



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

11217



99

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA E
I S S S T E

**INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL
HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA E.
I.S.S.S.T.E.**

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
DR ALBERTO GOMEZ HERNÁNDEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Profesor Titular del Curso
Dr Angel Jesús Aguirre Ortega
Asesor de Tesis
Dr Alfredo Alaniz Sánchez

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



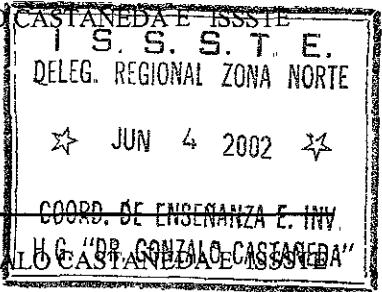
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

DR OSCAR AUGUSTO TREJO SOLÓRZANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA E ISSSTE



DR LUIS BAYARDI ORTIZ PETRICIOLLI
SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA E ISSSTE

DRA. MARTHA NAVARRO LEÓN
COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR ANGEL JESUS AGUIRRE ORTEGA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ
ASESOR DE TESIS

DR. ALBERTO GOMEZ HERNANDEZ
AUTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

MIS PADRES: Quienes en todo momento han sido fuente de inspiración, motivación y apoyo en cada uno de los pasos importantes de mi vida

MIS HERMANOS Y FAMILIA: Quienes constantemente me inyectan felicidad

A MI ALMA MATER: Al H G DR GONZALO CASTAÑEDA del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, porque hoy avala mi especialidad
A quien dediqué 4 años de mi vida, del cual ahora tengo satisfacción y gratitud

A MIS PROFESORES: Por su paciencia, confianza y brindarme su conocimiento, orientando el camino de mi profesión

INDICE

	PAGINA
ANTECEDENTES	4
Concepto	4
Incidencia	4
Factores de riesgo	4
Patología	7
Sígnos y Síntomas	8
PROBLEMA	10
HIPOTESIS	10
OBJETIVOS	10
JUSTIFICACION	11
DISEÑO	12
TIPO DE INVESTIGACION	12
TAMAÑO DE LA MUESTRA	12
CRITERIOS DE INCLUSION	12
CRITERIOS DE EXCLUSION	12
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	13
RECURSOS	14
PRESUPUESTO	14
DATOS DE IDENTIFICACION	14
CEDULA DE RECOPIACION DE DATOS	15
ASPECTOS ETICOS	16
Riesgo de la investigación	16
Consentimiento informado	16
RESULTADOS	17
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	27

RESUMEN

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE

OBJETIVO: Conocer las manifestaciones clínicas, los hallazgos transoperatorios y aquellos factores de riesgo que probablemente predispusieron al desarrollo de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda Escobar ISSSTE que ingresó en la unidad toco-quirúrgica entre los años de enero de 1998 a mayo del 2001

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de aquellas pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de enero 1998 a mayo 2001 en el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE para identificar las manifestaciones clínicas a su ingreso hospitalario, los factores de riesgo predisponentes y los hallazgos transoperatorios encontrados durante el evento quirúrgico. En el estudio se incluyeron todas aquellas pacientes con embarazo ectópico confirmado por estudio histopatológico.

RESULTADOS: Se identificaron a 38 pacientes con edades de entre 20 y 45 años quienes a su ingreso hospitalario manifestaron dolor abdominal (100%), amenorrea (85%), hemorragia vaginal (65%), mareo y síncope (24%), expulsión de tejido (12%) y a la exploración física hipersensibilidad anexial (65%), hipersensibilidad abdominal (59%), tumor anexial (29%), crecimiento uterino (35%) y cambios ortostáticos (6%). Se revisaron los hallazgos transoperatorios encontrándose como sitios de implantación ampular derecho (41%), ampular izquierdo (41%), istmico derecho (12%) y ovario derecho (6%), roto (88%) y no roto (12%), con hemoperitoneo de 50 a 1000cc. De acuerdo a sus antecedentes presentaron como factores de riesgo cirugía pélvica o abdominal previa (47%), uso de DIU (29%), antecedentes de embarazo ectópico previo (12%), infecciones genitales (12%) y salpingoclasia previa (6%).

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico representó en el año 2000 el 0.49% de las causas de ingreso hospitalario en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda, ocupando el 13vo lugar de esta población femenil. En el estudio se pueden apreciar que las manifestaciones clínicas y los sitios de implantación encontrados a través de laparotomía exploradora en esta población, prácticamente son similares a los que la literatura ha reportado en estudios extensos. Definitivamente el embarazo ectópico continúa afectando aquella población femenil con vida sexual activa y principalmente entre las edades de 26 a 35 años (69% del total de la población estudiada).

~

ANIECEDENTES

CONCEPTO

El embarazo ectópico constituye la implantación y desarrollo del blastocisto fuera del endometrio que reviste a la cavidad uterina; pudiendo ser en el cervix, tuba uterina, ovario, o en la cavidad abdominal o pélvica (1) (2) (3)

INCIDENCIA

Inicialmente el embarazo ectópico presentaba una incidencia de 1 30000 embarazos, pero de acuerdo a estadísticas más recientes, se ha visto que su incidencia ha llegado a ser de 1:1300 embarazos y de 1 2 a 1 4% de todos los embarazos. Se refiere que la mortalidad es de 1.4 1000 en donde cuya causa principal es debida a hemorragia (hasta en un 90 %) Generalmente el 75% de los embarazos ectópicos se diagnostican antes de las 12 semanas de gestación, en donde cerca del 40% se presentan entre las edades de 20 y 29 años de edad (1) (2) (4) (5)

FACTORES DE RIESGO

Se ha relacionado con multiples factores de riesgo que causan daño tubario y alteración del transporte embrionario (6) En el cuadro 1 se muestran los factores de riesgo más importantes, informados en dos meta-análisis recientes (7)(8)

Cuadro 1 Factores de riesgo de embarazo ectópico

FACTORES DE RIESGO	RIESGO RELATIVO APROXIMADO
ALTO RIESGO	
Cirugía tubaria	21 0
Esterilización	9 3
Antecedente de embarazo ectópico	8 3
Exposición intrauterina a DES	5 6
Uso de dispositivo intrauterino	4 2-45
Alteración patológica tubaria demostrada	3 8 21
RIESGO MODERADO	
Infecundidad	2 5-21.0
Antecedente de infecciones genitales	2 5-3 7
Múltiples compañeros sexuales	2 1
RIESGO LEVE	
Cirugía pélvica o abdominal previa	0 93-3 8
Tabaquismo	2 3-2 5
Duchas vaginales	1 1-3 1
Edad temprana en el primer coito (< 18 años)	1 6

