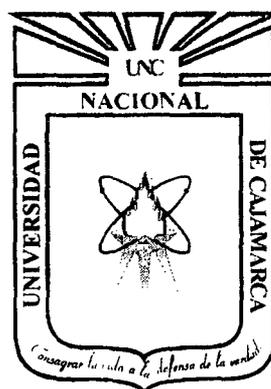


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



“PERFIL OBSTÉTRICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-QUIRÚRGICAS Y MÉTODOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO UTILIZADOS EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011-2012” .

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

POR:

Evelyn Judith Pajares Urteaga

Bachiller en Medicina

ASESOR: MC Luis Alberto Pinillos Vilca

Cajamarca, Perú

2013

Dedico este trabajo a:

Jehová, por ser mi pastor y guía; porque entiendo que la labor del médico es la de dar todo de sí, sin esperar recibir nada a cambio, al Ser más perfecto y amado de su creación: El hombre.

Mi amada hija Evelyn Romina, por ser el faro siempre encendido que a cada momento me recuerda que todo mi esfuerzo es válido, por haberse convertido simplemente: en mi razón de todo.

Mi querida madre y hermanos, por su apoyo incondicional e infinito, por orientarme a tomar las decisiones correctas y enseñarme que la vida no es una carrera de velocidad sino de resistencia.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis a:

El Hospital Regional de Cajamarca, por la atención prestada para la ejecución del proyecto, con especial consideración para al personal del Área de Estadística y Archivo.

La Universidad Nacional de Cajamarca, mi *Alma Mater Studiorum* y a la Facultad de Medicina Humana, por la oportunidad de formarme como profesional médico

Con cariño a todos ellos: Mi sincera y eterna gratitud.

“Lo que los ojos no ven y la mente no conoce, no existe”

(LAWRENCE D ,1928)

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil obstétrico, las características clínico - quirúrgicas y los métodos diagnósticos utilizados en pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Cajamarca, años 2011- 2012.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, que incluyó la totalidad de casos de embarazo ectópico (EE) sometidos a laparotomía exploratoria o tratamiento laparoscópico de Enero del 2011 a Diciembre del 2012.

Resultados: La muestra de estudio fue de 76 pacientes. Edad promedio: 27 +/- 6.1. El 59% del total ingresó al nosocomio con diagnóstico único de embarazo ectópico. Sólo 1 (1.32%) tenía antecedente de consumo tabaco. El tiempo de amenorrea promedio fue de 7.3 +/- 2.3 semanas. Sólo en 4% de las pacientes se encontró antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria. 59 % no utilizaba métodos anticonceptivos. Se encontró antecedente de aborto y embarazo ectópico previo en 18 y 3% de las pacientes respectivamente. El EE fue más frecuente en nulíparas (41%) y 37% eran primigestas. 55 % tenía historia de inicio precoz de relaciones sexuales y 62% tenían una sola pareja. El síntoma clínico más frecuente fue el dolor abdómino – pélvico (98.68%), seguido por sangrado vaginal anormal (69.64%) y retraso menstrual (64.67). La hipersensibilidad abdominal fue el hallazgo físico más frecuente (97.74%) y sólo se palpó masa anexial en el 15.79% del total. La ecografía fue el método diagnóstico más usado (95%) y en su mayoría en conjunto con β hCG

cualitativa (35.53%). Hallazgos ecográficos predominantes fueron: Líquido libre y masa anexial con 84 y 74% respectivamente. La laparotomía fue la intervención quirúrgica practicada con más frecuencia (95%). El 100% de las gestaciones tuvieron localización tubaria, con predominio del lado derecho (57%). Se realizó salpingectomía en 82% y salpingostomía en 8% del total.

Conclusiones: El perfil obstétrico muestra paciente primigestas nulíparas con sexarquia precoz. La caracterización clínica es la presencia de dolor abdominal + retraso menstrual y sangrado vaginal anormal con hipersensibilidad abdómino – pélvica al examen físico. Métodos diagnósticos usados fueron ecografía, dosaje de β hCG, culdocentesis, punción abdominal y dosaje de progesterona. Los hallazgos ecográficos fueron: líquido libre, masa anexial, endometrio engrosado y actividad cardíaca en gestación ectópica. La conducta quirúrgica adoptada fue la salpingectomía unilateral, siendo la ubicación tubaria derecha la predominante.

Palabras Clave: Embarazo Ectópico, Características, Métodos Diagnósticos, Quirúrgico.

ABSTRACT

Objective: To determine the profile obstetric, characteristics clinical - surgical and diagnostic methods used in patients with ectopic pregnancy in the Cajamarca Regional Hospital, 2011 - 2012.

Methods: A descriptive, retrospective, cross-sectional, which included all cases of ectopic pregnancy (EP) underwent exploratory laparotomy or laparoscopic January 2011 to December 2012.

Results: The study sample was 76 patients. Average age: $27 + / - 6.1$. The 59% entered the hospital with a diagnosis of ectopic pregnancy only. Only 1 (1.32%) had a history of snuff consumption. The average time of amenorrhea was $7.3 + / - 2.3$ weeks. Only 4% of patients found a history of pelvic inflammatory disease. 59% did not use contraception. Found history of abortion and ectopic pregnancy prior to 18 and 3% of patients, respectively. The U.S. was more frequent in nulliparous (41%) and 37% were nulliparous. 55% had a history of early onset of sexual intercourse and 62% had one partner. The most common clinical symptom was pain abdominal - pelvic (98.68%), followed by vaginal bleeding (69.64%) and delayed menstrual (64.67). The abdominal tenderness was the most common physical finding (97.74%) and only adnexal mass was palpated in the 15.79% of the total. The ultrasound diagnostic method was used (95%) and mostly qualitative together with β hCG

(35.53%). Predominant sonographic findings were: Free fluid and adnexal mass with 84 and 74% respectively. Laparotomy was the surgery performed most frequently (95%). 100% of the pregnancies were tubal location, predominantly on the right side (57%). Salpingectomy was performed in 82% and salpingostomy in 8% of total.

Conclusions: The profile obstetric shows primigravid nulliparous patients with early sexuality. Clinical features are the presence of abdominal pain and menstrual delay + abnormal vaginal bleeding hipersensibilidad abdominal - pelvic physical examination. Diagnostic methods used were ultrasound, dosage de β hCG, culdocentesis, abdominal puncture and serum progesterone. Ultrasound findings jurisdiction: free fluid, adnexal mass, thickened endometrium and ectopic pregnancy cardiac activity. The surgical treatment was adopted unilateral salpingectomy, being the location right tubal predominant.

Keywords: Ectopic Pregnancy, characteristics, diagnostic methods, Surgical.

ÍNDICE:

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
• Definición y delimitación del problema	3
• Formulación del problema	5
• Justificación	5
• Objetivos	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
• Antecedentes del Problema	8
• Bases Teóricas	12
• Definición de términos básicos	57
CAPÍTULO III: LA HIPOTESIS	
• Hipótesis	60
• Operacionalización de Variables	60
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
• Técnicas de muestreo: población y muestra	67
• Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	69

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	71
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	94
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS:	
ANEXO 1: FICHA DE ECOLECCION DE DATOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 0. Definición y Operacionalización de Variables	60
Tabla 1. Incidencia de Embarazo Ectópico - Hospital Regional Cajamarca, 2011 – 2012. Distribución por años	71
Tabla 2. Distribución por frecuencia según demanda mensual de atención por Embarazo Ectópico - Hospital Regional Cajamarca, 2011 – 2012	72
Tabla 3: Embarazo Ectópico - Hospital Regional Cajamarca, 2011 -2012. Distribución por frecuencias según año y Conducta Terapéutica	74
Tabla 4. Embarazo Ectópico con manejo quirúrgico - Hospital Regional Cajamarca, 2011 -2012. Edad de presentación	75
Tabla 5. Embarazo ectópico con manejo quirúrgico-HRC, 2011-2012. Distribución por frecuencias según Diagnóstico de Ingreso	76
Tabla 6. Embarazo ectópico. Distribución por frecuencias según Hábito de Fumar	77
Tabla 7. Tiempo de Amenorrea al momento del diagnóstico de embarazo ectópico en pacientes con manejo quirúrgico. HRC, 2011 – 2012	78
Tabla 8. Embarazo ectópico con manejo quirúrgico - Hospital Regional Cajamarca, 2011 - 2012. Características Gineco – obstétricas	79
Tabla 9. Embarazo ectópico manejado quirúrgicamente en el HRC, 2011 – 2012. Características clínicas: distribución por frecuencia según síntomas (Anamnesis)	82

Tabla 10. Embarazo ectópico manejado quirúrgicamente. HRC, 2011 – 2012. Distribución por frecuencias según características clínicas: hallazgos en la exploración física	84
Tabla 11. Embarazo ectópico- HRC, 2011 -2012. Signos Vitales de pacientes a su ingreso	85
Tabla 12. Embarazo ectópico con manejo quirúrgico - HRC, 2011 - 2012. Métodos de apoyo al diagnóstico. Distribución por frecuencias	86
Tabla 13. Embarazo Ectópico con manejo quirúrgico - HRC, 2011 - 2012. Distribución por Frecuencia según Uso de Método de Apoyo al Diagnóstico	87
Tabla 14. Embarazo Ectópico manejado quirúrgicamente - HRC, 2010 - 2011. Hallazgos Ecográficos	88
Tabla 15. Hematocrito preoperatorio en pacientes con Embarazo Ectópico y manejo quirúrgico en el Hospital Regional Cajamarca, 2011 -2012	89
Tabla 16. Embarazo ectópico - Hospital Regional Cajamarca, 2011 -2012. Características quirúrgicas: generalidades	90
Tabla 17. Distribución por frecuencia según hallazgo Intraoperatorio, HRC, 2011-2012: Localización del Embarazo Ectópico, Hemoperitoneo	91
Tabla 18. Embarazo ectópico en el Hospital Regional Cajamarca, 2011- 2012. Conducta quirúrgica: Distribución por frecuencia	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por frecuencia según Demanda mensual de atención por Embarazo Ectópico. Hospital Regional Cajamarca, 2011 - 2012	73
Gráfico 2. Embarazo Ectópico - HRC, 2011- 2012. Distribución por Grupo Etario	75
Gráfico 3. Embarazo ectópico con manejo quirúrgico. Hospital Regional Cajamarca. 2011 – 2012. Distribución relativa según Hábito de Fumar	77
Gráfico 4. Embarazo Ectópico. Distribución relativa según Paridad y Gravidéz. HRC. 2011 – 2012	81
Gráfico 5. Embarazo Ectópico. Presentación clínica. HRC. 2011 – 2012	83
Gráfico 6. Embarazo ectópico. Distribución relativa según Hallazgos Físicos. HRC. 2011 – 2012	84
Gráfico 7. Embarazo Ectópico. Distribución relativa según Método Diagnóstico	86
Gráfico 8. Embarazo Ectópico. Distribución relativa según sitio de Localización Tubaria	92
Gráfico 9. Embarazo Ectópico. Distribución relativa. Hemoperitoneo	92

INTRODUCCIÓN

Embarazo ectópico (EE) es el término utilizado para nombrar a aquel que ocurre cuando la implantación del blastocisto se da en un lugar distinto al del endometrio de la cavidad uterina. Este tipo de gestación, documentada por primera vez por Albucasis en el año 963 AC, en que se asociaba con la muerte de casi la totalidad de las pacientes que lo padecían; constituye aún, en la actualidad, un problema de Salud Pública, ya que se asocia a un 5% de las muertes maternas en los países desarrollados e incrementa en 10 el riesgo de muerte materna por hemorragia del primer trimestre. En el Perú, como país en vías de desarrollo, el EE representa; aunque quizá no la principal, sí una causa de morbilidad materna a considerar. Se ha estimado una incidencia actual de alrededor del 2% del total de gestaciones reconocidas.

La implantación ectópica puede ocurrir en distintos lugares; siendo el tubario ampular el sitio de implantación más común (98% de casos). La presentación clínica clásica del EE es la presencia de dolor pélvico, asociado a sangrado vaginal anormal, y a un retraso en la fecha del periodo menstrual normal esperado. Los factores de riesgo descritos hasta hoy, han sido relacionados a condiciones que evitan o retardan el normal desarrollo e implantación del blastocito, mencionándose: la patología y cirugía tubaria, historia de EE anterior, falla de método anticonceptivo, infección por *Chlamidia Trachomatis* o *Neisseria Gonorrhoeae* y, entre otros: sexarquia precoz, parejas sexuales múltiples, tabaquismo, uso de progestágenos y en la actualidad el uso de técnicas de

Reproducción Asistida (TRA), ésta última en relación a la gestación ectópica múltiple y heterotópica; sin embargo, en 50% de las pacientes no se encuentran factores de riesgo. La ultrasonografía transvaginal, se ha convertido en un método de gran ayuda diagnóstica para el embarazo ectópico y ha permitido hacer un reconocimiento precoz de esta patología. Esto, sumado a determinaciones séricas de β hCG han hecho posible el tratamiento médico en pacientes con EE no complicado e incluso han permitido adoptar una conducta expectante en mujeres estrictamente seleccionadas. La laparotomía exploratoria, antes considerada estándar de oro en el manejo quirúrgico del EE, esta siendo reemplazada por la laparoscopia en gran parte de los centros de atención.

Así pues; mientras en la práctica médica se busca un diagnóstico certero y una intervención adecuada, estudios de corte descriptivo sirven para situacionar el perfil de la mujer con Embarazo Ectópico, a fin de contribuir, en torno a la precisión del diagnóstico a la adopción de un protocolo para el manejo idóneo de ello.

CAPITULO I.

EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA:

Se denomina embarazo ectópico al que ocurre cuando la implantación del blastocisto se da en cualquier sitio distinto al del endometrio de la cavidad uterina ⁽¹⁾. Alrededor del 95 al 98% de los embarazos ectópicos ocurren la trompa de Falopio, siendo el ampular el segmento de implantación más común ⁽¹⁾⁽²⁾.

La incidencia global del Embarazo Ectópico se ha incrementado desde mediados del siglo veinte, alcanzando a principio de los años noventa una cifra aproximada de 20 por cada 1000 embarazos en Estados Unidos ⁽¹⁾⁽²⁾ ⁽³⁾. Después de 1990 no se tiene información confiable acerca del número real de embarazos ectópicos debido al tratamiento médico ambulatorio cada vez más frecuente ⁽¹⁾⁽³⁾. Se considera que, en la actualidad, los embarazos ectópicos constituirían un aproximado del 2% del total de gestaciones reconocidas ⁽³⁾. Este incremento en la incidencia, aunque variable, ha sido también notable en diferentes países y ha sido asociado a un aumento en la incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾. El embarazo ectópico provoca cerca del 5% de las muertes maternas en los países desarrollados ⁽¹⁾. Habiendo constituido para algunos, incluso, la principal causa de muerte materna ⁽⁴⁾. La mortalidad materna en un

embarazo ectópico es 50 veces mayor que aquella que termina en el primer trimestre, y 10 veces mayor que aquella que finaliza en el tercer trimestre del embarazo ⁽³⁾.

Son factores de riesgo asociados: Antecedente de Embarazo ectópico, cirugía correctiva de trompas, ligadura de trompas, uso de dispositivo intrauterino, patología tubaria demostrada, infecundidad, tecnología de reproducción asistida, enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, aborto previo, cesárea previa y múltiples parejas sexuales ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

La triada clínica clásica del embarazo ectópico la constituyen dolor, ginecorragia y amenorrea; presentándose el primero hasta en el 95 % de casos ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾. Sin embargo, a menudo los signos de embarazo ectópico son sutiles y, en algunos casos, pueden no estar presentes ⁽¹⁾.

Diversos test son considerados de ayuda diagnóstica: niveles séricos de β hCG, progesterona, culdocentesis, ultrasonografía transvaginal, laparoscopia y legrado uterino ⁽¹⁾⁽⁵⁾.

Son tres las conductas descritas para el manejo del embarazo ectópico: manejo expectante, tratamiento médico y manejo quirúrgico, cada una con sus indicaciones específicas, las que dependerán de la situación de la paciente a su ingreso y evolución ⁽¹⁾.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Cuál es el perfil obstétrico, las características clínico – quirúrgicas y los métodos de apoyo al diagnóstico utilizados en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Cajamarca en los años 2011 - 2012?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Hablar de embarazo ectópico, es referirse a una de las principales causas de muerte materna en el mundo; la que será mayor o menor según el lugar del que se trate. Sin embargo; un denominador común, es que sigue siendo la primera causa de muerte por hemorragia de la primera mitad del embarazo. Los factores de riesgo, formas de presentación clínica, complicaciones asociadas, métodos de ayuda diagnóstica y las opciones de tratamiento han sido ampliamente estudiados. Sin embargo; la forma y magnitud en que se expresan los 3 primeros mencionados y la conducta que se sigue, es diferente en cada país o lugar que se trate y varía con el tiempo; puesto que, depende mucho de la naturaleza de la mujer y del contexto en que se desarrolla. Por lo antedicho, resulta esencial conocer primero; como es que esta patología se presenta en sus diferentes aspectos: desde cuál es el perfil obstétrico de las pacientes con esta morbilidad (en cuanto a características que en estudio serán referidas a aspectos como:

edad materna, número de gestación a la que corresponde el embarazo ectópico actual, paridad; antecedente de gestación ectópica anterior, aborto y/o legrado, edad de inicio de la primera relación sexual, número de parejas, uso de métodos anticonceptivos y antecedente de Enfermedad Inflamatoria Pélvica) ; la forma de presentación clínica, las características quirúrgicas (incluyendo en ello el valor de hematocrito preoperatorio) y los métodos de apoyo al diagnóstico que se utilizan en el Hospital Regional Cajamarca en los últimos años, que para el presente estudio, serán los años 2011 – 2012 , de modo que ello sirva después, no sólo como un archivo de datos informativos; sino que permita a quienes corresponda, enmarcar según los resultados, la mejor forma de afrontar el problema desde el momento en que la paciente ingresa al hospital. Y, para los interesados en el tema, ampliar la investigación a un estudio a largo plazo que permitiere evaluar, por ejemplo, la reproductividad posterior de estas pacientes dentro del contexto terapéutico - quirúrgico en que fueron tratadas.

