



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIAGNOSTICO OPORTUNO DE EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES
CON DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE IZTAPALAPA**

TIPO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICA

PRESENTADO POR:

DR. EDUARDO CARRILLO NOLASCO

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN: GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Diagnóstico oportuno de embarazo ectópico en pacientes con dolor abdominal en el servicio de urgencias en el Hospital General de Iztapalapa.

Dr. Eduardo Carrillo Nolasco

Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri.

**Profesor Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia.**

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

Vo. Bo.

Dra. Rosa María Lezama Barragán.

Asesor de Tesis

Especialización en Ginecología y Obstetricia.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero darle gracias a Dios por permitirme continuar en esta carrera tan maravillosa que es Medicina y que en estos momentos me encuentro terminado mi especialidad en Ginecología Obstetricia.

También quiero darle las gracias a mis papas por estar siempre conmigo, por ayudarme y animarme en los momentos más difíciles de esta carrera, por su paciencia, consejos y por la ayuda material que me brindaron, son en sí, una gran parte para que este sueño se culminara.

No podría dejar de mencionar a la persona que estuvo conmigo en el comienzo de la especialidad, a mi gran amor Ivonne Aragón López, contigo viví mas a fondo estos cuatros años, gracias por escucharme, aconsejarme y estar en los momentos difíciles de esta etapa, sabes que te admiro y que eres un gran ejemplo para mí.

Quisiera agradecer a las doctores que estuvieron en mi formación, por el tiempo brindado, su paciencia, porque sin ustedes el camino hubiera sido difícil.

Gracias a la Secretaria de Salud del Distrito Federal por haberme permitido realizar mi formación como médico especialista, siempre pondré en alto esta Institución que me dio mucho y que estaré eternamente agradecido.

INDICE

| | |
|-------------------------|----|
| Introducción..... | 1 |
| Material y métodos..... | 11 |
| Resultados..... | 13 |
| Discusión..... | 20 |
| Conclusión..... | 23 |
| Bibliografía..... | 25 |
| Anexos..... | 29 |

RESUMEN

Introducción: Embarazo ectópico es la causa de muerte materna más frecuente en el primer trimestre.

Objetivo: Conocer cuantas pacientes que ingresan al servicio de urgencias con diagnóstico de embarazo ectópico se diagnostican oportunamente en el año 2011 en el Hospital General de Iztapalapa.

Material y Métodos: El área de investigación fue clínica, el diseño fue Transversal, Descriptivo y Retrospectivo.

Resultados: Estudiaron 36 casos la mediana en edad fue 28, nivel estudios predominante Secundaria, 50% con método de Planificación Familiar de estos el DIU con 33.3%, IVSA mediana 17 años, 78% PIE positivo y 67% se empleo USG. Hallazgos quirúrgicos: 64% rotos, 17% Organizado y solo 16% No Rotos, 15 de ellos se realizo Salpingectomía Derecha, 11 Salpingectomía Izquierda, 3 Salpingooforectomía Derecha, 2 Salpingooforectomía Izquierda, 3 Histerectomías Total Abdominal, una Salpingectomía Lineal y una LAPE. 72% no se conocían embarazadas, y del 28% que si se conocía el 11% acudió a su primera consulta. Complicaciones: Choque Hipovolémico, HTA y una Muerte.

Conclusión: Probablemente el diagnóstico tardío del embarazo ectópico se deba: falta de información de este padecimiento por parte de la paciente o por mala valoración en un primer nivel.

Palabras Claves: Ectópico, Muerte, Diagnostico Oportuno, DIU, PIE, USG.

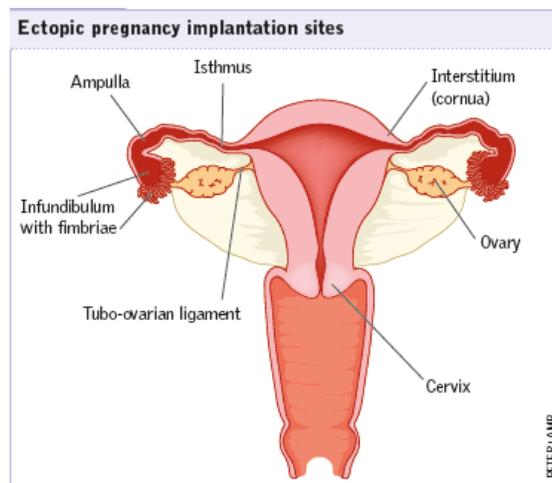
INTRODUCCION

DEFINICION E INCIDENCIA

El Embarazo Ectópico es aquel donde la implantación del cigoto ocurre en un sitio distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina, sucede con mayor frecuencia en la porción ampular de las trompas de Falopio, afecta al 2% de las mujeres.³

Es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de embarazo. En México la incidencia varía desde uno por cada 200 hasta uno por cada 500 embarazos.^{6, 7 y 9}

El lugar de implantación más frecuente es la trompa (98%): ampular 80%, ístmico 12%, cornal (Intersticial) 2.2% y fimbrias 6%. Otra localización son: ovario 15%, cérvix 15% y el abdomen 1.4%.⁸



McQueen A (2011) Ectopic pregnancy: risk factors, diagnostic procedures and treatment. Nursing Standard. 25, 37, 49-56. Date of acceptance: March 22 2011.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo encontramos pacientes con enfermedad tubaria, donde la alteración o lesión de la mucosa de las trompas uterinas (denudación, deformación u obstrucción) impide el transporte normal del embrión, se relaciona con las siguientes causas: Enfermedad Pélvica Inflamatoria Crónica, Uso de dispositivo intrauterino, Intervención quirúrgica previa (salpingoclasia, operaciones por esterilidad, recanalización o de extirpación de los ovarios), Antecedentes de aborto inducido y Aborto Recurrente.

Otro factor de riesgo implica los procesos hormonales, como la ovulación prematura o retrasada, hipoestrogenismo, prescripción de menotropinas o clomifeno y técnicas de reproducción asistida. Entre las causas embrionarias se señala ovulación prematura, implantación alterada o embrión “mal logrado”.^{8, 16,19.}

CUADRO CLINICO

Todo embarazo que no evolucione normalmente es sospechoso de embarazo ectópico. Las principales manifestaciones son: dolor en la fosa ilíaca o hipogastrio (generalmente de tipo pungitivo), hemorragia uterina anormal (tipo “manchado”), sangrado transvaginal anormal, dolor vaginal al tacto y tenesmo vaginal o rectal.

El dolor súbito intenso, la hipotensión, palidez, dolor en el hombro o estado de choque indica rotura tubaria y subsiguiente hemoperitoneo.^{10, 19.}

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

En el embarazo ectópico, la concentración de HCG es ligeramente menor al de un embarazo normal (1,000 a 2,000 UI). Cuando las concentraciones son mayores a 1800 UI debe observarse por ultrasonido saco gestacional (concepto establecido por Kadar, llamada “zona de discriminación”), cuyo límite abarca de 2,000 a 6,000 UI. Si con estas concentraciones no se observa el saco gestacional intrauterino, pero si una imagen anexial anormal, quizá se trate de un embarazo ectópico y debe evaluarse adecuadamente o buscar imagen ultrasonográfica característica de esta alteración. ^{3, 13, 16}

Una progesterona por encima de 25 ng/ml suele ser compatible con un embarazo normal (97% de sensibilidad), mientras que se ha demostrado que una progesterona de menos de 5ng/ml tiene una especificidad del 99% en la confirmación de un embarazo anormal. En 1998, un metaanálisis de 26 estudios concluyo que la progesterona por sí sola no es suficiente para diagnosticar un embarazo ectópico con suficiente fiabilidad.