Las alteraciones tubarias demostradas, por lo general por el antecedente de cirugía, infección pélvica o endometriosis, constituyen el factor de riesgo más sólido de embarazo ectópico (7) Un antecedente de cirugía tubaria conlleva el riesgo relativo aproximado 21

veces más alto de embarazo ectópico Sin embargo, otras operaciones pélvicas o abdominales previas tienen sólo un riesgo relativo aproximado de 0.9 a 3.8 es menos importante la alteración patológica tubaria resultante de un proceso infeccioso Las mujeres con antecedente de infecciones pélvicas, como gonorrea, clamidiasis confirmada por análisis serológico, y enfermedad inflamatoria pélvica tienen riesgo relativo aproximado, ajustado doble a cuádruple con respecto al acostumbrado de embarazo ectópico En mujeres con salpingitis demostrada por laparoscopia, la tasa de embarazos ectópicos es de 4.0% en comparación con 0.7% en las mujeres con trompas normales (2)(9)

Al igual que con otras formas de cirugía tubaria, la ligadura con daño resultante, conlleva un riesgo relativo aproximado de 9.3 en comparación con testigos embarazadas El peligro de embarazo ectópico puede ser más alto después de procedimientos de electrocoagulación que de otras formas de esterilización tubaria, tal vez por recanalización o formación de fístula uteroperitoneal (2) Se ha encontrado este tipo de fístulas en 75% de los especímenes de histerectomía de mujeres con ligadura tubaria previa, en las que las trompas se cauterizaron (11)

Las pacientes con antecedente de embarazo ectópico tienen seis a ocho veces más probabilidades de otro (7) Este riesgo aumenta más en proporción con el número de embarazos ectópicos previos, de hecho en 10 a 20% de las pacientes tratadas se presentará otro embarazo ectópico (12)(13) No obstante, este peligro de recurrencia disminuye con cada gestación intrauterina subsiguiente a la ectópica inicial (13)

La exposición intrauterina al dietilestilbestrol altera la morfología de las trompas de Falopio con tejido mínimo o ausente de fimbrias, un orificio pequeño y disminución de la longitud y el calibre del órgano Esta anatomía tubaria anormal contribuye a quintuplicar el riesgo relativo aproximado de embarazo ectópico (7)

Las usuarias actuales de dispositivos intrauterinos tienen un riesgo relativo aproximado de 6.4 para embarazo ectópico, en comparación con las testigos gestantes Al igual que la ligadura tubaria, el DIU es eficaz para prevenir el embarazo, pero cuando lo hay, la posibilidad de que sea ectópico es mayor (2) En un estudio multicéntrico se encontró un porcentaje más alto de embarazos ectópicos ováricos en usuarias de DIU (5.5%) en comparación con las no usuarias, de 0 por ciento (2) Pero cuando una mujer se embaraza con DIU, aumenta la incidencia relativa de embarazos tubarios, en éstos casos la posibilidad de presentar embarazo ectópico es de 1 por cada 23 embarazos (20)

El tipo de DIU más frecuentemente asociado a embarazo ectópico son aquellos que contienen progesterona. La causa es desconocida, pero se ha planteado que presenta efecto a nivel de la motilidad tubaria desacelerando el transporte del óvulo, o que la causa es infección tubaria (20)

La infertilidad aumenta en forma moderada el riesgo de embarazo ectópico, algo particularmente válido cuando sucede durante el tratamiento de la infertilidad, si bien parece estar disminuyendo De 1988 a 1992, 5 a 5.7% de todos los embarazos clínicos resultado de técnicas de reproducción asistida fueron ectópicos En 1995, la incidencia de

embarazo ectópico para procedimientos de IVF y de transferencia tubaria fue menor, calculada en 2.8 por ciento (14)

A semejanza de los embarazos ectópicos naturales, la trompa de Falopio es el sitio más frecuente después de la fecundación in vitro 82.2% tubarias, 92.7% ampulares y 7.3% intersticiales. También se presenta la implantación ectópica extratubaria 4.6% ovárica o abdominal, 1.5% cervical y 11.7% de embarazos heterotópicos (fig 1) (2)(15-18)

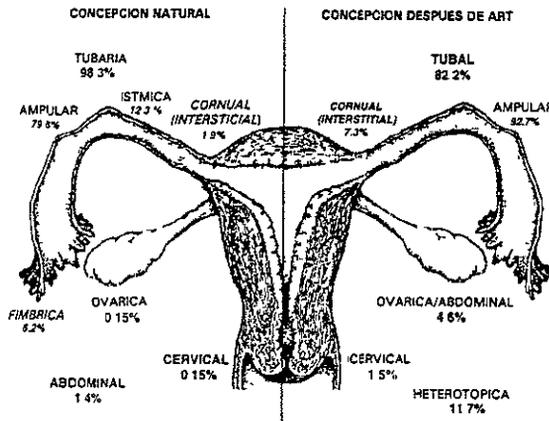


Fig 1 Sitios de implantación de embarazos ectópicos después de ciclos naturales y con terapia reproductiva

Los embarazos ectópicos son cuatro veces más frecuentes en mujeres con infertilidad por el factor tubario, comparadas con las que tienen trompas normales, y el hidrosálpinx es el que se relaciona más a menudo con el embarazo ectópico. El antecedente de cirugía reconstructiva tubaria (salpingostomía) aumenta el riesgo de embarazo ectópico un 10% más que en pacientes con infertilidad por factor tubario sin antecedente de cirugía (19)

Se ha implicado a los agentes de inducción de ovulación, que producen alteración de la función tubaria por cambios hormonales, como causa independiente de embarazo ectópico en mujeres infértiles. En múltiples estudios pequeños se encontró que los agentes de inducción de ovulación, como el citrato de clomifeno, aumentan las tasas de embarazo ectópico, en tanto que en otros no (21)

Ciertos estilos de vida conllevan un riesgo algo aumentado de embarazo ectópico. Los múltiples compañeros sexuales y la edad temprana en el primer coito aumentan dicho riesgo, también el tabaquismo. Las teorías de la relación entre éste y el embarazo ectópico son alteración de la inmunidad en las fumadoras, que las predispone a infecciones pélvicas; alteraciones en la motilidad tubaria, o una representación de ciertos estilos de vida coexistentes con mayor riesgo. Las duchas vaginales también se han relacionado con un peligro ligeramente aumentado de embarazo ectópico, tal vez por incremento del global correspondiente de infecciones pélvicas que causan lesión tubaria (7)

