

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

## CARACTERIZACION DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO

Estudio descriptivo realizado a través de historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico. En el departamento de Ginecología y obstetricia del IGSS. Del 1 de Enero de 1993 al 31 de Enero de 1998.

TESIS

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

POR

**RONALD OMAR MORA RIVERA**

*En el acto de investidura de:*

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, octubre de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

05  
T(7999)  
e.4

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

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El (1a) BACHILLER : RONALD OMAR MORA RIVERA

Carnet Universitario No: 88-12726

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

CARACTERIZACION DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO  
DEL EMBARAZO ECTOPICO

trabajo asesorado por:

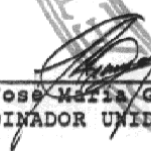
Doctor: LUIS FERNANDO RODAS G.


y revisado por:

Doctor: RODOLFO MULLER GALINDO

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 16 de septiembre de 1998.

  
Dr. Jose Maria Gramajo G.  
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS

  
DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

I M P R I M A S E :

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ  
DECANO

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ  
DECANO 1998 - 2002



Ciudad de Ciencias Médicas  
Atemala, Centro América

Guatemala, 16 de septiembre 1998

Doctor:  
José María Gramajo Garméndez  
Coordinador Unidad de Tesis  
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) BACHILLER

RONALD OMAR MORA RIVERA

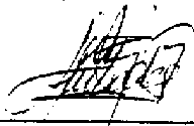
Nombres y apellidos completos

Carnet No. : 88-12726 ha presentado el Informe Final de su trabajo  
de tesis titulado:

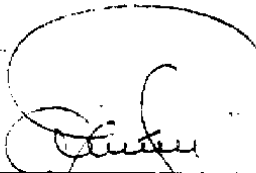
CARACTERIZACION DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DEL  
EMBARAZO ECTOPICO

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

  
Firma del estudiante

  
F. Asesor  
Nombre completo y sello

Dr. Luis Fernando Rodas  
Ginecología y Obstetricia  
Colegiado No. 7967

  
F. Revisor  
Nombre completo y sello  
Reg. Personal 6617  
Dr. Rodolfo Müller Galindo



APROBACION INFORME FINAL

UNIDAD DE CIENCIAS MEDICAS  
de la Universidad, Zona 12  
Guatemala, Centroamerica

OF. NO: 151-98

Guatemala, 16 de sept. 1998.

BACHILLER:  
RONALD OMAR MORA RIVERA  
CARNET No. 88-12726

Facultad de Ciencias Medicas  
USAC

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,  
titulado: CARACTERIZACION DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DEL  
EMBARAZO ECTOPICO

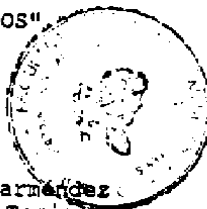
ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con  
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por  
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su  
graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Dr. José María Gramajo Garmández  
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es  
responsabilidad única del autor.

## INDICE

I.	Titulo y subtítulo.....	1
II.	Introducción.....	2
III.	Planteamiento del problema.....	4
IV.	Justificación.....	5
V.	Objetivos.....	6
VI.	Revision bibliográfica.....	7
	A. Factores etiológicos.....	8
	B. Patología.....	13
	C. Cuadro clínico.....	15
	D. Metodología Diagnostica.....	18
	E. Diagnostico diferencial.....	24
	F. Tratamiento.....	27
VII.	Metodologia.....	32
VIII.	Presentación de resultados.....	36
IX.	Análisis e interpretación de los datos.....	56
X.	Conclusiones.....	60
XI.	Recomendaciones.....	61
XII.	Resumen.....	62
XIII.	Bibliografía.....	63
XIV.	Anexo # 1.....	66

**TITULO**

**CARACTERIZACION DEL  
COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO  
DEL EMBARAZO ECTOPICO**

**SUBTITULO**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO, REALIZADO A TRAVES  
DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE EMBARAZO  
ECTOPICO. EN EL DEPARTAMENTO DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL IGSS. DEL 1  
DE ENERO DE 1,993 AL 31 DE ENERO DE 1,998**

## INTRODUCCION

Un embarazo ectopico (extrauterino) es aquél en el que un óvulo fecundado se implanta en una región diferente a la cavidad uterina.

La incidencia es aproximadamente de 1 en 100 embarazos y más del 75% se diagnostican antes de las 12 semanas de gestación.(19)

Puesto que la localizacion extrauterina casi siempre es tubarica, como queda demostrado en este estudio, este órgano no está preparado, como el útero, para distenderse al crecer el embrión y la rotura de la trompa provoca, generalmente, un sangramiento de tal magnitud que puede llevar a la mujer hasta la muerte. Para disminuir la mortalidad de esta complicación es necesario lograr que la población conozca los aspectos fundamentales de su sintomatología, evolucion y riesgos, y que exista una adecuada atencion médica, tanto a nivel primario como hospitalario.

El presente trabajo hace un análisis, lo más objetivo posible sobre las características epidemiológicas, que se presentan alrededor del embarazo extrauterino.

En este estudio se revisaron 129 papeletas de pacientes que presentaron embarazo ectopico, durante un periodo de 5 años a partir de enero de 1993 a enero de 1998. En el archivo del Departamento de Ginecología Y obstetricia del IGSS.

Se demostró en este estudio, que las pacientes que presentaron embarazos ectópicos, fueron principalmente pacientes entre las edades de 26 a 30 años. Esta complicación se da con mayor frecuencia en pacientes con antecedentes de entre una a tres gestas, al igual que los mismos partos.

El 41.8% de todos los casos revisados presentaron algún tipo de cirugía pélvicas previas.

37% de las pacientes utilizaron algún tipo de anticonceptivo, siendo el más frecuente el anticonceptivo oral.

Pacientes con embarazos ectópicos previos presentaron el 29.4% de todos los casos en estudio.

Demostó que el ultrasonido es el método diagnóstico, no quirúrgico, más confiable. puesto que por medio del mismo se tubo un 100% de certeza diagnóstica.

Solo el 26.2% de todos los casos presentaron algún tipo de complicación, presentándose, en su gran mayoría antes del tratamiento quirúrgico.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico es el que no se implanta en la cavidad intrauterina, la localización casi siempre es en la trompa, y es un trastorno cuyo diagnóstico tiene importancia por lo complicado que su evolución puede llevar implícita.

En la actualidad se acepta que en el mundo entero ha ocurrido un significativo aumento en la incidencia de embarazo ectópico, en algunos lugares, más del 1% de todos los embarazos tienen una localización ectópica. En Europa se reporta un embarazo ectópico por cada 63 embarazos (20), en Estados Unidos se presenta un incremento de un ectópico por cada 80 embarazos, Jamaica, tiene uno de los índices más altos de embarazo ectópico en el mundo, uno por cada 28 partos con productos vivos. (6, 20, 21)

Otro aspecto importante del embarazo ectópico es su alta letalidad, pues constituye del 5 al 12% de los casos de muerte materna en todo el mundo.(20)

El embarazo ectópico, requiere un cuidadoso manejo desde el momento

en que se sospeche el mismo, hasta su resolución médica o quirúrgica.

En Guatemala, como en todo el mundo, el embarazo ectópico a llegado a representar una causa importante de morbi-mortalidad materna, básicamente por que estas mujeres, no tienen a su alcance los recursos diagnósticos oportuno, que confirmarían esta complicación a tiempo para realizar un tratamiento adecuado.

## JUSTIFICACION

El embarazo ectopico, puede ser una complicación que de no detectarse a tiempo, puede provocar daños trágicos a la mujer, desde la ruptura de órganos reproductores, esterilidad y hasta la muerte. Es importante mencionar que esta complicación se presenta en su mayoría en pacientes en edad reproductiva, lo cual pone en peligro su fertilidad futura.

Lamentablemente en Guatemala no se cuenta con información necesaria sobre las características epidemiológicas del embarazo ectopico, lo que nos podría dar los parámetros de cómo se encuentra la situación de esta complicación en el país.

Por lo cual se crea la necesidad de englobar en un estudio las características epidemiológicas del embarazo ectopico, con datos obtenidos de información de pacientes de nuestro medio. Lo cual viene a contribuir a la detección de: factores de riesgo, antecedentes de importancia, datos clínicos de interés, y determinar si la metodología diagnóstica y el tratamiento de esta complicación son los adecuados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio describirá el comportamiento epidemiológico del embarazo ectopico, en una institución Guatemalteca, el Hospital de Ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS.

