



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
47

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

FACTORES PREDISONENTES PARA EMBARAZO
ECTOPICO, EXPERIENCIA EN HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO UNIDAD 112.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. NORMA CARLOTA GAMBOA ROSAS

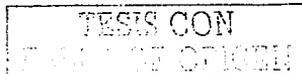
DIRECTOR DE TESIS:

DR. FAUSTO CORONEL CRUZ



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2003



A



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).

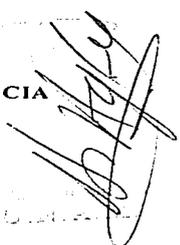
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.

SECRETARIA DE SALUD

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

UNIDAD 112



DR. GUILLERMO OROPEZA RECHY
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. FAUSTO CORONEL CRUZ
JEFE DE INVESTIGACION DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
COORDINADOR DEL AREA DE PERINATOLOGIA
TUTOR DE TESIS



DR. ARTURO ORTIZ PAVON
JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

B

REGISTRACION
SECRETARIA DE SALUD

***FACTORES
PREDISPONENTES PARA
EMBARAZO ECTOPICO,
EXPERIENCIA EN
HOSPITAL GENERAL DE
MEXICO UNIDAD 112.***

TESIS CON
FALSA DEL ORIGEN

c

AGRADECIMIENTO.

Al Dr. Guillermo Oropeza por su apoyo durante mi formación como residente, sus enseñanzas en el área quirúrgica y por la confianza brindada como jefe de guardia.

Al Dr. Fausto Coronel por su tiempo dedicado a mi enseñanza y su apoyo para la realización de esta tesis.

Al Dr. Julián Zainos por ser uno de los primeros maestros que nos brindan su apoyo, enseñanza y amistad.

Al Dr. Antonio Guerrero por brindarme parte de su experiencia en el área quirúrgica y su amistad.

A los Drs. Ortiz, Leal, Contreras, Alejo, Muñoz, Villa, Mendivil y Medina quienes en su momento compartieron conmigo sus conocimientos.

A las Dras. Rocío Guerrero, Martha León y Leticia De Anda por su confianza, apoyo y amistad en el turno vespertino.

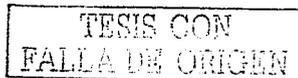
A los Drs. Leonardo Cardoso, Eduardo Goyri y Rafael Reyna porque aparte de brindarme su amistad tuvieron gran participación en mi formación como especialista, como mis jefes inmediatos ayudándome en mis primeros pasos.

A los Drs. Verónica Galvez y Serafín Romero por su compañerismo, comprensión, apoyo y amistad.

A los médicos anestesiólogos con los que compartí momentos quirúrgicos, en especial al Dr. Herrera, Dra. Valencia y a la Dra. Uribe por su apoyo en todo momento.

A la Dra. Magda Ramírez y Dr. Hugo Pelaez por su apoyo durante todo este tiempo en el área de Imagenología.

A las señoritas enfermeras de todos los turnos por su compañerismo, cooperación, comprensión y en algunos casos amistad.



A mis compañeros de guardia Gonzalo, Oscar, Martha, Abigail, Alberto y Rosalba por su comprensión y apoyo brindado como jefe de guardia, en especial a Carlos por su amistad y apoyo para la realización de este trabajo.

Al personal del archivo por su cooperación para el acceso a la información de los expedientes para la realización de este trabajo.

A mis padres Magdalena y Guillermo, y mi hermana Lilia por su apoyo incondicional y el amor brindado toda la vida a mi persona.

A mi mejor amigo Jorge Otañez por su confianza, y apoyo en todo momento.

En especial a todas las pacientes por la confianza depositada en mi persona, y permitirme aprender cada día mas de este arte que es la Medicina.

Por ultimo a la Institución que ha sido mi escuela desde pregrado, y me brindo la oportunidad de ser especialista.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO.

RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION	6
HIPOTESIS Y OBJETIVOS	6
DISEÑO Y DURACION	7
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	9
DISCUSION	11
CONCLUSIONES	13
GRAFICAS	15
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	22
BIBLIOGRAFIA	23

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

F

RESUMEN.

El embarazo ectópico ocupa un lugar privilegiado en la literatura medica, ya que no solo afecta la fertilidad de las pacientes, sino que es potencialmente letal a pesar a pesar de los avances de las técnicas bioquímicas y radiológicas.(1)

Conocer los factores de riesgo presenta 3 ventajas, ya que permite una prevención primaria del embarazo ectópico mediante la eliminación de estos factores, una prevención secundaria al realizar el diagnostico precoz en poblaciones de riesgo, y por ultimo, tratar de evitar una recidiva.(1,12)

En nuestra Institución existe una alta incidencia de casos de embarazo ectópico, por lo que se considera importante determinar los factores predisponentes en nuestra población. Por ello surge la inquietud de realizar una revisión de los casos existentes en nuestro servicio, para valorar la frecuencia con la que se presenta cada uno de ellos.

