



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

FRECUENCIA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN SEIS AÑOS
DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
JUÁREZ DE MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. MINERVA RODRIGUEZ HERNANDEZ

TUTOR: DR. ROBERTO JOSÉ RISCO CORTÉS

MÉXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DR. ROBERTO JOSE RISCO CORTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DIRECTOR DE TESIS



DR. MARIO LOPEZ CONTRERAS
ENCARGADO DE LA CLINICA DE DISPLASIAS
REVISOR DE TESIS



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

Handwritten signature of Dr. Jorge Alberto del Castillo Medina

DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA
JEFE DE ENSEÑANZA

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Por el gran apoyo, comprensión y cariño que me han brindado durante estos años.

A MI HIJA PAU:

Por el tiempo de espera y porque me ha dado la fuerza para continuar.

A MIS ABUELOS Y TIA:

Por su cariño desinteresado que siempre he tenido.

A MIS HERMANOS:

Por estar siempre a mi lado cuando los necesito.

INDICE

ANTECEDENTES	1
OBJETIVOS	6
METODOLOGIA	7
CRITERIOS	8
RESULTADOS	9
CUADROS Y GRAFICAS	10
CONCLUSIONES	18
COMENTARIO	20
BIBLIOGRAFIA	21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

UNIDAD DE SERVICIOS ESCOLARES DE POSGRADO



**BREVE INSTRUCTIVO PARA TRAMITAR EL DIPLO-
MA DE ESPECIALIZACION**

1997

¿QUE ES EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION?

Es el reconocimiento que otorga la Universidad Nacional Autónoma de México a los alumnos que cursaron una especialización. Solo podrán obtenerlo quienes hayan estado inscritos en esta Universidad y hayan cubierto los requisitos académicos y los trámites administrativos que señalan los planes de estudios correspondientes y la Legislación Universitaria.

¿CUALES SON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS PARA OBTENER EL DIPLOMA?

- Haber cubierto el plan de estudios de la especialización
- Sustentar un examen general de conocimientos de la especialidad, previa aprobación de un trabajo de investigación, por parte del profesor del curso.
- Cumplir con los demás requisitos establecidos en el plan de estudios y en la Legislación Universitaria.

¿CUALES SON LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA OBTENER EL DIPLOMA?

1) Revisión de Estudios:

El interesado deberá contestar la SOLICITUD DE REVISIÓN DE ESTUDIOS y presentarla en la ventanilla 1 (Orientación), en donde recibirá una orden de pago por concepto de revisión de estudios, que se deberá efectuar en la caja de la Facultad (Edificio "B", 2º piso).

Una vez efectuado, deberá entregar solicitud y comprobante de pago en la ventanilla de Revisión de Estudios, para que se le indique la fecha en la que recibirá el resultado de la revisión. 5 días hábiles para los médicos que realizaron la especialidad a partir de 1990 y 15 días hábiles para los que cursaron antes.

Asimismo, recibirá los siguientes formatos, que deberá entregar debidamente contestados a máquina el día que se presente para ser informado acerca de su revisión de estudios:

- Solicitud de diploma.

- Solicitud de registro ante la SEP
- Solicitud de registro de tesis
- Solicitud de trámite de diploma
- Orden de pago por conceptos de:
 - ° Examen Final de Especialización
 - ° Certificado de estudios legalizado (los egresados extranjeros deberán solicitar dos una para el trámite y otra para sí mismos)

2) Entrega de Propuesta de Jurado para el Examen Final de Especialización:

Si el resultado de la revisión de estudios es satisfactorio, el interesado entregará:

- Carta propuesta de jurado de examen final de especialización, con las firmas del presidente del mismo y del Jefe de Enseñanza de la sede hospitalaria. La propuesta deberá estar dirigida al Director de la Facultad (Dr. Alejandro Cravioto) o al Jefe de la División de Estudios de Posgrado (Dr. Hugo Arechiga Uruzaustegui), escrita en papel oficial, en el que se deberá especificar el nombre del sustentante, la especialidad, la fecha y hora en las que habrá de celebrarse el examen, así como los nombres de los cinco miembros que integraran el Jurado.
- Tres ejemplares mecanografiados del trabajo final o tesina (previamente sellados y firmados por la Jefatura de Enseñanza de la sede del curso). Estos ejemplares serán sellados por el personal que atiende la ventanilla para que el alumno entregue un ejemplar en la Biblioteca "Dr. Valentín Gómez Farías" de la Facultad de Medicina (ubicada en la planta baja del edificio "E", justo debajo del vestíbulo de Servicios Escolares) y dos en la Biblioteca Central de la UNAM (situada a un costado de la torre de Rectoría). Al entregarlos se sellarán de recibido en la solicitud de registro de tesis.
- Tres fotografías tamaño título y seis tamaño diploma (en blanco y negro, de frente, orejas y frente despejadas, expresión seria, fondo blanco, impresas en papel mate delgado y con retoque). Estas fotos se entregarán dentro de un sobre con el nombre del alumno anotado.

- Solicitudes de diploma, registro ante la SEP y registro de tesis, debidamente contestadas a máquina y, el tercero, con los sellos de las bibliotecas.
- Recibos de pagos por conceptos de Examen Final de Especialización y certificado de estudios.

3) Recepción del Acta de Examen Final:

El interesado acudirán a recoger el Acta de Examen Final a partir de la fecha que le indique el personal que le atiende en ventanilla. Deberá revisarla cuidadosamente antes de que la acepte.