## OBJETIVOS

### **GENERAL:**

- Determinar los factores epidemiológicos asociados al embarazo ectópico

### **ESPECIFICOS:**

- Clasificar el rango de edad en el cual se presenta con mas frecuencia el embarazo ectópico.
- Establecer el estado civil de las pacientes.
- Clasificar los antecedentes maternos relacionados con embarazo ectópico.
- Clasificar los signos y síntomas descritos en los registros médicos de pacientes con embarazo ectópico.
- Establecer los hallazgos ultrasonográficos.
- Establecer las vías de resolución del embarazo ectópico.
- Determinar las complicaciones del embarazo ectópico

## REVISION BIBLIOGRAFICA

El embarazo ectopico (EE), es un problema medico-quirurgico, ya que es una gestación que no se implanta in útero. Tampoco es un sinónimo de embarazo tubario, pero es el sitio mas frecuente de implantación anormal. La incidencia de otros sitios de implantación ha sido reportado con mayor frecuencia, como lo son el abdominal, el ovárico, el cervical y las llamadas heterotopicas (gestaciones in útero).

Se le conoce como el gran simulador, ya que puede imitar cualquier dolor abdomino-pelvico, que conlleva a un alto indice de morbi-mortalidad materna, por las complicaciones potencialmente graves.

La incidencia de E.E se ha multiplicado por 4 en los últimos 20 años aunque, en e mismo tiempo, gracias a la rapidez en él diagnostico, su mortalidad ha descendido de 35 por cada 1,000 embarazos a 5 por cada 1000 embarazos. (6)

La primera descripción de un embarazo ectopico corresponde a Albucasis en el 963 dc. Sin embargo en los Estados Unidos, la primera operación con diagnostico de E.E fue la que practico el Dr. John Bard de Nueva York en 1,759. -(1)

## **EMBARAZO ECTOPICO**

Definiremos al E.E. como la implantación del blastocisto en cualquier parte que no fuese el endometrio que reviste la cavidad uterina. El sitio más frecuente de implantación es el oviducto o trompa de Falopio. Alrededor del 97% de los EE, se localizan en algún sitio a lo largo del recorrido de la trompa de Falopio. Dentro de esta, se distribuye aproximadamente el 60% en la porción ampular, en segundo lugar, la porción istmica con un 30% y el embarazo intersticial o cornual que es raro, anida entre el 2 a 5%. Se reporta el 5 a 7% a nivel de fimbrias aunque algunos estudios niegan esto. Otros sitios de implantación de baja frecuencia esta el ovario y cervix, con cifras de 0.5 a 1% y 0.1 respectivamente.(1,21)

### **FACTORES ETIOLOGICO:**

Las causas que predisponen al EE son multifactoriales, sin embargo para fines descriptivos se enlistan de la siguiente manera:

#### **• FACTORES OBSTRUCTIVOS:**

##### **1.- SALPINGITIS:**

La endosalpingitis produce aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubarica, con estrechamiento de la luz o formación de fondos de saco. La reducida ciliación de la

mucosa tubarica debida a infeccion puede tambien contribuir a la implantacion tubarica del cigoto cada vez hay mas datos que demuestran que la infeccion subclinica por C. Trachomatis puede provocar lesiones tubaricas de tal magnitud que predispongan al embarazo ectopico. Otros autores consideran a la infeccion pelvica cronica producida por neisseria gonorrea como factor importante en la etiologia de embarazo ectopico. (1,10)

## 2.- TUMORES:

Ya que estas distorsionan el trayecto de la trompa. Entre los que tenemos los mómomas y las masas anexiales.(1)

## 3.- ANOMALIAS EMBRIONARIAS:

Entre estas se cuentan especialmente los diverticulos, las bocas accesorias e hipoplasia. (1)

## 4.- ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

La esterilización por medio de la ligadura tubarica puede fallar por formación de fistulas o recanalizacion. Aproximadamente el 15% de embarazos, luego de ligaduras o uso de clips, son ectopicos. Con cifras mayores para la coagulación monopolar.(1,12,13) McCausland, observa que la coagulación del oviducto próxima activaba el epitelio tubario. Este epitelio invade a profundidades variables el miosalpinx istmico o el miometro cornual. Cuando el daño por electrocauterio alcanza la serosa, se forma una fistula tubo uteroperitoneal que permite el acceso de espermatozoides hacia

la cavidad peritoneal.(7) Es de vital importancia en pacientes con antecedentes de OTB y que tengan una prueba de embarazo positiva, hay que pensar en un EE, hasta que no se demuestre lo contrario.(1,12)

#### **5.- MIGRACION EXTERNA DEL OVULO:**

Puede haber un ligero aumento del riesgo de EE cuando solo existe una trompa permeable y la mujer ovula por el ovario contralateral. El retraso en el transporte del óvulo fertilizado, secundario a la migración externa del mismo, aumenta las propiedades invasoras del blastocisto, que aun se encuentra en el interior de la trompa. Es posible que este no sea un factor a destacar en la gestación ectopico humana.(1)

#### **• CAMBIOS INFLAMATORIOS:**

La causa principal del embarazo ectopico tubario es el daño a la superficie mucosa de la trompa de falopio, alterando el transporte del embrión. Una causa identificable de lesión de la mucosa, es secundario a la agresión de un proceso infeccioso. Teóricamente, el incremento de infecciones pélvicas puede deberse a la mayor frecuencia de actividad sexual con gran numero de parejas diferentes y la disponibilidad de abortos en el primer trimestre.(7) La enfermedad inflamatoria pélvica, es un antecedente que se obtiene de entre el 30 a 50% de todas las pacientes con EE. Sin embargo, con el uso de antibióticos, la oclusión total de la trompa ocurre en aproximadamente el 15% de las tratadas,

pero se ha reportado una posibilidad de EE recurrente en cerca del 27%. La participación de la aun no bien conocida enfermedad inflamatoria pélvica silente esta tomando un rol importante en dicha etiopatogenia.

• **FRACASO DE METODOS CONTRACEPTIVOS:**

**1.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):**

De los embarazos que ocurren en mujeres con DIU, 4 a 9% son ectopicos, y en 12.5% se trata de un embarazo ovárico primario. Ocurren casi dos embarazos ectopico anuales por cada 1,000 usuarias de DIU.(21)

Es minima la diferencia en el indice de embarazo ectopico según el tipo de DIU, excepto el Progestaser, que tiene progesterona; en un estudio clínico 16% de los embarazos ocurridos con este dispositivo fueron extrauterinos.(21)

**2.- ANTICONCEPTIVOS ORALES CON PROGESTA-  
GENOS:**

Estos anticonceptivos se han relacionado con indice de embarazo ectopico quintuple en comparación con el de la población general. En mujeres que los toman, 4 a 6% de las gestaciones son extrauterinas. No aumenta el indice de embarazo ectopicos con los anticonceptivos orales combinados y, de hecho, tienen efecto protector contra este problema.(21)



- **TECNICAS DE REPRODUCCION ASISTIDA:**

Entre otras causas, la hiperestimulación ovaria controlada, la inseminación intrauterina, la fertilización in vitro, aumentan la incidencia de gestaciones extrauterinas. Así mismo pacientes con niveles sericos elevados de estrogenos asociado a inductores de ovulación, pueden afectar el transporte tubarico y la implantación del huevo.

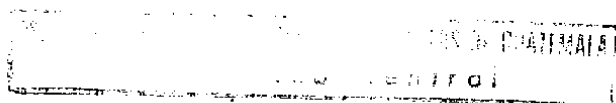
- **FACTORES FUNCIONALES:**

Entre otros factores se mencionan los que retardan el paso del óvulo fecundado, y los que producen la emigración externa del óvulo, el reflujo menstrual, el tabaquismo y la motilidad tubarica alterada por medicamentos. También se reportan condiciones que aumentan la receptividad tubarica como lo son medicamentos hormonales y la endometriosis. Hay factores del propio huevo fecundado, que desarrollan una capacidad prematura de implantación. Pocos estudios han apoyado la asociación de defectos cromosomicos con

EE, entre ellos principalmente los defectos del tubo neural.-

- **ANTECEDENTE DE EMBARAZO TUBARIO:**

Sin importar la causa, el antecedente de EE es un factor etiológico de consideración. Las mujeres con una gestación octopica tienen probabilidades de 10 a 20% de que sus embarazos subsecuentes sean extrauterinos. (21)



**PATOLOGIA:**

Una vez que el huevo fecundado se ha implantado en la mucosa tubarica, las primeras reacciones propias de la nidacion son muy semejantes a las que se observan en el embarazo uterino, excepción hecha de la ausencia de la reacción decidual de endometrio. La acción erosiva del trofoblasto veloso provoca la perforación de la pared tubaria, proceso que puede extenderse a través de la muscular. La invasión de vasos sanguineos produce hemorragia dentro del conducto, pared tubarica o cavidad peritoneal.-(7,16)