Este es un estudio retrospectivo y descriptivo el cual da a conocer la casuística existente en nuestro servicio en un periodo que va de enero de 1998 a diciembre del 2002, partiendo de la información proporcionada por el departamento de Estadística complementada con la revisión de expedientes de pacientes atendidas por esta entidad. También se analizara el numero de embarazos en este periodo de 5 años, así como la vía de resolución.

Esta entidad se puede presentar en los extremos de la vida, según nuestros resultados se encuentra en pacientes entre 15 y 45 años de edad, presentando un pico máximo en la tercera década de la vida. En lo referente a la clase social predominante de nuestra población encontramos que es la baja la que se presenta con mayor frecuencia.

Con este estudio se puede concluir que los factores predisponentes encontrados con mayor frecuencia en nuestra población son el uso de métodos de planificación familiar, y de estos el uso de DIU y la OTB.

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES.

El embarazo ectópico se define como la implantación de un embarazo fuera del útero, es considerado también como la implantación del huevo fertilizado fuera de la capa endometrial del útero.(8)

El embarazo ectópico ocupa un lugar privilegiado en la literatura médica. A pesar de los avances de las técnicas bioquímicas y radiológicas, más de la mitad de los artículos se consagran al diagnóstico de esta afección.(1.12)

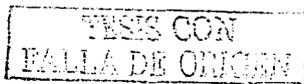
Esta patología no solo afecta la fertilidad de las pacientes sino que es potencialmente letal. En Estados Unidos es responsable del 9% de las muertes maternas.(11.18)

El promedio estimado de embarazos ectópicos en la población general según el Instituto Dexeus es de uno por cada 125 a 300 niños nacidos vivos. En este instituto, cuyas pacientes pertenecen en su mayoría a una clase media y media-alta, la incidencia de embarazo ectópico osciló entre 1/216 y 1/85 en un período de 10 años.(6)

En los Estados Unidos más de 1 de cada 100 embarazos es ectópico. El riesgo de muerte a partir de un embarazo ectópico es 10 veces mayor que el del parto vaginal y 50 veces mayor que el del aborto inducido. El embarazo ectópico sigue siendo la segunda causa de mortalidad materna en los Estados Unidos, y es la causa principal de mortalidad materna en el primer trimestre. (8)

La incidencia del embarazo ectópico se multiplica por cuatro entre 1970 y 1989. Es difícil evaluar la incidencia de esta patología en algunos países. La tasa de embarazo ectópico depende de la definición y del determinador utilizado. Parece que el mejor denominador es el número total de embarazos.(1.19)

La mortalidad por embarazo ectópico se estima en 0.12% de los casos, lo que corresponde a 1 muerte por cada 800. En términos generales, alrededor de 50% de las pacientes que habían tenido un embarazo ectópico, concibieron posteriormente. Parece incidir de manera favorable el hecho de tener menos de 30 años, no ser primigesta o ser gran múltipara y no tener antecedentes inflamatorios pélvicos. La posibilidad



de repetición de un embarazo ectópico se estima en 20%.(1.9,14,15,18)

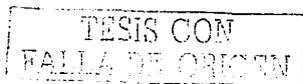
Un factor de riesgo epidemiológico no es sinónimo de factor etiológico, pero numerosos trabajos científicos demuestran que varios factores de riesgo de embarazo ectópico son también factores etiológicos. La edad, gravidez, raza, clase socioeconómica baja, prevalencia de enfermedades venéreas, creciente empleo de dispositivos intrauterinos y mayor demanda de esterilizaciones tubarias son factores que influyen notablemente en el incremento de embarazos ectópicos. La incidencia de embarazos ectópicos en mujeres que no son blancas es más alta en cada grupo etario que en las mujeres blancas y esta disparidad aumenta con la edad.(1.10,16)

El 60% de los factores de riesgo del embarazo ectópico se conocen y algunos son previsible, como las enfermedades de transmisión sexual y sus secuelas tubáricas y el tabaquismo. A continuación se mencionará brevemente algunos de los más conocidos así como su forma de afección.(1)

- *Dispositivo intrauterino (DIU).* El uso del DIU no aumenta la incidencia de embarazos ectópicos, tiene un 90% de efectividad para prevenir embarazos ectópicos y 95% de efectividad en la prevención de embarazos tubarios. Cuando una mujer se embaraza con DIU, aumenta la incidencia relativa de embarazos tubarios; en estos casos la posibilidad es de 1 por cada 23 embarazos.(1.2,13,17)
- *Cirugías previas.* Cirugías reconstructivas por esterilidad, técnicas microquirúrgicas y tratamientos conservadores de embarazos ectópicos provocan estenosis intraluminal. La tasa de embarazo ectópico después de falla a esterilización tubaria varía entre el 15 y el 75%, según el tipo de técnica utilizada, siendo la esterilización con coagulación monopolar la que da la cifra más alta de embarazos ectópicos posteriores.(1.2,6)
- *Adherencias peritubáricas.* Pueden ser secundarias a infecciones abdominales, procesos endometriósicos, intervenciones (en especial apendicectomías) previas, producen deformaciones e incluso interrupciones de la luz tubárica que puede detener la progresión del óvulo. Asimismo, la motilidad tubaria se altera modificando la progresión del óvulo.(1.2,6,8)
- *Anomalías del desarrollo de la salpínx.* La presencia de divertículos, aberturas accesorias y la hipoplasia aumentan la

incidencia.(1.16)