TRAF CON
PALLA DE ORIGEN

PAILOGIA

TROMPA

Cuando el trofoblasto penetra en la pared de las trompas, la hemorragia es consecuencia inevitable de la erosión de capilares o vasos sanguíneos, o de la víscera que contiene el producto. La estroma adyacente a éste último suele mostrar respuesta decidual mínima, insuficiencia para nutrir o limitar el avance del producto, lo que origina la muerte prematura de éste y la erosión de su vasculatura (fig 2)(20)

En el principio, el oviducto presenta agrandamiento local en el punto de implantación; esto va seguido de escasos cambios de coloración, y más adelante toda la trompa suele estar distendida, ser de color rojo oscuro a púrpura grisáceo, y contener sangre coagulada y fresca. En caso de rotura del oviducto o de que un volumen importante de sangre escape del orificio, la trompa puede estar rodeada por un coágulo (figs 3 y 4)(20)

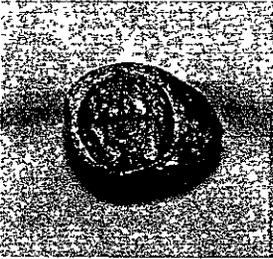


Fig 2 Corte transversal de embarazo ectópico tubario

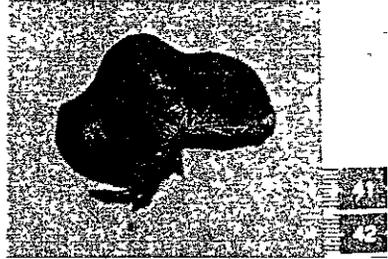


Fig 3 Pieza quirúrgica de embarazo ectópico tubario



Fig 4 Exposición transoperatoria de embarazo ectópico tubario

UTERO

La respuesta del miometrio a las hormonas del embarazo tubario en la fase inicial es idéntica a la que ocurre en la gestación uterina. El útero se reblandece primero y se agranda después por hipertrofia e hiperplasia endometrial. En la gestación intersticial de 6 a 8 semanas, suele advertirse una irregularidad en uno de los lados del fondo, que crece poco a poco y se torna hipersensible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El endometrio también responde al embarazo tubario; la estroma se transforma en decidua y las glándulas endometriales asumen el aspecto plumoso que suele apreciarse en la fase inicial de la gestación normal. El aspecto glandular atípico que caracteriza a la reacción de Arias-Stella también suele identificarse. En éste fenómeno histológicamente se puede apreciar.

- 1 Aumento focal de las glándulas con núcleos hiper cromáticos o hipertrofos
- 2 Vascularización y pérdida de los bordes celulares
- 3 Cambios nucleares consistentes en aumento considerable de su tamaño
- 4 Secreción de la luz de las glándulas
- 5 Zonas de mitosis atípicas
- 6 Aumento del citoplasma
- 7 Disminución de la luz de las glándulas debido a una hipertrofia de la misma

En un estudio realizado en 165 mujeres, el tipo más común de endometrio asociado a embarazo ectópico es aquel con reacción decidual (42%), endometrio secretor en segundo lugar (22%), seguido de endometrio proliferativo (12%) y el fenómeno de Arias-Stella sólo en 20-25% de los casos (20)

SIGNOS Y SINTOMAS

No hay síntomas o signos específicos que sean patognomónicos de embarazo ectópico, pero una combinación de datos puede ser sugestiva (12). Toda mujer sexualmente activa en edad de procreación, con dolor en la parte baja del abdomen y hemorragia vaginal (2). El embarazo ectópico temprano puede ser totalmente asintomático y tratarse de manera expectante hasta llegar al diagnóstico definitivo. Una mujer con síntomas sugerentes de embarazo ectópico puede requerir un tratamiento más intensivo y expedito. Los síntomas más comunes son dolor en la parte baja del abdomen y hemorragia uterina (cuadro 2). Es necesario que el clínico esté al tanto de que cualquier mujer con embarazo ectópico puede tener síntomas menos frecuentes y desusados (cuadro 3), que confunden el diagnóstico.

Cuadro 2 Síntomas de embarazo ectópico

SINTOMA	PORCENTAJE DE EMBARAZOS ECTOPICOS CON SINTOMAS
Dolor abdominal	90-100
Amenorrea	75-95
Hemorragia vaginal	50-80
Mareo, síncope	20-35
Urgencia para defecar	5-15
Síntomas gestacionales	10-25
Expulsión de tejido	5-10

Cuadro 3 Signos de embarazo ectópico

SIGNO	PORCENTAJE DE EMBARAZOS ECTOPICOS CON SIGNOS
Hipersensibilidad anexial	75-90
Hipersensibilidad abdominal	80-95
Tumor anexial (20% presente en el lado opuesto al embarazo ectópico)	50
CreCIMIENTO uterino	20-30
Cambios ortostáticos	10-15
Fiebre	5-10

Por otra parte no hay que olvidar los importantes cambios diagnósticos. Mientras que en los sesenta la cirugía antes de la rotura era rara, en la actualidad en numerosos centros se intervienen más del 80% de los casos antes de la rotura. Presumiblemente los avances en ecografía, endocrinología (B-HCG) y laparoscopia sean responsables en parte de este incremento en la frecuencia, en ocasiones puede producirse la resolución espontánea del embarazo ectópico (20)

Se ha dicho que la detección de un saco intrauterino por ecografía excluiría el diagnóstico de embarazo ectópico. Esta afirmación se basaba en un cálculo efectuado en 1948 que estimaba una incidencia de embarazo combinado y ectópico de 1/30000. Sin embargo estudios más recientes comunican un 1/100 en la población de fertilización in vitro y un 1/1000 en la población general (20)

Se ha señalado que el diagnóstico ecográfico tendría un 19-20% de falsos negativos y un 9% de falsos positivos

Tumor -Tutsch y cols. Reseñan una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98%, pero efectuando ecografías seriadas