La hemorragia que tiene lugar dentro de la trompa, convierte a esta en un hematosalpink. En realidad cuando se describe un hematosalpinx durante la operación o en el laboratorio, en lo primero que debemos pensar es en el embarazo ectopico de tipo tubario.(7,16)

Cuando este ultimo tiene lugar en la porción externa de la trompa, el orificio fimbriado puede hallarse distendido por él coagulo de sangre que sale por él. Microscópicamente, la característica patognomica del embarazo tubario es el hallazgo de vellosidades corionicas en el conducto lleno de sangre, las cuales algunas veces penetra en la pared. Las vellosidades pueden estar bien conservadas o mostrar degeneración de hialinizacion intensa, pero aun en este caso conservan netamente su contorno típico.(16)

**EMBARAZO TUBARICO:**

La implantación mayormete encontrada es la tubarica, entendiendo por ello la que afecta a la porción ampular, istmica e intersticial de la trompa de falopio. La evolucion y resultados del embarazo tubario, así como el cuadro clínico consiguiente, varían según el sitio de implantación.( 2,10,21)

**IMPLANTACION AMPULAR:**

Es con mucho la mas frecuente de EE; pero su índice verdadero se desconoce, ya que en muchos casos las manifestaciones son tan leves que ni siquiera las advierte la paciente. El producto de la concepción en fase muy inicial puede morir y ser absorbido sin producir síntomas apreciables, o ser expulsado a la cavidad abdominal y absorbida en esta, también sin síntomas. En presencia de erosión extensa de capilares o abertura de un vaso tubario importante, la sangre libre suele acumularse en las fimbrias. Una parte se escapa hacia el fondo de saco de Douglas, y otra se acumula alrededor del producto, cuya expulsión parcial es posible a través del orificio (aborto tubario incompleto).(21)

**IMPLANTACION ISTMICA:**

La luz de la porción istmica del oviducto es muy angosta y menos dispensable que la ampular. La implantación en esta área predispone a la rotura tubaria impresionante en fase inicial, a resultas de erosión de la pared tubaria por el trofoblasto o distensión de la propia pared por el producto y acumulación

rápida de sangre. El sitio de rotura por lo general apunta hacia la cavidad peritoneal, aunque en ocasiones la rotura tiene lugar entre las hojas de los ligamentos anchos. Sea cual fuere el caso, la hemorragia suele ser abundante y puede ser mortal si no se corrige con prontitud. La hemorragia intraligamentosa puede disminuir conforme se aplica presión en el ligamento ancho; pero las hojas anterior o posterior tienden a ceder tarde o temprano en respuesta a la hemorragia recurrente. (16,21)

#### **IMPLANTACION INTERSTICIAL:**

En esta variante, el sitio de implantación esta rodeado parcialmente por el miometrio, que puede entrar en hipertrofia según se requiera para dar cavidad al producto de la concepción en crecimiento. Por tanto, la rotura ocurre en fecha más avanzada que en el istmo, por lo general con demora de 12 a 14 semanas. Sin embargo, no deja de ser impresionante y, de hecho, la rotura de los abundantes vasos sanguíneos del área cornual produce con prontitud hemorragia intraabdominal, posiblemente masiva, y que debe tratarse de inmediato para que la paciente sobreviva. (1,21)

### **CUADRO CLINICO**

La diversidad de manifestaciones clínicas del EE obedece fundamentalmente a la evolución natural en el momento del diagnóstico. Una posibilidad rara es la resolución espontánea

del embarazo, sin embargo la ruptura tubarica es el curso mas frecuente, pudiendo ser precipitado por una exploración bimanual, un coito o por el mismo crecimiento del embarazo.

### **SIGNOS Y SINTOMAS:**

No hay signos o sintomas patognomonicos del EE temprano. Sin embargo los síntomas más comunes son: dolor, hemorragia vaginal y amenorrea. Clásicamente los primeros síntomas son similares a los de un embarazo normal inicial, como la nausea, la tensión mamaria y el retraso menstrual. De 90 a 100% de pacientes con gestación ectopica se quejan de dolor, hemorragia vaginal y amenorrea. En el sitio afectado, el dolor puede ser difuso, bilateral y aun contralateral y suele comenzar como un dolor vago que se transforma en agudo y de tipo cólico. (7,13,19)

Con la ruptura tubarica se presenta además un dolor lancinante. Un dolor en el hombro sugiere irritación diafragmatica por hemorragia en la cavidad peritoneal. Un 75 a 95% de pacientes informan amenorrea o antecedentes de anomalías menstruales. (7,13,19)

Al principio las pacientes suelen afirmar que no han dejado de menstruar pero él interrogarlas en detalle, describen el periodo como más ligero de lo usual o de aparición irregular. El llamado periodo puede ser en realidad hemorragia por desprendimiento endometrial. En un 50 a 80% de pacientes con gestación Ectopica, se observa hemorragia vaginal irregular que suele ser leve e intermitente y se produce por desprendimiento decidual uterino, debido a necrosis del tejido trofoblastico. Si la

hemorragia es muy profusa, se presentan los síntomas de choque, a saber: pulso rápido e incontrolable, palidez extrema de la piel y mucosas disnea, piel fría y sudorosa, temperatura subnormal, hipotensión. Cuando la hemorragia es leve, el hemograma muestra un grado variable de anemia, con disminución del valor del hematocrito. La temperatura, cuando la hemorragia es ligera, se conserva dentro de los límites normales, aunque con hemoperitoneo suele ser anormal. Síntomas como mareo y desvanecimiento se presenta en 20 a 35% de los pacientes. (7,9,12,13,19)

#### **EXPLORACION FISICA:**

Según la velocidad y volumen de la hemorragia, el estado general puede variar desde relativamente asintomático hasta choque hemorrágico. La alteración hemodinámica se refleja por el aumento en la frecuencia del pulso, así como los cambios en la presión arterial, tomándola en decúbito supino y luego sentado siendo positiva, cuando hay 20 mm hg o más de diferencia, entre las dos posiciones. (13,21)

El examen abdominal puede no darnos datos tan confiables, hasta llegar a presentar defensa y rebote positivo. Los signos de la palpación pélvica desde ausentes del todo hasta una gran masa. Hay hipersensibilidad en la mayoría de los casos y una masa en casi el 50%. En muchas pacientes la masa es de características poco definidas, aunque puede consistir solo en el embarazo tubárico. Una masa hipersensible y de consistencia acuosa en el fondo de

saco de Douglas se debe a la acumulación de sangre en esta área, o sea el hematocele pélvico. (7,12,13,21)

### **METODOLOGIA DIAGNOSTICA:**

Cuando existe la sospecha de presencia de EE, suelen tener valor los siguientes recursos que pueden contribuir grandemente al diagnostico pudiendo mencionar los siguientes:

- Pruebas biológicas.
- Ultrasonograma.
- Culdocentesis.
- Laparoscopia
- Dilatación y raspado

### **PRUEBAS BIOLOGICAS:**

El desarrollo de un radioinmunoanálisis que mide la subunidad beta de la hormona gonadotropina corionica (hCG), específicamente en presencia de hormona luteinizante, ha revolucionado el diagnostico de enfermedades relacionadas con el embarazo temprano. Los estudios que emplean antisuero contra la hCG, han mostrado que en EE, las cifras de la hormona son menores que las observadas en embarazos con progreso normal. Observaciones recientes indican que el trofoblasto implantado de manera ectopica sufre daño en su capacidad para sintetizar hCG, lo que sugiere que la subunidad alfa pudiera servir como instrumento para determinar embarazos tempranos. La sensibilidad de esta prueba para la detección de

concentraciones mínimas de hCG circulante permite el diagnóstico de cualquier tipo de gestación en etapas muy tempranas. (7,21)

El índice de resultados negativos falsos es menor de 0.5% en mujeres con EE y concentraciones de hCG menores de 10 mUI/ml; nos se ha notificado el índice de resultados positivos falsos a causa de la especificidad por la subunidad beta. (21)

La disminución, estancamiento o incremento menor que el normal en las cifras indican gestación intrauterina anormal o extrauterina. En general, casi puede excluirse el EE, cuando las cifras exceden de 6500mUI/ml y se observa el saco gestaciones con movimientos fetales en la ultrasonografía. A la inversa, la ausencia del saco gestaciones y las cifras de la subunidad beta de hCG que exceden la mencionada casi confirma la gestación extrauterina.(21)