- *Enfermedad inflamatoria pélvica e infección por Chlamydia trachomatis.* La causa más frecuente de embarazo tubario es la salpingitis, aunque la evidencia histológica de la misma sólo se encuentra en el 40% de los embarazos ectópicos. Entre los factores se encuentran la alta prevalencia de enfermedades transmitidas sexualmente, para lo cual se recomienda la utilización de nuevos antibióticos que logran permeabilidad tubaria, pero con daño intramural residual. El riesgo de localización ectópica de la gestación es aún mayor después de la salpingitis tuberculosa hasta del 35%. Estudios de biología molecular de ARN para C. trachomatis han demostrado su presencia en 7 de cada 10 casos de embarazo ectópico.
- *Factores uterinos.* La presencia de tumoraciones uterinas, especialmente las que comprometan la región cornual uterina (fibromiomas); asimismo, la adenomiosis de la región tubouterina. El antecedente de cirugías uterinas como metroplastías, metrectomías, cirugía correctora de posición, etc., pueden dar lugar a una estenosis del orificio tubario que impida la total migración del óvulo fecundado.(1.2,12)
- *Abortos inducidos.* Se ha reportado que los abortos provocados aumentan 10 veces la incidencia probablemente secundaria a infecciones no detectadas secundarias al procedimiento.
- *Procreación asistida.* La infertilidad es un factor de riesgo, pero la administración de algunos fármacos como el citrato de clomifeno que altera el transporte tubario puede ser la causa de algunos casos aislados, así como el uso de gonadotropina coriónica humana.
- *Factores que retardan el paso del óvulo fecundado por el oviducto.* Dentro de estos podemos señalar la emigración externa del óvulo, reflujo menstrual, motilidad tubaria alterada por medicamentos hormonales como estrógenos o progestinas; y algunas condiciones dadas por alteraciones hormonales y endometriosis.
- *Tabaquismo activo y pasivo.* Provoca por una parte, un retraso del transporte de embriones y, por otra una disminución de la actividad contráctil de las trompas; la acción del humo posee un doble mecanismo de acción: sobre las células ciliadas y sobre las células musculares lisas.
- *Anomalías del huevo.* Esta hipótesis menciona que la edad materna prolongada aumenta el riesgo, independientemente de que existe un



tiempo de exposición más prolongado a los factores de riesgo, lo que provocaría una alteración cromosómica del producto, lo anterior hasta la fecha no se ha demostrado.(1,12,16,18)

- *Factores neurógenos.* Aunque resulta difícil documentar, existe una posibilidad de que el sistema nervioso regulador de la actividad muscular tubaria pueda alterarse por trastornos de tipo emocional y psicológico, dando lugar a una alteración de la migración tubárica del huevo. Podría incluirse también en este grupo a aquellas mujeres que tienen espasmos tubarios en las pruebas de permeabilidad tubaria.(1)

Gracias a un diagnóstico más temprano y confiable, las manifestaciones clínicas iniciales de una mujer con este trastorno han cambiado durante años recientes. Pocas pacientes presentan abdomen agudo e hipovolemia por rotura y hemorragia aguda del sitio de implantación del ectópico. El diagnóstico más rápido y la intervención más temprana han llevado a un decremento notable en la mortalidad por embarazo ectópico.(11,13)

Todavía se observa a menudo la presentación clásica de una enferma con hemorragia vaginal, dolor en la parte baja del abdomen en un solo lado y una masa hipersensible anexial ipsilateral. Los síntomas que nos deben orientar a pensar en esta patología son dolor abdominal, amenorrea, hemorragia vaginal, mareo, síncope, urgencia para defecar, síntomas gestacionales, y expulsión de tejido.(1,2,6,8,11,17,18,19)

TESIS CON
FALLA DE CONTROL

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION.