Se ha reseñado una tasa de falsos negativos del 1 al 13% con la laparoscopia, generalmente en casos muy precoces. Se ha comunicado que el diagnóstico clínico inicial fue correcto en menos del 50% de los casos. La frecuencia de ectópicos con pruebas de embarazo negativa ha disminuido del 77% en 1972 al 1% en 1990 como consecuencia en el incremento en la sensibilidad diagnóstica de las pruebas de embarazo que han pasado de 750 mUI/ml, a 20 mUI/ml. Las técnicas de radioinmunoensayo para la B-HCG en suero resultan positivas prácticamente en todos los ectópicos. El porcentaje de falsos negativos depende del punto de corte. Con un corte de 10 mUI/ml, los falsos negativos son el 0.5%, mientras que con un corte de 3 mUI/ml existe un 9% de falsos negativos (20)

Con el empleo de HCG seriadas se consigue diferenciar entre embarazo intrauterino y E.E., con una sensibilidad del 36% y una especificidad del 71%

PROBLEMA

Conocer las manifestaciones clínicas, los hallazgos transoperatorios y aquellos factores de riesgo que probablemente predispusieron al desarrollo de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE que ingresó a la unidad toco-quirúrgica en el período de enero de 1998 a mayo del 2001

HIPÓTESIS

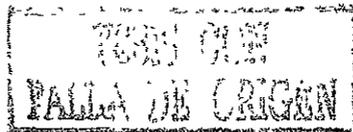
Si hay manifestaciones clínicas sugerentes de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE, de mujeres en edad fértil con vida sexual activa, entonces es probable que presenten dicha patología y sea comprobable a través de hallazgo transoperatorio y confirmado mediante estudio histopatológico

OBJETIVOS

Conocer las manifestaciones clínicas de mujeres con embarazo ectópico internadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo del 2001

Conocer los hallazgos transoperatorios de mujeres con embarazo ectópico

Describir aquellos factores de riesgo que posiblemente predispusieron al desarrollo de ésta entidad presente en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica



PROBLEMA

Conocer las manifestaciones clínicas, los hallazgos transoperatorios y aquellos factores de riesgo que probablemente predispusieron al desarrollo de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE que ingresó a la unidad toco-quirúrgica en el período de enero de 1998 a mayo del 2001

HIPÓTESIS

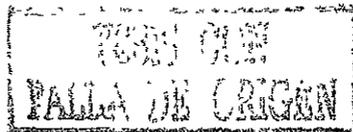
Si hay manifestaciones clínicas sugerentes de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE, de mujeres en edad fértil con vida sexual activa, entonces es probable que presenten dicha patología y sea comprobable a través de hallazgo transoperatorio y confirmado mediante estudio histopatológico

OBJETIVOS

Conocer las manifestaciones clínicas de mujeres con embarazo ectópico internadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo del 2001

Conocer los hallazgos transoperatorios de mujeres con embarazo ectópico

Describir aquellos factores de riesgo que posiblemente predispusieron al desarrollo de ésta entidad presente en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica



PROBLEMA

Conocer las manifestaciones clínicas, los hallazgos transoperatorios y aquellos factores de riesgo que probablemente predispusieron al desarrollo de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE que ingresó a la unidad toco-quirúrgica en el período de enero de 1998 a mayo del 2001

HIPÓTESIS

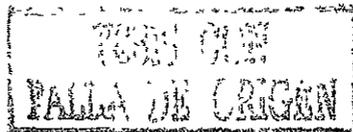
Si hay manifestaciones clínicas sugerentes de embarazo ectópico en una población derechohabiente del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE, de mujeres en edad fértil con vida sexual activa, entonces es probable que presenten dicha patología y sea comprobable a través de hallazgo transoperatorio y confirmado mediante estudio histopatológico

OBJETIVOS

Conocer las manifestaciones clínicas de mujeres con embarazo ectópico internadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo del 2001

Conocer los hallazgos transoperatorios de mujeres con embarazo ectópico

Describir aquellos factores de riesgo que posiblemente predispusieron al desarrollo de ésta entidad presente en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica



JUSTIFICACIÓN

Conocer la incidencia de embarazo ectópico en mujeres internadas en la Unidad Toco-quirúrgica en el periodo de enero de 1998 a mayo del 2001

Identificar aquellos factores como probables predisponentes para el desarrollo de embarazo ectópico en la población derechohabiente femenina

Conocer los órganos principalmente afectados por ésta entidad patológica

Conocer la morbimortalidad femenil derechohabiente en el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda desencadenada por ésta entidad patológica

Reconocer las manifestaciones clínicas de ésta enfermedad presente en una población femenil

DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo de 2001 quienes mediante hallazgo transoperatorio y estudio histopatológico se les diagnosticó como portadoras de embarazo ectópico

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional
Descriptivo
Retrospectivo

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 38 pacientes con edades de entre 20 y 45 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de enero 1998 a mayo de 2001 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se les había realizado laparotomía exploradora confirmando embarazo ectópico y que contaran con estudio histopatológico de las muestras colectadas durante el evento quirúrgico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que si bien presentaban síndrome doloroso abdominal y fueron sometidas a laparotomía exploradora, no presentaban embarazo ectópico como hallazgo transoperatorio También se excluyeron aquellas pacientes que no contarán con reporte histopatológico de la muestra colectada durante el evento quirúrgico en el expediente clínico

DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo de 2001 quienes mediante hallazgo transoperatorio y estudio histopatológico se les diagnosticó como portadoras de embarazo ectópico

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional
Descriptivo
Retrospectivo

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 38 pacientes con edades de entre 20 y 45 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de enero 1998 a mayo de 2001 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se les había realizado laparotomía exploradora confirmando embarazo ectópico y que contaran con estudio histopatológico de las muestras colectadas durante el evento quirúrgico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que si bien presentaban síndrome doloroso abdominal y fueron sometidas a laparotomía exploradora, no presentaban embarazo ectópico como hallazgo transoperatorio También se excluyeron aquellas pacientes que no contarán con reporte histopatológico de la muestra colectada durante el evento quirúrgico en el expediente clínico

DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo de 2001 quienes mediante hallazgo transoperatorio y estudio histopatológico se les diagnosticó como portadoras de embarazo ectópico

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional
Descriptivo
Retrospectivo

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 38 pacientes con edades de entre 20 y 45 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de enero 1998 a mayo de 2001 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se les había realizado laparotomía exploradora confirmando embarazo ectópico y que contaran con estudio histopatológico de las muestras colectadas durante el evento quirúrgico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que si bien presentaban síndrome doloroso abdominal y fueron sometidas a laparotomía exploradora, no presentaban embarazo ectópico como hallazgo transoperatorio También se excluyeron aquellas pacientes que no contarán con reporte histopatológico de la muestra colectada durante el evento quirúrgico en el expediente clínico

DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo de 2001 quienes mediante hallazgo transoperatorio y estudio histopatológico se les diagnosticó como portadoras de embarazo ectópico

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional
Descriptivo
Retrospectivo

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 38 pacientes con edades de entre 20 y 45 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de enero 1998 a mayo de 2001 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se les había realizado laparotomía exploradora confirmando embarazo ectópico y que contaran con estudio histopatológico de las muestras colectadas durante el evento quirúrgico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que si bien presentaban síndrome doloroso abdominal y fueron sometidas a laparotomía exploradora, no presentaban embarazo ectópico como hallazgo transoperatorio También se excluyeron aquellas pacientes que no contarán con reporte histopatológico de la muestra colectada durante el evento quirúrgico en el expediente clínico

DISEÑO

Identificar mujeres ingresadas en la unidad toco-quirúrgica del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda en el período comprendido entre enero de 1998 a mayo de 2001 quienes mediante hallazgo transoperatorio y estudio histopatológico se les diagnosticó como portadoras de embarazo ectópico

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional
Descriptivo
Retrospectivo

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron 38 pacientes con edades de entre 20 y 45 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio pacientes ingresadas en la unidad toco-quirúrgica de enero 1998 a mayo de 2001 con documentación clínica registrada en el expediente a su ingreso, quienes se les había realizado laparotomía exploradora confirmando embarazo ectópico y que contaran con estudio histopatológico de las muestras colectadas durante el evento quirúrgico

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes que si bien presentaban síndrome doloroso abdominal y fueron sometidas a laparotomía exploradora, no presentaban embarazo ectópico como hallazgo transoperatorio También se excluyeron aquellas pacientes que no contarán con reporte histopatológico de la muestra colectada durante el evento quirúrgico en el expediente clínico

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó una revisión de los expedientes clínicos sobre las pacientes ingresadas en la unidad tocoquirúrgica con manifestaciones clínicas sugerentes de embarazo ectópico a las cuales se les sometió a laparotomía exploradora corroborándose mediante hallazgo transoperatorio la presencia de embarazo ectópico y confirmado éste último a través de estudio histopatológico, en un período comprendido entre enero de 1998 a mayo de 2001. Se realizó un concentrado estadístico sobre las principales manifestaciones clínicas que éstas pacientes referían inicialmente a su ingreso a la unidad toco-quirúrgica, así como también un concentrado estadístico sobre los sitios de implantación del embarazo ectópico de acuerdo a los hallazgos transoperatorios y su confirmación a través del reporte histopatológico.

RECURSOS

HUMANOS

Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia

Personal de Archivo del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda

FISICOS

Libretas de registro de ingresos de pacientes en la unidad toco-quirúrgica

Expedientes clínicos del archivo del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda

Cámara fotográfica

Hoja de vaciamiento de datos

PRESUPUESTO

Los que proporcione el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda Escobar
ISSSTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Hospital General Dr Gonzalo Castañeda
Ubicado en Manuel Gonzalez, esquina con Lerdo No 200
Unidad Habitacional Nonoalco Ilatelolco
Zona Norte, México D.F CP 06900

RECURSOS

HUMANOS

Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia

Personal de Archivo del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda

FISICOS

Libretas de registro de ingresos de pacientes en la unidad toco-quirúrgica

Expedientes clínicos del archivo del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda

Cámara fotográfica

Hoja de vaciamiento de datos

PRESUPUESTO

Los que proporcione el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda Escobar ISSSTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Hospital General Dr Gonzalo Castañeda
Ubicado en Manuel Gonzalez, esquina con Lerdo No 200
Unidad Habitacional Nonoalco Ilatelolco
Zona Norte, México D.F CP 06900

RECURSOS

HUMANOS

Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia

Personal de Archivo del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda

FISICOS

Libretas de registro de ingresos de pacientes en la unidad toco-quirúrgica

Expedientes clínicos del archivo del Hospital General Dr Gonzalo Castañeda

Cámara fotográfica

Hoja de vaciamiento de datos

PRESUPUESTO

Los que proporcione el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda Escobar ISSSTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Hospital General Dr Gonzalo Castañeda
Ubicado en Manuel Gonzalez, esquina con Lerdo No 200
Unidad Habitacional Nonoalco Ilatelolco
Zona Norte, México D.F CP 06900

CEDULA DE RECOPIACIÓN DE DATOS

NOMBRE:

FECHA (INGRESO)

CÉDULA

EDAD.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

PADECIMIENTO ACTUAL (EVOLUCION)

EXPLORACIÓN FÍSICA (HALLAZGOS)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (GABINETE Y LABORATORIO):

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

RESULTADO ANATOMO-PATOLÓGICO

ASPECTOS ETICOS

RIESGO DE LA INVESTIGACION

Riesgo mínimo de la investigación al ser un estudio observacional

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORIZACION DE LA PACIENTE

Nombre:

No de expediente:

Autorizo a los médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado para que efectúen los estudios necesarios para el alivio o curación de mi padecimiento, en la inteligencia de que no desconozco los estudios a los que seré sometida

Firma de la paciente

Firma del médico tratante

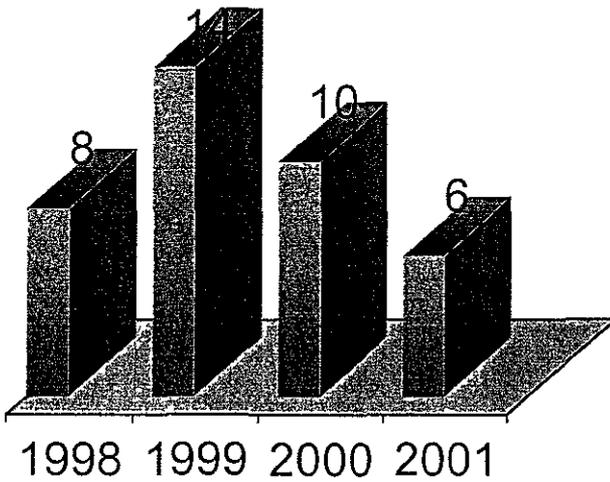
Servicio de Toco-cirugía

Fecha

RESULTADOS

La incidencia de embarazo ectópico en los últimos años en el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE ha sido en un bajo porcentaje (fig 5), representando para el año 2000 la 13va causa de ingreso hospitalario con una incidencia anual de 0.49% (cuadro 4)