1.4. OBJETIVOS:

General:

Determinar el perfil obstétrico, las características clínico – quirúrgicas y los métodos de apoyo al diagnóstico utilizados en pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Regional Cajamarca en los años 2011- 2012.

Específicos:

- Describir el perfil Obstétrico de las pacientes con Embarazo Ectópico tratado quirúrgicamente en el Hospital Regional de Cajamarca en los años 2011 – 2012.
- Caracterizar la presentación clínica del embarazo ectópico tratado quirúrgicamente en el Hospital Regional de Cajamarca entre el 2011 - 2012.
- Determinar la conducta quirúrgica adoptada en pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Cajamarca en el periodo 2011 – 2012; así como los hallazgos intraoperatorios observados y el valor de Hematocrito previo a la intervención.
- Identificar los métodos de apoyo al diagnóstico y los hallazgos ecográficos en pacientes con tratamiento quirúrgico de Embarazo Ectópico, años 2011-2012.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

De la Cruz G. (Perú) (2001). "Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno perinatal Enero - Diciembre 2001", encontró una incidencia de Embarazo Ectópico de 3.3 por cada 1000 gestaciones, con una media de edad de 27 años, siendo multíparas 34.2% de las pacientes, 94.3% con antecedente de enfermedad pélvica Inflamatoria, 20% de embarazo ectópico previo, 17.1% de aborto y legrado uterino y 12.9% de cirugía abdominopélvica anterior. El 20% de las pacientes eran usuarias de Dispositivo intrauterino. Un 15.7% de los casos cursó con shock hipovolémico. En cuanto a localización, 97.1% tuvo localización tubárica, de ellos, 85.1% eran ampulares; siendo el lado más afectado el izquierdo. La cirugía más frecuente realizada fue la salpingectomía unilateral⁽⁶⁾.

Romero K, Herrera C, Rojas N. (Perú) (2002). "Embarazo Ectópico. Estudio en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray", encontraron una frecuencia de Embarazo Ectópico de 1 por cada 133 partos. 33.3% de las pacientes tenían una edad comprendida entre 33 y 45 años. Factores de riesgo: enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad quirúrgica y legrado uterino. El método diagnóstico más usado fue el ultrasonido

(66.7%). La localización predominante fue la tubárica (90.2%). Las principales complicaciones fueron la anemia (68.6%) y el shock hipovolémico (13.7%) ⁽⁷⁾.

Bouyer J, Coste J, Shojaei T y cols. (France) (2002). En su estudio: "Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France"; encontraron como principales factores de riesgo: antecedente de infección (Riesgo atribuible 0.33) con un OR: 3.4 para antecedente de Infección Pélvica Inflamatoria y, tabaquismo (OR: 3.9); otros factores fueron: edad, aborto espontáneo previo, historia de infertilidad y uso de dispositivo intrauterino ⁽⁸⁾.

Luglio J, Díaz L, Cáceres E. (Perú) (2005): "Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002"; encontraron una frecuencia de Embarazo Ectópico de 0,55%. 89.17% con una edad comprendida entre 25-39 años. La edad gestacional al momento del diagnóstico estuvo comprendida entre 6 – 8 semanas en 48.77% de los casos. La cirugía abdomino-pélvica fue el antecedente más frecuente (50,24%). El método de ayuda diagnóstica más usado (99,01%) fue la ecografía. 97.04% fueron embarazos tubáricos: 47.72% ampulares, 29.4% ístmicos, 7.11% intersticiales, 4.06% fímbricos y, en 11.67% de los casos no se precisó su localización. Se registraron 6

(2.96%) embarazos extratubáricos: 3 (1.48%) a nivel ovárico; 2 (0.99%) a nivel cervical y 1 (0.49%) caso abdominal⁽⁹⁾.

Cabrera I, Perales I, Romero G. (Chile) (2008). "Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital base de los Angeles", encontraron un promedio de edad materna en pacientes con Embarazo Ectópico de 30.6 años. Del total, 78.6% eran multíparas y 90% no usaban ningún método anticonceptivo. Dentro de los antecedentes relacionados encontraron: 18.5% tabaquismo, 14.3 % antecedente de cirugía previa; 12.9% abortos previos, 14.3% embarazo ectópico anterior y sólo 5.7% tenían antecedentes de proceso inflamatorio pélvico. El manejo fue quirúrgico en 95,7%. El 78.6% presentó alguna complicación asociada, siendo la más frecuente el hematosalpinx⁽¹⁰⁾.

Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. (México) (2009). Factores de riesgo del embarazo ectópico", encontró que la frecuencia de embarazo ectópico era de 0.19%, con una edad media de 28 años. El factor de riesgo más común fue la salpingitis, 38.8% ($p > 0.09$). La localización más común fue la tubaria con 35 casos (64.8%). El tratamiento fue quirúrgico en el 100% de las pacientes. No se registraron complicaciones ni mortalidad⁽¹¹⁾.

Yglesias E. (Perú) (2011). "Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008 - 2010", encontró: una prevalencia de Embarazo Ectópico de 11.9 por cada 1000 embarazos. De todas la pacientes 13.8% eran casadas, 72.8% desempleadas y 23.9% presentaron estudios secundarios incompletos. El 20.7% y el 13.5% presentaron antecedente de consumo de alcohol y tabaco respectivamente. 54.5% tenían antecedente de aborto, 37.4% antecedente de cirugía abdómino -pelviana, 11.9% antecedente de EE previo. 55.3% no utilizaban método anticonceptivo, 4.1% utilizaba Dispositivo Intrauterino. Los signos clínicos más frecuentes fueron: dolor abdominal (99.5%) y sangrado vaginal (60%). El procedimiento más frecuente: salpingectomía unilateral. Se encontró predominio de lado derecho. El 94.8% de los casos fueron de ubicación tubárica, siendo el más frecuente el ampular (74.6%)⁽¹²⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS: ⁽¹³⁾

Albucasis, médico cirujano de la Comunidad islámica; fue quien documentó el primer caso de Embarazo ectópico 963 años antes de Cristo. Más adelante, Polinus y Cordaeus describieron un Litopedión que se mantuvo in vivo por aproximadamente 28 años. En 1563, Horstius encuentra restos fetales en el abdomen de una mujer de 16 años después de su tercer embarazo. Por otra parte; en 1594, Primerose documentó el primer embarazo ectópico gemelar abdominal. En 1693, la autopsia a una prostituta reveló un embarazo extrauterino viable no roto. En 1700, el cirujano holandés Abraham Cipriano encontró un feto a término muerto, en el abdomen de una mujer viva ⁽¹³⁾. El primer embarazo heterotópico se encontró en una autopsia en 1708.

El escocés Robert Lawson Tait, influyó en el desarrollo de la ginecología como especialidad quirúrgica. En 1873, este autonostrado ginecólogo, realizó una laparotomía para extraer un embarazo abdominal, aunque el feto ya estaba muerto; él fomentó el concepto de dejar la placenta in situ para minimizar la pérdida sanguínea. En 1883, operó una mujer por una ruptura tubárica y ella sobrevivió. Esta operación exitosa provocó cambios revolucionarios en la terapia de una enfermedad que hasta entonces, se había asociado, con virtualmente una mortalidad materno

fetal del 100%. Desde el reconocimiento del Embarazo ectópico, una serie de estrategias de tratamiento han sido probadas: exanguineos intencionales a la madre, administración de descarga eléctrica en el saco gestacional, destrucción utilizando bisturí, inyección de narcóticos en el quiste fetal y eliminación del embrión a través de la vagina; muchas de las cuales probaron ser más perjudiciales que el embarazo ectópico per sé⁽¹³⁾.

En 1940, con la instauración del Banco de sangre y la accesibilidad a hemoderivados; la hemorragia consecuente del embarazo ectópico se volvió menos letal. Por los años 60, aparece el test de embarazo en orina; en 1996, se desarrollaron los test séricos de detección de β hCG. En 1970, con el uso de la ultrasonografía se pudo identificar de forma temprana el sitio de implantación; la que mejoró con el advenimiento de la ecografía transvaginal, que permitía la identificación de un saco gestacional de 3 mm o menos, y, además, tenía mejor utilidad para detectar líquido libre, que el ecógrafo abdominal⁽¹³⁾.

A finales de 1970, empezó a utilizarse la laparoscopia como primera línea terapéutica en pacientes con embarazo ectópico no complicado. En 1980 se introdujo la terapia con metrotexate⁽¹³⁾. Finalmente, en la actualidad existe el manejo expectante para embarazos de localización desconocida con β hCG <1000 mU/ml y una ecografía transvaginal que no demuestre un embarazo intrauterino⁽¹³⁾.

2.2.2. INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA:

La incidencia de embarazo ectópico en mujeres que acuden por emergencia con dolor abdominal, hemorragia del primer trimestre o ambos oscila entre el 6 al 16%⁽²⁾⁽³⁾. La incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado en Estados Unidos desde mediados del siglo 20 hasta alcanzar una meseta a principios de los años 90. Los reportes de la incidencia de Embarazo ectópico muestran un incremento de un total de 17800 casos en 1970 hasta un total de 108 800 casos en 1992 (19.7/1000 embarazos)⁽³⁾. Así mismo, se ha reportado un incremento de ésta patología por esa misma década en otros países; así pues, se ha descrito que: la incidencia de embarazo ectópico en Chile hacia la década 90, se elevó de 1 por 333 partos a 1 por 88 partos; en Suecia en 1 por cada 66 nacimientos; Finlandia, 1:47 nacimientos; y Cuba, 1: 25 nacimientos. En el Reino Unido se informó una tasa de 8,3 por cada 1000 embarazos y en los Países Bajos de 10,2 por 1000 nacidos vivos⁽⁴⁾. Un aumento en la incidencia, probablemente refleje un incremento real de esta patología; o, una mejora en el diagnóstico precoz, que no era posible en el pasado⁽³⁾. Resulta difícil estimar un incidencia actual real del Embarazo ectópico a partir de los datos disponibles debido al tratamiento médico ambulatorio cada vez más frecuente⁽¹⁾. Sin embargo, se menciona, que en Estados Unidos, representa alrededor del 2% del total de gestaciones reconocidas. Un estudio hacia el año 2010 reflejó un porcentaje anual de 0.64% en mujeres de 15 a 44 años (3).

Un incremento en el índice de embarazo ectópico en Estados Unidos y muchos países de Europa se explica en parte por la prevalencia cada vez mayor de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en especial por *chlamydia trachomatis*⁽¹⁾. Otros factores son: identificación oportuna de algunos embarazos ectópicos que de otra forma se reabsorberían de forma espontánea, popularidad de los anticonceptivos, técnicas de esterilización tubárica, tecnología de reproducción asistida, cirugía tubárica (incluida salpingotomía para un embarazo tubario y la tuboplastia para la fecundidad) ⁽¹⁾.

Se ha descrito que el embarazo ectópico presenta una variación temporal, siendo más frecuente su presentación entre los meses de Junio a Diciembre ⁽²⁾. Sin embargo no se han encontrado explicaciones claras para esta variación ⁽³⁾. Algunos autores postulan que la temporalidad del embarazo ectópico depende del fotoperiodo y temperatura y varía con diferentes latitudes; por consiguiente, a merced del lugar de la investigación, el embarazo ectópico puede mostrar variaciones estacionales diferentes ⁽²⁾.

El embarazo ectópico provoca el 5% de las muertes maternas en los países desarrollados ⁽¹⁾. En los Estados Unidos entre 1980 y 2007, 876 muertes fueron atribuidas a embarazo ectópico. La mortalidad materna debida a un embarazo ectópico disminuyó hasta un 57 % entre los períodos de 1980 - 1984 y 2003 -2007; lo que en términos de mortalidad

materna significa un decremento de 1.15 a 0.50 muertes por cada 100,000 nacidos vivos⁽³⁾. En Cuba del 2000 al 2003, la razón de muerte materna por esta afección, fue de 40 por 100 000 nacidos vivos, y, en los últimos 7 años, han ocurrido 44 muertes maternas (MM) por embarazo ectópico de un total de 291 muertes maternas directas⁽⁴⁾.

Las causas más frecuentes de muerte por Embarazo ectópico en los Estados Unidos son hemorragia, infección, y complicaciones anestésicas, que representan también las principales causas de muerte en cualquier gestación⁽³⁾.

El Embarazo Ectópico (EE) puede ser enmascarado por otras patologías; así, se describe que en un estudio en Estados Unidos se encontró que hasta la mitad de las muertes por EE fueron atribuidas inicialmente a otras causas: embarazos intrauterinos, abortos espontáneos, complicaciones de aborto inducido, desórdenes gatrointestinales y psiquiátricos y 70% de estas muertes ocurrieron sin intervención quirúrgica con 5% de ellas causadas por demora en la intervención a pesar de un diagnóstico correcto.

2.2.3. EPIDEMIOLOGIA:

Ya se ha mencionado anteriormente que aproximadamente un 95% de los embarazos ectópicos ocurren en las trompas de Falopio, de éstos, la mayor parte son ampulares (70%); las restantes ocurren en la fimbria (11%), el istmo (12%), y entre 2 a 3% son embarazos intersticial y cornual. Entre los embarazos ectópicos no tubáricos, se encuentran: el embarazo ectópico abdominal (1/5000), ovárico (1/7000), cervical (1/2000), en la cicatriz de una cesárea anterior (1/2000)⁽²⁾ y en el ligamento ancho⁽¹⁾. Casos raros descritos son: en pacientes histerectomizadas⁽³⁾, embarazo heterotópico (1/30000), embarazos con una gestación intrauterina y embarazo ectópico bilateral⁽²⁾, embarazos tubarios multifetales en la misma salpinge o uno en cada trompa, e incluso se ha descrito un caso de 3 embriones implantados en una salpinge después de fertilización in vitro⁽¹⁾. Así mismo se han publicado casos de embarazos esplénicos, hepáticos, retroperitoneal e incluso diafragmático, la mayoría de los cuales corresponderían a variaciones del embarazo abdominal⁽¹⁾

2.2.4. FACTORES DE RIESGO ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾:

Se considera que aunque la etiología del embarazo ectópico es multifactorial, hasta en un 50% de ellos tienen causas no identificables ⁽³⁾. Los factores de riesgo se asocian a aquellas condiciones que retrasan o impiden en recorrido tubárico del embrión y su implantación intrauterina.

Los factores de riesgo para el embarazo ectópico se pueden dividir en los que confieren alto, moderado, o bajo riesgo. Sin embargo, las características que colocan a la mujer en riesgo de embarazo ectópico no son completamente independientes unas de otras ⁽²⁾.

Factores de alto riesgo:

Embarazo ectópico anterior - Las mujeres que han tenido un tratamiento conservador del embarazo ectópico anterior, tienen un alto riesgo de recurrencia, encontrándose datos que describen desde el 15% ⁽²⁾ al 25% de recurrencias (RR: 3-13) ⁽¹⁾. Este riesgo está relacionado tanto con la patología tubárica subyacente que condujo al embarazo ectópico inicial y al subsecuente, como con la elección del tratamiento en el ectópico anterior ⁽²⁾⁽¹³⁾.

Patología y cirugía tubárica - La principal causa de embarazo ectópico es la alteración de la anatomía normal de las trompas de falopio por

distintos factores, entre los que destacan: la infección (presente hasta en 90% de los embarazos ectópicos y 6 veces más común en la trompa que contiene el embarazo ectópico que en la contralateral), las debidas a cirugía, las malformaciones congénitas, endometriosis o tumores (principalmente tumores ubicados en la cornua).

Cirugía correctiva de trompas- El riesgo relativo de padecer un embarazo ectópico tras una cirugía correctiva de trompas es del 4%, y depende, de la condición de las trompas de Falopio, el tipo de cirugía y la experiencia del cirujano. Sin embargo; se describe que, la cirugía tubárica en sí misma no constituiría la principal causa de embarazo ectópico, sino que éste, estaría asociado al daño tubárico subyacente resultado de una infección anterior o de un embarazo ectópico previo.