El Acta de Examen Final es el documento oficial mediante el cual se hace constar que el sustentante se sometió a una evaluación de los conocimientos adquiridos ante un jurado académico. El resultado deberá expresarse como "APROBARLO" o "APROBARLA" ("APROBADO" o "APROBADA") y deberá ser firmada con tinta negra por los cinco sinodales (no se aceptan actas firmadas por un sinodal distinto del que aparece, ni firmada por poder o por ausencia, ni con la falta de una o más firmas de sinodales).

4) Entrega del Acta de Examen Final firmada por los sinodales:

Una vez que haya recabado las firmas de los cinco sinodales, entregará el acta de examen final en la ventanilla que corresponda.

5) Recepción del Acta de Examen Final firmada por el Director de la Facultad:

Al término de 15 días hábiles, acudirán a recoger una copia del acta de examen final firmada por el Director de la Facultad. Este documento deberá conservarlo para tramitar su registro como especialista ante la Dirección General de Profesiones (ubicada en Avenida Insurgentes núm 2387), junto con el diploma de especialista.

Para finalizar, el interesado se presentará 25 días hábiles después para que se le proporcione el número de oficio y fecha de recepción del trámite, con ambos datos recogerá su diploma en la Dirección General de Administración Escolar (ubicada a un costado de la estación del metro Universidad), a partir de 30 días hábiles posteriores a la fecha de recepción que se le indique.

¿EN DONDE SE REALIZA EL TRAMITE PARA OBTENER EL DIPLOMA?

En las ventanillas de Revisión de Estudios de la Unidad de Servicios Escolares de Posgrado, ubicadas en el vestíbulo del primer piso del edificio "E", de la Facultad de Medicina, en Ciudad Universitaria. El horario de atención es de 9:00 a 13:00 hrs., de lunes a viernes.

Los egresados de especialización que estén inscritos -o hayan sido aceptados- en alguna de las maestrías o doctorados que imparte la Facultad de Medicina, podrán iniciar trámite de diplomación en la ventanilla de Maestrías y Doctorados.

¿QUIEN PUEDE SOLICITAR EL TRAMITE?

Estos trámites sólo podrán ser efectuados por los interesados, sus padres o tutores o un apoderado. En este último caso, el apoderado deberá presentar carta-poder en la cual se manifieste que el interesado le confiere poder para realizar los trámites.

¿CUANTO SE PAGA POR LOS TRAMITES PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA?

Concepto	Mexicanos	Extranjeros*
Revisión de estudios	\$ 80.00	80.00 dls. EUA
Examen Final de Especialización	\$100.00	100.00 dls. EUA
Certificado de Estudios	\$ 20.00	\$ 20.00
Confrontación de títulos de universidades mexicanas (en caso de hacer falta)	\$ 20.00	\$ 80.00
Expedición del diploma (este pago se efectúa en la Dirección General de Administración Escolar al momento de recoger el diploma).	\$ 50.00	\$ 50.00

*Los montos indicados en dólares se pagan en su equivalente en moneda nacional.

FACULTAD DE MEDICINA

DR. ALEJANDRO CRAVIOTO
Director

DR. ENRIQUE PIÑA GARZA
Secretario General

DR. HUGO ARECHIGA VERTUZASTEGUI
Jefe de la División de Estudios de Posgrado

DRA. MA. TERESA CORTES GUTIERREZ
Secretaria de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social

DR. CESAR A. COLINA RAMIREZ
Secretario de Servicios Escolares

DRA. MA. EUGENIA PONCE DE LEÓN CASTAÑEDA
Secretaria de Educación Médica

DR. LUIS FELIPE ABREU H
Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional

DR. TEOBALDO URIBE OLIVERA
Secretario de Extensión y Difusión

DR. IVAN A. ROMERO COCTIÑO
Secretario Administrativo

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

LIC. SARA MORALES VEGA
Jefa de la Unidad de Servicios Escolares de Posgrado

Mtro. JULIO CESAR URDINARRANTES
Jefe de la Unidad de Servicios Escolares de Posgrado

ING. MARTIN DE JESUS JIMENEZ
Jefe de la Unidad de Sistemas

LIC. ENRIQUE GARCIA CEBADA
Jefe del Departamento de Apoyo Operativo

SRIJA. MARICELA LABARELS MUÑOZ
Jefa de la Oficina de Servicios Escolares

UNIDAD DE SERVICIOS ESCOLARES DE POSGRADO

LIC. MA. DE LOURDES CASTRO VELASCO
Jefa del Departamento de Trámites Escolares

DRA. MA. GUADALUPE CAMARGO MONTES
Jefa del Departamento de Maestrías y Doctorados

LIC. CARLOS ANTONIO REAL COLINA
Jefe del Departamento de Revisión de Estudios

TEC. ADRIANA DIAZ MORENO
Jefe del Departamento de Administración de Documentos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES

UNIDAD DE SERVICIOS ESCOLARES DE POSGRADO



BREVE INSTRUCTIVO PARA TRAMITAR EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION

ANTECEDENTES

HISTORIA

El primer reporte hecho de un embarazo ectópico se hizo por Albucasis, un médico Árabe en el siglo XI, que describe el caso de una mujer con una fistula umbilical por donde eliminaba, huesos y partes fetales

Primrose en una intervención quirúrgica extirpó una masa quística periumbilical en cuyo interior encontró un feto muerto macerado Dionis 1718 hace las primeras sugerencias respecto a la etiología del embarazo ectópico

Hasta fines del siglo XIX las pacientes rara vez se recuperaban y el diagnóstico se hacía por autopsia, en 1884 Lawson, fue el primero en realizar laparotomía en cinco mujeres y cuatro de estas sobreviven (1)