Conocer los factores de riesgo presenta tres ventajas porque permite: una prevención primaria de embarazo ectópico mediante la eliminación de estos factores; una prevención secundaria al realizar el diagnóstico precoz de embarazo ectópico en poblaciones de riesgo y, por último, tratar de evitar una recidiva.(1)

El conocimiento de estos factores genera un triple impacto preventivo. La prevención primaria del embarazo ectópico se basa, por un lado, en la prevención de infecciones genitales y tratamiento rápido y eficaz de las mismas y, por otro en las campañas antitabaco. La prevención secundaria debe permitir el diagnóstico precoz de las pacientes de riesgo, esto en base a sus antecedentes ginecoobstétricos; y por último agregar la precisión de la localización del embarazo por el ginecólogo desde el inicio en pacientes de riesgo.(1,5)

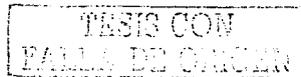
En nuestra Institución existe una alta incidencia de casos de embarazo ectópico, por lo que se considera importante determinar los factores predisponentes en nuestra población. Por ello surge la inquietud de realizar una revisión de los casos existentes en nuestro servicio, para valorar la frecuencia con la que se presentan cada uno de ellos.

HIPOTESIS.

El uso de método de planificación familiar definitivo (OTB) y mecánico (DIU) son los factores predisponentes más frecuentes para la presencia de embarazo ectópico en las pacientes de la Unidad 112 del Hospital General de México.

OBJETIVO GENERAL.

Dar a conocer los factores predisponentes para embarazo ectópico en las pacientes de la Unidad 112 del Hospital General de México, así como su frecuencia.



OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Demostrar que el uso de método contraceptivo definitivo OTB y temporales mecánicos como el DIU son los factores predisponentes más frecuentes en la incidencia del embarazo ectópico en nuestra población.
- ❖ Dar a conocer la frecuencia del embarazo ectópico en la Unidad 112 del Hospital General de México, así como el grupo etario en que se presenta con mayor incidencia.
- ❖ Evidenciar los factores etiológicos del embarazo ectópico así como la sintomatología y formas de presentación.
- ❖ Determinar la edad más común de presentación.
- ❖ Determinar la paridad.
- ❖ Determinar la relación con cervicovaginitis.
- ❖ Determinar la relación con cirugías previas.

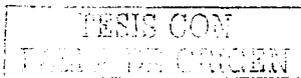
DISEÑO Y DURACION.

El presente es un estudio retrospectivo y descriptivo para dar a conocer la casuística existente en nuestro servicio en un periodo que va de enero de 1998 a diciembre del 2002, partiendo de información proporcionada por el departamento de estadística complementada con la revisión de expedientes de pacientes atendidas por esta entidad.

Se analizará el número de embarazos en este periodo resueltos en nuestro servicio, así como la vía de resolución.

MATERIAL Y METODOS.

Se incluye a todas las pacientes captadas con diagnóstico de embarazo ectópico que en este período fueron un total de 327, en el cual el único criterio de inclusión es que hayan sido corroborados los diagnósticos y resueltos en nuestro servicio, sin tomar algún criterio de exclusión. Esta información será obtenida del departamento de estadística de la unidad 112 del Hospital General de México y completada con una revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de las pacientes captadas.



Las variantes que se pretenden analizar en este estudio son en relación a la los factores predisponentes del embarazo ectópico en relación con las pacientes captadas por nuestro servicio, las cuales se obtendrán de los expedientes realizando una revisión minuciosa de los mismos.

- Edad
- Paridad (gestas, paras, abortos incluyendo ectópicos, cesáreas)
- Métodos de planificación utilizados en el momento de presentación del caso clínico
- Tabaquismo
- Antecedente de cirugías abdominopelvicas
- Antecedente de embarazo ectópico
- Conocer si el embarazo ectópico fue roto o no
- Tratamiento utilizado para el embarazo ectópico (cirugía o conservador)
- Antecedente de infertilidad (recibió tratamiento o no)
- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria
- Antecedente de cervicovaginitis
- Numero de parejas sexuales
- Nivel socioeconómico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

Durante el periodo comprendido entre 1998 y 2002 se atendieron un total de 45187 pacientes embarazadas (fig. 1), de las cuales 27072 (59.48%) se resolvieron por parto eutócico, por aplicación de fórceps 928 pacientes (2.03%), vía cesárea 10771 (23.66%), por LUI 6416 pacientes con aborto (14.09%), y por embarazo ectópico 327 (0.71%).

Según el reporte del Departamento de estadística se presentaron en este periodo 327 casos de embarazo ectópico, de los cuales solamente se pudo tener acceso a 150 expedientes ya que los otros 177 no se encontraron en el archivo (por depuración); de los expedientes revisados se descartaron 15 casos por tratarse de laparotomía blanca, considerando solamente 135 casos para la realización de este estudio tomándolo como el 100% de población.

Se realizó un análisis de la población en base a la frecuencia de presentación de esta entidad separando por grupos etáreos tomando como edad más joven de presentación 15 años y como edad más avanzada 45 años (fig. 2). En el grupo de 15 a 20 años hubo 19 pacientes (14.1%), en el de 21 a 25 años 30 (22.2%), en el de 26 a 30 años 48 (35.5%), en el de 31 a 35 fueron 26 pacientes (19.2%), en el grupo de 36 a 40 años 8 (5.9%), y en el de 41 a 45 años 4 (2.9%).

En lo que se refiere a la paridad (fig. 3), encontramos la presencia de pacientes de una sola gesta con una frecuencia de 23 (17.03%), con dos 43 pacientes (31.8%), con tres gestas 34 (25.1%), con cuatro 20 pacientes (14.8%), con cinco gestas 12 (8.8%), con seis 1 paciente (0.7%), y por ultimo con 7 gestas 2 (1.4%).

En cuanto a la utilización de métodos contraceptivos se encontró que 80 pacientes (59.2%) no utilizaban ningún método, y 55 (40.7%) si utilizaban alguno. De las pacientes que usaban algún método se tomo 55 como el 100% para analizar la frecuencia de utilización de estos en relación con la presencia de embarazo ectópico. Se encontraron 35 usuarias de DIU (63.6%), 6 pacientes con antecedente de OTB (10.9%), 8 usuarias de hormonal inyectable (14.5%) y 2 de oral (3.6%), una paciente que utilizaba coito interrumpido (1.8%), 2 usuarias de preservativo (3.6%), una paciente (1.8%) usuaria de óvulos espermicidas (fig. 4).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuarenta y cinco pacientes (33.3%) tenían antecedente de cirugía abdomino-pélvica (incluyendo OTB), mientras que 90 mujeres (66.6%) nunca habían sido intervenidas quirúrgicamente. Se observó la presencia de 2 casos con embarazo ectópico previo (1.4%), mientras que 133 (98.5%) lo presentaban por primera vez. Se encontró que 31 pacientes (22.9%) tenían antecedente de tabaquismo y 104 (77.03%) que no habían estado en contacto con el tabaco. Con antecedente de infertilidad 3 pacientes (2.2%), de las cuales solamente una recibió tratamiento quirúrgico en el que se realizó recanalización tubaría por antecedente de OTB, y 132 casos negativos (97.7%). Dos pacientes con antecedente de EPI (1.4%) y 133 (98.5%) sin EPI. Con antecedente de cervicovaginitis 9 mujeres (6.6%), y 126 (93.3%) que no la presentaron (fig. 5).

De los casos revisados 92 pacientes (68.1%) solo habían tenido actividad sexual con una pareja, con 2 parejas 26 (19.2%), con 3 compañeros 12 (8.8%), con 4 personas 2 (1.4%), con 5 parejas 1 (0.7%), con 6 personas 1 (0.7%), con 7 compañeros 1 (0.7%). (Fig. 6)

En lo que se refiere al nivel socioeconómico (fig. 7), se encontró una frecuencia de 69 personas en la clase baja (51.1%), en la media 65 casos (48.1%), y en la alta 1 (0.7%).

En cuanto a la edad gestacional en la que se reportaron los casos, lo encontramos de la siguiente forma: entre 5 y 10 SDG 89 pacientes (65.9%), entre 11 y 15 SDG 5 casos (3.7%), de 16 a 20 SDG 1 paciente (0.7%), y en 40 casos (29.6%) se ignoraba tiempo de amenorrea (fig. 8).

Del total de pacientes 5 (3.7%) presentaron embarazo ectópico no roto (todos del lado izquierdo), y los 130 (96.2%) restantes se encontraban rotos (fig. 9). De los 130 embarazos ectópicos rotos encontramos 72 del lado derecho (55.3%), 56 lado izquierdo (43.07%), 1 caso bilateral (0.7%), y un ístmico (0.7%).

Se buscó la forma de resolución de todos los casos encontrando la siguiente frecuencia: en 109 casos (80.7%) se realizó salpingectomía, salpingooforectomía en 23 pacientes (17.04%), histerectomía total abdominal un caso (0.7%), y en una paciente (0.7%) cauterización en la fimbria (fig. 10).

DISCUSION.

De acuerdo con la información recabada del departamento de estadística en un período de 5 años, se encuentra que en relación con el número total de embarazadas atendidas en la Unidad 112 del Hospital General de México que fueron 45187, solo 327 (0.71%) fueron ingresadas por embarazo ectópico, lo cual en relación con las otras formas de resolución es una incidencia muy baja.

En lo que respecta a la edad de presentación de esta entidad encontramos que existe una mayor incidencia en el grupo de 26 a 30 años de edad con un 35.5%, a pesar de que existen casos reportados en mujeres desde los 15 años hasta los 45 años de edad.

Se observo que la paridad en estas pacientes varia desde la primigravidez (con frecuencia de 17.03%), hasta las grandes multiparas con 7 gestas (con 1.4% de frecuencia), predominando las pacientes secundigravidas con 31.8% de frecuencia.

En los factores predisponentes revisados en cada caso, se pudo observar que en realidad la incidencia de presentación es baja, estamos hablando de menos del 35% en todos los casos, exceptuando el uso de MPF ya que es uno de nuestros principales objetivos en este estudio, por lo que se le da un lugar especial.