Esterilización - La tasa de fracasos en el primer año después de un bloqueo tubario oscila entre rangos de 0.1 a 0.8 % ⁽³⁾. De éstos, la tercera parte corresponde a embarazos ectópicos⁽²⁾. La técnica más asociada a ello es la electrocoagulación bipolar⁽²⁾.

Dispositivo intrauterino (DIU). La tasa de embarazo ectópico en las mujeres que utilizan un DIU es una décima parte de la tasa en las mujeres que no usan ningún tipo de anticonceptivo⁽³⁾. Sin embargo, aquellas usuarias de DIU tienen un mayor riesgo de Embarazo

ectópico si el embarazo ocurre, que aquellas no usuarias de métodos anticonceptivos. Aunque la incidencia de embarazo ectópico en usuarias de DIU es de hasta el 4%⁽¹⁾⁽²⁾, esta se incrementa a 1 por cada 2 embarazos, para el DIU de levonorgestrel⁽³⁾.

Factores de riesgo moderado:

Infección por *Chlamidia Trachomatics* o *Neisseria Gonorrhoeae*. Incrementan en 4 el riesgo de embarazo ectópico comparado con aquellas sin infección y se incrementa con cada nuevo episodio: OR: 2.1 y 4.1 después de 2 y 3 episodios respectivamente ⁽³⁾, a causa del daño de la función ciliar, obstrucción tubaria y adherencias consecuentes. Algunos datos sugieren que la infección por *Chlamydia* conduciría a la producción de una proteína especial, la PROKR2, con propiedades quimiotácticas, que facilitarían la implantación en la trompa comprometida ⁽³⁾.

Múltiples parejas sexuales: Un número de parejas sexuales que exceden de uno, está asociado con un riesgo moderado de embarazo ectópico (RR: 1.6-3.5)⁽¹⁾. Esto se ha relacionado con el aumento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, especialmente en menores de 25 años ^{(2) (3)}.

Tabaquismo - Fumar cigarrillos durante el período periconcepcional aumenta el riesgo de embarazo ectópico en relación directa con la dosis (RR: 1.7- 4%)⁽¹⁾; por lo que puede ser un factor de riesgo bajo o moderado dependiendo de los hábitos de la paciente. Esto puede deberse, tanto a alteraciones de la inmunidad de la paciente, que la predisponen a padecer una enfermedad inflamatoria pélvica; o, al deterioro de la motilidad ciliar de las trompas⁽³⁾.

Exposición a Dietilestilbestrol intraútero- Las mujeres con una historia de exposición a dietilestilbestrol intraútero tienen un riesgo nueve veces mayor de embarazo ectópico tubárico, debido a la morfología anormal y, posiblemente, la alteración de la función fimbria⁽²⁾.

Infertilidad - La incidencia de embarazo ectópico es mayor en la población infértil (2.5-3%)⁽²⁾. Aunque esto podría reflejar un aumento de la incidencia de anomalías tubáricas en este grupo de mujeres. Varios informes también han sugerido una asociación entre los medicamentos fertilizantes y el embarazo ectópico, que puede estar relacionada con alteraciones de la función tubárica secundaria a la fluctuación hormonal⁽²⁾.

Factores de bajo riesgo:

Tecnología de Reproducción Asistida: La fertilización in vitro (FIV) se ha asociado con un mayor riesgo de embarazo tanto ectópico como heterotópico (RR: 2-8%)⁽¹⁾. Depende del método usado; describiéndose desde 4.3% después de la transferencia intratubaria del cigoto, a sólo 1.8% con la fecundación in vitro. Así mismo las presentaciones atípicas: cornual, cervical, abdominal y ovárica, son más frecuentes después de Terapias de reproducción asistida.

Duchas vaginales – La ducha vaginal regular se asocia tanto a un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica como de embarazo ectópico⁽²⁾.

Edad - Existe también una creciente proporción de embarazos ectópicos entre las mujeres de los grupos de mayor edad. Así, por ejemplo, se menciona un estudio noruego que informó que la tasa global de embarazo ectópico en su población fue de 1.8 %; sin embargo, las mujeres mayores de 35 años tenían una tasa de 4.1 %, la que era ocho veces mayor que la observada en los grupos de edad más jóvenes⁽³⁾. Esta alta incidencia en mujeres mayores puede ser un reflejo de los factores de riesgo acumulados en el tiempo⁽²⁾. Se postula una pérdida de la actividad mioeléctrica de las fimbrias⁽³⁾.

2.2.5. PATOLOGÍA:

Independientemente de la ubicación del embarazo Ectópico, el endometrio responde a menudo a la producción de hormonas relacionadas con el embarazo por parte de los ovarios y placenta. Los cambios endometriales que se asocian con el embarazo ectópico son: la reacción decidual (42%), el endometrio secretor (22%), y el endometrio proliferativo (12%)⁽²⁾.

2.2.5.1. Embarazo Tubárico:

Como ya se mencionó, el 70 % de los embarazos ectópicos ocurren en su porción ampular, el resto están divididos casi equitativamente entre los extremos fimbriales y el istmo; y una proporción muy pequeña ocurre en la porción intersticial o cornual⁽¹⁾. A partir de estas variedades primarias surgen otras variedades secundarias como son: el embarazo tuboabdominal, tuboovárico o el del ligamento ancho⁽¹⁾.

Se describen varios factores que pueden estar implicados en la patogénesis de los embarazos ectópicos tubáricos; pero generalmente se acepta que éste es resultado de las condiciones que retrasan o impiden el paso de la oocito fertilizado a la cavidad uterina o a factores inherentes en el embrión que resultan en su implantación prematura⁽²⁾.

Condiciones que pueden afectar el transporte Tubárico:

Salpingitis crónica - Se observa hasta en el 90 % de los embarazos ectópicos tubarios. Un hallazgo histológico de salpingitis crónica es la infiltración de la pared tubárica por las células plasmáticas y linfocitos⁽²⁾⁽³⁾.

Salpingitis ístmica nodosa – Se halla en el 10 % de las mujeres con un embarazo tubárico. Macroscópicamente se aprecian nodularidades bilaterales en la porción ístmica de la trompa. Histológicamente, la mucosa tubárica penetra en el miosálpinx, lo que conduce a la hipertrofia de las capas musculares que lo rodean produciendo divertículos ciegos donde el cigoto esta potencialmente propenso a quedar atrapado. Puede ser notado macroscópicamente en 10% de los casos y en 50% se detectan por microscopía.

La distorsión anatómica puede ser acompañada de alteración funcional debido compromiso de la actividad ciliar: La etiología se desconoce⁽³⁾.

Un gran número de factores como la lecitina, cúmulos de degradación celular, prostaglandinas, factores de crecimiento, citosinas y moduladores de proteínas se han asociado a una implantación tubaria temprana. La salpinge carece de capa

submucosa, de tal forma que el óvulo fecundado excava rápidamente a través del epitelio y el cigoto yace cerca de la capa muscular o excava a través de la misma ⁽³⁾.

Con frecuencia los embarazos ectópicos carecen de embrión o feto o éste se atrofia ⁽³⁾. Sin embargo, se han identificado embriones con actividad cardíaca hasta en 25% de los embarazos tubáricos; también se han encontrado anomalías anatómicas y cromosómicas relacionadas. Sin embargo estas últimas parecen no constituir una etiología importante de ello ⁽²⁾.

Aborto Tubárico: El aborto tubárico es más frecuente en embarazos ampulares. El huevo carece de vellosidades suficientes y está implantado en el segmento distal de la trompa; se atrofia, se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de douglas formando un hematocele y, si se obstruye la fimbria la salpinge se distiende de manera gradual con sangre y forma un hematosalpinge. En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal ⁽¹⁾.

Rotura Tubárica: Se da con más frecuencia en la implantación ístmica. Los productos de la concepción que se hallan en crecimiento rompen la salpinge en algún punto. El momento en que

esto se produce depende del lugar donde se encuentra el embarazo tubario. Por regla general cuando se produce en las primeras semanas suele situarse en el istmo, en cambio cuando la implantación se ubica en el intersticio, la rotura es más tardía y casi siempre es espontánea; pero puede ocasionalmente darse durante el coito y la exploración bimanual ⁽¹⁾. Suele acompañarse de hemorragia intensa, que da lugar a hemoperitoneo y a shock hipovolémico, ya que suele afectar las anastomosis de las arteria tubárica con la uterina ascendente ⁽¹⁾⁽²⁾.

2.2.5.2. Embarazo Cervical:

El embarazo cervical es una forma rara de embarazo ectópico en el cual el trofoblasto se implanta en el tejido cervical del canal endocervical.

2.2.5.3. Embarazo ovárico:

Ocurre en 1:7000 embarazos ⁽²⁾ ⁽³⁾. Los factores de riesgo más asociados son el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica y el uso de dispositivo intrauterino ⁽¹⁾. Se ha visto que no se asocia con antecedentes de infertilidad o embarazo extrauterino recurrente ⁽¹⁾ ⁽²⁾. La consecuencia más común es que se rompan desde las primeras etapas, con hemorragia en el 33% de los casos; sin embargo se han

publicado algunos casos de embarazos ováricos de término con sobrevivencia de algunos lactantes ⁽²⁾.

Con la ecografía transvaginal se puede hacer un diagnóstico oportuno de embarazo ectópico íntegro. Durante la cirugía, a menudo, un embarazo ovárico incipiente se confunde con un quiste o hemorragia de cuerpo lúteo.

2.2.5.4. Embarazo en la cicatriz de una cesárea:

Ocurre en aproximadamente 1 de cada 2000 embarazos y 6 % entre las mujeres con embarazo ectópico con una cesárea previa ⁽¹⁾ ⁽²⁾. No parece estar relacionada con el número de partos por cesárea. El embarazo se encuentra en la cicatriz fuera de la cavidad uterina y rodeado por el miometrio y el tejido conectivo. Se cree que la implantación en esta ubicación se produce debido a que el embrión migra a través del defecto dentro de la cicatriz ⁽²⁾.

El cuadro varía con la edad gestacional; puede presentarse, entre las 5 a 6 semanas hasta el segundo trimestre. Los datos más frecuentes son dolor y hemorragia con cesárea previa; aunque hasta un 40% cursan asintomáticas ⁽¹⁾.

El diagnóstico es difícil de establecer, es necesaria una alta sospecha ante la mujer con una cesárea previa ⁽²⁾.

2.2.5.5. Embarazo Heterotópico:

La incidencia de embarazo Heterotópico ha ido en aumento debido principalmente al incremento del número de embarazos derivados de la Tecnología de Reproducción Asistida (TRA). Así, se considera que antes de ello su incidencia era de 1/30000 embarazos y con la TRA su incidencia actual se halla en 1/7000; y después de inducir ovulación puede llegar a ser 0.5 a 1%⁽¹⁾. El embarazo ectópico ocurre en la trompa de Falopio en el 90 % de los casos ⁽²⁾. Algunos casos han sido diagnosticados tardíamente a las 16 semanas de gestación⁽³⁾.

2.2.5.6. Embarazo abdominal:

Un embarazo abdominal puede ser primario, por la implantación directa del blastocisto en la superficie peritoneal o vísceras abdominales; o secundario, derivado de la extrusión de un embrión inicialmente tubárico, ovárico o intraligamentario⁽¹⁾. Su incidencia variara según la definición que se adopte; sólo primarios: 1/80000 embarazos y, considerando también aquellos secundarios: 1/10000. Si el diagnóstico ocurre antes de las 24 semanas, se debe interrumpir el embarazo ⁽¹⁾.

2.2.6. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de sospecha de Embarazo Ectópico se establece, hasta demostrar lo contrario; en toda mujer sexualmente activa, en edad fértil, que consulta por metrorragia irregular y dolor en la parte baja del abdomen, sobre todo si tiene antecedentes de riesgo⁽¹⁾.

El desarrollo de nuevas técnicas sensibles de determinación de β -hCG y la ecografía transvaginal de alta resolución, han revolucionado el proceso diagnóstico y han permitido el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica⁽⁶⁾.

CLÍNICA:

La aparición típica de las manifestaciones clínicas ocurre entre 6 a 8 semanas después del último periodo menstrual normal; aunque puede darse después, sobre todo en el caso de embarazos no tubáricos. Se hallan además síntomas sugerentes de embarazo⁽¹⁾⁽¹³⁾.

La clásica presentación clínica del embarazo ectópico son: Dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea. El dolor es el síntoma descrito con más frecuencia (95 a 98%), es de tipo constante y con exacerbaciones o, lancinante en caso de producirse rotura tubárica. Le siguen: amenorrea, con una frecuencia de 74% y sangrado vaginal en un

60 a 80% de los casos. Ninguno de ellos por sí solo ni en conjunto son patognomónicos de embarazo ectópico. La presencia de sangre alrededor de las trompas de falopio podría irritar el diafragma y ocasionar un dolor reflejo en el hombro; la presencia de sangre en el fondo de saco de Douglas, causa además urgencia para defecar. En caso de pérdida sanguínea abundante por rotura tubárica se encontrarían además síntomas vasovagales ⁽¹⁾⁽¹³⁾.

EXPLORACIÓN GENERAL Y GINECOLÓGICA:

La exploración general y las constantes vitales nos pueden revelar la existencia de signos de anemia por pérdidas, su intensidad y el grado de estabilidad hemodinámica de la paciente ⁽¹³⁾.

Signos Vitales: No alterados antes de la rotura tubárica. En una hemorragia moderada, pueden encontrarse las funciones vitales sin cambios, o un aumento discreto de la presión arterial o respuesta vasovagal con bradicardia e hipotensión. La presión arterial desciende y el pulso aumenta sólo si la hemorragia persiste y la hipovolemia se agrava ⁽¹⁾.

Hipersensibilidad abdominal: Se encuentra en 80-95 % de las pacientes. El abdomen está blando, sensible, pero sin defensa refleja. Cuando hay hemoperitoneo, hay signos de matidez, sin signo de oleada ⁽¹³⁾.

Hipersensibilidad anexial: En el 75-90% de los casos. Además, la movilización del cuello uterino suele ser dolorosa ⁽¹⁾. Se puede percibir el fondo de saco de Douglas ocupado y doloroso cuando hay hematocele ⁽¹³⁾.

Tumoración anexial palpable: Presente en el 50% de las pacientes; pudiendo haber en el 20% de los casos masa anexial en el lado contralateral al del ectópico, que suele corresponder a un quiste de cuerpo lúteo ⁽¹⁾.

Cambios uterinos: Lateralización del útero por la tumoración ectópica. En el 20-30% de casos, se encuentra crecimiento uterino por influencia hormonal ⁽¹⁾.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial del dolor abdominal en la mujer incluye la infección del tracto urinario, cálculos renales, diverticulitis, apendicitis, tumores de ovario, endometriosis, endometritis, leiomiomas, enfermedad inflamatoria pélvica, y condiciones relacionadas con el embarazo. El sangrado vaginal también tiene varias causas relacionadas o no con el embarazo ⁽³⁾⁽¹³⁾.

La amenorrea y el dolor abdominal, con o sin sangrado vaginal, son síntomas comunes de las complicaciones del embarazo que no sea un embarazo ectópico, como amenaza de aborto, ruptura de cuerpo lúteo, y leiomioma uterino⁽¹⁴⁾.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

DETERMINACIÓN DE β -hCG y ECOGRAFIA TRANSVAGINAL (TVS):

La ecografía transvaginal es el test diagnóstico de mayor utilidad clínica. En el embarazo ectópico, se considera diagnóstico único si detecta saco vitelino, embrión o embriones con actividad cardíaca fuera del endometrio intrauterino⁽¹⁴⁾.

Los tests actuales, con anticuerpos monoclonales para la detección de β hCG en orina, son bastante sensibles y detectan cifras de hasta 20 a 50 U/ml⁽¹⁵⁾, con una fiabilidad $\geq 90\%$ ⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾. Conviene recordar que la β -hCG es sintetizada por el trofoblasto, y que su concentración en un embarazo intrauterino normal se eleva en una forma curvilínea hasta aproximadamente los 41 días de gestación, después de lo cual se eleva más lentamente hasta aproximadamente la 10ª semana, y luego disminuye hasta alcanzar una meseta ente el segundo y el tercer mes⁽¹⁴⁾. Consta de dos subunidades α y β . La subunidad β es específica de la hCG y su sensibilidad, con de las técnicas séricas actuales de

radioinmunoanálisis, es 2mU/ml ⁽¹⁵⁾. En un embarazo intrauterino de evolución normal, los niveles de β -hCG se duplican cada 2 días. Si eso no sucede así, en el 99.9% de los casos, es señal de que se trata de una gestación no viable ⁽¹⁵⁾. El aumento mínimo (percentil 99) durante 48 horas para un embarazo intrauterino potencialmente viable es 53 % ⁽¹⁴⁾.

En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, las cifras de β -hCG se muestran menores o decrecientes, que las de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Se puede afirmar, que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β hCG aumentan por debajo del 10 al 15%, en el espacio de 48 horas. Sólo en casos raros se reportan niveles de β hCG =50000(0.1%)⁽¹⁴⁾ ; así como aquellos EE con β hCG negativa⁽¹⁾.

Zona discriminatoria - La zona discriminatoria se basa en la correlación entre la visibilidad del saco gestacional por ecografía y la concentración de β hCG, y es la de mayor importancia diagnóstica .Se define como el nivel de β hCG sérica por encima del cual un saco gestacional debe ser visualizado por ecografía si un embarazo intrauterino está presente. En la mayoría de las instituciones, este nivel de β hCG es de 1500 o 2000 UI /L con Ecografía transvaginal (el nivel es más alto es 6500 UI / L con el ultrasonido transabdominal) ⁽¹⁴⁾.

El nivel de la zona discriminatoria se basó en observaciones de que un saco gestacional intrauterino podría ser detectado por TVS en pacientes con concentraciones séricas de β hCG tan bajos como 800 UI / L y fue identificado generalmente por ecografistas expertos en concentraciones por encima de 1500 a 2000 UI / L ⁽¹⁵⁾. El Establecimiento de un umbral de 2000 UI / L, en lugar de 1500 IU / L para la zona discriminatoria minimiza el riesgo de interferir con un embarazo Intrauterino viable, si está presente, pero aumenta el riesgo de retrasar el diagnóstico de un embarazo ectópico ⁽¹⁴⁾.

La ausencia de un saco intrauterino gestacional con concentraciones de β hCG por encima de la zona discriminatoria sugiere fuertemente un embarazo ectópico o intrauterino no viable. Un examen de ultrasonido negativo con niveles de β hCG por debajo de la zona discriminatoria es consistente con una etapa temprana del embarazo intrauterino viable o un embarazo ectópico. Estos casos se denominan "embarazo de ubicación desconocida" y 8 a 40 % en última instancia se diagnostican como embarazos ectópicos ⁽⁵⁾⁽¹⁴⁾.

Una concentración de β hCG por encima de la zona discriminatoria es sensible para detectar un embarazo intrauterino. La visualización de uno, casi siempre excluye la presencia de un embarazo ectópico. Si la TVS no revela un embarazo intrauterino y muestra una masa anexial

compleja, se trata de un embarazo extrauterino en gran parte de los casos. ⁽⁵⁾.

La zona discriminatoria depende de la habilidad del ecografista, la calidad del equipo de ultrasonido, las características de laboratorio y la presencia de factores físicos, por ejemplo: fibromas, gestación múltiple, puesto que no existe nivel demostrado discriminatorio de gestaciones múltiples ⁽⁵⁾.

Una β hCG sérica mayor que 1500 UI / L sin visualización de gestación intrauterina o extrauterina puede representar una gestación múltiple. Por estas razones, el siguiente paso en esta configuración es repetir el examen Ecográfico y la concentración de β hCG dos días después ⁽¹⁵⁾.

PROGESTERONA:

El valor predictivo de una progesterona sérica baja para la identificación de embarazos no viables varía con la población de pacientes. Por lo general las mediciones de progesterona no hacen sino confirmar las impresiones diagnósticas ya obtenidas por mediciones de β hCG y la ecografía transvaginal. Una concentración sérica $>25\text{ng/ml}$ excluye la posibilidad de embarazo ectópico con una sensibilidad de 92% y valores <5 son 100% indicativos de gestación no viable; más, puesto que su

concentración en embarazos ectópicos varía entre 10 a 25 ng/ml y su utilidad es limitada⁽¹⁾⁽⁵⁾.

CULDOCENTESIS:

Se realiza traccionando el cuello uterino hacia la sínfisis púbica e introduciendo una aguja calibre 16 o 18 en el fondo de saco vaginal. Si en el aspirado se obtienen fragmentos de coágulos antiguos o líquido hemorrágico que no coagula, indica hemoperitoneo, considerándose la prueba positiva⁽¹⁾; sin embargo el sangrado puede no necesariamente deberse a un embarazo ectópico roto o no, sino ser resultado de un quiste ovárico roto; por lo tanto una prueba positiva no es diagnóstica⁽¹³⁾. Además, un resultado negativo no excluye la presencia de un embarazo ectópico⁽⁵⁾.

LEGRADO UTERINO:

Hasta un 20⁽⁵⁾ a 30%⁽¹³⁾ de la histopatología de una gestación intrauterina no evolutiva obtenida por legrado resulta negativa; sin embargo el tener un resultado positivo para vellosidades coriónicas prácticamente elimina el diagnóstico de embarazo ectópico, evitando así un tratamiento injustificado con metrotexate⁽¹⁵⁾. Sin embargo ello podría dar origen a sinequias endouterinas, por lo que algunos autores no recomiendan su uso como método diagnóstico⁽¹⁴⁾.

DOPPLER:

El flujo sanguíneo en las arterias de la trompa de Falopio que contiene un embarazo ectópico es de 20 a 45 % mayor que en la trompa opuesta y la forma de la onda Doppler muestra una impedancia baja. El Doppler se puede realizar cuando existe una masa anexial que se ve. En un estudio sobre el índice de resistencia de los embarazos ectópicos en comparación a la del cuerpo lúteo se encontró que el índice de resistencia del embarazo ectópico es mayor que el quiste del cuerpo lúteo: Un índice de resistencia de menos de 0.39 tuvo una especificidad del 100 % y un valor predictivo positivo de 100 % para el diagnóstico de embarazo ectópico, pero estuvo presente en sólo el 15 % de los embarazos ectópicos. Un índice de resistencia de más de 0,7 tuvo una especificidad del 100 % y un valor predictivo positivo de % para el diagnóstico de embarazo ectópico y estaba presente en 31% de los embarazos ectópicos ⁽⁵⁾.

LAPAROSCOPIA:

Representa el Gold estándar para el diagnóstico de embarazo ectópico ⁽¹⁵⁾; sin embargo, rara vez se requiere para propósitos de diagnóstico puesto que la ecografía transvaginal y las mediciones de β hCG suelen ser suficientes ⁽⁵⁾.

2.2.7. MANEJO:

2.2.7.1. MANEJO EXPECTANTE:

Prácticamente todas las mujeres diagnosticadas con un embarazo ectópico deben someterse a un tratamiento médico o quirúrgico debido a que la frecuencia y potencial morbimortalidad de la ruptura tubaria son altos ⁽¹³⁾. Sin embargo; en pequeños casos en los que el riesgo de complicación por ruptura tubárica es mínimo, podría ser apropiado un manejo expectante del embarazo ectópico. La magnitud del éxito de éste dependerá de la rigurosidad de los criterios de selección que se adopten ⁽¹³⁾.

Algunos autores reportan un éxito de hasta un 70% en pacientes debidamente seleccionadas, teniendo las consideraciones siguientes:

Criterios de selección ⁽¹⁷⁾:

1. Alta sospecha de embarazo ectópico.
2. $\beta\text{hCG} \leq 200 \text{ mUI / mL}$ y que se encuentra disminuyendo.
Se desconoce el umbral límite por sobre el cual un manejo expectante podría ser considerado, se describen estudios con respuesta favorable considerando βGCH como umbral $>1000 \text{ mUI / mL}$ ⁽¹⁷⁾.

3. Estar de acuerdo con los riesgos del caso y predispuestos al cumplimiento y seguimiento del tratamiento ^{(17) (18)}.

Contraindicaciones: ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

1. Inestabilidad hemodinámica:
2. Signos de rotura inminente o en curso de una masa ectópica (por ejemplo, dolor abdominal intenso o persistente o > 300 ml de líquido peritoneal libre fuera de la cavidad pélvica).
3. Nivel de β -hCG que es mayor que 200 mUI / ml al inicio, que se incrementa o que no disminuye.
4. No facultativo de cumplir con el monitoreo.
5. No tener acceso oportuno a una institución médica.

Reproductividad Posterior:

La Histerosalpingografía posterior ha demostrado la permeabilidad tubárica de la trompa afectada en el 93 % de los casos. Las tasas de embarazos intrauterinos de 63 a 88% se han reportado después de la conducta expectante del embarazo ectópico presunto ⁽¹⁷⁾.

2.2.7.2. MANEJO MÉDICO:

El metrotexate, usado por primera vez por Tanaka y colaboradores en 1982 en el tratamiento de un embarazo intersticial⁽¹⁸⁾, es un análogo del ácido fólico que se une a la enzima dihidrofolato reductasa, una enzima que convierte la dihidrofolato a tetrahidrofolato. Esta unión impide la reducción de folato a su forma activa, tetrahidrofolato, el que sirve como transportador durante la síntesis de purina nucleótidos y timidilato, inhibiendo la síntesis de ADN y la reproducción celular; resultando eficaz contra en trofoblasto en multiplicación. El metrotexate se elimina vía renal, 90% de una dosis intravenosa se excreta sin cambios dentro de las 24 horas de inyección⁽¹⁹⁾.

Existen reportes de que hasta un 35% de pacientes con embarazo ectópico son candidatas de manejo médico⁽¹⁹⁾. La tasa de éxito global del tratamiento médico en mujeres bien seleccionadas es casi del 90%⁽¹⁹⁾.

Candidatas óptimas⁽¹⁹⁾:

1. Pacientes hemodinámicamente estables.
2. Capaces de cumplir con el seguimiento post tratamiento.
3. $\beta\text{hCG} \leq 5000 \text{ mU/ ml}$.
4. Ausencia de actividad cardíaca fetal.

5. Tamaño de la masa del embarazo ectópico de menos de 3 a 4 cm. Sin embargo no se ha demostrado su significancia en el éxito del tratamiento.

Contraindicaciones ⁽¹⁹⁾ (20):

1. Las mismas que para el manejo expectante (Inestabilidad hemodinámica, signos de rotura inminente o en curso. No cumplimiento o no puede estar con post-monitoreo terapéutico.No tiene acceso oportuno a una institución médica).
2. Anormalidades clínicamente importantes en los valores de referencia hematológicos, renales o hepáticos. En mujeres con insuficiencia renal, una sola dosis de metrotexate puede causar la muerte o complicaciones graves, incluyendo la supresión de la médula ósea, el síndrome de dificultad respiratoria aguda y la isquemia intestinal.
3. Enfermedad de inmunodeficiencia pulmonar activa, úlcera péptica e hipersensibilidad al metrotexate.
4. Coexistencia de embarazo intrauterino viable o lactancia materna.

Contraindicaciones relativas ^{(19) (20)}:

1. Alta concentración de β -hCG (> 5000).
2. Actividad cardiaca fetal presente.
3. Masa \geq 3.5 cm. Esta restricción se basa en estudios pequeños con protocolos y resultados inconsistentes. Existen variaciones dentro y entre los estudios en cuanto a si el tamaño utilizado es la masa gestacional real o la masa y hematoma circundante. Además, el tamaño de la masa del ectópico no parece correlacionarse con el nivel de β -hCG.
4. Líquido peritoneal sanguinolento. Aunque, se describen grandes series de casos, que demuestran que el líquido libre limitado a la cavidad pélvica no está asociado con fracaso del tratamiento médico.
5. Otros: pruebas ecográficas de un saco vitelino, la ubicación ístmica de masa ectópica (en lugar de ampular), el alto nivel de pre tratamiento con ácido fólico, y la velocidad de aumento de la β -hCG ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

Dosis y Vía de administración ⁽¹⁹⁾:

La administración de metrotexate (MTX) ha sido probada por cualquiera de estas vías: endovenosa, intramuscular, oral o, por inyección local directa en el saco del embarazo ectópico

vía transvaginal o laparoscópica. La más común es vía Intramuscular (IM). La Inyección Local es de uso raro, dependiente del operador y no práctico cuando se realiza por vía laparoscópica. Aunque el éxito del tratamiento con inyección local de metrotexate puede ser mayor que con el tratamiento sistémico no se ha visto una diferencia estadísticamente significativa. Además el riesgo relativo de un nuevo embarazo ectópico es similar.

Terapia única vs multidosis:

Constituyen los dos protocolos más comúnmente utilizados para la administración de metrotexate. Dosis múltiples, consiste en la administración de cuatro dosis de metrotexate que alternan con la administración oral de leucovorina. Se ha descrito que hasta un 14% de pacientes en régimen de dosis única, reciben dos o más dosis y el 10% de los pacientes tratados con dosis múltiples pueden recibir una sola dosis. La mayoría de autores prefieren un enfoque inicial con la terapia de dosis única, las razones son: que las multidosis parecen causar más efectos adversos; el método de dosis única es menos costoso, requiere la supervisión menos intensiva y no requiere de rescate con ácido folínico. Por otra parte, se

prefiere la terapia de metrotexate multidosis para embarazos intersticiales⁽¹⁹⁾.

Consideraciones Generales⁽¹⁹⁾:

Administrar Inmunoglobulina anti D si la mujer es Rh negativa.

Precauciones durante el tratamiento:

- ✓ No relaciones sexuales.
- ✓ Evitar exámenes pélvicos debido al riesgo teórico de rotura tubárica.
- ✓ Evitar la exposición al sol por el riesgo de dermatitis por metrotexate.
- ✓ Evitar alimentos y las vitaminas que contienen ácido fólico.
- ✓ Evitar el uso de Antiinflamatorios no esteroideos (AINES), pues pueden causar supresión de la médula ósea, anemia aplásica, o toxicidad gastrointestinal.

Protocolo de dosis única⁽¹⁹⁾:

En el día 1, se administra metrotexate: 50 mg/m² SCT. En los días 4° y 7°, se realiza control de βhCG. Si la disminución de ésta es menor del 15 %, se administra una segunda dosis. Después del día 7, la βhCG se cuantifica semanalmente. Si en el día 14, la disminución de βhCG es

<15 %, se debe dar una tercera dosis de metrotexate. Si hay un descenso ≥ 15 por ciento de β hCG se debe cuantificar semanalmente, hasta que el nivel sea indetectable. Después de una tercera dosis con persistencia de valores de β hCG <15, se optará por realizar una salpingostomía laparoscópica o salpingectomía.

Protocolo de dosis múltiple ⁽¹⁹⁾:

Alterna la administración de metrotexate y leucovorina con seguimientos continuos de los niveles séricos de β hCG. El tratamiento se detiene cuando se consigue una reducción de estos niveles $>$ al 15%.

El régimen de múltiples dosis más común administra metrotexate (MTX) (1 mg / kg por día IM o IV) en los días 1, 3, 5 y 7 y, leucovorina oral (0,1 mg / kg) en los días 2, 4, 6 y 8. Los niveles de β hCG se dibujan en los días 1, 3, 5 y 7. Si la disminución sérica de β hCG es más del 15 % de la medición anterior, el tratamiento se detiene y se inicia una fase de vigilancia (mediciones semanales de β hCG). Si la disminución es menor del 15 % respecto del nivel previo, la paciente recibe una dosis adicional de Metrotexate (MTX) 1 mg / kg IM seguida al día siguiente con una dosis oral de leucovorina 0,1 kg mg / kg. El nivel de β hCG se sigue hasta

que el nivel sea indetectable. Existen reportes de hasta 90% de éxito con la terapia multidosis con una presentación de efectos colaterales de hasta 40%.

Terapia de combinación con mifepristona⁽¹⁹⁾:

Una revisión sistemática de ensayos aleatorios de metotexate intramuscular a dosis única (50 mg/m² SCT) en combinación con mifepristona oral (600 mg) comparado con metotexate sólo, encontró que la terapia combinada puede aumentar la eficacia del tratamiento. Las tasas de éxito fueron del 81 y 74%, la diferencia se acercó a la significación estadística. No se encontraron diferencias en la preservación de la permeabilidad tubárica. No hay datos disponibles sobre la fertilidad futura ⁽¹³⁾.

Manejo postratamiento⁽¹⁹⁾:

Ecografía: El beneficio radica en la evaluación de la presencia de líquido peritoneal para mujeres con dolor abdominal severo.

Efectos secundarios y complicaciones. Son generalmente leves y autolimitados. Los más frecuentes son la estomatitis y la conjuntivitis. Otros incluyen: gastritis, enteritis, dermatitis, neumonitis, alopecia, aumento de las enzimas

hepáticas, y supresión de la médula ósea. Aproximadamente el 30 % de los pacientes en el protocolo de dosis única tendrá efectos secundarios.

El dolor después del tratamiento puede ser debido a un aborto tubárico o, distensión de las trompas debido a la formación de hematomas y, se puede controlar con el acetaminofén.

Manejo del dolor: El dolor es común luego del 6° día de tratamiento. Pacientes hemodinámicamente estables con dolor intenso, no requieren tratamiento quirúrgico. Sin embargo; deben ser observadas de cerca por los cambios hemodinámicos que pueden acompañar a una rotura tubaria. La caída de los niveles de β hCG no excluyen la posibilidad de rotura tubárica. Si se sospecha una rotura tubárica, la cirugía inmediata es necesaria.

2.2.7.3. MANEJO QUIRÚRGICO ⁽²¹⁾(22):

Indicaciones ⁽¹⁹⁾:

1. Inestabilidad hemodinámica.
2. Ruptura inminente o en curso del embarazo ectópico.
3. Contraindicaciones para el uso de metotrexato.
4. Coexistencia de embarazo intrauterino.
5. No puede o no quiere cumplir con el tratamiento médico de seguimiento.
6. Falta de acceso oportuno a una institución médica para el manejo de rotura tubárica.
7. El deseo de anticoncepción permanente.
8. Falla en la terapia médica.
9. Mujeres con β hCG sérica superior a 5000 mUI / ml antes del tratamiento o con actividad cardíaca fetal en el examen ecográfico, puesto que son más propensos a experimentar el fracaso del tratamiento con metrotexate

En mujeres hemodinámicamente estables, la intervención quirúrgica sólo debe considerarse si un examen por ultrasonido transvaginal muestra un embarazo ectópico tubárico o una masa anexial sugestiva de embarazo ectópico.

Procedimiento quirúrgico⁽²¹⁾:

Salpingostomía frente a salpingectomía:

La elección de cualquiera de éstos es polémica; aún no se han reportado ensayos aleatorios que comparen estos dos procedimientos. La morbilidad operatoria es similar para ambos procedimientos. La desventaja de la salpingostomía es el riesgo potencial de embarazo ectópico persistente o recurrente. En cuanto a resultados de fertilidad, una revisión de los estudios de cohorte comparando los resultados de después de salpingostomía y salpingectomía por embarazo ectópico tubárico no encontró un efecto beneficioso global de salpingostomía. La tasa de embarazo intrauterino futuro no fue consistentemente mayor después de la salpingostomía que después de salpingectomía, mientras que el riesgo de embarazo ectópico repetición se incrementó ligeramente.

La salpingostomía resulta una opción adecuada para mujeres hemodinámicamente estables y con una probabilidad razonable de función tubaria normal en la trompa afectada.

Algunas indicaciones consideradas en la actualidad para salpingectomía, en lugar de salpingostomía son:

- ✓ Hemorragia incontrolada del sitio de implantación.

- ✓ Embarazo ectópico recurrente en la misma trompa.
- ✓ Daño tubario severo.
- ✓ Masa mayor a 5 cm.
- ✓ Paridad satisfecha.

Laparoscopia versus laparotomía:

La cirugía laparoscópica es el método quirúrgico estándar para el embarazo ectópico. Sin embargo, el abordaje quirúrgico depende de la experiencia del cirujano y del anestesista, así como del estado clínico del paciente⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Según una Revisión hecha por Hajenius de la base de datos de Cochrane de 35 estudios sobre el tratamiento del embarazo ectópico tubárico que describen 25 comparaciones diferentes, se obtuvieron los siguientes datos: Cirugía laparoscópica: la salpingostomía es significativamente menos satisfactoria que el abordaje por cirugía a cielo abierto con respecto a la eliminación del embarazo ectópico tubárico (2 ECA, n = 165, OR: 0.28, intervalo de confianza del 95% (IC 95%): 0.09 a 0.86) debido a una mayor tasa de trofoblasto persistente en la cirugía laparoscópica (OR: 3.5, IC 95%: 1.1 a 11). Sin embargo, la cirugía laparoscópica es significativamente menos costosa que la cirugía a cielo abierto (p = 0.03). El seguimiento a largo plazo (n = 127) no muestra

indicio alguno de una diferencia en la tasa de embarazos intrauterinos (OR: 1.2, IC 95%: 0.59 a 2.5). No obstante, hay una tendencia no significativa hacia una tasa de recurrencia menor de embarazos ectópicos (OR: 0.47, IC 95%: 0.15 a 1.5). Tratamiento farmacológico: el metotrexate sistémico en régimen intramuscular de dosis múltiples fijas muestra una tendencia no significativa hacia una mayor satisfacción del tratamiento que la salpingostomía laparoscópica (1 ECA, n = 100, OR: 1.8, IC 95%: 0.73 a 4.6). El seguimiento a largo plazo no arroja diferencias significativas (n=74): embarazo intrauterino (OR: 0.82, IC 95%: 0.32 a 2.1) y embarazo ectópico recurrente (OR: 0.87, IC 95%: 0.19 a 4.1). Conducta expectante: la conducta expectante es significativamente menos satisfactoria que el tratamiento con prostaglandina (1 ECA, n = 23, OR: 0.08, IC 95%: 0.02 a 0.39) ⁽²³⁾

Procedimiento para la salpingostomía laparoscópica:

La salpingostomía lineal es el método estándar para el manejo del embarazo ectópico en las mujeres que desean preservar su fertilidad. Se identifica el embarazo ectópico, se inmoviliza la trompa con pinzas laparoscópicas. Se inserta una aguja de calibre 22 a través de un puerto de 5 mm y se inyecta una solución de vasopresina (0,2 UI / ml de solución

salina fisiológica) en la pared tubaria en la zona de distensión máxima, lo que ayuda a minimizar el sangrado en el sitio de salpingostomía⁽²¹⁾⁽²²⁾. Con láser, electrocauterización unipolar, o bisturí, se hace una incisión de 10 mm de longitud a lo largo del borde antimesentérico que recubre la masa ectópica. Los productos de la concepción se liberan desde la trompa mediante una combinación de hidrodisección con solución de irrigación a alta presión y disección roma suave con un irrigador de succión. Se revisa la hemostasia⁽²¹⁾.

El lecho placentario en el interior de la trompa no se debe coagular porque esto dañaría la trompa. La incisión se deja abierta para un cierre por segunda intención. Las tasas subsiguientes de la fertilidad y la formación de adherencias son similares después de cierre primario o de segunda intención⁽²¹⁾.

Procedimiento para la salpingectomía laparoscópica:

Se puede realizar en varias maneras, generalmente con la ayuda de un dispositivo electro - quirúrgico o con ligadura endoscópica. En el primero se toma la trompa de Falopio con una pinza roma y se coloca una ligadura en la parte proximal; el nudo se aprieta y un segundo bucle se coloca una segunda ligadura de manera similar, distal a la primera. El tubo puede

entonces ser resecado y eliminado ⁽²¹⁾. Alternativamente, la electrocirugía se puede utilizar para cauterizar vasos en el mesosalpinx seguida por la resección de la muestra. La porción cornual es disecada cerca del útero. El uso de sutura para asegurar parte de la trompa de Falopio puede reducir el riesgo lesión de los vasos ováricos ⁽²²⁾. Se ha sugerido que pacientes sometidas a salpingectomía unilateral por hidrosalpinx pueden producir menos ovocitos desde el ovario del lado afecto en comparación con el contralateral ⁽²²⁾.

Procedimiento abierto para salpingectomía:

La salpingectomía total se logra mediante la colocación de una pinza a través del mesosalpinx y colocando luego una segunda pinza a través de la porción proximal de la trompa de falopio lo más cerca posible de su porción cornual. La trompa se corta y los pedículos se ligan con sutura sintética absorbible.

Si el daño en las trompas se limita al segmento de trompas que contiene el embarazo ectópico, se puede realizar una salpingectomía parcial.

La decisión para la salpingectomía parcial versus total depende de la edad del paciente y el deseo de concebir. En mujeres que se someten a tratamiento de fertilización in vitro (FIV) se prefiere salpingectomía total para disminuir la posibilidad de embarazo en el muñón tubario y el desarrollo de hidrosalpinx de la porción proximal de la trompa ⁽²¹⁾.

Resección cornual del embarazo intersticial:

El tratamiento de estos pacientes es médico. Se recurre a la terapia quirúrgica si hay algún deterioro en el estado clínico. Sin embargo algunos autores prefieren la extirpación laparoscópica de la gestación a través de cornuostomía, con resección de la porción intersticial de la trompa. También se ha descrito la eliminación exitosa histeroscópica de un embarazo ectópico intersticial. Resultados de la eficacia a largo plazo son desconocidos. Se ha descrito la posibilidad de ruptura uterina durante un embarazo posterior. Para evitar ello se ha propuesto la sutura por planos del miometrio y la serosa del útero después del tratamiento quirúrgico ⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Embarazo Ectópico no tubárico ⁽²²⁾:

La indicación quirúrgica para éstos casos es prácticamente la misma que para la gestación tubaria. Aunque se han descrito muchas técnicas quirúrgicas, varias de ellas se hallan descritas sólo en reportes de casos.

El manejo quirúrgico de un embarazo ectópico ovárico incluye la eliminación de los productos de la gestación mediante resección en cuña, ooforectomía o salpingo-oforectomía.

Para el manejo de una gestación en la cicatriz de una cesárea se han descrito procedimientos vaginales, por histeroscopia o laparoscopia.

En cuanto al manejo de un embarazo ectópico cervical se prefiere una conducta terapéutica médica debido a la hemorragia consecuente del tratamiento quirúrgico conservador de este tipo de gestaciones.

TRATAMIENTO MÉDICO VERSUS QUIRÚRGICO:

Una revisión sistemática de ensayos aleatorios compararon la terapia de metrotexate con salpingostomía laparoscópica, las principales conclusiones fueron las siguientes: El tratamiento Intramuscular con Metrotexate (MTX) a dosis única o múltiple y salpingostomía dieron tasas de éxito de tratamiento similares, que van desde 82 hasta 95 % para el tratamiento de MTX en comparación con 80 a 92 % para la salpingostomía. La inyección transvaginal de MTX fue significativamente menos eficaz que la salpingostomía. Los efectos adversos y las complicaciones son más frecuentes en las mujeres tratadas con MTX sistémico que con la cirugía (60 versus 12 % en un estudio)⁽²¹⁾⁽²²⁾.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

Aborto: Pérdida de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 500g⁽²⁴⁾.

Aborto Tubario: Separación placentaria del producto de la gestación ectópica que se desprende a través de la fimbria hacia la cavidad abdominal ⁽¹⁾.

Amenorrea: Ausencia de menstruación ⁽²⁴⁾.

Blastocisto: Embrión, 5 ó 6 días después de la fecundación, con masa celular interna, capa externa de trofoectodermo y cavidad o blastocele lleno de líquido⁽²⁴⁾.

Edad gestacional: Edad de un embrión o feto calculada al sumar dos semanas (14 días) al número de semanas completadas después de la fecundación. Nota: para transferencia de embriones criopreservados/descongelados, la fecha estimada de fecundación es calculada restando la edad del embrión en el momento de la criopreservación a la fecha de la transferencia de embriones criopreservados y descongelados ⁽²⁴⁾.

Embarazo ectópico: Implantación del óvulo fecundado en cualquier sitio que no sea el endometrio de la cavidad uterina normal ⁽²⁴⁾.

Embarazo ectópico complicado: Cuadro clínico de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica ⁽²⁴⁾.

Embarazo Heterotópico: Término usado para referirse a la presencia de un embarazo intrauterino y un embarazo concurrente en un lugar ectópico⁽²⁾.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Inflamación del útero y anexos debido a infección bacteriana ascendente ⁽²⁴⁾.

Infertilidad: Enfermedad del sistema reproductivo, definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas ⁽²⁴⁾.

Parto: Expulsión o extracción de uno o más fetos de la madre después de completadas Las 20 semanas de edad gestacional ⁽²⁴⁾.

Reproducción médicamente asistida (RMA): reproducción lograda a través de la inducción de ovulación, estimulación ovárica controlada,

desencadenamiento de la ovulación, técnicas de reproducción asistida (TRA) e inseminación donante⁽²⁴⁾.

Rotura Tubárica: Ruptura o solución de continuidad en la salpíngex en algún punto, debido al crecimiento del producto de la concepción ectópica ahí alojado⁽¹⁾.

Técnicas de Reproducción Asistida (TRA): Tratamiento o procedimientos que incluyen la manipulación de ovocitos y espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la criopreservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado.⁽²⁴⁾

CAPITULO III.

HIPOTESIS Y DEFINICION DE VARIABLES

LA HIPÓTESIS:

3.1. Formulación de la hipótesis:

Por tratarse de un estudio descriptivo la hipótesis se halla implícita.

3.2. Variables:

Operacionalización de Variables:

Tabla 0. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	TIPO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR
EDAD	Número de años cumplidos al momento del diagnóstico	De razón Discreta	Cuantitativa	años	13, 14, 15, ...

DIAGNÓSTICO DE INGRESO AL HRC	Diagnóstico de enfermedad al ingreso de la paciente	NOMINAL Politómica	Cualitativa		-Ectópico -Abdomen agudo quirúrgico de causa distinta de E. Ectópico -Abdomen agudo quirúrgico sin causa específica. -Diagnóstico sintromico de Etiología a determinar -Patología médica de causa específica distinta de EE.
HÁBITO DE FUMAR	Referencia de consumo de tabaco independiente de la cantidad.	Nominal Dicotómica	Cualitativa	Consumo de Tabaco	Sí No
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Años cumplidos al momento de inicio de la vida sexual	De Intervalo Discreta	Cuantitativa	Años	≥ 18 años. < 18 años.
PAREJAS SEXUALES MULTIPLES	Número de parejas sexuales ≥2	Intervalo Discreta	Cuantitativa		1. ≥2.

PARIDAD	Número de embarazos terminados en recién nacido vivo	De razón Discreta	Cuantitativa		0 1 ≥2
EPI	Dato positivo para EPI en Antecedentes Mórbidos	Nominal Dicotómica	Cualitativa		Sí No
ABORTO Y/O LEGRADO UTERINO	Dato positivo para Aborto y/o Legrado Uterino en Antecedentes Mórbidos	Nominal Dicotómica	Cualitativa		Sí No
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO	Dato positivo para Embarazo Ectópico en Antecedentes Mórbidos	Nominal Dicotómica	Cualitativa		Sí No

MÉTODO ANTICONC.	Tipo de métodos anticonceptivos que usado por la paciente	NOMINAL Politómica	Cualitativa		-DIU Hormonal oral Hormonal inyectable AOE BTB Otros Ninguno
CIRUGÍA ABDOMINAL o PÉLVICA	Referencia de Intervención quirúrgica abdominal o pélvica previa	NOMINAL Politómica	Cualitativa		-Cesárea -BTB -Cirugía anexial Apendicectomía -Otra pélvica -Otra abdominal
GESTACIÓN ACTUAL	Número de Gestación a la que corresponde el Embarazo Ectópico	De razón Discreta	Cuantitativa		1,2,3,..
EDAD GESTACIONAL	Número de semanas cumplidas desde la Fecha de ultima regla hasta el momento del diagnostico	De razón Discreta	Cuantitativa		1,2,3,4,5,6,....

<p>MÉTODO DIAGNÓSTICO</p>	<p>Uso de Método Ecográfico Bioquímico u otro antes de la Intervención Quirúrgica.</p>	<p>NOMINAL Politémica</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Ultrasonografía -βhCG Cuantitativa: -βhCG Cuantitativa: -Culdocentesis: -Punción Abdominal -Ninguno</p>
<p>HALLAZGO ECOGRÁFICO</p>	<p>Signos Ecográficos descritos sugereentes de Gestación Ectópica o complicación asociada</p>	<p>NOMINAL Politémica</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Masa anexial -Líquido Libre -Saco gestacional ectópico. -Embrión o feto con actividad cardíaca en Gestación Ectópica - Otros</p>
<p>CLÍNICA (SÍNTOMAS)</p>	<p>Aspecto subjetivo referido por la paciente al momento del ingreso o su evolución previa a la cirugía</p>	<p>NOMINAL Politémica</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Dolor pélvico -Sangrado vaginal anormal -Retraso menstrual -Omalgia. -Nauseas/vómito -Sincope/ mareos. -Otros</p>

HALLAZGOS FÍSICOS	Hallazgos positivos en el examen físico al momento del diagnóstico.	NOMINAL Politémica	Cualitativa		Hipersensibilidad Abdominal -Masa Anexial Palpable -Anexo hipersensible -Rebote. -Cambios uterinos. -Taquicardia. -Hipotensión. -Otros.
HEMATOCRITO PRE OPERATORIO	Último valor de Hematocrito con el que la paciente Ingresó a Sala de Operaciones	De razón Discreta	Cuantitativa		21,22,....
TIEMPO OPERATORIO	Tiempo expresado en minutos de duración de la Intervención Quirúrgica según tipo (Laparoscopia, Laparotomía exploratoria)	De razón Discreta	Cuantitativa	minutos	20,21,22,....
TIPO DE CIRUGÍA	Modalidad Quirúrgica realizada	NOMINAL Dicotómica	Cualitativa		-Laparotomía Exploratoria -Laparoscopia

LOCALIZACIÓN	Sitio anatómico determinado en el Intraoperatorio o Resultado de Patología	NOMINAL Politómica	Cualitativa		-Tubárica -Ovárica -Abdominal -Cervical
LOCALIZACIÓN TUBARICA	Sitio anatómico en que se ubicó el EE determinado en el Intraoperatorio	NOMINAL Politómica	Cualitativa		-Ampular -Fimbria -Istmo -Cornual/ Intersticial -No especificado
HEMO - PERITONEO	Hallazgo de sangre libre en cavidad	De Intervalo	Cuantitativa		0 0-250cc 250-500cc >500cc
CONDUCTA QUIRÚRGICA	Tipo de Intervención quirúrgica realizada	NOMINAL Politómica	Cualitativa		-Salpingectomía -Sapingostomía -Anexectomía -Fimbrectomía -Expresión tubaria -Otras.

CAPÍTULO IV.

METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente, constituye un estudio de tipo transversal, descriptivo y retrospectivo.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO:

4.2.1. Población: Conformada por la totalidad de casos de pacientes ingresadas al Hospital Regional Cajamarca en el Periodo Enero 2011 - Diciembre 2012; que tuvieron diagnóstico postquirúrgico de Embarazo ectópico y que no se descartó con el Resultado de Anatomía Patológica.

De un total de 93 pacientes tratadas en el Hospital Regional Cajamarca registradas con Diagnóstico de Egreso de Embarazo Ectópico en el periodo de Estudio, se encontraron dos casos con manejo no quirúrgico: 1° Médico y 2° Expectante y de aquellas con diagnóstico postoperatorio de Embarazo Ectópico no fueron considerados 4 casos en que por Patología se descartó el diagnóstico (3 con diagnóstico postoperatorio de Embarazo Ovárico a D/c Cuerpo lúteo hemorrágico en que el resultado de Anatomía Patológica concluyó Cuerpo Lúteo Hemorrágico y en otro con diagnóstico de Embarazo ectópico plastronado (trompa y ovario

involucrados) en que a conclusión de Patología fue la: “Trompa congestiva, Quiste luteínico folicular hemorrágico”. La población quedó entonces conformada por 87 casos.

4.2.2. Muestra: Planteada como la totalidad de casos incluidos en la población.

4.2.3. Criterios de Inclusión: Pacientes con Diagnóstico Quirúrgico de Embarazo Ectópico registradas en el Hospital Regional Cajamarca en el bienio 2011 – 2012.

4.2.4: Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes con Historia clínica no disponible.
- Pacientes con Resultado de Patología (de ser el caso) que excluya el diagnóstico.
- Pacientes que hayan tenido más de un ingreso por Embarazo Ectópico dentro del bienio en estudio (Se tomó como caso el último ingreso reportado con intervención quirúrgica).

En concordancia al logro de los objetivos planteados y acorde los criterios de exclusión, la muestra quedó reducida a 76 casos, puesto que: No se encontraron las historias clínicas del caso de Embarazo Ectópico en las carpetas de 10 pacientes, una de ellas con

resultado de patología positivo para Embarazo Ectópico Cornual. Por otro lado, se dio el caso de una paciente que registró dos ingresos por Embarazo Ectópico con manejo por laparotomía exploratoria en el periodo de estudio, ambos confirmados por Anatomía Patológica; el primero con un embarazo tubario derecho con manejo radical y el segundo en la trompa contralateral, en que se realizó salpingostomía. Para el estudio y análisis de datos se consideró como caso el segundo ingreso.

4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos se obtuvieron tomando como fuente las Historias Clínicas de la pacientes con la patología en estudio (Según el Libro de Registro de movimiento de pacientes de Gineco-obstetricia en contraste con el de Patología) y fueron vaciados en una ficha de recolección de datos (ver anexo) que tuvo formato único para todas las pacientes.

4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS:

Las fichas de recolección de datos fueron revisadas descartando aquellas no acordes con los criterios de inclusión y exclusión. Para el caso de las variables cualitativas sus valores fueron codificados con fines de facilitar su procesamiento, y tabulados utilizando el programa

Excel 2010 como gestor de datos. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el programa SPSS v.19.0. Para las variables cuantitativas de edad, hemoglobina preoperatoria, tiempo operatorio, y edad gestacional se determinaron medianas, promedio y desviación estándar; el análisis para el resto de variables fue por distribución de frecuencias.

CAPITULO V.

RESULTADOS

Tabla 1. INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO - HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 – 2012. DISTRIBUCIÓN POR AÑOS

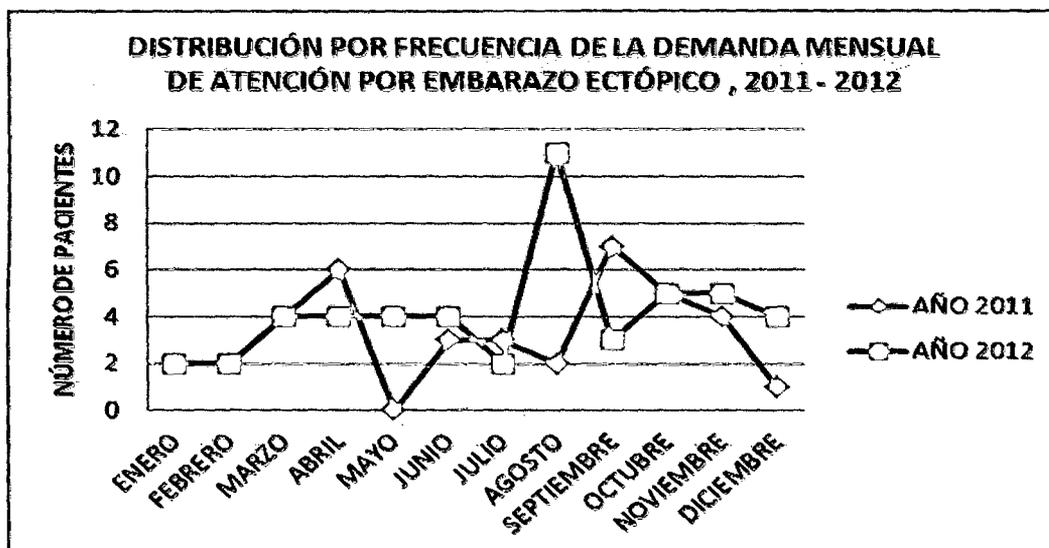
AÑO	Partos	Embarazo Ectópico	Incidencia Tasa x 1000
2011	3739	39	10.5
2012	3114	50	16.1
TOTAL	6853	89	12.9

Según la Tabla 1 entre el 2011 y 2012 se atendieron un total de 6853 partos y 89 Embarazos Ectópicos, lo que representa una incidencia de 12.9 por 1000 partos. Existió además un incremento comparativo en la incidencia anual en relación a un aumento en la frecuencia absoluta del Embarazo Ectópico como a un decremento en el número total de partos atendidos.

Tabla 2. DEMANDA MENSUAL DE ATENCIÓN POR EMBARAZO ECTÓPICO - HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 - 2012. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS.

MES	AÑO 2011	AÑO 2012	
ENERO	2	2	
FEBRERO	2	2	
MARZO	4	4	
ABRIL	6	4	
MAYO	0	4	
JUNIO	3	4	
JULIO	3	2	
AGOSTO	2	11	
SEPTIEMBRE	7	3	
OCTUBRE	5	5	
NOVIEMBRE	4	5	
DICIEMBRE	1	4	
TOTAL	39	50	89
	43.82%	56.18%	100%
Promedio mensual	4	3	3

Gráfico 1. DEMANDA MENSUAL DE ATENCIÓN POR EMBARAZO ECTÓPICO. HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 - 2012. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS.



La Tabla 2 y Gráfico 1 muestran una demanda de atención comparativa de Embarazo Ectópico mayor para el año 2012 respecto del inmediato Inferior, con un aumento en 11 del número total de casos del 2011, reflejado además por una aumento de 3 a 4 en el número promedio de atención mensual con una distribución relativamente uniforme para el año 2011 y que en el 2012 es seccionada por un pico de demanda de atención notable de 11 casos en el mes de Agosto.

Tabla 3: EMBARAZO ECTÓPICO. HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 - 2012. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN AÑO Y CONDUCTA TERAPÉUTICA.

CONDUCTA TERAPÉUTICA	AÑO 2011	AÑO 2012	PORCENTAJE
QUIRÚRGICA	38	49	97.37%
MÉDICO O EXPECTANTE	1	1	2.63%
TOTAL	39	50	100%

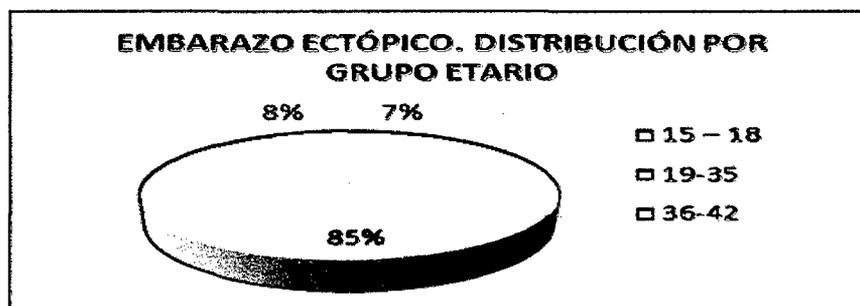
¶

La Tabla 3 muestra una dominancia casi total de la conducta quirúrgica sobre el Manejo Médico - Expectante (97.37% vs 2.63%) en el tratamiento del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Cajamarca. Sin embargo; muestra también que la terapéutica alternativa se tiene en cuenta, puesto que, para cada año hubo un caso en que se optó por un manejo distinto del quirúrgico.

Tabla 4. EMBARAZO ECTÓPICO CON MANEJO QUIRÚRGICO - HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 -2012. EDAD DE PRESENTACIÓN.

EDAD		FRECUENCIA SEGÚN EDAD	
Edad(años, media+/-DE)	27+/-6.1	INTERVALO (años)	
V.máx	42	15 – 18	5 7%
V.mín	15	19-35	65 86%
Mediana	27	36-42	6 8%
Cuartil 3	31.25	Total	76

Gráfico 2. EMBARAZO ECTÓPICO HRC, 2011- 2012. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO.



En la Tabla 4 se observa un promedio de edad de 27 años, con una mediana también de 27 años. Además, las pacientes que presentaron embarazo ectópico fueron gestantes que se encontraban en un periodo etario adecuado de reproductividad (86%), y que fuera de ello la distribución relativa por grupo etario es similar (7%: 15-18años, 8%:36-42 años) (Gráfico 3).

Tabla 5. EMBARAZO ECTÓPICO CON MANEJO QUIRÚRGICO- HRC, 2011 - 2012. DIAGNÓSTICO AL INGRESO. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS.

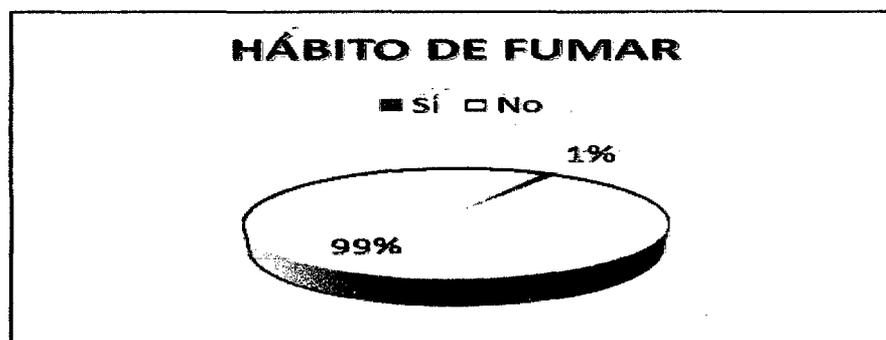
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embarazo Ectópico como diagnóstico específico.	45	59%
Abdomen agudo quirúrgico de causa Específica distinta de Embarazo Ectópico.	5	7%
Abdomen agudo quirúrgico de causa no específica.	9	12%
Diagnóstico sindrómico de etiología no específica.	15	20%
Patología médica de causa específica distinta de embarazo ectópico.	2	3%
Total	76	100%

La Tabla 5 muestra que más de la mitad de pacientes tuvieron un diagnóstico certero de Embarazo Ectópico a su ingreso al Hospital Regional Cajamarca (60%). Sin embargo; por lo menos en 10% de total no se consideró como posibilidad diagnóstica a la Gestación Ectópica (Abdomen agudo quirúrgico de causa específica distinta de embarazo ectópico, 7% y, Patología médica de causa específica distinta de embarazo ectópico, 3%).

Tabla 6. EMBARAZO ECTÓPICO - HÁBITO DE FUMAR. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS.

ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TABACO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	1.32%
No	75	98.78%
Total	76	100%

Gráfico 3. EMBARAZO ECTÓPICO CON MANEJO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA. 2011 – 2012. DISTRIBUCIÓN RELATIVA SEGÚN HÁBITO DE FUMAR.



Según la Tabla 6 y Gráfico 3 sólo una (1.32%) de las pacientes con Embarazo Ectópico presentó antecedente de consumo de tabaco.

Tabla 7. TIEMPO DE AMENORREA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES CON MANEJO QUIRÚRGICO. HRC, 2011 – 2012.

CARACTERÍSTICA	VALOR
Tiempo en semanas desde FUR al momento de diagnóstico (N°de semanas, media+/-DE)	7.3 +/- 2.3
V.máx	13 6/7
V.mín	4
Mediana	6 1/7
Cuartil 3	8

En la tabla 7 se puede observar que el promedio de tiempo de amenorrea, o su equivalente Edad Gestacional, al momento del Diagnóstico es de 7.3 semanas y la edad gestacional Máxima registrada fue de 13 6/7 semanas, teniendo por lo menos el 75% de las gestantes una Edad Gestacional entre 4 y 8 semanas.

Tabla 8. EMBARAZO ECTÓPICO CON MANEJO QUIRÚRGICO - HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 - 2012. CARACTERÍSTICAS GÍNECO – OBSTÉTRICAS.

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA		
Si	3	4%
No	73	96%
SEXARQUIA		
<=18 años	42	55%
>18 años	26	34%
Sin dato	8	11%
Nº PAREJAS SEXUALES		
1	47	62%
>=2	15	20%
Sin dato	14	18%
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
Hormonal Oral	5	7%
Hormonal Inyectable	8	11%
Anticoncepción Oral de Emergencia	3	4%
Bloque Tubario Bilateral	1	1%
Barrera	3	4%
Dispositivo Intrauterino	0	0%
Ninguno	45	59%
Sin dato	11	14%

ANTECEDENTE DE ABORTO Y/O LEGRADO

Si	14	18%
No	62	82%
Total	76	100%

ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR

Si	2	3%
No	74	97%
Total	76	100%

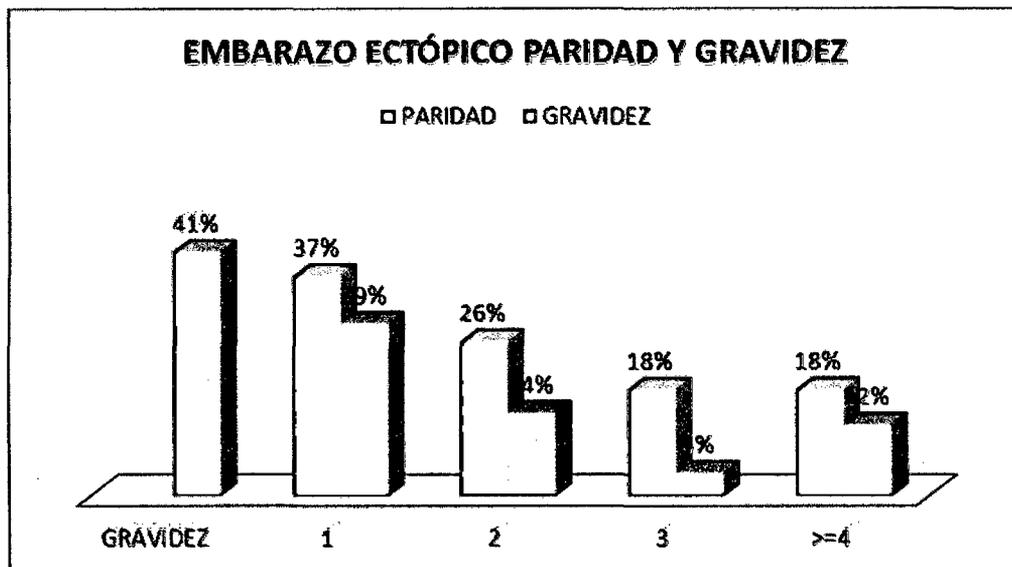
PARIDAD

0	31	41%
1	22	29%
2	11	14%
3	3	4%
>=4	9	12%
Total	76	100%

N° GESTACIÓN ACTUAL

1	28	37%
2	20	26%
3	14	18%
>=4	14	18%
Total	76	100%

Gráfico 4. EMBARAZO ECTÓPICO. HRC, 2011 – 2012 - GRAVIDEZ Y PARIDAD. DISTRIBUCIÓN RELATIVA.

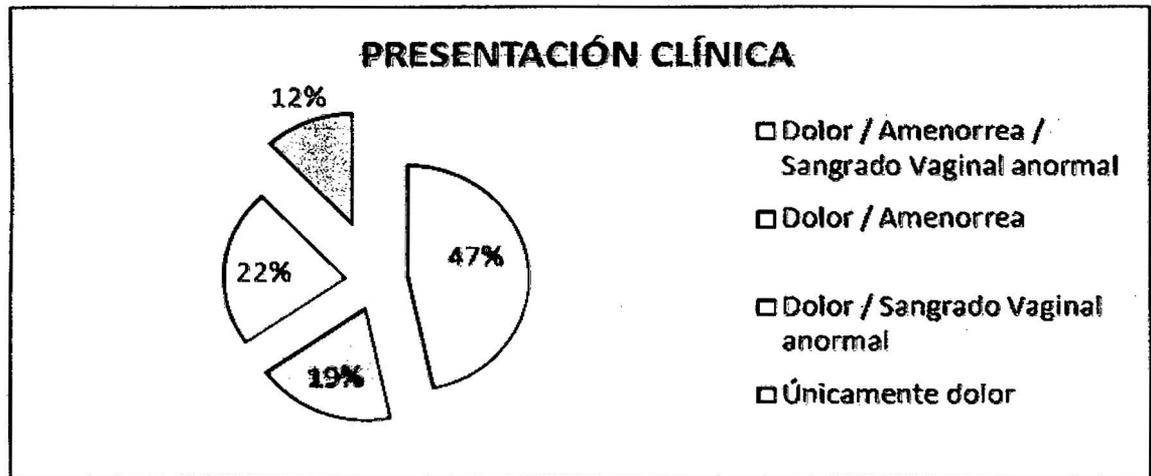


Según la Tabla 8 dentro del Perfil Gineco - obstétrico de las pacientes con una gestación ectópica, sólo en un muy reducido porcentaje de pacientes se halló el antecedente de Patología Inflamatoria Pélvica (4% del total), así como el de uso de métodos anticonceptivos (27%); la mayoría con sólo una pareja (62%), pero con un inicio temprano de su vida sexual activa (55%). La tabla también muestra que es poco frecuente encontrar el antecedente de aborto o gestación ectópica anterior dentro del historial de la paciente con Embarazo extrauterino (18% y 3% respectivamente). Pero sí que la mayoría de ellas son pacientes primigestas (37%) y nulíparas (41%) (Gráfico 4)

Tabla 9. EMBARAZO ECTÓPICO MANEJADO QUIRÚRGICAMENTE EN EL HRC, 2011 – 2012. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA SEGÚN SÍNTOMAS (ANAMNESIS).

SÍNTOMA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Dolor abdómino - pélvico	75	98.68%
Sangrado vaginal	53	69.64%
Amenorrea	49	64.67%
Otros Síntomas		
Omalgia	1	1.32%
Náuseas/ vómitos	23	30.26%
Síncope, mareo	7	9.21%
Cefalea	3	3.31%
Deposiciones líquidas	3	4%
Sintomatología Urinaria	2	2.35%
Palpitaciones	1	1.32%
COMBINACIÓN DE SÍNTOMAS		
Dolor / Amenorrea / Sangrado Vaginal anormal	35	46.05%
Dolor / Amenorrea	14	18.42%
Dolor / Sangrado Vaginal anormal	17	22.36%
Únicamente dolor	9	11.84%

Gráfico 5. EMBARAZO ECTÓPICO DE MANEJO QUIRÚRGICO - HRC. 2011 – 2012. PRESENTACIÓN CLÍNICA.



El dolor abdomino - pélvico, tal como se refiere en la Tabla 9, es el síntoma que casi todas las pacientes (98.68%) refieren hasta el momento del diagnóstico, con una distribución equivalente entre la manifestación de sangrado vaginal anormal y amenorrea (69.64% y 64.67% respectivamente) y es el único síntoma que refieren el 11.84% de las pacientes. Sin embargo; lo más característico es el relato de la presencia combinada de dolor abdomino pélvico, sangrado vaginal anormal y amenorrea (46.05%) (Gráfico 5). Síntomas inespecíficos como náusea / vómitos y mareos/ síncope se encontraron en 30.26% y 9.21% de ellas, respectivamente.

Tabla 10. EMBARAZO ECTÓPICO MANEJADO QUIRÚRGICAMENTE. HRC, 2011 – 2012. DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS: HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipersensibilidad abdominal	72	94.74%
Rebote	26	34.21%
Útero aumentado de Tamaño	24	31.58%
Hipersensibilidad anexial	15	19.74%
Masa anexial palpable	12	15.79%
Otros		
Palidez	10	13.16%
Puntos dolorosos	9	11.84%
Agitación psicomotriz	1	1.32%

Gráfico 6. EMBARAZO ECTÓPICO. DISTRIBUCIÓN RELATIVA SEGÚN HALLAZGOS FÍSICOS - HRC, 2011 – 2012.

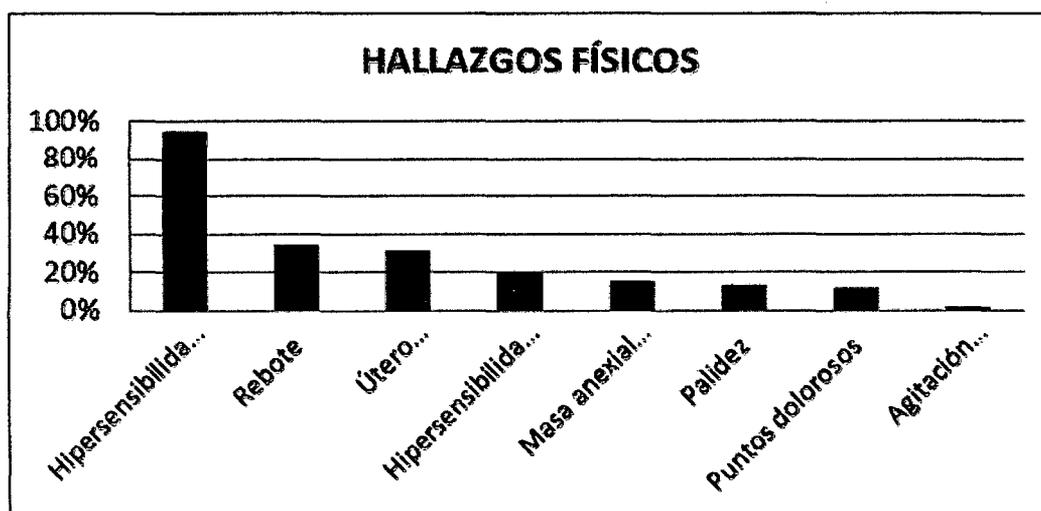


Tabla 11. EMBARAZO ECTÓPICO- HRC, 2011 - 2012. SIGNOS VITALES AL INGRESO.

CONSTANTES VITALES	CONDICIÓN	CASOS	PORCENTAJE
	60-89	62	82%
FRECUENCIA CARDIACA	90-100	4	5%
	>100	10	13%
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	< 90	9	12%
PRESIÓN ARTERIAL MEDIA	< 60	6	8%

Según se muestra en la Tabla 10 y el Gráfico 6, el hallazgo físico más frecuente fue la Hipersensibilidad abdominal (97.7%), seguido de reacción peritoneal (rebote) (34.1%), y de un tamaño uterino incrementado (31.58%). La presencia de masa o hipersensibilidad anexial se encontraron solamente en 15.79% y 19.7% respectivamente. Cabe señalar la frecuencia relativa (11.81%) con que se describe el hallazgo de puntos doloros a la exploración física; así como palidez (13.18%). En la tabla 11 se muestra una distribución de frecuencias según constantes vitales de la paciente a su ingreso, donde se observa que, 14% de ellas presentó taquicardia, 12% hipotensión y 8% incluso una Presión arterial media <60.

Tabla 12. EMBARAZO ECTÓPICO CON MANEJO QUIRÚRGICO - HRC, 2011 - 2012. MÉTODOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS.

TIPO DE MÉTODO	FRECUENCIA	%
ECOGRAFÍA	72	95%
β HCG CUANTITATIVA	15	20%
β hCG CUALITATIVA	36	47%
OTROS		4%
Culdocentesis	2	3%
Punción Abdominal	1	1%
Dosaje de Progesterona	1	1%

Gráfico 7. EMBARAZO ECTÓPICO. DISTRIBUCIÓN RELATIVA SEGÚN MÉTODO DIAGNÓSTICO.

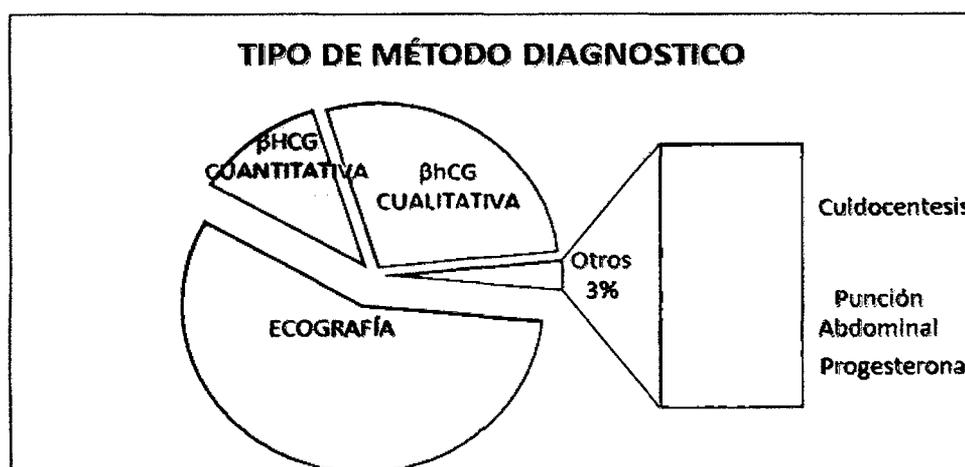


Tabla 13. EMBARAZO ECTÓPICO CON MANEJO QUIRÚRGICO - HRC, 2011 - 2012. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN USO DE MÉTODOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO.

CARACTERÍSTICA	n	FRECUENCIA RELATIVA
NINGÚN MÉTODO	3	3.95%
MÉTODO ÚNICO		36.84%
ECOGRAFÍA	27	35.53%
β hCG CUALITATIVA	1	1.32%
MÁS DE DOS MÉTODOS DE APOYO DIAGNÓSTICO		59.21
Ecografía + β hCG Cualitativa + β hCG Cuantitativa + Punción Abdominal	1	1.32%
Ecografía + β hCG Cualitativa + Culdocentesis	1	1.32%
Ecografía + β hCG Cualitativa + β hCG Cuantitativa	9	11.84%
Ecografía + β hCG cualitativa	27	35.53%
Ecografía + β hCG cuantitativa	5	6.58%
Ecografía + Culdocentesis	1	1.32%
Ecografía + Progesterona	1	1.32%

Tabla 14. EMBARAZO ECTÓPICO MANEJADO QUIRÚRGICAMENTE - HRC, 2010 - 2011. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS.

CARACTERISTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masa o Tumoración anexial	56	74%
Líquido libre en fondo de saco de Douglas	64	84%
Endometrio engrosado	9	12%
Feto o embrión ectópico, con actividad cardiaca	3	4%
Embrión ectópico sin actividad cardiaca	1	1%
Saco gestacional extrauterino	9	12%

En las Tablas 12, 13 y 14 se describen los métodos de apoyo al diagnóstico usados en las pacientes con embarazo ectópico, siendo la ecografía el que lidera la frecuencia de uso (95%), seguido por el uso de β hCG cualitativa (47%), β hCG cuantitativa (11%), culdocentesis 3%, punción abdominal (1.3%) y dosaje de progesterona (1.3%).(Tabla11 y Gráfico 7). Éstos, según la Tabla 12 en su mayoría, no se usan como solos, sino agrupados (59.2%), siendo la asociación más frecuente: ecografía + dosaje de β hCG cualitativa (35.5%), seguida de la asociación de ambos al dosaje de β hCG cuantitativa (11.84%), En la tabla 13 se describen los hallazgos ecográficos según frecuencias, siendo positivo el hallazgo de Líquido libre en Fondo de saco de Douglas en 84% de las pacientes, equivalente a la descripción de masa o tumoración anexial (74%); otros son: Endometrio engrosado (12%), saco gestacional extrauterino(125), actividad cardiaca fetal (4)y embrión inactivo (1%).

Tabla 15. HEMATOCRITO PREOPERATORIO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 - 2012

PROMEDIO		DISTRIBUCIÓN POR INTERVALO		
CARACTERÍSTICA	VALOR	INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hematocrito (media+/-DE)	35 +/- 7.18	<21%	4	5%
V.máx	47	22 - 27%	4	5%
V.mín	11	28- 33 %	14	18%
Mediana	37	>33%	51	67%

La Tabla 14 muestra que el valor de hematocrito antes de la cirugía varió entre el 11 al 47%, teniendo en cuenta al 100% de pacientes, siendo su valor promedio de 35 + /-7.18 y, según su distribución por intervalos se observa que la mayoría de las pacientes tenían un Hto >33 (Hb>11mg/dl) a su ingreso a Centro Quirúrgico, pero hasta la tercera parte del total se presentó Anemia (si se quiere definir así), siendo ésta severa en el 5% de los casos (Hto<21%).

Tabla 16. EMBARAZO ECTÓPICO - HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011 -2012. CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS: GENERALIDADES.

TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LAPAROSCOPIA	4	5%
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	72	95%
TIEMPO OPERATORIO		
CARACTERISTICA	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	LAPAROSCOPIA
Tiempo Operatorio (minutos, media+/- DE)	58.2 +/- 20.57	105 +/- 12.9
V.máx	130	120
V.mín	25	90
Mediana	55	105
Percentil 75	75	

La Tabla 16 muestra la distribución de frecuencias según tipo de intervención quirúrgica; siendo ésta del 95% para la laparotomía exploratoria, frente al 5% de pacientes en que se realizó laparoscopia. El tiempo operatorio promedio para la primera fue de 58. 2 minutos frente a 105 minutos para laparoscopia. El rango de variación fue mayor para la laparotomía exploratoria con un intervalo de 25 a 130 minutos vs 90 a120 minutos de la cirugía por laparoscopia.

Tabla 17. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN HALLAZGO INTRAOPERATORIO - HRC, 2011-2012: LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO, HEMOPERITONEO.

HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS		
LOCALIZACIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE DEL TOTAL
TUBARIA	76	100%
Ampular	27	36%
Itsmo	1	1%
Fimbria	6	8%
Cornual	0	0%
No especificado	42	55%
EXTRATUBARIA	0	0%
LADO AFECTO		
Izquierdo	33	43%
Derecho	43	57%
Total	76	100%
HEMOPERITONEO		
INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No hemoperitoneo	3	4%
Leve (<250cc)	19	25%
Moderado: (250-500cc)	19	25%
Severo: (>500cc)	35	46%
TOTAL	76	100%

Gráfico 8. EMBARAZO ECTÓPICO. DISTRIBUCIÓN RELATIVA SEGÚN SITIO DE LOCALIZACIÓN TUBARIA.

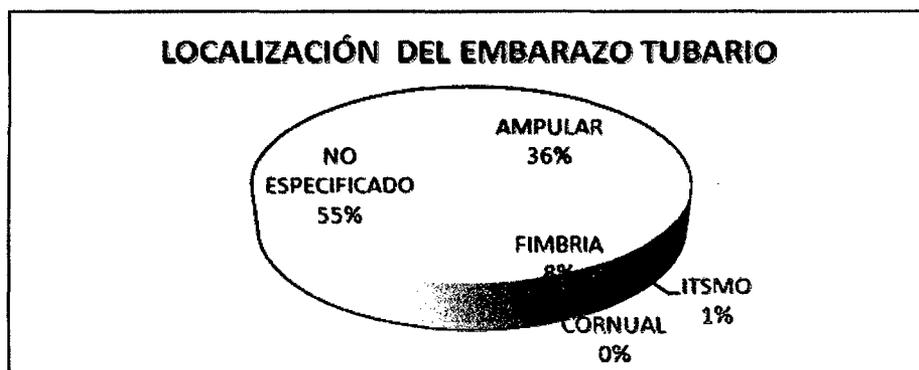
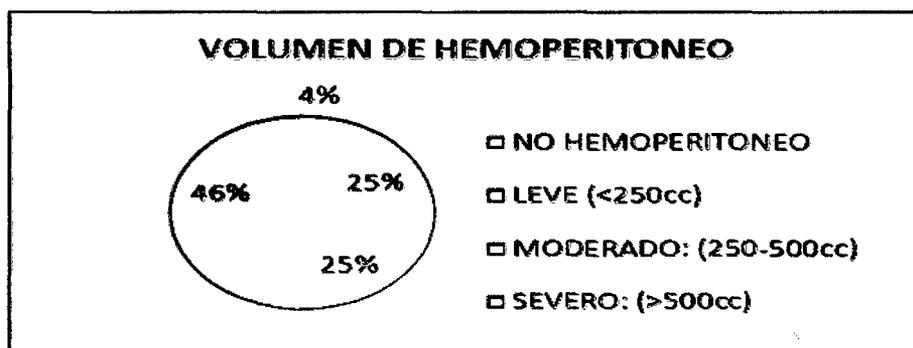


Gráfico 9. EMBARAZO ECTÓPICO. DISTRIBUCIÓN RELATIVA SEGÚN VOLUMEN DE HEMOPERITONEO.



En la Tabla 17 se observa que 100% de las gestaciones ectópicas fueron tubarias, en 55% de las cuales, no se precisó sitio anatómico y, entre lo especificado la ubicación predominante fue la ampular (36%) (Gráfico 8). El lado afecto predominante fue el derecho (57%). No se encontró Hemoperitoneo, no hubo tal en 3 casos (4%), y en 71% fue de moderado a severo (Gráfico 9).

Tabla 18. EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA, 2011-2012. CONDUCTA QUIRÚRGICA: DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS.

TIPO DE CIRUGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SALPINGECTOMIA	62	82%
Derecha	35	46%
Izquierda	26	34%
Bilateral	1	1%
SALPINGOSTOMIA	6	8%
Derecha	4	5%
Izquierda	2	3%
FIMBRECTOMIA	4	5%
Derecha	1	1%
Izquierda	2	3%
Bilateral	1	1%
EXPRESIÓN TUBARIA	2	3%
Derecha	0	0%
Izquierda	2	3%
ANEXECTOMIA	2	3%
Derecha	2	3%
Izquierda	0	0%

Según lo observado en la Tabla 18 la salpingectomía fue la conducta adoptada con más frecuencia (82%) y fueron unilaterales casi todas (81%).

CAPITULO VI.

DISCUSION

Las mujeres sometidas a manejo quirúrgico por Embarazo Ectópico (EE) en el Hospital Regional Cajamarca, que representan la casi totalidad de pacientes tratadas por esa patología, muestran características obstétricas, clínicas y quirúrgicas semejantes y al mismo tiempo distintivas, dentro de lo ya descrito para el EE en reportes nacionales e internaciones. Así por ejemplo, el promedio de edad encontrado en el presente estudio, que es de 27 años, es concordante con los hallazgos descritos en otros estudios nacionales ^(6) 12) y los hechos por Cejudo et al⁽¹¹⁾ .Pero resulta distinto de lo que reportan los estudios internacionales descritos en la bibliografía actual, ya que, en el presente estudio las pacientes fueron en su mayoría mujeres jóvenes según muestra su análisis por intervalos y el percentil 75, que muestra que, por lo menos las $\frac{3}{4}$ partes de las ellas son menores de 32 años; mientras que la teoría menciona como factor de riesgo a la edad avanzada⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾.

Respecto al hábito de fumar, éste no fue característico de las pacientes de nuestra población ya que sólo en 1 paciente (1.32%) se encontró tal antecedente, lo que resulta en una prevalencia mucho menor de lo encontrado por Yglesias E. ⁽¹²⁾ y difiere además del estudio sobre factores de riesgo hecho en Francia ⁽⁸⁾, donde demuestra ser uno de los principales asociados; tal como también es descrito en la literatura^{(1)(2) (3)} .

En torno al perfil obstétrico cabe señalar que más de la mitad de pacientes presentaron dato positivo para inicio temprano de relaciones sexuales lo que es concordante con lo reportado por Yglesias ⁽¹²⁾ y que resulta ser además un factor de riesgo ya descrito ⁽¹⁾, sin embargo el modelo de este estudio no permite conocer si ésta característica es propiedad de éstas pacientes o si es un hecho común a la gran mayoría de gestantes, por lo que no se puede afirmar que sea un factor de riesgo, más sí una característica importante. Discordante con lo descrito en los antecedentes ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾ es el hallazgo de antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria que en el presente estudio fue de sólo el 4%, probablemente debido a que se consideró el antecedente como positivo si se encontraba referido como tal en la historia clínica, sin embargo pueda ser que la ausencia de este dato no refleje una ausencia del antecedente; hecho que no se puede determinar dado el diseño retrospectivo del presente estudio . Una característica predominante dentro del perfil obstétrico es el hallazgo de que la mayoría de las mujeres eran nulíparas (81%) y que la gestación ectópica en los 9/10 de ellas resultó ser la primera, este hallazgo no es uniforme según lo descrito en otros estudios puesto que para algunos ⁽⁶⁾ era predominante en mujeres multiparas mientras que otro estudio proporcionó resultados concordantes con el realizado ⁽¹²⁾. Otras características descritas son: 1. antecedente de aborto y /o legrado (18%), similar lo encontrado por De la Cruz y Cabrera et al ⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾; 2. Embarazo ectópico anterior (3%), con una frecuencia relativa menor a lo encontrado por otros autores ⁽⁶⁾⁽¹²⁾ y 3. No uso de métodos anticonceptivos (MAC) (59%) igual a lo descrito por Cabrera et al e Yglesias⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾; en nuestro estudio sólo 27% de las pacientes tuvieron antecedente de uso de MAC, siendo el hormonal inyectable (11%) el

método más usado. Ninguna paciente tuvo antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino (DIU) (que ha sido reconocido por ser el factor de riesgo por falla de método más frecuente cuando se produce una Gestación Ectópica). Hay que resaltar que una paciente tenía antecedente esterilización quirúrgica bilateral y 3 de consumo de anticoncepción oral de emergencia (AOE) periconcepcional.

El tiempo promedio de amenorrea encontrado (7.3 semanas) concuerda con las observaciones de otros autores en estudios nacionales ⁽⁹⁾⁽¹²⁾.

Respecto de las características clínicas; en este estudio se encontró como predominante la presentación clásica de dolor abdomino – pélvico, amenorrea y sangrado vaginal anormal. Siendo además el dolor, el síntoma referido con más frecuencia y dentro de los hallazgos físicos la hipersensibilidad abdominal. Lo encontrado es concordante con lo ampliamente descrito en la literatura ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾. Sin embargo; hay que señalar que, la descripción de masa anexial palpable sólo se encontró en el 15% de las pacientes, dato que se sugiere tener en cuenta al momento de determinar un diagnóstico cuando se tiene una paciente con los síntomas señalados. Así mismo cabe resaltar la frecuencia con que se describe la presencia de Síncope (9.1%), que podría ser de origen vasogénico consecuencia de la hipovolemia o neurogénico como respuesta al dolor agudo, y cefalea (5%), que podría indicar hipoperfusión cerebral. Esto, aunado al hecho de que un 8% de las pacientes llegó con una presión arterial media menor de 60 (límite inferior por sobre el cual estaría asegurado un funcionamiento correcto de órganos blanco) y al dato que muestra que un 10% de las pacientes tuvieron un

hematocrito menor de 27, nos permite darnos cuenta de la importancia que tiene el conocer esta patología por el daño inminente al que se puede llegar sin un tratamiento oportuno.

Uso de métodos diagnósticos: predominó el uso del ultrasonido (95%), siendo incluso el único método para 35% de los casos. Dentro de los hallazgos ecográficos los más frecuentes fueron la descripción de líquido libre en Fondo de saco de Douglas (84%) y masa anexial (74%), resultados concordantes a los hallazgos de otros estudios ⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹²⁾.

Terapéutica. Se encontró que el tipo de manejo en general con que se trata a una paciente con gestación ectópica en nuestro contexto es quirúrgico, al igual que en otros lugares, donde también es predominante ⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. Y, entre las opciones quirúrgicas, la modalidad mandatoria (95%) fue la laparotomía exploratoria, procedimiento de duración variable según lo descrito en la tabla 14 (los motivos de esa variación no son objeto de esta investigación); comparativamente la laparoscopia tiene una duración operatoria uniforme, probablemente menos dependiente de factores externos o de la situación hemodinámica de la paciente. Dentro de la conducta quirúrgica adoptada se encontró que la salpingectomía unilateral fue la más frecuente (81%). 100% de los casos tuvieron localización tubaria en 55% de lo cuales no se precisó situación anatómica; sin embargo dentro de los sí especificados la localización ampular fue la más frecuente (36%). Todos estos hallazgos son concordantes con los de otros estudios ^{(6) (12)}. No existe relevancia en cuanto al lado afectado con más frecuencia, así mientras

que Iglesias reportó predominio del lado derecho, De la Cruz, lo encontró del izquierdo ⁽⁶⁾⁽¹²⁾; y en este estudio se halló predominio del lado derecho. El volumen de hemoperitoneo encontrado fue en la mayoría de los casos >500 cc (46%), lo que podría justificar el hecho de realización de cirugía radical en la mayoría de casos, y que a insta de nuevo a considerar al embarazo ectópico como una emergencia médica.

CONCLUSIONES

La paciente con una gestación ectópica es una mujer nulípara, con un promedio de edad de 27 años e historia de inicio precoz de su vida sexual activa (≤ 18).

La presentación clínica característica es el dolor abdomino pélvico más retraso menstrual (promedio de 7 semanas) y sangrado vaginal anormal.

Los métodos de apoyo al diagnóstico usados fueron: Ecografía, BhCG cualitativa, BhCG cuantitativa, culdocentesis, punción abdominal y dosaje de progesterona

Los hallazgos ecográficos fueron: Hemoperitoneo, masa anexial, endometrio engrosado, saco gestacional y feto o embrión con o sin actividad cardíaca.

La modalidad de intervención más frecuente fue la laparotomía exploratoria con predominio de la salpingectomía unilateral y la conducta quirúrgica predominante la salpingectomía unilateral.

La localización predominante fue la tubaria derecha y dentro de lo especificado su segmento ampular.

El valor de hematocrito preoperatorio estuvo comprendido entre 11 y 47%.

RECOMENDACIONES:

Vigilar el completo y correcto llenado de las Historias Clínicas y reporte operatorio, por constituir éstos valiosas fuentes de información para cualquier patología en estudio tanto en beneficio del paciente a quien corresponda como para la realización de trabajos de investigación.

En lo posible, enviar toda muestra quirúrgica obtenida para su análisis Anátomo patológico correspondiente, e insistir en el mismo, con fines de confirmar hallazgos. Y ampliar la descripción de estos últimos.

Se recomienda asimismo la realización de un estudio prospectivo con miras a la identificación minuciosa de factores de riesgo presentes, con fines de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23rd ed. Madrid: Mc Graw Hill ; 2010.p238 - 254.
2. Tulandi T. Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. Update [en línea] 2012 May 01 [Fecha de acceso 20 de octubre del 2012]. URL disponible en: [http://www.uptodate.com/ contents/ incidence risk-factors - and-pathology-of-ectopic-pregnancy](http://www.uptodate.com/contents/incidence-risk-factors-and-pathology-of-ectopic-pregnancy)
3. Marion L, Meeks G. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2012; 55(2): 376-386.
4. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología [en línea] 2011 Mar [citado 26 Enero 2012]; 37(1): 84-99. Disponible en: <http://scielo.sld. cu/scielo. php?script=sciarttext &pid=S0138-600X201 1 00 0100 010 & lng= es>
5. Givens V, Lipscomb H. Diagnosis of Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2012; 55(2):387-394.
6. De la Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto materno perinatal Enero - Diciembre 2001. Programa Cybertesis Perú [en línea] 2002[citado 17 Julio 2012]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm. edupe/bi bvirtua l/Tes is/ Salud/Cruz P. G/cap6.htm>
7. Romero K, Herrera C, Rojas N, Romero L, Iribarren C. Embarazo Ectópico. Estudio en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Rev. Ginecología y Obstetricia [en línea] 2002[citado 17 Julio 2012]; 48:41-44. Disponible en: <http://sisbib.unmsmedu pe/bvrevi s ta s/ gin ecologi a Vol48 n1/contenido.htm>

8. Bouyer J, Coste J, Shojaei T y cols. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France. Am J Epidemiol [en línea] 2003 Feb 1 [citado 17 Julio 2012]; 157(3):185-94. Disponible en:<http://aje.oxfordjournals.org/content/157/3/185.long>.
9. Lugio J, Diaz I, Caceres E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. Rev. Médica Herediana [en línea] ene./mar. 2005 [citado 17 Julio 2012]; 16(1):26-30. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2005000100005&script=sciarttext>
10. Cabrera I, Perales I, Romero G. Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico: Hospital Base De Los Ángeles. Rev. Chil. Obstet Ginecol [en línea] 2002 [citado 17 Julio 2012];75(2):96-100. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art04.pdf>
11. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. Factores de riesgo del embarazo ectópico. Medigraphic [en línea] Mayo-Agosto 2009 [citado 17 Julio 2012];1(2):85-89. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/im/imi/2009/imi092h.pdf>
12. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev. Perú epidemiología [en línea] 3 Dic. 2011 [citado 17 Julio 2012]; 15(3):1-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=203122771009>

13. Tulandi T. Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. Update [serial on internet]. 2012 Nov 2 [Fecha de acceso 20 de noviembre del 2012]. URL disponible en: http://www.Uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-management-of-ectopic-pregnancy?source=search_result&search=ectopic+pregnancy&selectedTitle=1~150
14. Casikar I, Reid S, Condous G. Ectopic Pregnancy: Ultrasound Diagnosis in Modern Management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012; 55(2):402-409.
15. Visconti k, Zite N. β hCG in Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012; 55(2):410-417.
16. Mehta T. Ultrasonography of pregnancy of unknown location. Update [en línea] 2012 Feb 17 [Fecha de acceso 18 de octubre del 2012]. URL disponible en: http://www.uptodate.com/contents/ultrasonography-of-pregnancy-of-unknown-location?source=search_result&search=ectopic+pregnancy&selectedTitle=10~150
17. Tulandi T. Expectant management of ectopic pregnancy. Update [en línea] 2012 Jul 17 [Fecha de acceso 20 de octubre del 2012]. URL disponible en: http://www.uptodate.com/contents/expectant-management-of-ectopic-pregnancy?source=search_result&search=ectopic+pregnancy&selectedTitle=5~150
18. Stika C. Methotrexate: The Pharmacology Behind Medical Treatment for Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2012; 55(2):433-439.

19. Tulandi T. Methotrexate treatment of tubal and interstitial ectopic pregnancy. Update [en línea] 2012 August 7 [Fecha de acceso 20 de octubre del 2012]. URL disponible en: http://www.uptodate.com/contents/methotrexate-treatment-of-tubal-and-interstitial-ectopic-pregnancy?source=search_result&search=ectopic+pregnancy&selectedTitle=2~150
20. Lipscomb G. Medical Management of Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2012; 55(2):424-432.
21. Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy and prognosis for subsequent fertility. Update [en línea] 2012 July 17 [Fecha de acceso 20 de octubre del 2012]. URL disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-ectopic-pregnancy-and-prognosis-for-subsequentfertility?source=searchresult&search=ectopic+pregnancy&selectedTitle=4~150>
22. Stock I, Milad M. Surgical Management of Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology. 2012; 55(2):448-454.
23. Hajenius PJ, Mol F, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Veen F. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º:CD000324. DOI: 10.1002/14651858.CD000324.pub2.
24. Red Latinoamericana de Reproducción Asistida em 2010. Organización Mundial de la Salud 2010. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida.2010. Disponible en: www.who.int/entity/reproductive_health/publications/infertility/art_terminology_es.pdf.

ANEXOS

ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° HC:.....

1. RECIBIÓ TATAMENTO QUIRÚRGICO:

SI NO

2. CUENTA CON RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO NEGATIVO PARA EMBARAZO ECTOPICO.

SI NO

3. EDAD:

4. DIAGNÓSTICO DE INGRESO AL HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA:

1. Embarazo Ectópico.
2. Abdomen agudo quirúrgico con causa específica distinta de Embarazo Ectópico.
3. Abdomen agudo quirúrgico sin causa específica o por determinar.
4. Diagnóstico Sindrómico de causa no específica o a determinar.
5. Patología médica de causa específica distinta de EE.

5. CONSUMO DE TABACO: SI NO

6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

6.1. Edad de inicio de relaciones sexuales: Dato habido Sin dato

≤ 18 años > 18 años

6.2. Número de Parejas Sexuales: Dato habido Sin Dato
01 ≥2

6.3. Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria:
SI NO

6.4. Antecedente de Aborto y/o Legrado:
SI NO

6.5. Antecedente de Embarazo Ectópico Anterior:
SI NO

6.6. Uso de Métodos Anticonceptivos: Dato habido Sin Dato

Hormonal Oral	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hormonal Inyectable	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AOE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
DIU	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Esterilización Quirúrgica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros:

6.7. Paridad: 0 1 2 3 ≥4

7. ANTECEDENTE DE CIRUGIA ABDOMINOPELVICA: SI NO

Cesárea	<input type="checkbox"/>	Esterilización Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	Cirugía anexial	<input type="checkbox"/>
Apendicetomía	<input type="checkbox"/>	Otra pélvica	<input type="checkbox"/>	Otra abdominal	<input type="checkbox"/>

8. NÚMERO DE GESTACIÓN A LA QUE CORRESPONDE
LA GESTACION ECTÓPICA ACTUAL.....

9. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO:.....

10. USO DE MÉTODO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO:

SI NO

10.1. Ultrasonografía: SI NO

Hallazgos Ecográficos:

- Masa o tumoración anexial: SI NO
- Líquido Libre: SI NO
- Saco gestacional ectópico, embrión o feto. SI NO
- Presencia de actividad cardiaca SI NO
- Otros:.....

10.2. BhCG Cuantitativa: SI NO

10.3. BhCG Cuatitativa: SI NO

10.4. Culdocentesis: SI NO

10.5. Punción Abdominal: SI NO

11. Características Clínicas (Hallazgos físicos hasta el momento del diagnóstico):

11.1. Hipersensibilidad abdominal- pélvica: SI NO

11.2. Sangrado Vaginal SI NO

11.3. Masa Anexial Palpable: SI NO

11.4. Hipersensibilidad en anexo SI NO

11.5. Dolor a la movilización cervical SI NO

11.6. Cambios Uterinos SI NO

11.7. Taquicardia SI NO

11.8. