregnancy. Interamericana, 1985, 19-22p.

XIII. ANEXOSBOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

1. NOMBRE: _____ EDAD: _____
GRUPO ETNICO: _____ No. DE REGISTRO: _____
PROCEDENCIA: _____
2. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:
G: P: AB: HV:
3. EMBARAZO ECTOPICO PREVIO: SI NO
4. DX. DE INGRESO: _____
5. RESULTADO DE CULDOCENTESIS: POS. NEG.
6. DX. OPERATORIO: _____
7. HALLAZGOS OPERATORIOS:
LOCALIZACION _____ ROTO NO ROTO
8. RESULTADO DE PATOLOGIA: _____
- 