Dentro de la incidencia de los factores predisponentes para embarazo ectópico pudimos observar que el que se presenta con mayor frecuencia es el uso de MPF con 40.7% (y de estos el uso de DIU con 63.6%), seguido por el antecedente de cirugías abdominopelvicas con 33.3%, tabaquismo con 22.9%, antecedente de cervicovaginitis 6.6%, antecedente de infertilidad con 2.2%, antecedente de embarazo ectópico con 1.4% y, antecedente de EPI con 1.4%. Se investigo también acerca del número de parejas sexuales y el medio socioeconómico de las pacientes, a pesar de que no están reportados como tales como factores de riesgo, pero son de importancia para orientarnos hacia la posibilidad de la presencia de enfermedades de transmisión sexual o antecedente de EPI, ya que es bien sabido que la promiscuidad y la deficiencia de cultura y hábitos higiénicos deficientes (que son más comunes en la clase baja) predisponen a la presencia de las mismas.

En lo que se refiere al tiempo de amenorrea en el momento de presentación podemos mencionar que es un dato muy subjetivo, ya que la mayoría de las veces la amenorrea de las pacientes es tipo II (no confiable) y en ocasiones no existe como tal.

Como datos complementarios, solamente mencionar que la mayor incidencia de embarazo ectópico roto fue del lado derecho (55.3%) aunque se presentó un caso de ectópico bilateral (0.7%) y uno de istmico (0.7%). Además de señalar, que en ninguno de los casos de dio manejo conservador (medico), todos se resolvieron vía laparotomía realizando en un 80.7% salpingectomía, aunque en un caso hubo necesidad de realizar HTA por localización ístmica, y en otros por dificultad técnica salpingooférectomía (17.04%).

CONCLUSIONES.

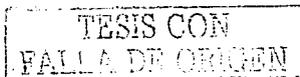
A pesar de que la casuística de embarazo ectópico no es muy alta en nuestro servicio (0.71%) se considera una entidad de importancia por la alta morbimortalidad que presenta, además de que sería interesante conocer el número de casos que se presentan y resuelven en otros servicios como es el caso de cirugía general, lo que tal vez, aumentaría la frecuencia de esta entidad.

Es importante mencionar que el embarazo ectópico se puede presentar en pacientes en los extremos de la vida tal como lo arrojan los resultados, desde pacientes de 15 años hasta en mujeres de 45 años, encontrando una mayor incidencia en las mujeres de la tercera década de la vida.

En lo que respecta a los factores predisponentes para esta entidad, no se logro demostrar que la presencia de ellos pueda ser determinante para la aparición de esta patología, ya que se encontraron presentes en menos del 35% de los casos, lo cual no es estadísticamente significativo. A pesar de que la literatura reporta que el 60% son conocidos y algunos previsibles, en esta revisión no se pudo observar como tal; sin embargo esto lo podemos atribuir a varios factores, tales como una historia clínica mal elaborada, la falta de veracidad en la información brindada por las pacientes, y la omisión de información al momento del interrogatorio.

Se pudo observar que la existencia de antecedente de cervicovaginitis y de EPI fue demasiado baja para lo esperado, ya que tomando en consideración que la mayor parte de nuestra población es de un nivel socioeconómico bajo, es difícil creer que cuenten con la cultura y los hábitos higiénicos adecuados para la prevención de estas enfermedades. Sin embargo los resultados nos muestran que la mayoría de las pacientes cuentan con antecedente de vida sexual con una sola pareja, lo que nos hace pensar que existe menor riesgo para la transmisión de infecciones.

Con relación a lo anterior, es importante concientizar a nuestra población acerca de la detección y tratamiento oportunos de enfermedades de transmisión sexual, ya que de alguna manera nos llevaría a disminuir la frecuencia de EPI y con ello la aparición de embarazos ectópicos.

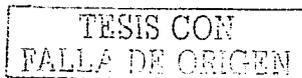


En este estudio no se pudo demostrar gran relevancia respecto a la paridad, ya que la mayoría de las pacientes resultaron ser primigravidas, aunque también se encontró la presencia de ectópicos en grandes multiparas.

Respecto a las semanas de amenorrea en los casos revisados de embarazo ectópico, se observó que afortunadamente la mayoría de las veces da manifestaciones clínicas a edad temprana, aproximadamente entre la semana 5 y 10 (en un 65.9%), aunque en un porcentaje nada despreciable (29.6%) se desconoce el tiempo de amenorrea o incluso no existe tal.

De acuerdo con los resultados obtenidos y a pesar de no contar con la revisión del total de casos reportados, pudimos demostrar que de los factores predisponentes encontrados con mayor frecuencia en nuestra población es el uso de MPF, y de este el uso de DIU y la OTB. A pesar de que un alto porcentaje de la población estudiada no cuenta con antecedente de uso de método de planificación familiar, la parte que sí utiliza tiene una mayor incidencia de presentación en mujeres que utilizan DIU (63.6%) y en las que se ha realizado OTB (10.9%).

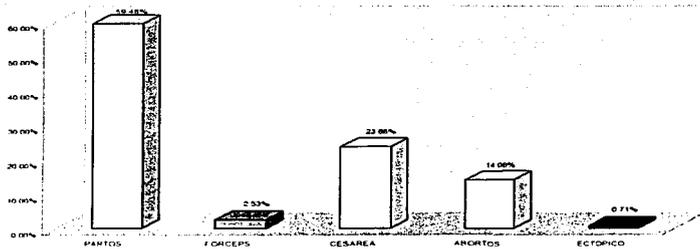
Sin embargo, no hay que dejar de mencionar que es de gran importancia realizar un buen interrogatorio a las pacientes, para lograr realizar un diagnóstico más certero y oportuno, y de alguna manera, contribuir a la disminución de la mortalidad por esta patología.



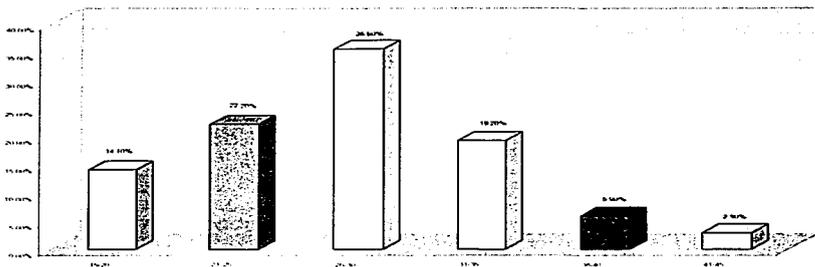
GRAFICAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PORCENTAJE DE EVENTOS OBSTETRICOS (Fig.1)

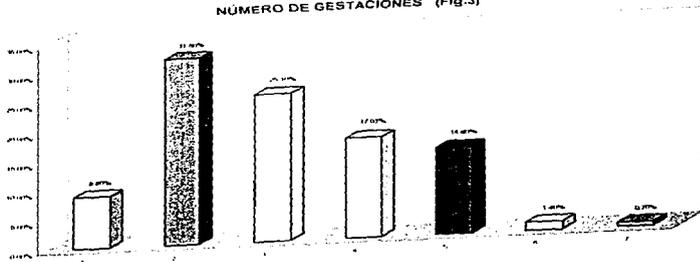


GRUPOS ETAREOS (Fig. 2)

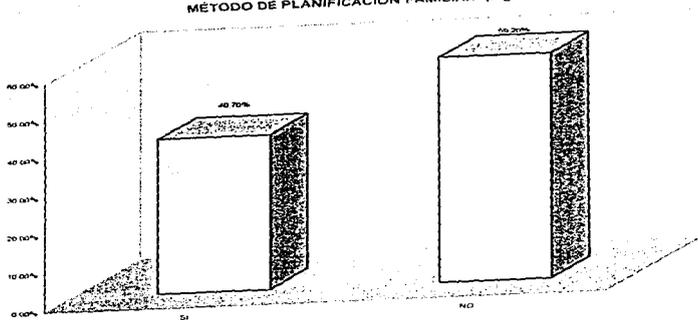


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NÚMERO DE GESTACIONES (Fig.3)

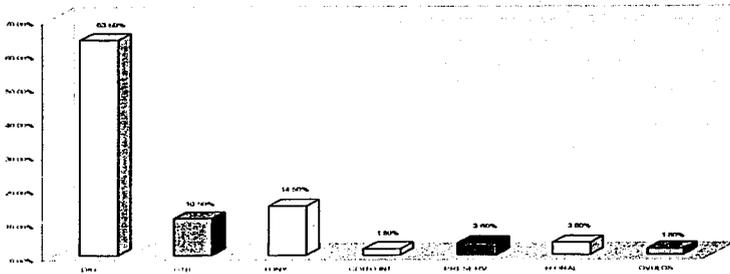


MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Fig.4)

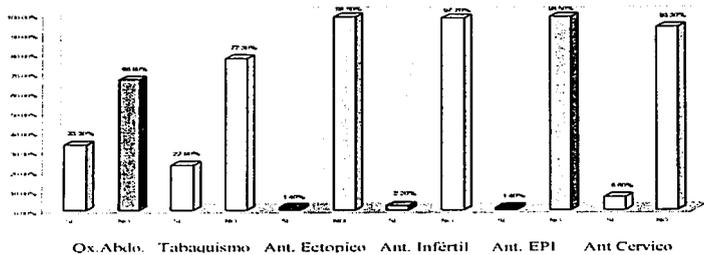


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Fig.4bis)