CONCEPTO

El embarazo ectópico se define como la implantación de un óvulo fecundado, en cualquier parte que no sea la cavidad uterina normal, incluyendo implante cervical, MP, cornual, ovárico, y abdominal Así como aquellos en un asta rudimentaria y un útero anómalo (2)

INCIDENCIA

La incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado dramáticamente en los últimos 20 años, lo que ha resultado en un aumento significativo en la morbilidad materna. (3)

En Norte América se ha reportado un aumento en la incidencia de 8,6 por 1000 del total de nacimientos de 1977 a 1979 A una incidencia de 16,5 por 1000 nacimientos de un periodo de 1988 a 1990 (4)

En el continente Africano en Zimbabwe se han reportado rangos de 110 por 100,000 mujeres en edad reproductiva. (5)

En Nigeria se reportan una incidencia de 4,76 por 1,000 nacimientos y representa un 2,5% de todas las admisiones ginecológicas. (6)

Con respecto al continente Europeo en Francia se ha reportado un rango de 20,2 por 1,000 nacidos vivos y 9,5 por 100,000 mujeres en edad reproductiva (7) En países escandinavos se reportan de 1966 a 1986 una incidencia de 1,8 a 2,34 por 100 embarazos (8,9) Con un incremento de la incidencia de embarazo ectópico de 223 casos en 1981 a 581 casos en 1990 (10)

En Trinidad y Tobago la incidencia ha sido de 9,02 por 1,000 nacimientos, principalmente en mujeres con ascendencia africana (11)

El alto índice de embarazo ectópico ha tenido una repercusión económica importante siendo estimada en 1990 en Estados Unidos en 1,1 billones de dólares (13,14)

Con respecto a embarazos no tubáricos, la incidencia de embarazo abdominal se ha reportado desde 1 - 3,372 a 1 - 7,931 partos (15, 16)

El embarazo cervical se reporta con una incidencia que varía de 1 - 1,000 a 1 - 95,000 embarazos intrauterinos (17)

El embarazo interligamentoso tiene una frecuencia de 1 - 49,765 a 1 - 183,900 nacidos vivos y el embarazo en cuerno rudimentario tiene una frecuencia de 1 por 100,000 nacimientos (2)

En cuanto al embarazo heterotópico, en una revisión bibliográfica de 1966 a 1979, se reunieron 66 casos (2), aunque se ha reportado un aumento de estos casos con el uso de clomifeno (19), y una incidencia de 2,9% en 9 de 312 pacientes con fertilización in vitro y embiotransferencia de Septiembre de 1984 a Noviembre de 1988 (20)

El informe más raro de un embarazo ectópico fue el de un embarazo vaginal, que se presentó como un quiste suburetral, al extirpar el quiste, el estudio histopatológico mostró vellosidades coriónicas y trofoblasto (21)

FACTORES PREDISPONENTES

Se han reportado varios factores de riesgo para la presencia de un embarazo ectópico, entre ellos se encuentra el antecedente de una enfermedad pélvica inflamatoria asociada principalmente a *C. Trachomatis* (23) y otras enfermedades de transmisión sexual presentando una incidencia de hasta 43% en pacientes con esta patología (24)

También se ha relacionado con el uso del cigarro, el antecedente de apendicitis o embarazo ectópico previo (25) y la edad avanzada de la madre, así como una operación pélvica pasada o la historia de un aborto legal (26), el uso de contraceptivos uterinos (27), aunque el aumento de la incidencia por DIU es controvertido (28). Se ha notado un incremento en la frecuencia de embarazo extrauterino en pacientes con conocida infertilidad con una tasa del 7.5% (29), y en pacientes con aborto recurrente con una prevalencia del 9.0%, así mismo se ha asociado con la presencia de una fase lútea deficiente como factor etiológico (31) y con la exposición durante el primer trimestre del embarazo a drogas antineoplásicas, gases anestésicos, formol y radiación ionizante. (32)

En las últimas fechas las técnicas de fertilización in vitro y embriotransferencia, también han sido relacionadas con un aumento en la presentación de esta patología. (33)

CUADRO CLINICO

La sintomatología mas común del embarazo ectópico es: dolor abdominal (90-100%), amenorrea o antecedentes de irregularidades menstruales (75-95%), hemorragia vaginal irregular (50-80%), en la exploración pélvica se palpa masa anexial en el 50% de las pacientes, el útero se palpa blando, las dimensiones uterinas se describen como normales en el 71% de los casos, crecimiento de 6 a 8 semanas de gestación en 26% y dimensiones correspondientes a 9 - 12 semanas en 3% de las pacientes. (2)

Con la ruptura tubaria se presenta además dolor lancinante, un dolor de hombro sugiere irritación diafragmática por hemorragia en la cavidad peritoneal.

La náusea, mastodinia y desvanecimiento se presenta en el 10 - 25% de las pacientes. (2)

DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de embarazo ectópico, se requiere una adecuada historia clínica y algunos métodos auxiliares para su confirmación por ejemplo:

Las nuevas pruebas de embarazo en orina con anticuerpos monoclonales, se han informado un 96% de sensibilidad para diagnóstico de embarazo ectópico.

El análisis radioreceptor en suero para H.C.G. sensibles hasta 200 mU/ml. se han informado resultados positivos en 94% de casos de gestación ectópica.