Es importante recordar que los cambios uterinos son similares en embarazo inicial tanto intra como extrauterinos. Se menciona que aun con presencia de masa anexial, niveles de hCG debajo de 200mUI/ml y presencia de líquido libre en fondo de saco, puede ser compatible con un embarazo intrauterino normal y cuerpo luteo hemorrágico. Con la introducción de la técnica vaginal han podido detectarse embarazos intrauterinos asociados con niveles tan bajos de hCG de 800 mUI/ml del Segundo Estándar internacional.(7,12)



### ULTRASONOGRAFIA:

La intensificación certera de un embarazo intra-uterio, es el método más confiable par descartar un EE. En el embarazo temprano, la imagen fonográfica de una colección liquida rodeada por un anillo ecogenico se consideraba la apariencia típica del embarazo normal, sin embargo la estimulado hormonal del EE produce una reacción decidual, que ultrasonograficamente se lo conoce como pseudosaco gestaciones, teniendo una frecuencia entre 10 y 20%. Entre los rasgos morfológicos para diferenciarlos de un verdadero saco, esta la presencia de signo de doble saco decidual, dado por la decidua capsular, Y parietal, así como la detección de estructuras embrionarias.(11,17)

Los hallazgos anexiales combinado mejoran la precisión diagnostica; el único criterio mayor para establecer el diagnostico de EE es la presencia de un saco gestaciones extrauterio con embrión vivo, dado en aproximadamente 10 a 15%. Un anillo anexial sin contenido embrionario, constituye un criterio para sospechar EE, pero no absoluto; ya que puede ser dado por un absceso tubo-ovarico, quistes hemorrágicos o cuerpo luteo.(11,17)

El EE ultrasonograficamente se describe como una imagen hipocogenicas rodeada por un anillo ecogenico, que pudiera ser dado por la reacción del trofoblasto. Su ubicación es variada, y depende del sitio de implante, anatomía de la paciente y la integridad del embarazo.(2,5)

Cuando se rompe, se puede identificar liquido libre en la cavidad peritoneal, que regularmente se acumula en el fondo de

saco de Douglas, pudiendo llegar hasta la fosa de Morrioso. No siempre suele ser hemoperitoneo, ya que puede ser dado por ascitis, liquido secundario a ruptura, del foliculo o simplemente una colección purulenta. Sonograficamente hay masas amorfas y perdida de limites anatómicos.

El ultrasonido transvaginal ha dado un gran impacto en el diagnostico de EE en comparación con la técnica abdominal, este ultimo ha dado cifras hasta de 74% de embarazos in útero normales al inicio, en tanto el endovaginal cifras que se encuentran entre el 26%.<sup>(3)</sup> Se ha descrito el llamado anillo tubarico o anexial como el mas constantemente correlacionado quirúrgicamente y patológicamente. Se han asociado niveles de hCG y ultrasonido en pacientes de alto riesgo. Sonograficamente los hallazgos llamado criterios menores que se han asociado con EE los cuales son: ausencia De saco gestacional in utero, presencia de doble anillo, masas anexiales, los cuales aumentan su valor predictivo cuando cualquiera se asocia con liquido libre en cavidad, teniendo precisión diagnostica mayo de 85%.<sup>(17)</sup>

En otros estudio se identifico el signo del halo asociado a anillo anexial, el cual fue mas constantemente corroborado por laparoscopia en comparación con el grupo control, 67% contra 2%.<sup>(8)</sup>

Se han reportado dificultades en el diagnostico, como lo son las asociadas con patologías preexistentes que con lleva a adherencia de intestino, estructuras pélvicas y masas que no fueron detectadas.<sup>(17)</sup>

Situaciones en hallazgos inciertos o de sospecha, se han utilizado el sistema Doppler, orientado con mapeo color. Basándose en la teoría de que aumenta el flujo sanguíneo de la arteria tubarica que contiene el EE, se reporto que la diferencia de ambas arterias fue de 20.44% en comparación con el grupo control que tuvo 2.95%, teniendo un valor de corte de 8%.(11,14,17)

En un estudio comparativo entre imagen bidimensional y doppler color vaginal, se obtuvieron resultados muy similares tanto para la detección del útero vacío asociado a masa anexial, así como la presencia de flujo sistolico elevado y diastolico bajo, fuera del útero, teniendo valor predictivo positivo de 95% y 91%, y valor predictivo negativo de 89% y 44% respectivamente. En el ultrasonido tridimensional el hallazgo mas específico fue la presencia de una zona hipocogénica anexial en pacientes antes de cumplir 6 semanas de amenorrea, reportándose sensibilidad cerca del 33%.(2,8,11,17)

#### **CULDOCENTESIS:**

Es un estudio diagnóstico rápido y sencillo con que puede detectarse la hemorragia intraperitoneal. Cuando la sangre pasa a la cavidad abdominal, ocurre coagulación y fibrinólisis subsecuente, después de lo cual no se coagula. Con las piernas de la paciente en estribos y las caderas en plano levemente inferior al del tórax, de manera que la sangre se acumule en el fondo de saco de Douglas, se coloca una pinza Pozzi en el cervix y, con tracción leve, se introduce una aguja calibre 18 por el

fondo de saco vaginal posterior con o sin anestesia local. En caso de que la sangre aspirada subsecuentemente se coagule, su origen probable es un vaso perforado en el trayecto al fondo de saco. La falta de extracción de liquido alguno hace suponer que no se penetro el fondo de saco. La culdocentesis es una prueba diagnostica valiosa, en particular cuando se obtiene sangre que no coagula con hematocrito de 15% o más. El objetivo de este método es indicar si hay o no sangre libre en el abdomen. No lo hay con el embarazo tubario sin romper, o que no tiene fuga a través del orificio.(21)

#### LAPAROSCOPIA:

De las diversas técnicas de diagnostico de reciente y amplia aceptación, la endoscopia peritoneal mediante laparoscopia sé esta convirtiendo rápidamente en uno de los auxiliares de diagnostico mas útiles. . Empezar o no la laparoscopia confirmatoria depende de la certidumbre del diagnostico y el estado de la paciente. Es usual que no se requiera cuando la culdocentesis revela sangre libre en el abdomen o el cuadro clínico es clásico de la rotura tubaria. Resulta invaluable en caso de suponer el embarazo tubario no roto o considerarlo como parte del diagnostico diferencia de otros trastornos pélvicos. Los estudios presentan resultados negativos falsos en 3 a 4% y de positivos falsos de 5%, para la laparoscopia como auxiliar en el diagnostico del EE.(7,21)

### **DILATACION Y RASPADO:**

Cuando el síntoma principal es la hemorragia anormal, la dilatación y el legrado pueden efectuarse con él diagnóstico de presunción de hemorragia uterina anormal o aborto incompleto. En presencia de embarazo tubario no supuesto, el material obtenido suele ser escaso consta solo de decidua, en la cual puede encontrarse la reacción de Arias-Stella. Si no se identifican vellosidades corionicas en tales circunstancias, sería prudente solicitar que el patólogo efectúe cortes más profundos en el bloque de parafina, dado que la identificación de tan solo una de estas vellosidades en materia de legrado confirma el diagnóstico de embarazo intrauterino. Si a pesar de esto no se detectan vellosidades y si hay decidua, con o sin la reacción de Arias-Stella, debe considerarse la posibilidad de embarazo ectópico y hay que tomar las medidas necesarias para confirmarlo o descartarlo.(1,12,13,21)

### **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Los diagnósticos y síntomas que presenta una paciente con embarazo ectópico son también comunes a muchos otros trastornos ginecológicos.

### **QUISTE DEL CUERPO AMARILLO:**

La amenorrea, gotas de sangre por la vagina y dolor pélvico unilateral son frecuentes. La mujer no tiene signos ni síntomas

de embarazo en fase inicial, el dolor es menos intenso que en la gestación tubaria, no hay antecedentes de desvanecimiento y el radioinmunoanálisis de hCG resulta negativo. Además, el útero esta firme y no agrandado, y el quiste del cuerpo amarillo con hemorragia intraabdominal suele ser una urgencia quirúrgica, a menos que la hemorragia ceda de repente, como a veces lo hace. El cuerpo amarillo del embarazo llega a medir 3 a 6cm y suele identificarse coincidentemente en la primera palpación ginecológica durante la gestación; no hay dolor y la estructura suele ser redonda, en general no hipersensible, con movimientos libres y de consistencia quística, además de que ello basta para el diagnóstico de embarazo intrauterino en fase inicial.