La sensibilidad diagnostica del ultrasonido transabdominal es de 82% y la del transvaginal de hasta 95%. Durante el estudio ultrasonográfico, la primera imagen a detectar es la coexistencia de un saco gestacional intrauterino, el cual excluirá el diagnostico de embarazo ectópico. ^{3, 21.}

Un hallazgo ecográfico potencialmente engañoso es el seudosaco. Se describe como una colección de líquido en el interior de la cavidad endometrial que suele localizarse centralmente en el útero. Puede confundirse con un saco gestacional intrauterino. Un seudosaco es el resultado del sangrado endometrial

de un endometrio decidualizado en el contexto de un embarazo extrauterino; debe identificarse adecuadamente las características del saco gestacional genuino:

- 1) Doble anillo ecogenico.
- 2) Visualización del embrión.
- 3) Visualización del latido cardiaco.
- 4) Coexistencia del saco vitelino secundario (Saco de Yolk).

La combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de B-HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico.¹⁵

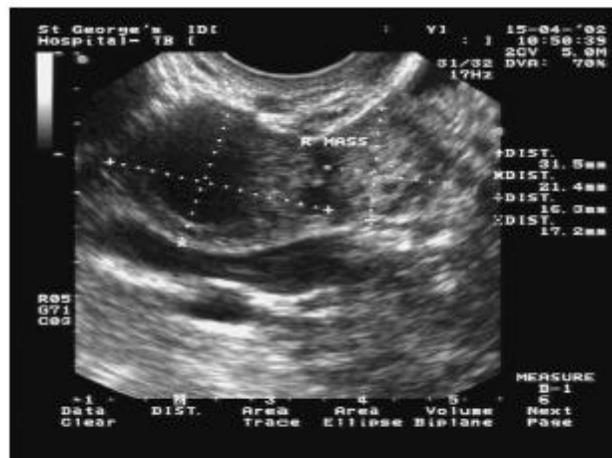


Figure 1 Tubal ectopic pregnancy; an inhomogeneous mass or 'blob sign' on transvaginal scan. (Reproduced with permission from Condous *et al. Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; **2**: 420-430).

TRATAMIENTO

Después de realizar el diagnóstico, varios factores influyen en la decisión de tratar medica o quirúrgicamente un embarazo ectópico. Si la paciente esta inestable, será necesario el tratamiento quirúrgico inmediato mediante

laparoscopia o laparotomía. En el pasado, se consideraba el “patrón de oro” la laparotomía con salpingectomía, pero con la disponibilidad de tecnología mínimamente invasiva y mayor habilidad de los médicos, en la actualidad la laparoscopia es el tratamiento de elección.

La laparoscopia se asocia con una recuperación más rápida, un tiempo más breve de hospitalización, reducción de los costes globales y menor dolor, hemorragia y formación de adherencias. También debe considerarse la cirugía en las pacientes con enfermedades que parecen predisponer al fracaso del tratamiento médico, como un embarazo ectópico de más de 5cm o con la presencia de actividad cardíaca visible en la ecografía transvaginal.

Entre los criterios de inclusión para la laparoscopia son: paciente con diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, signos vitales estables, prueba de preoperatorios normales y hemoglobina mayor de 10g, y los de exclusión: choque hipovolémico, hemoperitoneo mayor a 2000mL, hemorragia incontrolable, hematocele importante, embarazo intersticial mayor a 3cm y condiciones desfavorables para laparoscopia. ^{3, 11, 17, 22,23.}

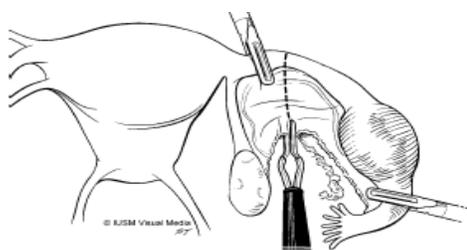


FIGURE 2. Laparoscopic salpingectomy. The mesosalpinx and the blood vessels coursing through are desiccated with bipolar electrocautery and divided beginning from beneath the fimbrial end of the tube. With the permission from Indiana University School of Medicine.

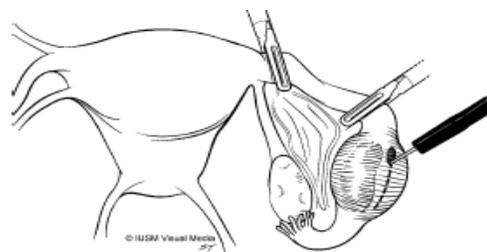


FIGURE 1. Linear salpingostomy for treatment of ectopic pregnancy. After injection with dilute vasopressin, a 2 cm incision is made on the antimesenteric side of the tube using a unipolar needle electrode. With the permission from Indiana University School of Medicine.

En 1980 Tanaka y sus colaboradores reportaron la prescripción de metotrexato para el tratamiento del embarazo ectópico. Desde entonces se han descrito diferentes esquemas de tratamiento; uno de estos incluye dosis de 0.5 a 1.0mg/kg ó 50 a 100mg por metro cuadrado de superficie corporal; también se señala el factor de rescate (ácido folínico), vigilancia de los efectos secundarios producidos por el medicamento (disminución de la curva de HCG) y la evolución de la imagen ultrasonográfica.

El metotrexato es el medicamento de mayor prescripción para el embarazo ectópico; se conoce también como ametofterina y su fórmula química es: 4-amino-N-metilpteroil ácido glutámico. Es un antagonista del folato, su función es inhibir a la enzima reductasa del hidrofolato y prevenir la incorporación del timidilato en el ADN durante la división celular. Es ideal para inhibir las células en crecimiento, como los trofoblastos. Desde 1950 se utiliza para el tratamiento de la enfermedad trofoblástica.

La toxicidad del metotrexato depende de la concentración sanguínea y el periodo de tratamiento. Entre los efectos secundarios se encuentran supresión de la médula ósea, estomatitis y hemorragia del tubo digestivo, diarrea, insuficiencia hepática, toxicidad renal, alopecia, inflamación de las serosas, dermatitis, dehiscencia de las heridas, fotosensibilidad y anafilaxia. Esta toxicidad se vuelve mínima con la administración de leucovorin (ácido folínico) a dosis de 0.1 mg/kg 24 horas después de la administración de metotrexato. ^{3,}

21.

DOLOR ABDOMINAL

Existen tres tipos de dolor relacionados al abdomen agudo:

- 1) Visceral: producido por distensión, espasmo, isquemia e irritación, el cual se manifiesta como un síntoma profundo, difuso y mal localizado, que en cuadros severos se acompaña de hiperestesia, hiperbaralgesia y rigidez muscular involuntaria.
- 2) Somático: síntoma más agudo y localizado que se origina desde el peritoneo parietal, raíz del meséntero y diafragma.
- 3) Referido: relacionado con el sitio del proceso original y manifestado en el trayecto de una metámera o de una extensión inflamatoria o infecciosa.

Los procesos inflamatorios e infecciosos son las principales causas, por lo que habrá de recordarse que la invasión bacteriana produce dos tipos de respuesta: Local, de defensa propiamente antibacteriana y otra sistémica con manifestaciones hemodinámicas, metabólicas y neuroendocrinas. El daño peritoneal estimula la liberación de sustancias vasoactivas y aumento de la permeabilidad peritoneal y con ello la participación de distintos mediadores y que al cabo de pocas horas se instala una respuesta celular y humoral intensa que a nivel sistémico puede dar origen a disfunciones o fallas orgánicas y eventualmente la muerte. ¹

El dolor abdominopélvico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica y es la causa más frecuente de hospitalización. Se debe tener en cuenta el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor y correlacionarlos con los cambios (micción, defecación, relaciones

sexuales, actividad física), la regularidad de los periodos menstruales, la posibilidad de embarazo, la presencia de sangrado vaginal o flujo, antecedentes medico quirúrgicos. Una historia reciente de dispareunia o dismenorrea es sugestiva de patología pélvica. Las causas más comunes de dolor pélvico agudo en las mujeres incluyen: enfermedad inflamatoria pélvica, masas o quistes anexiales con torsión, rotura o sangrado, gestación ectópica, endometritis o degeneración, infarto o torsión de mioma. ¹

CAUSAS DE DOLOR PELVICO

Dolor agudo: enfermedad o disfunción Ginecológica:

- Complicación del embarazo: embarazo ectópico roto, aborto incompleto, degeneración de leiomioma
- Infecciones agudas: endometritis, enfermedad inflamatoria pélvica, absceso tuboovárico.
- Trastornos de anexos: quiste ovárico funcional hemorrágico, torsión de anexo, rotura quiste ovárico.