La precisión de 1 diagnóstico mejora con el uso combinado de éstas pruebas y la ultrasonografía pélvica. (2)

El usos de ultrasonido de alta resolución (35) y el uso de ultrasonido transvaginal, han reportado diagnósticos de embarazo ectópico no roto en más de 84% de los casos. (36-37)

La laparoscopia diagnóstica, ha contribuido al diagnóstico y tratamiento temprano (38), con un decremento de los casos fatales (39) Una contraindicación de la exploración laparoscópica para diagnóstico de gestación ectópica es la paciente inestable desde el punto de vista hemodinámico.

La culdocentesis ha caído prácticamente en desuso por su alto índice de falsas positivas (más del 10%), y solo se utiliza este procedimiento en aquella paciente que se sospecha clínicamente de embarazo ectópico, que se desea rapidez en el diagnóstico y que no se cuenta con modalidades de diagnóstico como los ya mencionados anteriormente.

La dilatación y el legrado nos dan el diagnóstico definitivo en los casos en que las concentraciones de H.G.C. no aumenten como se espera, indicando por tanto gestación anormal. (40)

Debe realizarse diagnóstico diferencial, con ciertas patologías como apendicitis, salpingitis, quiste roto de cuerpo amarillo, endometriosis, torsión de un anexo y además con embarazo intrauterino amenaza de aborto y aborto incompleto.

TRATAMIENTO

El tratamiento de embarazo ectópico depende de la etapa clínica en que se encuentre, dividiéndose en tratamiento quirúrgico y conservador, dependiendo en gran medida del deseo de fertilidad de la mujer, tomando en cuenta que una paciente a la que se realiza una cirugía conservadora (salpingostomía), presenta de un 17% a 30% una gestación ectópica subsecuente (41), con un reporte de embarazo intrauterino posterior de 60 - 79%. (22)

En un estudio realizado en 157 pacientes, a 103 se les realizó salpingostomía por laparoscopia presentando una incidencia de embarazo ectópico subsecuente de 15.5% y a 54 pacientes se les realizó salpingostomía por laparotomía presentado un índice de recurrencia de 1.8%. (42)

La salpingectomía se debe realizar solo en casos de embarazo ectópico roto con destrucción tisular importante, o en casos en que sea imperativo cohibir la hemorragia.

Dentro de los tratamientos conservadores se ha utilizado el metrotexate, ya sea en una sola dosis, siempre que el diámetro del embarazo sea menor de 3.5 cm, y se encuentre intacta la trompa, reportándose éxito de 94%, un 3.3% requirieron una segunda dosis de metrotexate y un 5.8% requirieron laparotomía por persistencia de los síntomas. (43)

[El metrotexate se ha alternado con factor citrovorum por 4 días con éxito en 84.5% de los casos, también se ha intentado instilación dentro del saco amniótico por vía laparoscópica o trasvaginal (con guía ultrasonográfica) con una tasa de eficacia de 67%. (22)

Así mismo se ha intentado inyectar glucosa hipertónica (al 50%), que actúa probablemente deshidratando las células y causando necrobiosis del tejido trofoblastico, con reportes de 80% de eficacia, así como prostaglandinas intratubarias guía laparoscópica de embarazos con niveles sericos de fracción beta de H.G.C. de menos de 2500 mul/ml con efectividad del 84%. (44)

Se ha usado para el mismo fin, Actinomicina D, especialmente en embarazo cervical (45), y RU-486 un bloqueador de los receptores de progesterona que aún se encuentra en estudio. (22)

El hecho de que el embarazo ectópico se resuelva espontaneamente ha condicionado algunos estudios, Ylöstalo y Cols. Demostraron una tasa de resolución espontánea del 69 al 82% con embarazos ectópicos menores de 4 cm. de diámetro y niveles de fracción beta de menos de 2,500 mul/ml y descenso con una estricta monitorización de las mismas. (22)

OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMARIO

Conocer la frecuencia y tratamiento Quirúrgico en seis años de experiencia en nuestra institución

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- 1 - Determinar el grupo de edad en que con mayor frecuencia se presenta esta patología
- 2 - Determinar el sitio de localización más frecuente de embarazo ectópico.
- 3 - Analizar el tratamiento instituido en el Hospital Juárez de Mexico

METODOLOGIA

- 1 - Se acudió al departamento de estadística para obtener el número preciso de pacientes embarazadas hospitalizadas en el periodo comprendido de Noviembre de 1989 a Marzo de 1996
- 2 - Se localizaron los expedientes clínicos de estas pacientes y se seleccionaron las pacientes con diagnóstico corroborado transquirúrgicamente de embarazo ectópico
- 3 - De cada expediente clínico, se obtuvieron datos, que fueron vaciados en una hoja de tabulación, de acuerdo a los criterios de inclusión y eliminación.
- 4 - Se registraron estos datos en gráficas de pastel y se realizó un análisis de los mismos

CRITERIOS

INCLUSION

- 1 - Pacientes con embarazo ectópico comprobado por clínica, quirúrgicamente o con estudio histopatológico

ELIMINACION

- 1 - Pacientes en que no se corroboró dicho diagnóstico en forma clínica, quirúrgica o histopatológicamente

RESULTADOS

Durante el periodo de Noviembre de 1989 a Marzo de 1996, se admitieron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Juárez de México, un total de 16,476 embarazos de los cuales 220 (1.3%), reunieron los criterios de inclusión de este estudio, el resto 16,256 (98.7%) significó el total de embarazos en nuestro hospital (ver gráfica 1, cuadro 1)

De acuerdo al sitio de localización de las N° 220 (100%) pacientes seleccionadas para el estudio 168 (76.3%) pacientes la localización del embarazo ectópico fue en la región ampular, 30 (13.6%) en la porción de la fimbria, 14 (6.3%) pacientes de localización ístmica, 5 (2.2%) intersticio, 2 (0.9%) pacientes cervical y 1 (0.4%) paciente ovárico (ver cuadro 2 gráfica 2)