#### **ABORTO INCOMPLETO O AMENAZA DE ABORTO:**

El periodo de amenorrea en estos dos trastornos suele ser mas prolongado que en el embarazo tubario. El dolor, si lo hay se sitúa en la línea media, es de tipo cólico y tiene menor intensidad, mientras la hemorragia tiende a ser más abundante y no se acompaña de desvanecimiento. Por otra parte, no se advierten hipersensibilidad vaginal, o de los anexos uterinos ni una masa de estos últimos, a menos que se palpe el cuerpo amarillo del embarazo. El útero suele ser más grande y estar mas reblandecido que en la gestación tubaria.

#### **ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA:**

La salpingitis tiende a ser bilateral, los movimientos del cervix producen dolor bilateral similar de los anexos uterinos, y

estos últimos presentan hipersensibilidad extrema. Es usual que no haya antecedente de amenorrea ni desvanecimientos, las mamas estén suaves y no hipersensibles, y los resultados de la prueba de hCG son negativos. El cuadro clínico tradicional de la salpingitis gonorreica abarca fiebre, leucocitosis y disuria. Otros microorganismos que producen salpingitis y algunas cepas de gonococos tienden a causar una reacción diseminada menos intensa, de tal suerte que en un estudio clínico no hubo fiebre ni leucocitosis en 50% de los casos comprobados. Aunque las manifestaciones de salpingitis y embarazo tubario pueden parecer tan distintas que no debe haber dificultad en diferenciarlas, ello no siempre ocurre.

#### APENDICITIS AGUDA:

En algunos casos, la apendicitis se confunde con embarazo tubario porque la primera, produce cuadros clínicos atípicos. Los casos frecuentes de apendicitis difieren de los de embarazo tubario en que en los primeros es más probable el vomito, no ocurren desvanecimientos ni amenorrea, la febrícula y leucocitosis son mucho más frecuentes, las mamas están suaves y no hipersensibles, y la rigidez del cuadrante inferior derecho e hipersensibilidad de rebote suelen ser más intensas.(21)

#### DISPOSITIVO INTRAUTERINOS (DIU):

El goteo de sangre por la vagina, dolor pélvico e infecciones pélvicas unilaterales con posibles complicaciones del uso de los DIU. La diferenciación entre tales complicaciones y el

embarazo tubario es muy importante y puede ser difícil. Cuando la mujer no tiene amenorrea ni otros signos de embarazo temprano, y son negativos los resultados de una prueba sensible de la subunidad beta de la hCG, es improbable el embarazo tubario.

### TRATAMIENTO

El tratamiento aceptado del embarazo ectopico ha sido quirúrgico desde que fue realizada la primera salpingectomia por EE y siguió siendo el tratamiento quirúrgico preferente, con pocas modificaciones hasta hace relativamente poco, cuando el desarrollo del análisis rápido del hCG, combinado con ultrasonido de alta resolución y laparoscopia, hicieron posible la detección temprana del EE. Una vez que pudo hacerse el diagnóstico temprano del EE antes de su rotura, se pudo desarrollar otras modalidades quirúrgicas, en un clima libre de la presión que implicaba el peligro inminente de un embarazo roto en una paciente inestable. Frecuentemente se han publicado estudios en los cuales se aboga por el tratamiento quirúrgico del embarazo ectopico, sustituyendo la cirugía por quimioterapia con metrotexate, sin embargo para ello se necesita de un rápido diagnóstico y que el embarazo ectopico no este roto.(1,7)

### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

En el pasado, se debatía si en presencia de hemorragia intraabdominal masiva y choque el primer paso debía ser detener la hemorragia, o la operación podía postergarse hasta que se



normalizara la circulación. Antes de que se dispusiera de la sangre y sus sustitutos, el diagnóstico clínico inmediato y las recompensas de una paciente sana. En un estudio clínico de 174, embarazos ectópicos cuyo informe se publicó en 1947, gran parte de las operaciones se efectuó en 20 minutos o menos, y se realizaron transfusiones en 17 pacientes, con muerte de cuatro. De estas últimas, es razonable suponer que dos, y tal vez tres, habría sobrevivido con los métodos modernos de sostén y vigilancia circulatorios. En la actualidad, es posible iniciar al mismo tiempo el tratamiento médico y quirúrgico.(21)

En caso de que el estado de la paciente sea precario, hay que seleccionar el método más sencillo para controlar la hemorragia. Es usual que la incisión en la línea media pueda efectuarse con mayor rapidez que la transversa. Debe extraerse suficiente sangre para observar con facilidad ambos anexos del útero. Cuando hay rotura y destrucción tubarias, la mejor operación suele ser la salpingectomía total. El oviducto se separa del mesosalpíx mediante pinzas de Kelly en tomas sucesivas y se colocan puntos de transfixión con Dexon o Vicryl 4-0. La cuestión principal en la salpingectomía es si debe emprenderse o no la resección cornual. No se tienen datos concluyentes en la literatura de que la resección cornual profunda ayude de manera alguna a prevenir embarazos ectópicos ulteriores, además de que podría ser dañina por el debilitamiento de la porción correspondiente de la pared uterina. En caso de emprenderla, debe ser superficial para evitar un defecto del endometrio que puede romperse en embarazos ulteriores. Es importante

peritonizar el área después de la resección cornual, para lo cual puede utilizarse el ligamento redondo adyacente. Se extraen la sangre y coágulos antiguos de la cavidad peritoneal y se irriga la pelvis con solución salina tibia. Este paso es importante para la fecundidad futura, ya que reduce las probabilidades de lesiones a causa de adherencias pélvicas. El ovario ipsilateral no se extirpa, a menos que haya hematoma extenso del ligamento infundibulopelvicos o ancho. Hay que inspeccionar el oviducto y ovario contralaterales. El hematosalpinx contralateral es frecuente en el embarazo tubario agudo, pero no se requiere su tratamiento.(21)

#### TRATAMIENTO CONSERVADOR:

La cirugía laparoscópica, es actualmente una de la técnica de diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, que mayores beneficios ofrece a la paciente, ya que permite una disminución del dolor, menor restricción respiratoria, escaso ílio, raros problemas de herida operatoria, disminución del tiempo de hospitalización, pronta recuperación, evidentemente ventajas cosmética, menos días de ausencia laboral, contra muy pocas desventajas; es por estos motivos que el auge de la videolaparoscopia ha aumentado, permitiendo con ello una mayor cobertura de patologías entre las que se incluye el EE, que en la actualidad constituye una de las principales indicaciones de videolaparoscopia en la cirugía en general.(15)

Una vez que se ha confirmado laparoscópicamente el diagnóstico de EE, se procede a realizar la salpingectomía del

lado afectado; esta se efectúa de la siguiente manera: primero se verifica la existencia de hemoperitono y se cuantifica; posteriormente a ello se identifican las estructuras pélvicas, incluyendo el uréter; luego de ello se procede a la identificación, ligadura y sección del ligamento infundíbulo pélvico. Posteriormente a ello, se secciona la trompa en los extremos en donde se encuentra el EE, se secciona la trompa de Falopio y se extrae el espécimen, utilizando un grasper. Dependiendo de la edad de la paciente, de la paridad, del estado del ovario y del criterio del cirujano, puede conservarse la gónada o no; si se decide conservar, se realiza el procedimiento ya descrito; si se decide la salpingooforectomía, la técnica difiere básicamente en la ligadura y sección de los vasos utero-ovaricos, teniendo sumo cuidado de realizar una buena hemostasia. Posterior a la extracción del espécimen, se realiza un lavado profuso de la cavidad pelvica y abdominal con suero fisiológico, luego aspirado del líquido. Se retiran posteriormente los trocates y se elimina el neumoperitoneo. Se cierra la piel con una sutura adecuada (por ejemplo Nylon 3-0).(1,10,16)

#### TRATAMIENTO NO QUIRURGICO:

El uso de Metotrexato es la opción como alternativa quimioterapéutica en la operación para el tratamiento de EE, no roto. El Metotrexato, un análogo del ácido fólico, se usa comúnmente para tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional. La primera experiencia comunicada sobre el uso del metotrexato data de 1956 para esta enfermedad, después, la

adición del factor citrovorum, antídoto del metotrexato, demostró aumentar la inocuidad y eficacia del tratamiento. La capacidad reproductora de las pacientes después de la quimioterapia eficaz para tratar enfermedad trofoblástica gestacional no mostró recaídas importantes con diversidad de compuestos incluyendo el metotrexato. La amplia experiencia en oncología ginecológica, con registros comprobados de inocuidad y efectos secundarios tóxicos relativamente bajos, combinados con la no intervención aparente sobre la fertilidad futura, convirtieron al Metotrexato en alternativa quimioterapéutica en el tratamiento del EE. En resumen diremos que en el caso en que la cirugía representa una amenaza importante para la fertilidad futura o impone un riesgo quirúrgico elevado para la paciente, el uso de la quimioterapia ofrece una alternativa deseable, pero que antes de llegar a conclusiones definitivas, será preciso valorar factores como permeabilidad tubárica subsecuente, potencial futuro de reproducción, morbilidad y tiempo de hospitalización. (7,22)

## **METODOLOGIA**

### **1.- TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizo un estudio retrospectivo: puesto que se analizaron los datos de las historias clínicas desde el 1 de enero de 1993, hasta el 31 de enero de 1998. Y además se realizo un estudio de tipo Descriptivo: puesto que solo se describieron los datos obtenidos por medio de fichas clínicas de pacientes con Diagnostico confirmado de embarazo ectopico.

### **2.- OBJETO DE ESTUDIO:**

El objeto de estudio lo constituyeron todas las historias clínicas de pacientes con diagnostico conformado de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco del Seguro Social.

### **3.- UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Por sus características, en este estudio no se incluyo una muestra, puesto que el objeto de estudio fue el total de expedientes clínicos.

### **4.- DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO:**

Este estudio se realizo, a través de las fichas clínicas, del archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad social, ubicado en la zona 12, de la Ciudad Capital de Guatemala.

### 5.- CRITERIOS DE INCLUCION:

Se incluyeron en este estudio todas las fichas clínicas de pacientes que presentaron un diagnostico definitivo de embarazo ectopico, durante el periodo de Enero de 1993 a Enero de 1998, en el Departamento de Ginecología y obstetricia, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

### 6.- CRITERIOS DE EXCLUCION:

Se excluyeron las historias clínicas que por alguna razón no estaban completas.

### 7.- DEFINICION DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE DE MEDICION	UNIDAD DE DE MEDIDA
Embarazo ectopico	Implantación fuera de la Cavidad uterina.	A través de la revisión de las Fichas clínicas	Nominal	- Izquierda - Derecho - Trompa de Falopio - Ampolla - Istmio - Intrauterinal - Placenta - Ovarios - Abdominal - Cervical - Otras
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	A través de la Revisión de las Fichas clínicas	Numerico.	Años
Estado Civil.	Condición de un individuo en sus Relaciones con la Sociedad.	A través de la revisión de las Fichas clínicas	Nominal	- Casada - Unión - Soltera - Divorciada - Viuda

Antecedentes	Hecho anterior. Que sirven para juntar hechos posteriores.	A través de la revisión de las Fichas clínicas	Neutral	-Gemas -Fomas -Abortos -Costras -Infecciones pélvicas -Cirugías pélvicas -Anticonceptivos -Tumores -Emb. Ectop. Previos
Signos	Molestias referidas Por el paciente.	A través de la Revisión de las Fichas clínicas	Neutral	-Palidas -Hemorragia vaginal -Taquicardia -Hipertensión -Hipotensión -Masa abdominal Palpable -Dolor cervical
Síntomas	Hallazgos encontrados Por el médico.	A través de la Revisión de las Fichas clínicas	Neutral	-Dolor pélvico -Amesoreya -Atracciones gastrointest.
Complicaciones	Síntomas distintos De los habituales De una enfermedad	A través de la revisión de las Fichas clínicas	Neutral	-preoperatoria -transoperatoria -postoperatoria

## 8.- PROCEDIMIENTO PARA REGULAR LA INFORMACION:

La información se maneja de la siguiente manera: Se inicio con la elaboración de una boleta de recolección de datos, la cual fue llenada sobre la base de la información obtenida de las historias clínicas encontradas en los archivos del departamento de Ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de seguridad Social. La información fue recabada en el periodo de tres semanas, durante horas de oficina. Dicha información fue analizada, conjuntamente por el estudiante, el revisor y el asesor para realizar las conclusiones y recomendaciones necesarias.

## 9.- CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio fue realizado sobre la base de la revisión de documentos hospitalario, las historias clínicas de pacientes con diagnostico de embarazo

ectopico. Por lo tanto no existe ningún tipo de riesgo físico, o mental para la población en estudio.-

Los resultados podrán ser publicados, protegiendo la privacidad de los pacientes. no se publicaran nombres.

#### 10.- PLAN DE ANALISIS:

La información luego de recabada, fue sometida a un análisis estadístico; en donde fueron manejadas todas las variables que se especifican en los objetivos. Luego esta información fue ordenada por medio de tablas y luego gráficos, con el objeto de hacer más comprensible la información. Posteriormente se interpretaron las misma, y se plantearon las conclusiones y recomendaciones surgidas.

#### 11.- RECURSOS:

##### 1. HUMANOS:

-Personal del archivo del Hospital de Ginecología y obstetricia del IGSS.

##### 2. MATERIALES:

-Expedientes clínicos del archivo del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

-Instrumento para la recolección de la información.

-Departamento de Ginecología y Obstetricia.



## **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**CUADRO # 1**

**Distribución por edad de los pacientes que presentaron diagnóstico de embarazo ectópico, en el departamento de Ginecología y obstetricia del IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero 1998**

EDADES	TOTAL	PORCENTAJE
15-20	2	1.5%
21-25	9	6.9%
26-30	44	34%
31-35	40	31%
36-40	25	19%
41 o más	10	6.9%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

**CUADRO # 2**

**Estado civil de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>CASADAS</b>	<b>69</b>	<b>53%</b>
<b>UNIDAS</b>	<b>20</b>	<b>15%</b>
<b>SOLTERAS</b>	<b>40</b>	<b>31%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

### CUADRO # 3

**Numero de gestas en pacientes con diagnostico de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

GESTAS	TOTAL	PORCENTAJE
1-3	80	62%
4-6	45	35%
7 o mas	4	3%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

**CUADRO # 4**

**Distribución de la paridad en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>PARTOS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NULIPARA</b>	<b>31</b>	<b>24%</b>
<b>1-3</b>	<b>89</b>	<b>69%</b>
<b>4-6</b>	<b>9</b>	<b>7%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

**CUADRO # 5**

**Numero de abortos en pacientes con diagnostico de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>ABORTOS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	86	67%
1	29	22%
2	13	10%
3	1	0.7%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

**CUADRO # 6**

**Numero de cesarias en pacientes con diagnostico de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>CESAREAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	106	82%
1	6	4.6%
2	7	5%
3	5	3.8%
4	5	3.8%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

**CUADRO # 7**

**Infecciones pelvicas previas en pacientes con diagnostico de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>INFECCIONES PELVICAS</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	20	15.5%
NO	109	84.4%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**



**CUADRO # 8**

**Cirugías pélvicas previas en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>CIRUGIAS PELVICA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	<b>54</b>	<b>41.8%</b>
<b>NO</b>	<b>75</b>	<b>58.2%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

## CUADRO # 9

**Métodos anticonceptivos utilizados por pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>METODO ANTICONCEPTIVO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DE DEPOSITO	12	9.3%
ORALES	17	13.1%
T COBRE	11	8.5%
POMEROY	4	3.1%
NATURAL	4	3.1%
NO UTILIZAN	81	62.7%
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

## CUADRO #10

**Embarazos ectopicos previos, en pacientes con diagnostico de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

EMBARAZOS	TOTAL	PORCENTAJE
CERO	91	70.5%
UNO	36	27.9%
DOS	2	1.5%
TOTAL	129	100%

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

CUADRO #11

Distribución de las manifestaciones clínicas en pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998

MANIFESTACIONES CLINICAS	TOTAL	PORCENTAJE
PALIDEZ	75	58.1%
DOLOR PELVICO	102	79%
HEMORRAGIA VAGINAL	105	81.3%
AMENORREA	40	31%
TAQUICARDIA	7	5.4%
HIPERTENSION	9	6.9%
HIPOTENSION	15	11.6%
MASA ABDOMINAL PALPABLE	63	48.8%
DOLOR A LA MOVILIZACION CERVICAL	82	63.5%
OTROS	3	2.3%

Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

CUADRO #12

**Hallazgos ultrasonograficos en pacientes con sospecha de embarazo ectopico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

HALLAZGOS	TOTAL	PORCENTAJE
EMBRION	29	22.4%
MASA ANEXIAL	92	71.3%
LIQUIDO EN FONDO DE SACO	56	43.4%
SIN ULTRASONIDO	10	7.7%

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

## CUADRO #13

**Utilización de la culdocentesis como método diagnóstico en pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>CULDOCENTESIS</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SÍ</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>31</b>	<b>24%</b>
<b>NO</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>98</b>	<b>75,9%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

## CUADRO #14

**Utilización de la Sub-unidad Beta de la hGC, como método diagnóstico en pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>SUB-UNIDAD B</b>	<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SERICA</b>	62	-	62	48%
<b>CUANTIFICABLE</b>				
<b>CUALITATIVA EN ORINA</b>	15	5	20	15.5%
<b>NO SE UTILIZO</b>	-	-	47	36.4%
<b>TOTAL</b>	-	-	129	100%

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

## CUADRO #15

**Uso de la cirugía como método diagnóstico en pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>CIRUGIA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>VIDEOLAPAROSCOPIA</b>	<b>83</b>	<b>64.8%</b>
<b>LAPAROTOMIA EXPLORADORA</b>	<b>45</b>	<b>35.1%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.



## CUADRO #16

**Localización anatómica del embarazo ectópico por medio de ultrasonido. En el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

LOCALIZACION	TOTAL	PORCENTAJE
TUBARICO	103	79.8%
FIMBRIA	9	6.9%
OVARICO	14	10.8%
ABDOMINAL	2	1.55%
CERVICAL	1	0.77%
TOTAL	129	100%

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

**CUADRO #17**

**Condición macroscópica del embarazo ectópico. En el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

CONDICION MACROSCOPICA	TOTAL	PORCENTAJE
ROTO	66	51.1%
NO ROTO	63	48.8%
TOTAL	129	100%

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

## CUADRO #18

**Tipo de tratamiento al que son sometidos las pacientes que presentan embarazo ectopico. En el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

<b>VIAS DE RESOLUCION</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>QUIRURGICO</b>	<b>128</b>	<b>99.2%</b>
<b>CONSERVADOR</b>	<b>1</b>	<b>0.7 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.**

## CUADRO # 19

**Determinación de las complicaciones que presentan las pacientes con embarazo ectópico, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de IGSS. Del 1 de enero de 1993 al 31 de enero de 1998**

COMPLICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
PRE OPERATORIAS	27	20.9%
TRANS OPERATORIAS	2	1.5%
POST OPERATORIAS	5	3.8%
NINGUNA	95	73.6%
TOTAL	129	100%

**Fuente:** Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS.

## ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, sobre el comportamiento epidemiológico del embarazo ectópico, a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico, realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del IGSS. Del 1 de Enero de 1993 al 31 de Enero de 1998.

Los resultados evidencian que 65% de los casos, se encuentran entre las edades de 26 a 35 años, y en su mayoría casadas. Lo que indica que el embarazo ectópico se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, con pareja estable, esto aunado a factores de riesgo y antecedentes importantes, aumenta la posibilidad de un embarazo extrauterino.

La literatura reporta que el embarazo ectópico es más frecuente en mujeres infértiles, sin embargo, este estudio indica que el total de pacientes estuvieron embarazadas antes de presentar el embarazo extrauterino.

En publicaciones previas han sido descritos múltiples factores de riesgo, que indican relación con el embarazo ectópico. En este estudio los factores de riesgo de mayor importancia, en su orden son: las cirugías pélvicas, abortos, cesareas e infecciones pélvicas. Las causas quirúrgicas están relacionadas principalmente con la manipulación de los órganos reproductores internos, y las no quirúrgicas con procesos inflamatorios locales que provocan implantación en lugares inadecuados.

Del total de mujeres, que presentaron embarazos ectópicos, 48 de ellas utilizaron algún método anticonceptivo, de estas el 35% utilizaron anticonceptivos orales, 25% utilizaron anticonceptivos de depósito y el 23% dispositivos intrauterinos. Lo anterior obedece a que en el IGSS, a las pacientes solo se les proporciona estas alternativas como métodos anticonceptivos. Sin embargo la literatura describe y relaciona con mayor frecuencia a los dispositivos intrauterinos con el embarazo ectópico, y como segunda en frecuencia a los anticonceptivos orales.

El 29% de todos los casos, presentaron un antecedente de embarazo ectópico. Probablemente esto se deba a procesos inflamatorios obstructivos tubáricos, que provoca implantación extrauterina.

Las tres principales manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes en este estudio fueron: hemorragia vaginal, dolor pélvico y dolor a la movilización cervical. La hemorragia vaginal se debe a necrosis del tejido trofoblástico, que produce un desprendimiento endometrial, provocando la hemorragia. El dolor pélvico y el dolor a la movilización cervical, es debido al aumento de volumen en la trompa.

La ultrasonografía como método diagnóstico resultó ser sumamente exacto, puesto que del total de mujeres a las que se les realizó, todas ellas tuvieron un diagnóstico final de embarazo ectópico. Posiblemente es debido a que la resolución de los aparatos ultrasonográficos ha mejorado, y a la sospecha clínica bien fundada del médico que remite a la paciente. Masa Anexial es el criterio ultrasonográfico que con más frecuencia se

reporta, a pesar de ser un criterio menor, pero que asociado a liquido en fondo de saco, aumenta la posibilidad diagnostica de embarazo ectópico. Las diez pacientes a las que no se les realizo ultrasonido, fueron emergencias quirúrgicas.

La culdocentesis es un método diagnostico poco usado, pues el estudio evidencia que fue realizada en un porcentaje menor, en los pacientes que se utilizo, fue una técnica valiosa para el diagnostico final de la complicación. La culdocentesis puede ser sumamente efectiva en lugares en donde no se cuente con otro método diagnostico, por ello siempre debe ser una practica frecuente en hospitales.

La sub-unidad Beta HGC Seria cuantificable, y cualitativa en orina, son positivas en un 93% de los casos, siendo la serica cuantificable la que dio mayores resultados positivos. Por supuesto que los resultados positivos en cualesquiera de los dos métodos utilizados deben ir acompañados de un resultado ecografico, para un diagnostico confirmatorio, debido a que estas pruebas, solo nos indican la existencia de tejido trofoblastico, pero no la localizacion del mismo.

El estudio demuestra que la videolaparoscopia es un método quirúrgico adecuado en pacientes con embarazos extrauterinos. Sin embargo la laparotomia exploradora fue utilizada principalmente en aquellas pacientes cuya ruptura tubárica fue evidente.

El embarazo extrauterino tubárico es hasta el 70% mas frecuente que el segundo en importancia, el embarazo ectópico ovárico. Lo anterior se

debe, a que la trompa de Falopio se constituye como el recorrido usual del óvulo para ser fecundado, asociado a antecedentes como: aborto, cirugía pélvica, infección inflamatoria pélvica e infertilidad, aumenta el riesgo de una implantación anormal.

Aunque muchas de las pacientes tenían antecedentes relacionados con embarazo ectópico, 51% presentaron ruptura del mismo. Lo que implica que el embarazo ectópico, es una complicación difícil de diagnosticar debido a la similitud con otras patologías y la necesidad de utilizar métodos diagnósticos confirmatorios, antes de la cirugía. Lo que provoca pérdida de tiempo y por ende ruptura, en muchos casos.

El tratamiento quirúrgico fue el más utilizado, con excepción de un único caso de embarazo cervical, sumamente raro, tratado exitosamente con Metrotexate. Las complicaciones de dichas cirugías fueron en alta proporción, preoperatorias, estando generalmente relacionadas con la hemorragia vaginal.



## CONCLUSIONES

- 1.- El estudio concluye que debe sospecharse embarazo ectópico, en todas aquellas pacientes generalmente jóvenes, que entre sus antecedentes hallan presentado, abortos, infecciones pélvicas, cirugías pélvicas o que hallan utilizado anticonceptivos. A pesar de que un alto porcentaje de embarazos ectópicos se encuentra en pacientes jóvenes y con pareja estable, no puede decirse que ello constituya un factor de riesgo.
- 2.- Se estableció que las principales manifestaciones clínicas fueron: hemorragia vaginal, dolor pélvico y dolor a la movilización cervical. Siendo el método diagnóstico más certero la ultrasonografía.
- 3.- Se encontró que la principal área anatómica de implantación extrauterina, es la trompa de falopio. En la descripción macroscópica del embarazo, se establece que un alto porcentaje de los mismos, llega a romperse.
- 4.- En todos los casos se utilizó el tratamiento quirúrgico, con excepción de un caso de embarazo cervical, tratado con Metrotexa. Las complicaciones se presentaron en su mayoría antes del procedimiento quirúrgico, estando relacionado en un buen porcentaje, a la hemorragia vaginal.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a todas las unidades de atención médica, en sus diferentes niveles hospitalarios, que deben revisar periódicamente, los resultados de casos de embarazo ectópico, con carácter docente, y que se presente el tema, por los jefes, así como por el personal en formación de pregrado y postgrado, con el objetivo de mantenerlos siempre actualizados, y que se compruebe que es ágil el diagnóstico y el tratamiento, en esta complicación, reduciendo así las muertes por esta causa.