Dolor pélvico recurrente:

- Dolor periovulatorio y dismenorrea.

Causas Gastrointestinales.

- Gastroenteritis, apendicitis, obstrucción intestinal, diverticulitis y enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome colon irritable. ¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico es una complicación obstétrica, cuya incidencia a nivel nacional e internacional ha venido aumentando, secundario a la fuerte asociación con los factores de riesgo. El diagnóstico temprano y la conducta exitosa pueden tener un impacto crucial en la mortalidad y en la preservación de la capacidad reproductiva y en la disminución de la mortalidad materna, por lo que con ello nos hacemos la pregunta de investigación

¿Cuántos pacientes que ingresan al servicio de urgencias de Ginecología con dolor abdominal, se realizó un diagnóstico oportuno de embarazo ectópico?

JUSTIFICACION

El motivo principal por el que se decide realizar este estudio es porque esta patología a aumentado su incidencia en los últimos años y debido a que es la causa más frecuente de muerte materna durante el embarazo durante el primer trimestre, sería importante hacer un análisis sobre las condiciones clínicas en las que llegan las pacientes en el servicio de urgencias y en base a ello si es posible hacer un diagnóstico oportuno.

OBJETIVOS

Conocer cuantas pacientes que ingresan al servicio de urgencias con diagnóstico de embarazo ectópico se diagnostican oportunamente en el año 2011 en el Hospital General de Iztapalapa.

Conocer que métodos auxiliares de diagnóstico se emplearon. Describir el manejo medico que se brindo a estas pacientes. Conocer las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico que se presentaron.

HIPOTESIS

La mayor parte de los embarazos ectópicos no rotos es difícil hacer un diagnóstico oportuno debido a que se diagnostican muy tardíamente en un primer nivel.

MATERIAL Y METODOS.

El siguiente estudio se realizó en el Hospital General de Izatapalapa, período comprendido de Enero del 2011 a Diciembre del 2011, donde se recabo información de los expediente clínicos, cuyos criterios de inclusión fueron pacientes femeninos que llegaron al servicio de Urgencia de Ginecología y Obstetricia, con cuadro de dolor abdominal, en edad fértil (de 15 a 45 años de edad) y que contara con expediente completo para recabar información, entre los criterios de exclusión fueron pacientes con expediente clínico incompleto y con una Prueba de Embarazo Negativa (PIE Institucional).

El área de investigación fue clínica, donde el diseño de estudio fue Transversal, Descriptivo y Retrospectivo.

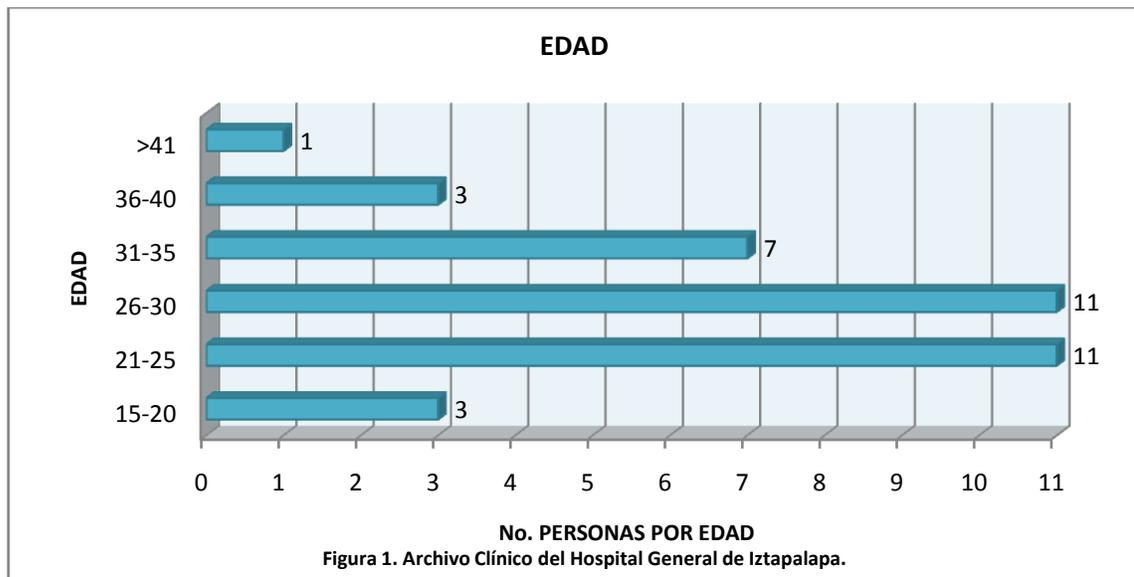
La variable de estudio que se emplearon para el estudio fueron, edad, escolaridad, semanas de amenorrea, el inicio de su vida sexual, factores de riesgos relacionados con embarazo ectópico (tabaquismo, el empleo de algún método anticonceptivo, paridad, cirugías previas, embarazo ectópico previo), y sobre los métodos de gabinete que se emplearon para la integración del diagnostico (PIE cuantitativa y cualitativa, USG) y de la situación de cómo se encontraba el embarazo (Roto, No Roto u Organizado) y de las complicaciones que se presentaron (Choque, Histerectomía, Empaquetamiento o Muerte).

Se contacto con la paciente y se le cuestiono si se conocía embarazada, si la respuesta fue si, se le realizó otra pregunta acerca de que si había acudido a consulta para control prenatal.

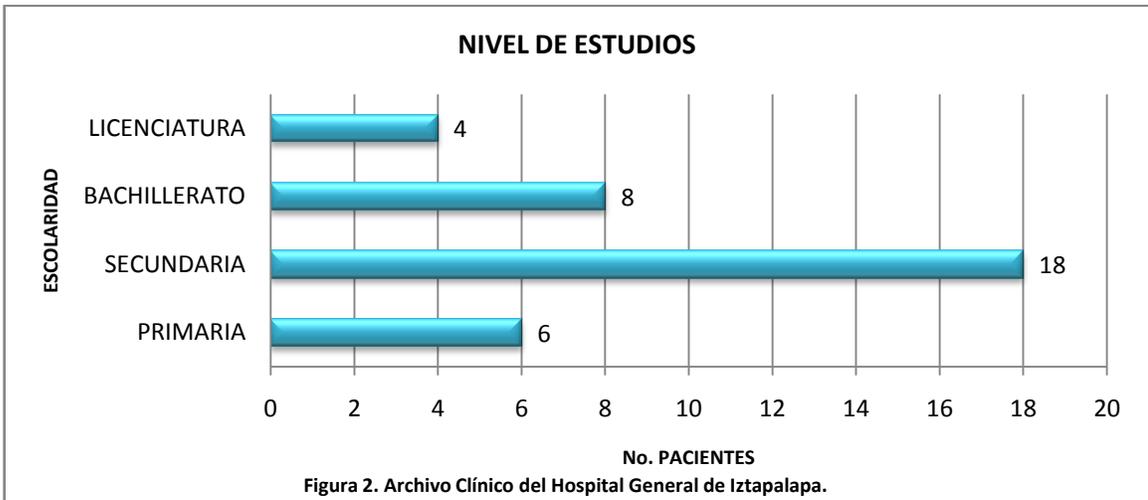
RESULTADOS

Se revisaron 36 expedientes clínicos de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico en el año comprendido 2011 en el Hospital General de Iztapalapa.

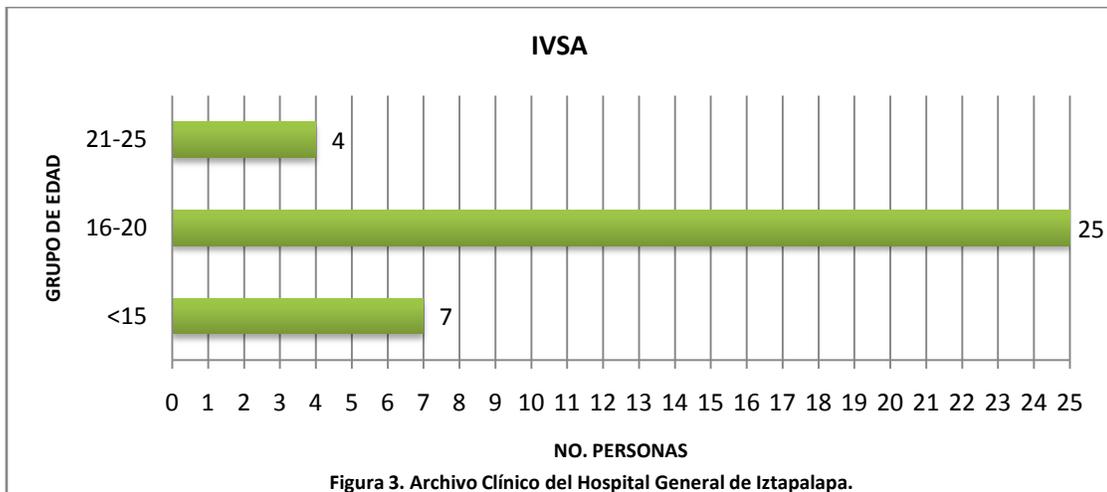
A lo que se refiere con la edad el rango fue de 15 hasta 45 años de edad, con una media de 27.8, mediana de 27, desviación estándar de 5.64; el grupo más afectado que encontramos fue de 21 a 30 años con 22 casos, mismos que se ilustran en la Figura 1.



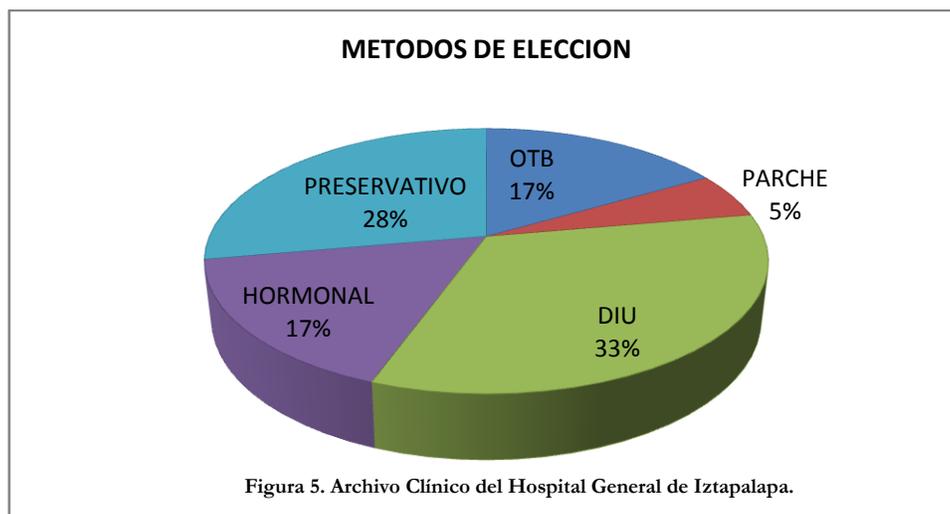
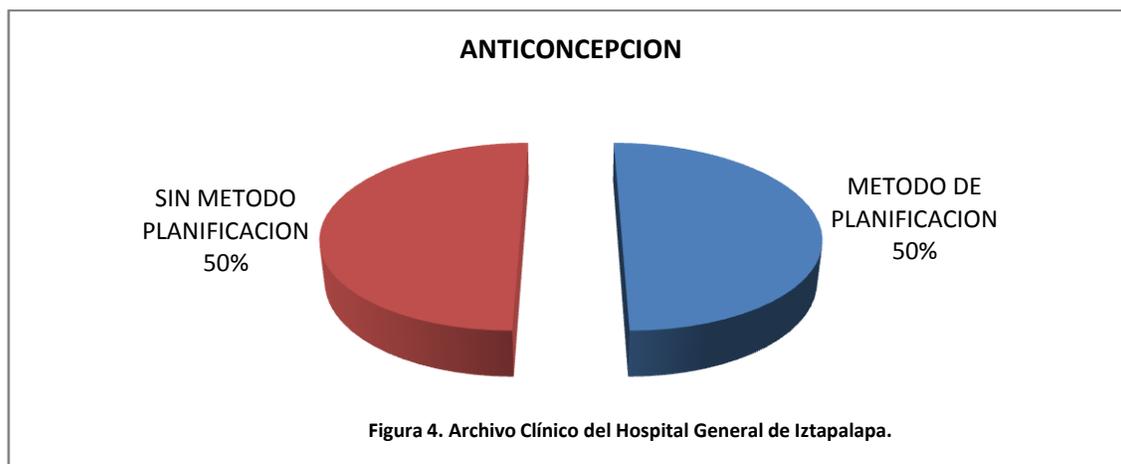
Dentro del Nivel de estudios el grupo predominante fue secundaria con 18 pacientes de la población estudiada, luego le sigue bachillerato con 8 personas, 6 primaria, 4 licenciatura, donde podemos concluir un nivel de estudio bajo.



Dentro de los factores de riesgos relacionados con embarazo ectópico se estudio el IVSA encontrando entre un rango de menos de 15 años a los 25 años una media de 17.6, mediana de 17 y una desviación estándar de 4.9, donde visualizamos que el grupo afectado fue de 16 a 20 años, percatando un comienzo prematuro de las mujeres en la vida actual que pudiera contribuir como factor predisponente para la patología estudiada.



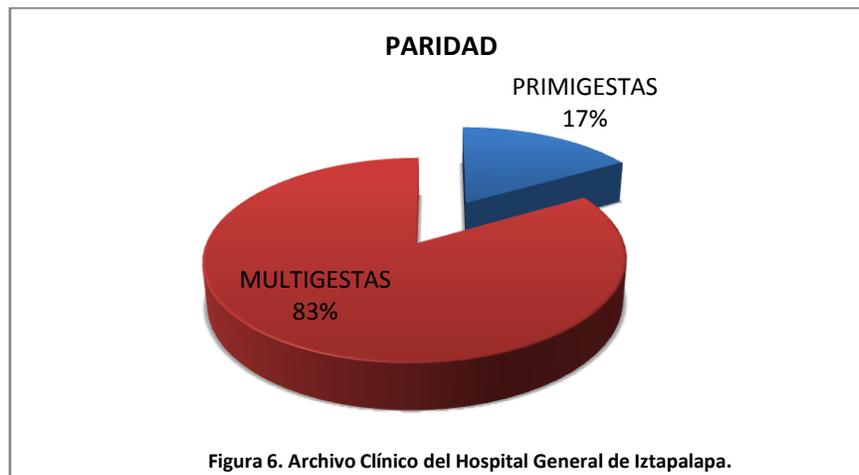
En cuanto a Planificación Familiar logramos observar que el 50% de las población estudiada utilizo algún método y de estos 33% DIU, 28% Preservativo, 17% OTB y 5% Parche, donde nos percatamos que 6 pacientes contaban con DIU factor predisponente y que tres de ellas contaban con método definitivo, razón por la cual influyó en su padecimiento.



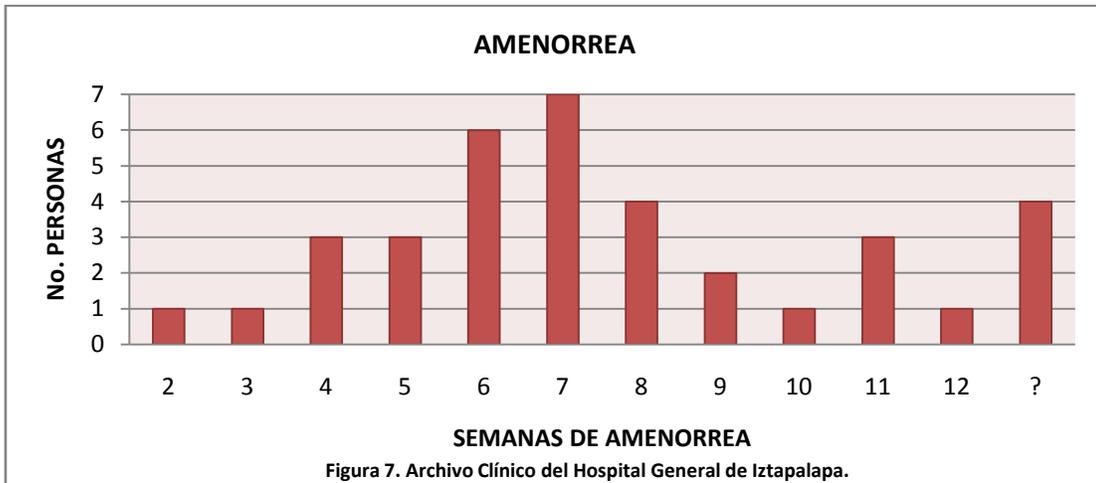
En cuanto a parejas sexuales:

- Una 13 pacientes.
- Dos 19 pacientes
- Tres 4 pacientes.

En cuanto a la Paridad el 83% eran Multigestas y el 17% Primigestas, encontrando mayor afectación en el primer grupo.

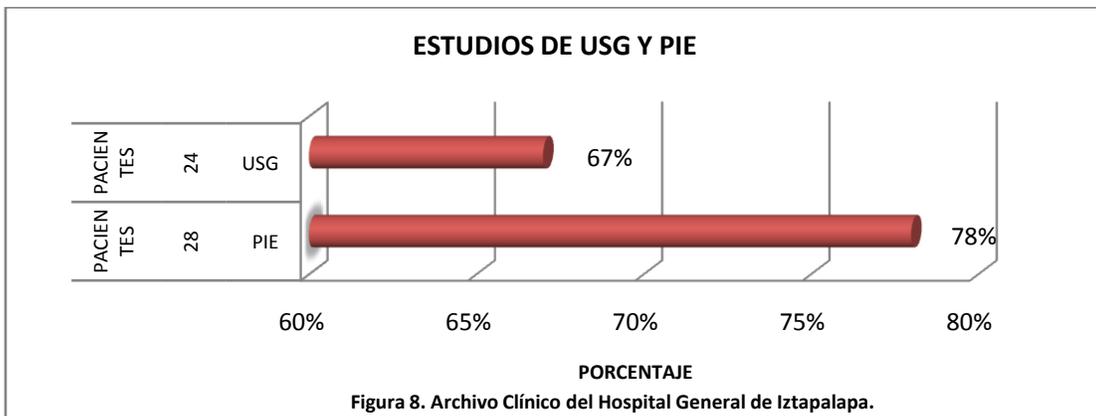


También se estudio las semanas de Amenorrea, donde encontramos en un mayor numero las semana 7 con 7 pacientes, 6 sdg en 6 pacientes, 4 en 8 semanas, mismas que se relacionan con su ruptura, el resto de los resultados a las semanas 4,5 y 11 sdg con 3 pacientes respectivamente, a las 9 sdg dos pacientes y finalmente a las 2, 3, 10 y 12 con una semanas donde las pacientes se referían como una Amenorrea tipo II, 4 pacientes ni se conocían embarazadas.

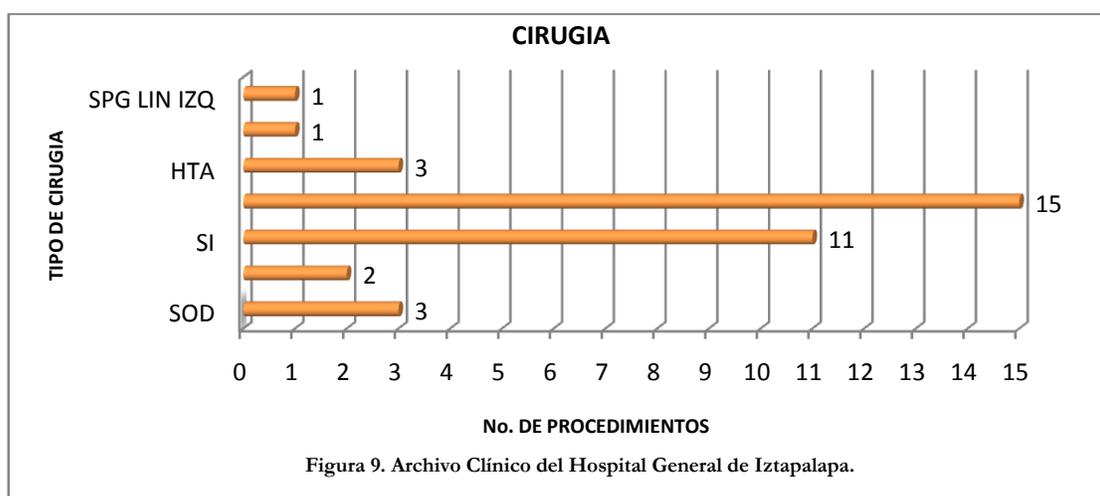


Entre auxiliares de diagnóstico que se emplearon para su diagnóstico de embarazo ectópico encontramos que el 78% de los pacientes contaban con Prueba Inmunológica de Embarazo, dos de ellas fueron cuantitativas y una de ella resultado negativa misma que al momento de la cirugía el hallazgo fue roto.

En cuanto USG el 67% de los expedientes contaban con ellos, solamente uno de ellos reportó imágenes sugestivas con huevo muerto retenido, mismo que tuvo repercusiones para su diagnóstico oportuno, otro reporto un embarazo cornual no roto de aproximadamente 8 sdg producto vivo que culminó en HTA.

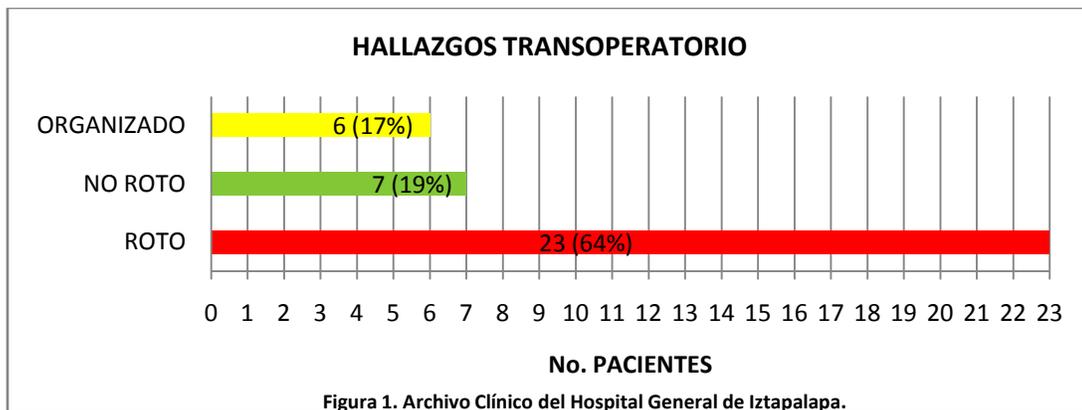


En cuanto al procedimiento quirúrgico empleado encontramos que de las 36 pacientes en su mayoría que fueron 15 se realizó Salpingectomía Derecha (SD) lo que corresponde a un 41.6%, el que continua 11 (30.5%) con Salpingectomía Izquierda (SI), 3 con Salpingoforectomía Derecha (SOD) y otras tres que culminaron en HTA, 2 pacientes con Salpingooforectomía Izquierda (SOI), una paciente que se Realizó Salpingectomía Lineal Izquierda (SLI) sin embargo, a pesar de conservar tuba, este puede ser factor de riesgo para próximo embarazo como factor predisponente para embarazo ectópico.



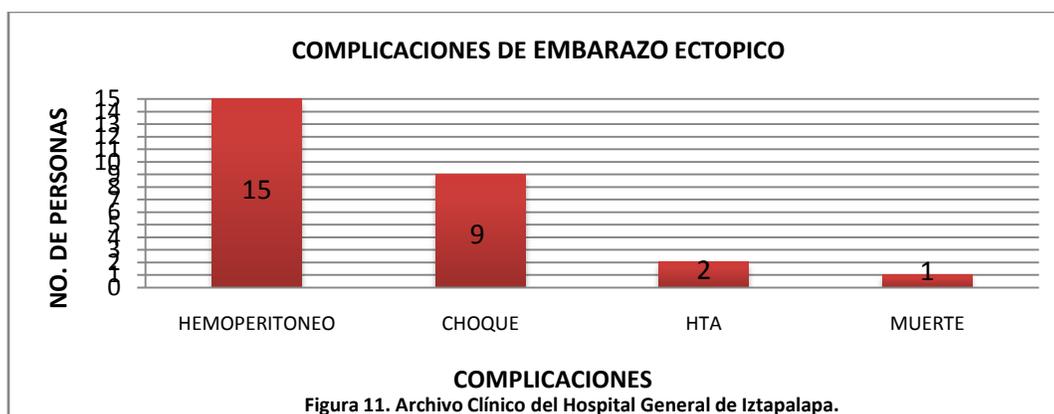
Entre los hallazgos transoperatorios, que es el más importante del estudio ya que nos orienta en qué condiciones clínicas se detectó el embarazo ectópico y en cierta manera repercutió con la paciente, de estos tenemos que en su mayoría se encontraron en condición de rotos con un 64% que comprende a 23 pacientes de estos en un caso particular se encontraba una paciente que lamentablemente pierde la vida, 19% fueron no rotos prácticamente 7

pacientes, los cuales se detectaron a tiempo, además de contar con PIE y USG, y 17% de ellos 6 pacientes se encontraban organizados.



Finalmente, se realizó una llamada a las pacientes para preguntarles si se conocían embarazadas de las cuales el 28% de ellas si se conocían pero solo el 11% de ellas acudió a su primera consulta.

Dentro de las complicaciones encontramos que de las 36 pacientes 15 se encontró hemoperitoneo, 9 de ellas con estado de choque requiriendo hemoderivados, y una de ellas falleció, dos terminaron en Histerectomía una de ellas por embarazo cornal y la otra no se especifico en el expediente.



DISCUSION.

El estudio que se realizó tuvo la finalidad de valorar la situación actual del manejo del embarazo ectópico, enfocándonos sobre todo en los factores que influyen, el diagnóstico y las complicaciones que se han presentado, todo esto debido a que es una patología que en estos últimos años ha tenido repercusión en la mortalidad en mujeres embarazadas en el primer trimestre.

Logramos notar que lamentablemente, solo una quinta parte de nuestra población estudiada no tuvo repercusión y que se logro diagnosticar tempranamente, que en su mayoría acuden tardíamente repercutiendo en su pronóstico.

Respecto a la edad promedio que se presentó esta patología fue de 27 años con un nivel de estudios predominante secundaria, la mayoría de ellas en promedio comenzó su vida sexual tempranamente a los 17 años, 19 de ellas con dos parejas sexuales 13 con una y 4 más de tres parejas. 85% de ellas multigestas y el resto presentaban su primer embarazo.

Este estudio nos reafirma algunos datos relacionados con la literatura actual descrita del embarazo ectópico, como por ejemplo sobre los factores de riesgo implicados en esta patología, de estos encontramos, que del 50% de las paciente que emplearon algún método de planificación familiar en su mayoría se encontraban con DIU, hormonales y la OTB donde describimos dos casos

En cuanto a su localización, la mayoría de ellos se implantaban en la trompa principalmente en la región ampular, solo describimos un caso de embarazo cornual, no se presento ningún caso a nivel de ovario, cervical ni abdominal. También se logró reafirmar que es una patología que se presenta en el primer trimestre, encontrando que en su mayoría se encontraban con una amenorrea de 7 semanas, donde es el punto crítico de ruptura del mismo.

Los estudios que más se utilizaron para ayudar al diagnóstico fue USG y PIE cualitativa, sin embargo, actualmente en la literatura nos maneja otros estudios como la laparoscopia, la Cuantificación de Hormona Gonadotrofina Corionica Humana Fracción Beta, (solo se utilizo en dos paciente) y la Progesterona, cosa que no se emplearon.

La mayoría de los embarazos ectópicos fueron abordados por LAPE, realizando resección del mismo. Sin usar técnicas actuales como el Metrotexato ni Laparoscopia, en aquellos casos en la que el embarazó ectópico no estaba roto ni organizado.

Dentro de las complicaciones que encontramos fueron 15 pacientes con hemoperitoneo de las cuales 9 en estado de choque que requirieron transfusión de concentrados eritrocitarios y plasma fresco congelados, dos histerectomías total abdominales una secundario a embarazo cornal y otra se desconoce, finalmente una muerte secundario a un caso que lamentablemente llega a esta

unidad en malas condiciones generales, con un cuadro modificado por analgésicos, donde se realiza LAPE y se evidencia embarazo ectópico.

CONCLUSION

Sin lugar a dudas el embarazo ectópico es una patología que hay que prestar atención ya que recientemente se ha notado un incremento y que ha repercutido en la mortalidad en mujeres embarazadas que cursan los primeros tres meses de embarazo.

Es importante señalar que ante todo el diagnóstico tiene que ser clínico a base de un buen interrogatorio (abarcando antecedentes de importancia y factores de riesgos relacionados) y exploración física, sin embargo hay en ocasiones en las que necesitamos de apoyarnos de auxiliares diagnósticos como ya se describieron anteriormente, consideró que sería importante dentro de una unidad hospitalaria contar con los recursos necesarios en la realización de ciertos estudios como la Cuantificación de Hormona Gonadotrofina Corionica Humana Fracción Beta ya que en su mayoría solo contamos con la cualitativa, además de realizar cuantificación de progesterona ya que serian básicos para apoyar nuestro diagnóstico, y sobre todo contar con personal capacitado para la realización e interpretación adecuada de estudios de USG Endovagiales.

En este estudio solo se logro hacer el diagnóstico oportuno a 7 pacientes de un total de 36, lo que representa un 19%, es decir solo una quinta parte de la población estudiada, esto refleja la situación actual por la que a aumentando la mortalidad, por lo que podríamos reflexionar y preguntarnos en donde estamos fallando, será que no estamos haciendo una medicina preventiva adecuada,

faltara difundir tanto a la paciente como personal médico información sobre esta patología, o no contaremos con auxiliares diagnóstico de apoyo que nos ayuden a reafirmar nuestra sospecha diagnóstica.

Considero que probablemente el diagnóstico tardío del embarazo ectópico se deba principalmente a dos situaciones importantes, la primera a falta de información de este padecimiento por parte de la paciente ya que la mayoría de ellas no acuden a valoración médica al presentar algún síntoma relacionado como: sangrado transvaginal, semanas de amenorrea y dolor abdominal y segundo que son mal valoradas y manejadas en un primer nivel, donde llegan con cuadros enmascarados por utilización de analgésicos previos.

BIBLIOGRAFIA.

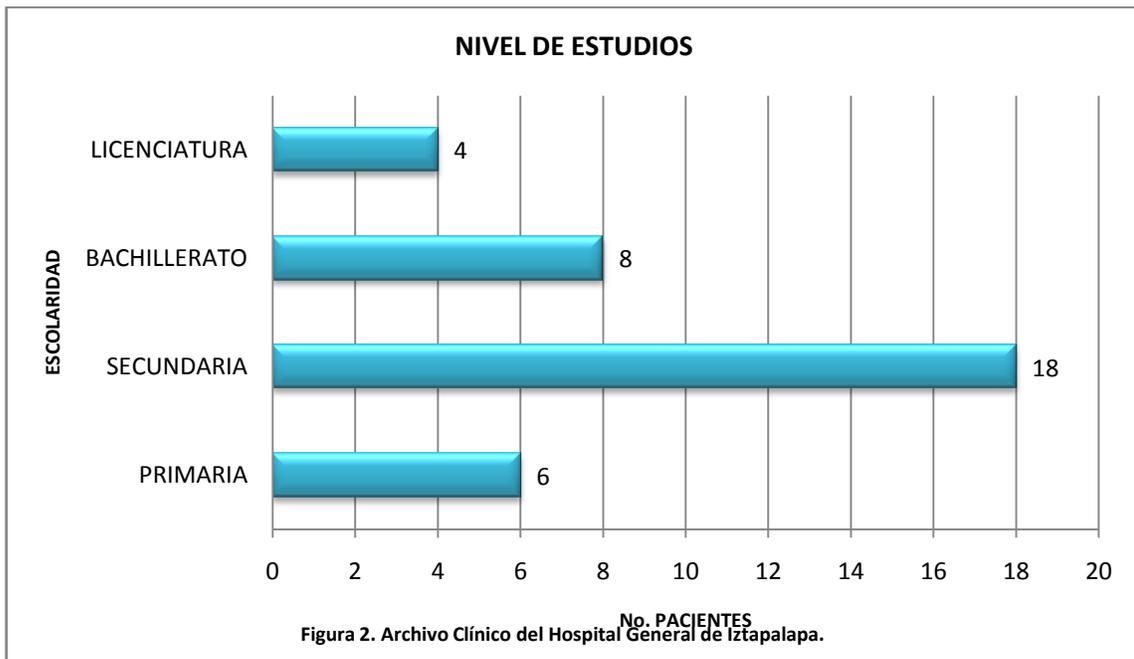
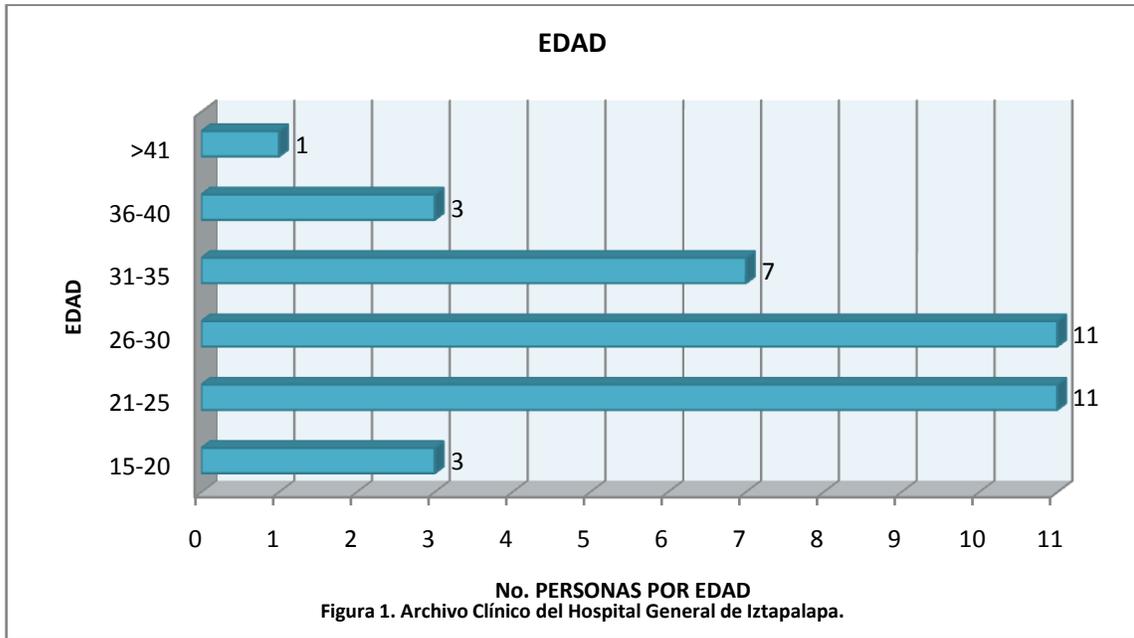
1. Dr. Eduardo E. Montalvo Javé, Dr. Heriberto Rodea Rosas, Dr. César Athié Gutiérrez. Abdomen agudo. Avances en su manejo y abordaje. trauma, Vol. 11, Núm. 3, pp 86-91 • Septiembre-Diciembre, 2008.
2. Liberato V. Mukul, MD, y Stephanie B. Teal, MD, MPH. Tratamiento actual del embarazo ectópico. *Obstet Gynecol Clin N Am* . 34 (2007) 403 – 419.
3. Arturo Molina Sosa. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(9):539-48.
4. Leonardo Ramírez Arreola, Leyza Angélica Nieto Galicia, Alfredo Escobar Valencia, Miguel Ángel Cerón Saldaña. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:219-23.
5. Emigdio Torres Farías, Luis Guillermo Torres Gómez, René Márquez Allegre, Salvador Hernández Higareda. Embarazo abdominal primario avanzado. Comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(9):558-61.
6. Alfonso Gutiérrez Nájar, Radamés Rivas López. Embarazo ectópico persistente. Implantación tardía útero-peritoneal. Comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(3):182-6.

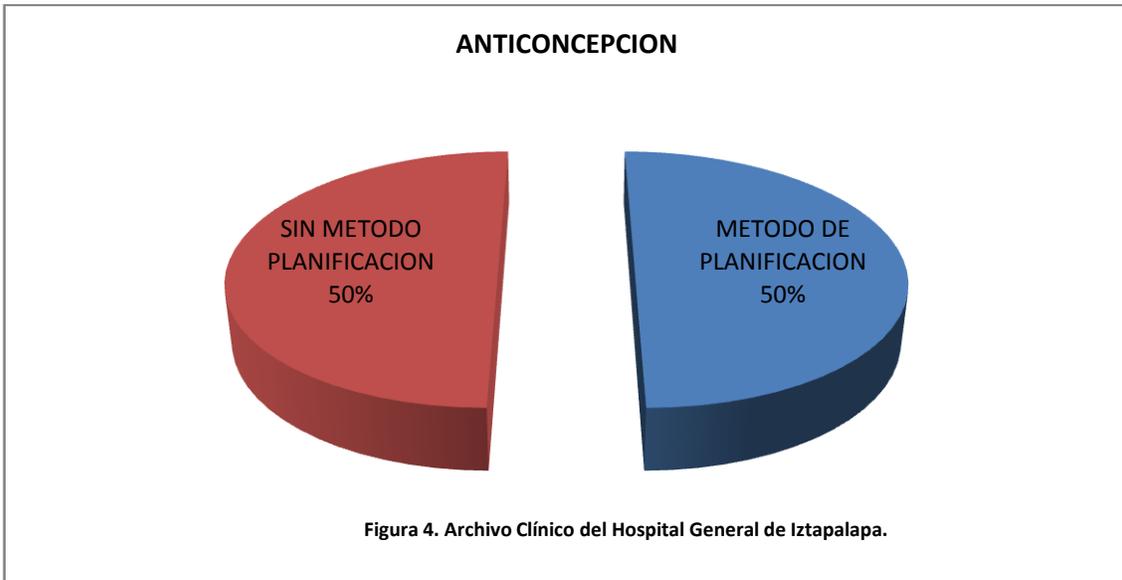
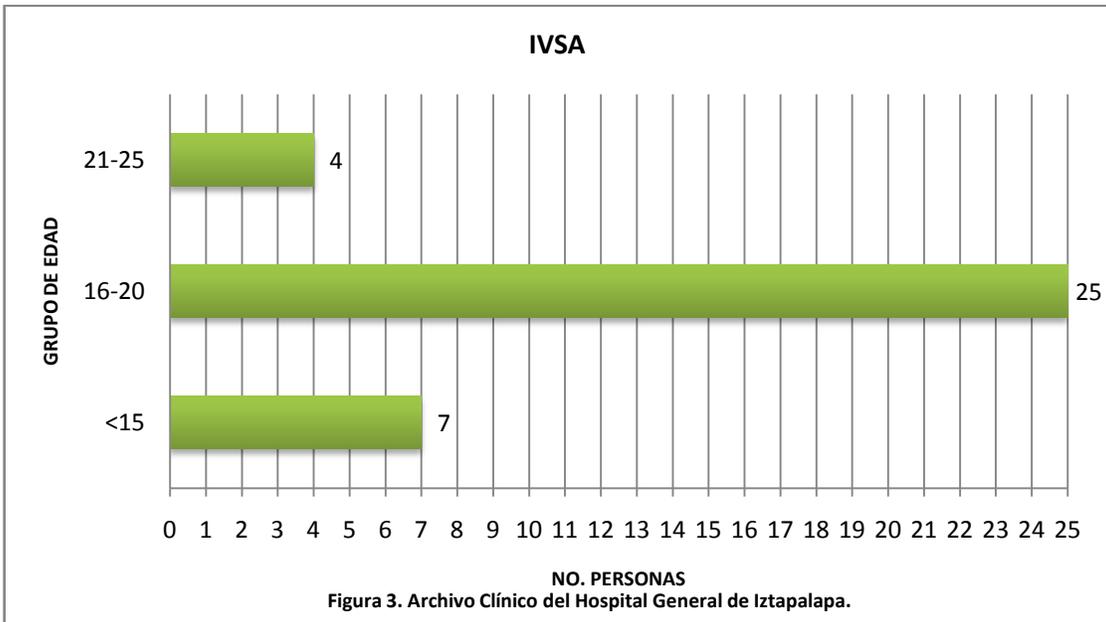
7. Sara Morales Hernández, Mary Flor Díaz Velázquez. Atención del embarazo abdominal. Comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(10):615-20.
8. Dr. José Luis Pérez Salazar. Consideraciones sobre algunos aspectos del embarazo ectópico* Análisis de 50 casos operados. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(6):389-401.
9. Norberto Plascencia Moncayo,* María de la Paz Hernández,* Rafael Guadarrama Sánchez. Embarazo cervical. Tres casos. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(12):744-8.
10. Dr. Mario Madrazo Basauri. Valoración clínica del embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:304-7.
11. R. MacRae · O. Olowu · M. I. Rizzuto · F. Odejinmi. Diagnosis and laparoscopic management of 11 consecutive cases of cornual ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* (2009) 280:59–64.
12. Andrew W. Horne, Julie L. V. Shaw, Amanda Murdoch. Placental Growth Factor: A Promising Diagnostic Biomarker for Tubal Ectopic Pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*, January 2011, 96(1):E104–E108.
13. Karen W. Hoover, MD, MPH, Guoyu Tao. Trends in the Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy in the United States. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 115, No. 3, March 2010.
14. Inger J. Bakken. Chlamydia trachomatis and ectopic pregnancy: recent epidemiological findings. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2008, 21:77–82.

15. George Condous. Ectopic pregnancy: Challenging accepted management strategies. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009; 49: 346–351.
16. McQueen A (2011) Ectopic pregnancy: risk factors, diagnostic procedures and treatment. Nursing Standard. 25, 37, 49-56.
17. Benoit Rabischong, MD, Demetrio Larraín, MD, Jean-Luc Pouly. Predicting Success of Laparoscopic Salpingostomy for Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol 2010;116:701–7.
18. Andrea Ries Thurman, MD; Melani Cornelius. An alternative monitoring protocol for single-dose methotrexate therapy in ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2010;202:139.e1-6.
19. Michael Sindos · Athanasia Togia · Theodoros N. Sergentanis. Ruptured ectopic pregnancy: risk factors for a life-threatening condition. Arch Gynecol Obstet (2009) 279:621–623.
20. Andreea A. Creanga, MD, PhD, Carrie K. Shapiro-Mendoza. Trends in Ectopic Pregnancy Mortality in the United States. Obstetrics & Gynecology. Vol. 117, No. 4, April 2011.
21. Quyen Nguyen, MD; Martha Kapitz, MD; Katheryne Downes. Are early human chorionic gonadotropin levels after methotrexate therapy a predictor of response in ectopic pregnancy?. Obstet Gynecol 2010;202:630.e1-5.

22. Stacey Ehrenberg-Buchner. Ectopic Pregnancy: Role of Laparoscopic Treatment. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volume 52, Number 3, 372–379r 2009.
23. Vivek Nama · Isaac Manyonda. Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet* (2009) 279:443–453.

ANEXOS





METODOS DE ELECCION

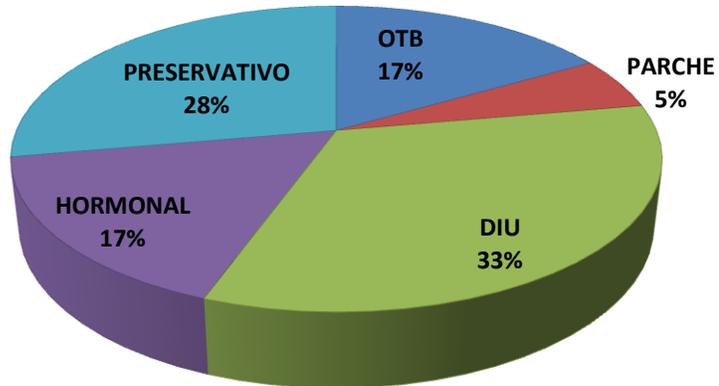


Figura 5. Archivo Clínico del Hospital General de Iztapalapa.

PARIDAD

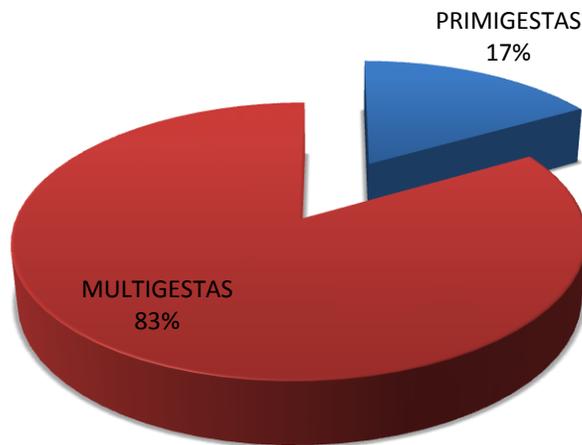


Figura 6. Archivo Clínico del Hospital General de Iztapalapa.