Con respecto al grupo de edad, la mayor frecuencia se presentó de los 26 - 30 años con 112 pacientes (50.9%) y la menor frecuencia en pacientes con más de 40 años con 4 (1.8%) pacientes (ver cuadro 3, gráfica 3)

El tratamiento instituido en nuestro hospital fué el siguiente

Salpingectomía a 144 (65.4%) pacientes, salpingooforectomía a 67 (30.4%) pacientes, salpingostomía en 3 (1.3%) pacientes, ooforectomía en 1 (0.4%) pacientes, histerectomía en 5 (2.3%) pacientes (ver cuadro 4 gráfica 4), a dos de ellas por tratarse de embarazos ectópicos cervicales y a tres por sangrado incohercible

Por último como tratamiento complementario se realizaron 15 I.U.I que representan un 6.8% (ver cuadro y gráfica 5)

Solo en 7 (3.1%) de las 220 pacientes, al realizar laparotomía se encontró embarazo ectópico no roto

**INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO
COMPRENDIDO EN EL PERIODO NOV.-1989- A MARZO 1996.**

PACIENTES	100%	16,476
EMBARAZO ECTOPICO	30%	2,220

CUADRO I

FUENTE ARCHIVO DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA

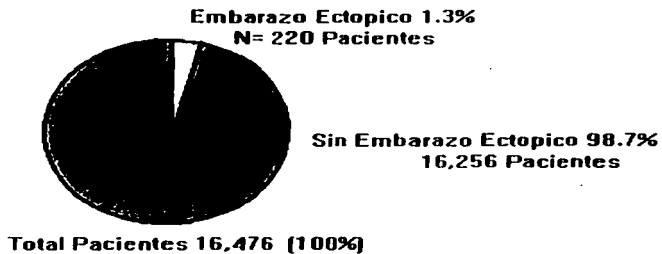
LOCALIZACION DE EMBARAZO ECTOPICO

AMPULAR	165 PACIENTES	76.30%
IMBRIA	30 PACIENTES	13.60%
ITSMO	10 PACIENTES	4.60%
INTERSTICIAL	22 PACIENTES	2.20%
GERVICA	1 PACIENTE	0.40%
OVARIO	2 PACIENTES	0.40%
NO LOCALIZADA	220 PACIENTES	100%

CUADRO II

FUENTE DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA

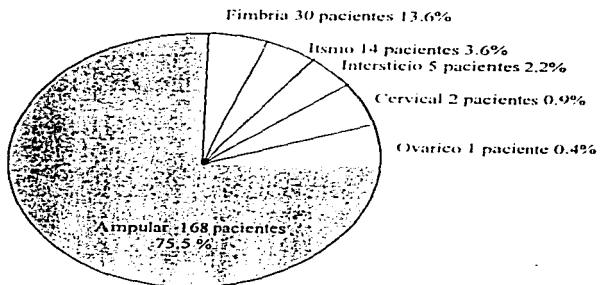
**INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE 1989 A
MARZO 1996**



GRAFICA (1)

FUENTE: ARCHIVO DE LA
DIVISIÓN DE GINECO
OBSTETRICIA.

LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO



Total pacientes N= 220 (100%)

GRAFICA (2)

FUENTE: ARCHIVO DE LA
DIVISIÓN DE GINECO
OBSTETRICIA

**INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD
DEL EMBARAZO ECTOPICO**

15-20 AÑOS	19 PACIENTES	8.6%
21-25 AÑOS	57 PACIENTES	25.9%
26-30 AÑOS	112 PACIENTES	50.9%
31-35 AÑOS	29 PACIENTES	13.2%
36-40 AÑOS	29 PACIENTES	13.1%
41 AÑOS	4 PACIENTES	1.8%
TOTAL	220 PACIENTES	100%

CUADRO III

FUENTE DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA

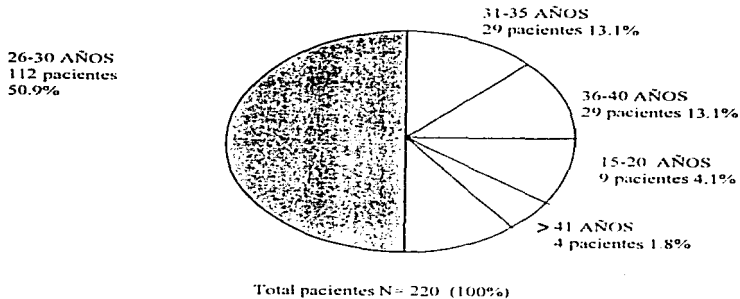
**TRATAMIENTO REALIZADO A LOS EMBARAZOS
ECTOPICOS EN EL HOSPITAL JUAREZ MEXICO**

SALPINGECTOMIA	144 PACIENTES	65.4%
SALPINGOOOFORECTOMIA	67 PACIENTES	30.5%
SALPINGOSTOMIA	53 PACIENTES	23.9%
OOFORECTOMIA	11 PACIENTES	4.9%
HISTERECTOMIA	5 PACIENTES	2.3%
TOTAL	220 PACIENTES	100%

CUADRO IV

FUENTE DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA

INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD DEL EMBARAZO ECTOPICO



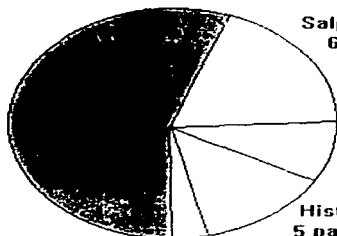
Total pacientes N= 220 (100%)

GRAFICA (3)

FUENTE: ARCHIVO DE LA
DIVISION DE GINECO
OBSTETRICIA.