FIG 5 INCIDENCIA ANUAL DE EMBARAZO ECTOPICO
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
ISSSTE



Fuente: Libreta de ingresos de la UTQ
Nota: 2001 sólo hasta mayo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

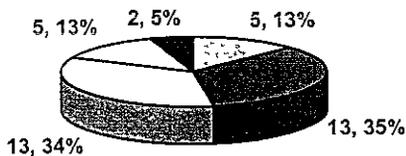
**CUADRO 4. CAUSAS DE INGRESO HOSPITALARIO POR EMBARAZO ECTOPICO
EN EL AÑO 2000 (UNIDAD TOCO QUIRURGICA) HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
ISSSTE**

	CASOS	PORCENTAJE
1 EMBARAZO DE TERMINO	1448	71.86
2 VIGILANCIA OBSTETRICIA (EHIEC,PP,ETC)	141	6.99
3 ABORTO	98	4.86
4 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	60	2.97
5 AMENAZA DE ABORTO	41	2.03
6 BIOPSIA ENDOMETRIAL	40	1.98
7 SANGRADO UTERINO ANORMAL	39	1.93
8 SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL	34	1.68
9 OTB DE INTERVALO	33	1.63
10 DIU TRASLOCADO	17	0.84
11 DEHISCENCIA DE HXQX	11	0.54
12 QUISTE DE OVARIO	10	0.49
13 EMBARAZO ECTOPICO	10	0.49
14 CERCLAJE CERVICAL (IIC)	8	0.39
15 RETENCION RESTOS OVULO-PLACENTARIOS	6	0.29
16 SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL	5	0.24
17 DECIDUITIS	4	0.19
18 REVISION CAVIDAD UTERINA	2	0.09
OTROS	8	0.39
TOTAL	2015	100%

FUENTE: LIBRETA DE INGRESOS DE UTQX

La población encontrada de acuerdo a la revisión por expedientes clínicos resultó en un total de 38 pacientes los cuales comprendieron edades de entre los 20 y 45 años (fig 6)

FIG 6 GRUPOS DE EDAD



20 a 25
 26 a 30
 31 a 35
 36 a 40
 41 a 45

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se identificaron factores de riesgo en cada una de las pacientes de acuerdo a sus antecedentes personales patológicos; cirugía pélvica o abdominal previa (47%), uso de DIU (29%), tabaquismo (18%), múltiples compañeros sexuales (18%), antecedentes de embarazo ectópico previo (12%), infecciones genitales (12%) y salpingoclasia previa (6%) (cuadro 5)

CUADRO 5 FACTORES DE RIESGO
POBLACION EN ESTUDIO
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
ISSSTE

ALTO RIESGO	POBLACION	CASOS
CIRUGIA TUBARIA	0	0
ESTERILIZACION	6 %	2
ANT DE EMBARAZO ECTOPICO	12 %	5
EXPOSICION INTRAUTERINA A DES	0	0
DIU	29 %	11
ALTERACION TUBARIA	0	0
RIESGO MODERADO		
INFECUNDIDAD	0	0
ANT DE INFECCIONES GENITALES	12 %	5
MULTIPLES COMPAÑEROS SEXUALES	18 %	7
RIESGO LEVE		
CIRUGIA PELVICA O ABDOMINAL	47 %	18
TABAQUISMO	18 %	7
DUCHAS VAGINALES	0	0
IVSA (MENOR A 18 AÑOS)	6 %	2

FUENTE. EXPEDIENTES CLINICOS

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de las 38 pacientes estudiadas se encontró que la menarca se presentó a la edad normal, predominando entre los 13 y 14 años (55%) (fig 7) El inicio de la vida sexual activa tuvo mayor frecuencia de los 21 a 23 años de edad (32%), seguido de los grupos de 15 a 17 años y 24 a 26 años (18%, ambos) y de los 27 a 29 años (16%) (fig 8) Su historia de embarazos anteriores correspondió predominantemente para el grupo con tres gestas anteriores en 18 pacientes (47%) y con dos gestas anteriores en 11 pacientes (28%), mientras que en las primigestas solo estuvo presente en 5 (13%) y en multigestas el 11% (fig 9) Finalmente presentaron como número de parejas sexuales entre 1 y 2 33 pacientes (87%), entre 3 y 4 parejas 3 pacientes (8%) y más de 5 parejas sexuales únicamente en dos pacientes (5%) (fig 10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIG 7 MENARCA

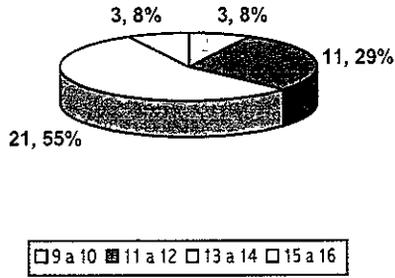


FIG 8 INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

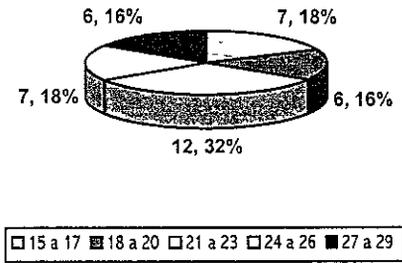
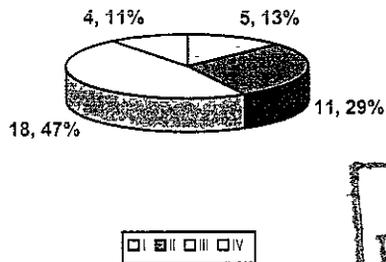
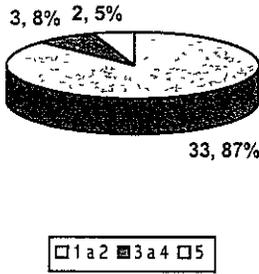


FIG 9 EMBARAZOS PREVIOS



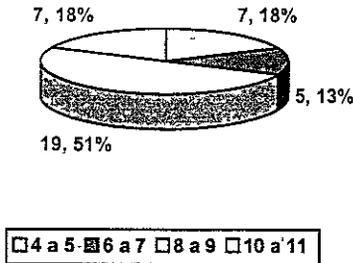
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

FIG 10 PAREIAS SEXUALES



De todas las pacientes a su ingreso a la unidad toco-quirúrgica, se determinó que presentaban en base a las semanas de amenorrea, embarazos entre 8 y 9 semanas en 19 casos (51%), 4 a 5 semanas en 7 casos (18%) , 10 a 11 semanas en 7 casos (18%) y finalmente de 6 a 7 semanas en 5 pacientes (13%) (fig 11)

FIG 11 SEMANAS DE EMBARAZO



De las 38 pacientes identificadas con edades entre 20 y 45 años al momento de su ingreso a la unidad tocoquirúrgica manifestaron dolor abdominal (100%), amenorrea (85%), hemorragia vaginal (65%), mareo y síncope (24%), expulsión de tejido (12%) y a la exploración física hipersensibilidad anexial (65%), hipersensibilidad abdominal (59%), tumor anexial (29%), crecimiento uterino (35%) y cambios ortostáticos (6%)(cuadro 6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO 6 CUADRO CLINICO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO
HOSPITAL GENERAL DR GONZALO CASTAÑEDA
ISSSTE**

SINTOMAS	POBLACION	CASOS	LITERATURA
DOLOR ABDOMINAL	100 %	38	90-100
AMENORREA	59 %	22	75-95
HEMORRAGIA VAGINAL	65 %	25	50-80
MAREO, SINCOPE	24 %	9	20-35
URGENCIA PARA DEFECAR	0	0	5-15
SINTOMAS GESTACIONALES	29 %	11	10-25
EXPULSION DE TEJIDO	12 %	5	5-10
SIGNOS			
HIPERSENSIBILIDAD ANEXIAL	65 %	25	75-90
HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL	59 %	22	80-95
TUMOR ANEXIAL	29 %	11	50
CRECIMIENTO UTERINO	35 %	13	20-30
CAMBIOS ORTOSTATICOS	6 %	2	10-15
PIEBRE	0	0	5-10

FUENTE EXPEDIENTES CLINICOS

Se encontró que de las 38 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico, solamente 30 fueron sometidas a estudio ultrasonográfico antes del evento quirúrgico, de los cuales 22 (73%) reportaron existencia de imágenes sugestivas de embarazo ectópico, de las cuales en el momento del evento quirúrgico el 60% (13 pacientes) presentaron hemoperitoneo que fluctuó entre 50cc a 1000cc. En las 8 pacientes restantes se había diagnosticado presencia de pb absceso ovárico, quistes simple de ovario o normalidad (fig 12)

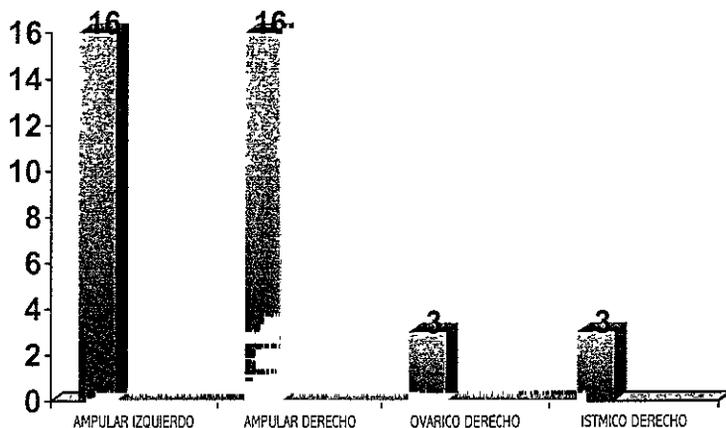
**FIG 12 DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO
ABDOMINAL**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

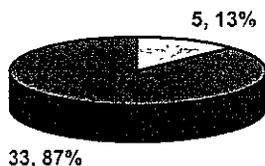
Se revisaron los hallazgos transoperatorios encontrándose como sitios de implantación: ampular izquierdo en 16 casos (42 1%), ampular derecho en 16 casos (42 1%), ovarico derecho en 3 casos (7 9%) e ístmico derecho en 3 casos (7 9%)(fig 13)

FIG 13. SITIOS DE IMPLANTACION
EMBARAZO ECTOPICO



La pérdida hemática fluctuó entre 50 y 1000cc (de 50 a 250cc en 21 pacientes, 251 a 500cc en 9 pacientes, 501 a 750cc en 2 pacientes y de 751 a 1000cc en 6 pacientes) Y el embarazo ectópico se encontraba roto en 33 pacientes (87%) y no roto en 5 pacientes (13%)(fig 14)

FIG 14. HALLAZGOS DE EMBARAZO ECTOPICO
LAPAROTOMIA ABDOMINAL EXPLORADORA



□ NO ROTO ■ ROTO

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La incidencia de embarazo ectópico en los últimos años en el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE ha sido en un bajo porcentaje, representando para el año 2000 la 13ª causa de ingreso hospitalario en el servicio de Gineco-Obstetricia con una incidencia anual de 0.49%, poco menos que aquella referida en el país en el año de 1950 (0.9%)(17)

La prevalencia del embarazo ectópico es difícil de establecer ya que los criterios de cuantificación de las publicaciones al respecto no son uniformes (17)

El embarazo ectópico continúa siendo una causa importante de mortalidad materna, 10-12% de todas ellas (3)(17) Es todavía la gran angustia de las consultas ginecológicas. Sus diferentes formas de presentación clínica inducen a un gran número de errores diagnósticos (20) y además sigue siendo una entidad que se presenta principalmente en personas con vida sexual activa entre los 20 y 35 años de edad, que en nuestro estudio representa en suma el 69% de la población afectada

Es importante la historia clínica de los pacientes para detectar factores de riesgo para embarazo ectópico (20), es por ello que en el presente estudio se dedicó especial atención en identificar aquellos factores que probablemente predispusieron al desarrollo de éste encontrándose predominantemente el antecedente de cirugía pélvica o abdominal (47%), uso de DIU (29%), tabaquismo (18%), múltiples compañeros sexuales (18%) y antecedente de embarazo ectópico previo (12%)

Es sabido que alrededor del 60% de los factores de riesgo para embarazo ectópico son conocidos y que incluso algunos son evitables tales como las enfermedades de transmisión sexual o el tabaquismo (20) En nuestra población, el antecedente de infecciones genitales representó el 12% de los casos, mientras que el tabaquismo sólo el 18%. No obstante, llama la atención la presencia de otros factores de riesgo más evidentes como por ejemplo el uso del DIU (2)(3), encontrado en un 29% en nuestra población

Los riesgos que el embarazo ectópico hace pasar a las mujeres hacen que su diagnóstico sea esencial. De otra forma, este acontecimiento es a menudo vivido de un modo traumático por las pacientes (20) Es por ello que nos interesó saber que aún, dentro del cuadro clínico del embarazo ectópico permanece presente la tríada clásica; dolor abdominal (100%), hemorragia vaginal (65%) y amenorrea (59%), en nuestro estudio

Los avances tecnológicos actuales permiten el diagnóstico sistemático del embarazo ectópico antes de que aparezcan los síntomas clínicos (2) Sin embargo, la limitante técnica del hospital no permite detectar en forma más oportuna su presencia. Se comenta que el embarazo ectópico generalmente pasa por tres etapas evolutivas (tubario en un 95%), tubario no roto, aborto tubario y ectópico roto (17) Ello constituye una preocupación para nuestra población ya que como vemos en el presente estudio el 87% de los casos tuvieron como hallazgos transoperatorio embarazo ectópico roto (33 pacientes) aunque si bien, la mayor parte de ellas (21 casos) tuvo una pérdida hemática cuantificada entre 50 y 250cc

considerando que en el 51% de los casos se trataron de embarazos ubicados entre las 8 y 9 semanas

Puede hacerse la observación de que el sitio anatómico mayormente afectado en nuestra población lo constituye la tuba uterina en un 92% de los casos, cifra cercana a lo que otros estudios y la literatura, así lo reportan (2)(3)(12)

Por lo anteriormente comentado considero que el presente estudio permite dar cuenta de que el embarazo ectópico, si bien es una entidad poco frecuente y presente como causa de ingreso hospitalario no deja de ser una entidad nosológica que tiene impacto bio-psico-social y suma importancia para el trabajador de la salud

CONCLUSIONES

- 1 La incidencia de embarazo ectópico en el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda ISSSTE ha sido baja de enero de 1998 a mayo del 2001, representando para el año 2000 la 13ª causa de ingreso hospitalario con una incidencia de 0.49%
- 2 La población femenil afectada por ésta entidad nosológica comprende edades de entre los 20 y 45 años, con una mayor frecuencia de aparición entre los 26 y 35 años representando el 69% del total de la población estudiada
- 3 Los factores de riesgo encontrados en ésta población afectada por embarazo ectópico fueron antecedente de cirugía pélvica o abdominal previa (47%), uso de DIU (29%), tabaquismo (18%), múltiples parejas sexuales (18%), antecedente de embarazo ectópico previo (12%), infecciones genitales (12%) y salpingoclasia previa (6%)
- 4 El 51% de los embarazos ectópicos de ésta población estudiada se detectó entre las 8 y 9 semanas de gestación
- 5 Las pacientes portadoras de embarazo ectópico a su ingreso a la unidad tocoquirúrgica manifestaron dolor abdominal (100%), amenorrea (85%), hemorragia vaginal (65%), mareo y síncope (24%), expulsión de tejido (12%) y a la exploración física presentaron hipersensibilidad anexial (65%), hipersensibilidad abdominal (59%), tumoración anexial (29%), crecimiento uterino (35%) y cambios ortostáticos (6%)
- 6 De las 38 pacientes incluidas en el estudio, solamente a 30 se les efectuó estudio ecsonográfico abdominal, de las cuales en sólo el 73% de los casos se reportó la existencia de embarazo ectópico
- 7 Las pacientes con embarazo ectópico, una vez sometidas a laparotomía abdominal exploradora se concluyó que los sitios de implantación ectópica fueron ampullar izquierdo (42.1%), ampullar derecho (42.1%), ovárico derecho (7.9%) e ístmico derecho (7.9%) Cabe mencionar que de éstas pacientes el 87% se encontraba en estadio clínico roto y el hemoperitoneo hayado, fluctuó entre 50 y 1000cc

BIBLIOGRAFIA

- (1) LURIE Samuel et al The veracious etiology of ectopic pregnancy Acta Obstet Gynecol Scand 1998 : 77 : 120
- (2) CARSON, Sandre et al Clínicas Obstétricas y Ginecológicas McGraw-Hill Interamericana 1999 Vol 1. 3.
- (3) MERLO-GONZALEZ Obstetricia Salvat 1994 330
- (4) PELLICER, Antonio et al Embarazo ectópico Cuadernos de Medicina Reproductiva Panamericana 1996 Vol 2
- (5) CARR, Robert et al Ectopic pregnancy Primary Care Vol 1 No 1 March 2000.170
- (6) RUSELL JB The etiology of ectopic pregnancy Clin Obstet Gynecol 1987;30:181-190
- (7) ANKUM WM, et al Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis Fertil Steril 1996;65:1093-1099
- (8) MOL BW, et al Screening for ectopic pregnancy in symptom-free women with increased risk Obstet Gynecol 1997;89:704-707
- (9) WESTROM L et al Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility Am J Obstet Gynecol 1975;121:707
- (10) PISARSKA MD, et al Ectopic pregnancy Lancet 1998;351:1115-1120

- (11) McCAUSLAND A, et al Endosalpingosis following laparoscopic tubal coagulation as an etiologic factor of ectopic pregnancy Am J Obstet Gynecol 1982;143:17
- (12) PERNOLL Martin et al Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos Manual moderno 1997 391
- (13) SKEJELDESTAD FE, et al Epidemiology of repeat ectopic pregnancy: A population-based prospective cohort Obstet Gynecol 1998;91:129-135.
- (14) Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society of Reproductive Medicine Assisted reproductive technology in the United States and Canada:1995 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Technology registry Fertil Steril 1998;69:389-398
- (15) ROCK, John et al Ginecología quirúrgica Te Linde Panamericana 8va edición 1998 519-545
- (16) TIERNEY, Lawrence M Et al Diagnóstico clínico y tratamiento Manual moderno 13va edición 1996 690-691
- (17) LLACA R, Victoriano et al Obstetricia clínica McGraw-Hill Interamericana 1ª edición 2000 117-128
- (18) DEXEUS, Santiago et al Patología obstétrica Salvat 1987 Vol 2 61-70

(19) ZOUVES C, et al Tubal ectopic pregnancy alter in vitro fertilization and embryo transfer: a role for proximal occlusion or salpingectomy alter failed distal tubal surgery? Fertil Steril 1991; 56: 691-695

(20) AHUED A, R et al Ginecología y Obstetricia aplicadas 1a edición JGH Editores 2000 23-30

(21) FERNANDEZ H,et al Controlled ovarian hyperstimulation as a risk factor for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1991; 78: 656-659

FOTIOS (tomadas por el Dr Alberto Gómez Hernández Residente de Ginecología en el Hospital General Dr Gonzalo Castañeda Escobar ISSSTE)