Debe de darse un buen plan educacional a las pacientes por parte de los médicos tratantes, con respecto a esta complicación, principalmente en aquellas que tengan algunos factores de riesgo o antecedente relacionado con embarazo ectópico, con el fin de que consulte tempranamente por una sintomatología compatible con un embarazo extrauterino, principalmente para evitar rupturas tubáricas que las podrían conducir a la muerte.

## RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo con el objetivo de establecer las características epidemiológicas del embarazo ectópico, en el hospital de ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. De enero de 1993 a enero de 1998. Para el efecto se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes que durante este período de tiempo presentaron embarazos ectópicos, encontrando un total de 129 pacientes con dicha complicación.

Entre los principales resultados encontramos que las pacientes entre 26 a 35 años y con pocas gestas y paros, son las que con mayor frecuencia son afectadas por esta complicación. El 41.8% del total de pacientes en estudio presentaron como antecedente importante, cirugías pélvicas. 37% de todos los casos revisados utilizaron anticonceptivos de los cuales los anticonceptivos orales fueron los más frecuentes. 29% de las pacientes presentaron embarazos extrauterinos anteriores. Las principales manifestaciones clínicas que presentaron fueron, Hemorragia vaginal, dolor pélvico y dolor a la movilización cervical. El ultrasonido dio un 100% de certeza en todos los casos en que se utilizó. El principal tratamiento utilizado fue la cirugía. La principal localización anatómica fue la tubárica. Por último el estudio nos demuestra que las complicaciones son mínimas, con una frecuencia mayor antes del tratamiento quirúrgico.

Es importante que en todos los lugares en donde se da atención médica, se revisen periódicamente los resultados en los casos de embarazo ectópico con carácter docente y se presente el tema, tanto por los catedráticos como por el personal en formación, con el objetivo de mantenerlos siempre actualizados y que se compruebe que es ágil el tratamiento en estos casos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ankum, w; ett al. Transvaginal Sonography And Chorionic Gonadotrophin Measurement in Suspected Ectopic Pregnancy: A detailed anlysis Of dignostic aprach. Hum-reprod 1,993 Agu. (8). 1307-11.
2. Asseryanis,E; et al. A New Diagnostic Method to Detect Ectopic Pregnancy at a Very Early Stage. Am-j-Obstet-Gynecol. Julio 1995.
3. Ackerman, T; et al. Interstitial Line: Sonographic Findig in inters-Ticial Ectopic Pregnancy. Radiology. Octubre de 1993. 83 a 87.
4. Burry, K; et al. Transvaginal Ultrasonographic Finding in Surgi-cally verified Ectopic Pregnancy. Am-j-Obst-Gynecol. Jun. 1993 228-32.
5. Cacciatore, B; et al. Transvaginal Sonography And Serum hCG in Monitoring of Presumed Ectopic Pregnacies Selected For Espect-ant Management. Ultrasound-Obst-Gynecol. May. 1995. 297 a 300.
6. Cano Trigo, Ignacio. Embarazo Ectopico. Hospital Regional Carlos Hayala. Malaga. Marzo 1998. 5.
7. Caspi Shermann, Dan. Aborto Tubario y Embarazo Ectopico Infundi-bular. Edicion Original. Nueva Editorial Interamericana. Mexico D.F. 1987, Vol I. 157-164.
8. Frates, M, Laing. Sonographic Evalue Ectopic Pregnancy. An update Am-j-Roentgenol. Agosto de 1995. 251 a 259.
9. Carso, Sandra A. Buster John E. Embarazo Ectopico. New Engl. J. Med. Marzo 1993. 261
10. Jones, Wentz, Burnett. Tratado De Ginecologia De Novak. 11ª. Edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Mexico, 1997 425-447.

11. Koh Gh, Yeo Gs. Diagnosis Of Ectopic Pregnancy why We Need A Protocol. Singapore Med J, Sep. 1997. 369-374.
12. Kirchler, T. Interstitial Line: Sonographic Finding In Interstitial Ectopic Pregnancy. Radiology, Octubre 1993.
13. Mol Bw, Van Der Veen F. Diagnosis Of Ectopic Pregnancy After In Vitro Fertilization And Embryo Transfer. Fértil Steril. Diciembre 1997. 1027-1032.
14. Nazarian, L. Kurtz, A. Routine Ultrasound Surveillance Of The Pregnant Uterus. Seminars in Ultrasound. CT and MRI. Vol 14, No I, Febrero 1993. 3-10.
15. Ou, C. S. Laparoscopic Management Of Ectopic Pregnancy. Source: jornal Reproduce Medical. USA. November 1993. 849-852.
16. O. Pulkinen, Martii, Talo, Gutti. Consideraciones De Fisiología Tubarica En El Embarazo Ectopico. Ediciones Original. Editorial Interamericana Mexico, D. F. 1987, Vol I. 157-164.
17. Pérez Peña, Efrain. Infertilidad, Esterilidad Y Endocrinología De La Reproducción. 2da. Edicion. Editorial Salvat. Mexico. 1995. 257-283.
18. Rosefield, Allan. Fathalla F. Mahmoud. Manual De Reproducción Humana. OPS. Editorial: The Parthenom Publishig Grup. España. 1994.
19. Rosa W. Guillermo. Mardones H. Pablo. Embarazo Ectopico, Pronostico De Fertilidad Según Tipo De Tratamiento. Servicio E Instituto de Obstetricia y Ginecología. Hospital Base Base Valdivia, Universidad Austral de Chile, Marzo 1996. 178-180.
20. Rodriguez Hidalgo, Cs Nelson. Embarazo Ectopico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Enero-Junio 1995. 5.

21. Scott R. James. Tratado de Ginecología y Obstetricia, Danforth. D. Editorial Inteamericana McGraw-Hill Cap. 12, Sexta Edición, 1994. 231-246.
22. Spaczynski M, Slomko Z, Nowak- Markwitz E. Ectopic Cervical Pregnancy Conservative Treatment With Metrotexate. Ginecol Pol. Marzo 1997. 160-164.
23. Skjeldestad FE, Hadgu A, Eriksson N. Epidemiology Of Repeat Ectopic Pregnancy, A population Based prospective Cohort Study. Obstet Gynecol. Enero 1998. 129-135.

**ANEXO # 1**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, IGGS  
 HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, E.G.O.

**INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION****1. Datos generales:**

Numero de Afiliación: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Originario: \_\_\_\_\_  
 Residente: \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes:**

Gestaciones: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_  
 Infecciones pélvicas Previas: \_\_\_\_\_ Cirugías pélvicas previas: \_\_\_\_\_  
 Anticonceptivos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ tipo: \_\_\_\_\_  
 Tumores de cavidad abdominal: \_\_\_\_\_  
 Embarazos ectopico previos: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ cuantos \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**3. Manifestaciones Clínicas:**

- Palidez: \_\_\_\_\_ Dolor pélvico: \_\_\_\_\_ Hemorragia vaginal: \_\_\_\_\_ Amenorrea: \_\_\_\_\_ Aumento en la frecuencia cardiaca: \_\_\_\_\_ hipertensión: \_\_\_\_\_ hipotensión: \_\_\_\_\_ Alteraciones gastrointestinales: \_\_\_\_\_
- Masa abdominal palpable: \_\_\_\_\_ Dolor a la movilización cervical: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**4. Metodos diagnosticos:**

- Hallazgos Ultrasonograficos:
- Masa anexial \_\_\_\_\_ Embrion \_\_\_\_\_ Liquido en fondo de saco \_\_\_\_\_
- Culdocentesis: \_\_\_\_\_
- Sub-unidad B de hGC:
  - Serica cuantificable \_\_\_\_\_
  - Cualitativa en orina \_\_\_\_\_
- Videolaparoscopia: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

**1. Localización del embarazo ectópico por USG**

Izquierdo: \_\_\_\_\_ Derecho: \_\_\_\_\_

Falopio: \_\_\_\_\_ Ampular: \_\_\_\_\_ Itárico: \_\_\_\_\_ Intersticial: \_\_\_\_\_

Fimbria: \_\_\_\_\_ Ovárico: \_\_\_\_\_ Abdominal: \_\_\_\_\_ Cervical: \_\_\_\_\_

Otras Localizaciones: \_\_\_\_\_

**6. Estado del embarazo ectópico:**

- Roto: \_\_\_\_\_ No roto: \_\_\_\_\_

**7. Tratamiento:**

- Quirúrgico: \_\_\_\_\_ Conservador: \_\_\_\_\_

- Otros: \_\_\_\_\_

**8. Complicaciones:**

- Preoperatoria: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

- Intraoperatoria: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

- Postoperatoria: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_