TRATAMIENTO REALIZADO A LOS EMBARAZOS ECTOPICOS
EN EL HOSPITAL JUAREZ MEXICO

Salpingectomia
144 pacientes
65.4%



Salpingooforectomia
67 pacientes 30.4%

Salpingostomia
3 pacientes 1.3%

Histerectomia
5 pacientes 2.3%

Oforectomia
1 paciente 0.4%

Total pacientes N= 220 (100%)

GRAFICA (4)

FUENTE: ARCHIVO DE LA
DIVISION DE GINECO
OBSTETRICIA.

**PACIENTES QUE SE REALIZO LUI COMO
TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO**

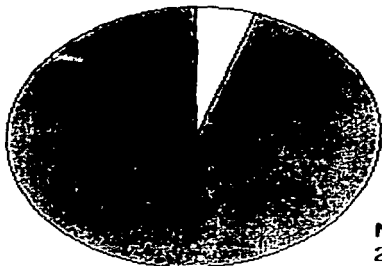
SE REALIZO	15 PACIENTES	67.7%
NO REALIZO	7 PACIENTES	32.3%
TOTAL	22 PACIENTES	100%

CUADRO V

FUENTE: DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA

PACIENTES EN QUE SE REALIZO LUI COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

LUI 15 pacientes 6.8%



**No realizo LUI
205 pacientes 93.2%**

Total pacientes N= 220 (100%)

GRAFICA (5)

FUENTE: ARCHIVO DE LA
DIVISION DE GINECO
OBSTETRICIA.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación y después del análisis gráfico de los mismos, podemos concluir lo siguiente

1.- La incidencia de embarazo ectópico, aumentó en nuestra institución con respecto a años anteriores, ya que se reportaba en 1988, un embarazo ectópico por cada 97 embarazos y actualmente se reporta 1 por cada 74.8 embarazadas, lo que representa un promedio de 1.3%. Este aumento coincide con el reportado a nivel mundial y nos atrevemos a postular que en nuestro país probablemente se deba al aumento de las enfermedades de transmisión sexual, también a las campañas nacionales de control de la natalidad con el consiguiente aumento del número de usuarias de contraceptivos intrauterinos y el hecho irrefutable de que éstas pacientes no acuden a una revisión adecuada de sus dispositivos y no se tratan infecciones vaginales a tiempo, lo que condiciona un aumento de problemas de inflamación pélvica. Además se encuentra el hecho de que en la actualidad muchas mujeres económicamente activas deciden aplazar su embarazo hasta edad avanzada lo cual esta descrito es un factor predisponente importante para esta patología

2.- Con respecto a otras regiones, por ejemplo Estados Unidos de Norteamérica, la incidencia es algo mayor, con 1 embarazo ectópico por cada 62.5 embarazos. Hay que tomar en cuenta que se trata de países con mentalidad más liberal, existe un mayor índice de libertad sexual, lo que conlleva a un aumento de enfermedades de transmisión sexual y esto a una tasa mayor de problemas de enfermedad pélvica inflamatoria, que ha demostrado ser el factor etiológico primordial de ésta patología

3.- De acuerdo a su localización se obtuvieron resultados similares a lo reportado en la literatura mundial, siendo más frecuente el ampular y de menor incidencia el ovarico

4.- De esta manera la incidencia de embarazo ovárico es de 1 por cada 16,476 embarazos y 1 embarazo cervical por cada 8,238 embarazos, siendo éstos los sitios de localización más rara

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

5.- De acuerdo al grupo de edad, la mayoría de los embarazos ectópicos se presentó en el grupo de 26 a 30 años, lo que se relaciona con el periodo de mayor fertilidad de la mujer aunado a otros factores predisponentes ya revisados en los antecedentes

6.- En el tratamiento que se realizó en nuestro hospital, el más frecuente fué la salpingectomía y esto probablemente se debe a que las pacientes llegan con un cuadro avanzado, no diagnosticado precozmente por lo que no es posible realizar una cirugía conservadora, ya que la mayoría presenta un embarazo ectópico roto

En el futuro con los nuevos avances y el uso de recursos como la laparoscopia y el ultrasonido trasvaginal, estos resultados seguramente variarían permitiendo la realización de tratamientos médico-quirúrgicos más conservadores

7.- La población que atendemos en nuestra institución es abierta, no derechohabiente y generalmente acude en forma tardía a su primera consulta prenatal. Esto imposibilita el diagnóstico en forma temprana, ya que en ocasiones la primera consulta solicitada es por un cuadro de dolor abdominal agudo, que en muchos casos resulta ser un embarazo ectópico ya roto

8.- Por último se realizó L.U.I. solo en 6.8% de las pacientes como tratamiento coadyuvante, concluyendo que tiene poco valor de acuerdo a la experiencia en nuestro hospital, ya que no se encontró variación ni en el tiempo de hospitalización ni de recuperación de nuestras pacientes

COMENTARIO

Como hemos visto, el embarazo ectópico es una patología que va en aumento y que afecta en la edad más fértil a nuestras pacientes, por lo que debemos crear conciencia en nosotros estudiantes de la especialidad, que siempre es importante mantenerse al día de nuevos estudios para normar conductas actuales e implementar un tratamiento lo más precozmente posible para que esto redunde en beneficio de nuestras pacientes, disminuyendo la morbimortalidad y aumentando su futuro obstétrico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- López C. M "EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL. UN ANALISIS DE LA FRECUENCIA DE RIESGO Y TRATAMIENTO" Tesis UNAM 1991.
- 2.- Pitkin R.M y Cols "EMBARAZO ECTOPICO" Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol 1 1987
- 3.- Hehle-D, Krause-R, braen-Gr, "ECTOPIC PREGNANCY" Emer-Med-Clin-North-AM 1994 12(1), 55-71
- 4.- Li-TC, Tristram-A, A review of 254 "ECTOPIC PREGNANCIES IN A TEACHING HOSPITAL IN THE TRENT REGION", 1977-1990 Hum-Reprod 1991 Aug, 6(7), 1002-7
- 5.- De-Muylder-N "ECTOPIC PREGNANCY IN ZIMBABWE", Int-J-Gynaecol-Obster. 1991 May, 35(1), 55-60
- 6.- Makinde-OO, "ECTOPIC PREGNANCY IN A DEFINED NIGERIAN POPULATION" Int-J-Gynaecol-Obster 1990 Nov, 33(3), 239-41
- 7.- Coste-J- y Cols, "INCIDENCE OF ECTOPIC PREGNANCY FIRST RESULTS OF A POPULATION-BASED REGISTER IN FRANCE" Hum-Reaprod 1994 Apr, 9(4), 742-5
- 8.- Makinen-Ji, "THE REGIONAL VERSUS NATIONAL INCIDENCE OF ECTOPIC PREGNANCY IN FINLAND FROM 1966 to 1986" Int-J-Gynaecol-Obster 1989 Apr, 28(4), 351-4
- 9.- Johnsen-Hm y Cols, "ECTOPIC PREGNANCY IN GREENLAND 1981-1990 VERIFIED BY HISTOLOGY" Artic Med Res 1990 Jan, 49(1), 43-7
- 10.- Nymann-P y Cols, "ECTOPIC PREGNANCIES IN GREENLAND 1981-1990 VERIFIED BY HISTOLOGY" Artic-Med-Res 1994 Oct, 53(4), 184-8
- 11.- Daisley-H, "ECTOPIC PREGNANCIES IN TRINIDAD A CLINICO-PATHOLOGICAL STUDY OF 154 CONSECUTIVE SURGICAL TREATED CASES" West-Indian-Med-J 1989 Dec, 38(4), 222-7
- 12.- Stabile-I, Grudzinskas-Jg, "ECTOPIC PREGNANCY, A REVIEW OF INCIDENCE ETIOLOGY AND DIAGNOSTIC ASPECTS" Obstet-Gynecol-Surv 1990 Jun; 45(6), 335-47

- 13 - Washington-Ae, Katz-P "ECTOPIC PREGNANCY IN THE UNITED STATES, ECONOMIC CONSEQUENCES AN PAYMENT SOURCE TRENDS" *Obstet-Gynecol* 1992 3 Feb '81(2) 287-92
- 14 - Creinin-Md, Washington-Ae "COST OF ECTOPIC PREGNANCY MANAGEMENT, SURGERY VS METHROTEXATE" *Fertil-Steril* 1993 Dec, 60(6), 963-9
- 15 - Villarreal-Peral C y Cols "ECTOPIC PREGNANCY IN ABDOMINAL CAVITY REPORT OF A CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE" *Ginecol-Obstet-Mex* 1995 Jan, 63, 26-9
- 16 - Alto-Wa "ABDOMINAL PREGNANCY" *Am-Fam-Physician* 1990 Jan, 41(1), 209-14
- 17 - Dan Peleg Md y Cols "EARLY DIAGNOSTIC AND SUCCESSFUL NONSURGICAL TREATMENT OF VIABLE COMBINED INTRAUTERINE AND CERVICAL PREGNANCY" *Fertility an Sterilty* Vol 62 No 2 Aug 1994, 405-7
- 18 - Cabero-A y Cols "INCREASING INCIDENCE OF OVARIAN PREGNANCY" *Eur-J-Obstet-Gynecol-Reprod-Biol* 1989 Jun, 31(3), 227-32
- 19 - Raccuia-Js y Cols "SYNCHRONOUS INTRAUTERINE AND ECTOPIC PREGNANCY ASSOCIATED WITH CLOMIPHENE CITRATE" *Surg-Gynecol-Obstet* 1989 May, 168(5), 417-20
- 20 - Dimitry-Es y Cols "NINE CASES OF HETEROTOPIC PREGNANCIES IN 4 YEARS OF IN VITRO FERTILIZATION" *Fertil Steril* 1990, Jan 53(1), 107-10
- 21 - Duckman S Suarez, J Spitaleri "VAGINAL PREGNANCY, PRESENTING ASA SUBURETHRAL CYST" *Am J Obstet Gynecol* 1984, 149-572
- 22 - Tulandi T "MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY CURRENT OPINION IN OBSTETRICS AND GYNECOGY" 1994,6, 149-52
- 23 - Sheffield y Cols; "THE ASSOCIATION BETWEEN CHLAMYDIA TRACHOMATIS SEROLOGY AND PELVIC DAMAGE IN WOMEN WITH TUBAL ECTOPIC GESTATION" *Fertil-Steril* 1993 Eec, 60(6), 970-5
- 24- Coste-J y Cols "SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AS MAJOR CAUSES OF ECTOPIC PREGNANCY, RESULTS FROM A LARGE-CONTROL STUDY IN FRANCE" *Fertil Steril* 1994 Aug, 62(2), 289-95

- 25.- Coste-J y Cols "RISK FACTORS FOR ECTOPIC PREGNANCY, A CASE-CONTROL STUDY IN FRANCE, WITH SPECIAL FOCUS ON INFECTIOUS FACTORS" *Am J Epidemiol* 1991 May 1, 133(9), 839-49
- 26.- Makinen-Ji y Cols "CAUSES OF THE INCREASE IN THE INCIDENCE OF ECTOPIC PREGNANCY A STUDY ON 1017 PATIENS FROM 1966 TO 1985 IN TURKU FINLAND" *Am-J-Obstet-Gynecol* 1989 Mar, 160(3), 642-6
- 27.- Zhang-Z y Cols "AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON THE RELATIONSHIP OF ECTOPIC PREGNANCY AND THE USE OF CONTRACEPTIVES IN BEIJING- THE INCIDENCE OF THE ECTOPIC PREGNANCY IN THE BEIJING AREA. BEIJING COLLABORATING STUDY GROUP FOR ECTOPIC PREGNANCY" *Contraception* 1994 Sep, 50(3) 253-62
- 28 - Randic-L y Cols "ECTOPIC PREGNANCY AMONG PAST IDU USERS" *Int-J-Gynaecol-Obstet* 1992 Aug, 38(4), 299-304
- 29 - Kably-Ambe A y Cols "COURSE OF PREGNANCY IN PATIENTS WITH KNOW INFERTILITY" *Ginecol-Obstet-Mex* 1992 Apr, 60, 105-9
- 30 - Coulman Cb y Cols "OCCURRENCE OF ECTOPIC PREGNANCY AMONG WOMEN WITH RECURRENT SPONTANUEUS ABORTION" *Am-J, Reprod-Immunol* 1989 Nov/Dec '21 (3-4), 105-7
- 31.- Guillaume y Cols "LUTEAL PHASE DEFECTS AND ECTOPIC PREGNANCY" *Fertil-Steril* 1995 Jan, 63(1), 30-3
- 32.- Saurel-Cubizolles, Mj y Cols "ECTOPIC PREGNANCY AND OCCUPATIONAL EXPOSURE TO ANTINEOPLASTIC DRUGS" *Lancet* 1993 May 8, 341 (8854) 1169-71
- 33.- Marcus y Cols "ANALYSIS OF THE INCIDENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ECTOPIC PREGNANCY FOLLOWING IN VITRO FERTILIZATION AND EMBRYO TRANSFER" *Hum-Reprod* 1995 Jan, 10(1), 199'203
- 34.- Marcurs y Col "ANALYSIS OF TEH INCIDENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ECTOPIC PREGNANCY FOLLOWING IN VITROFERTILIZATION AND EMBRYO TRANSFER" *Hum-Reprod* 1995 Jan, 10(1), 199'203.

- 35.- Maymon y Cols "ECTOPIC PREGNANCY, THE NEW GYNECOLOGICAL EPIDEMIC DISEASE, REVIEW OF THE MODERN WORK-UP AND THE NONSURGICAL TREATMENT OPTION" *Int-J-Fertil* 1992 May-Jun, 37(3), 146-64
- 36.- Cacciatore y Cols "EARLY SCREENING FOR ECTOPIC PREGNANCY IN HIGH-RISK SYMPTOM-FREE WOMEN" *Lancet* 1994 Feb 26, 343(8896), 517-8
- 37.- Callen P W "ECOGRAFIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA" Segunda Reimpresion de la Segunda De (1991) Marzo 1993 Pags 453-71
- 38.- Ory-Sj "NEW OPTIONS FOR DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY" *Jama* 1992 Jan 22-29, 267(4), 534-7
- 39.- Doyle-Mb y Cols "EPIDEMIOLOGY AND ETIOLOGY OF ECTOPIC PREGNANCY" *Obstet-Gynecol-Clin-North-Am* 1991 Mar, 128(1), 1-17
- 40.- Buster-Je, Carson-Sa "ECTOPIC PREGNANCY, NEW ADVANCES IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT" *Curr-Opin-Obstet-Gynecol* 1995 Jun, 7(3), 168-76
- 41.- Seifer-Db y Cols "PERSISTENT ECTOPIC PREGNANCY" *Obstet-Gynecol-Clin-North-Am* 1991 Mar, 10(1), 153-9
- 42.- Seifer-Db y Cols "COMPARISON OF PERSISTENT ECTOPIC PREGNANCY AFTER LAPAROSCOPIC SALPINTOSTOMY VERSUS SALPINGTOSTOMY AT LAPAROTOMY FOR ECTOPIC PREGNANCY" *Obstet-Gynecol* 1993 Mar, 40(5), 371-4
- 43.- Gross-Z "ECTOPIC PREGNANCY, NOSURGICAL, OF PATIENT EVALUATION AND SINGLE DOSE METHOTREXATE TREATMENT" *J-Reprod-Med* 1995 May, 40(5), 371-4
- 44.- Fjelland-K y Cols "TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY BY LOCAL INJECTION OF HYPERTONIC GLUCOSE, A RABDOMIZED TRIAL COMPRING ADMINISTRATION GUIDED BY TRASVAGINAL ULTRASOUND OR LAPAROSCOPY" *Acta-Obstet-Gynecol-Scand* 1995 Sep 74(8), 629-34
- 45.- Brand E y Cols "ADVANCED CERVICAL PREGNANCY TREATED WITH ACTINOMYCIN-D" *British Journal of Obstetrics an Gynecol* May 1993 Vol 100 PP 491-492