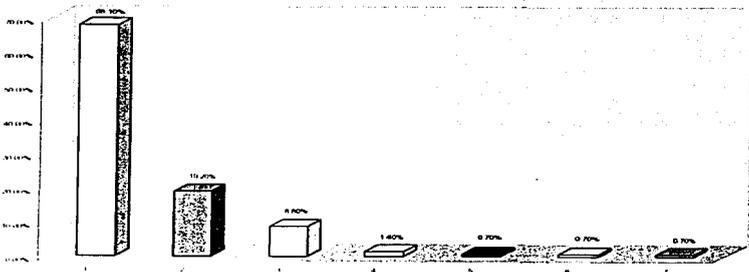


FACTORES DE RIESGO (Fig.5)

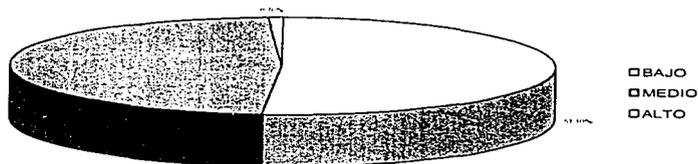


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

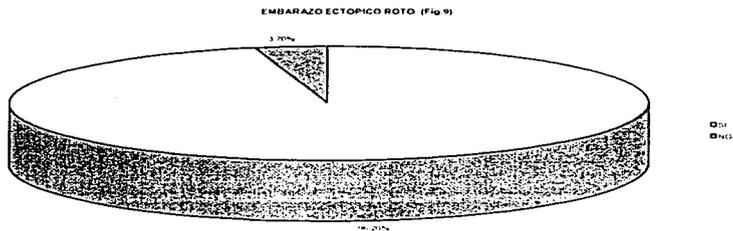
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (Fig.6)



NIVEL SOCIOECONÓMICO (Fig.7)

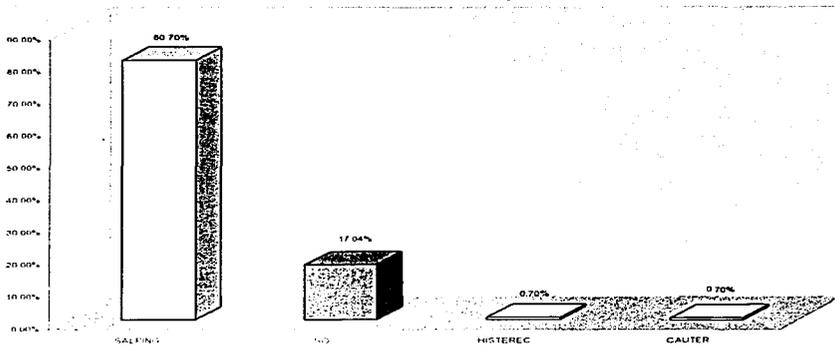


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



ANÁLISIS CON
LEMBAR... MICRO

TRATAMIENTOS UTILIZADOS (Fig.10)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

EXPEDIENTE:

EDAD:

GESTAS:

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR:

TABAQUISMO:

ANT. CIRUGIA ABDOMINOPELVICA:

ANT. EMBARAZO ECTOPICO:

ANT. DE INFERTILIDAD:

ANT. ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA:

ANT. CERVICOVAGINITIS:

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:

NIVEL SOCIOECONOMICO:

EMBARAZO ECTOPICO ROTO Y LADO:

SEMANAS DE AMENORREA:

TRATAMIENTO USADO:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA.

1. Enciclopedia médico-quirúrgica francesa: E - 5 - 032 - A - 30.
2. Ginecología y obstetricia aplicadas. Ahued. JGH editores. 1998. Pp 23 -30.
3. Epidemiol Infect 1997 Aug; 119(1): p 49-52.
4. Am J epidemiol 1997 Feb 1: 145(3): p278-89.
5. Fertil Steril 2000 Nov; 74(5): p 881-6.
6. Patología obstétrica Vol. II. Santiago Dexeus. Salvat editores, 1987. Pp 61 -70.
7. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 938 - 44.
8. Williams obstetricia 20° Ed. Edit. Panamericana. Pp 569 - 593.
9. Fam Med 1996 Feb; 28(2): p 111 - 3.
10. Ginec Obstet Mex 1996; 64: 123 - 26.
11. Clínicas Obstetricas y ginecológicas. Embarazo ectópico. Edit. McGraw-Hill Interamericana. Vol. 1/1999.
12. Epidemiol Rev 1987; 9: 70 -94.
13. Hum Reprod 1994;9: 742 -5.
14. Obstet Gynecol 1997;90:46-9.
15. Fertil Steril 2000 Nov; 74(5): p 899-908.
16. J Womens Health 1998 May; 7(4): p 459-63.
17. Te Linde Ginecología Quirúrgica. Jonh A. Rock MD y cols. Edit. Medica Panamericana. 1998. Pp 519- 546.
18. Schuartz. Obstetricia 4ª Ed. Edit. Ateneo, España 1996. Pp 145-52.
19. Tratado de Ginecología y Obstetricia. David N. Danfort. 4ª Ed. Edit. Interamericana Me Graw Hill. México 1998. Pp 364 - 76.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN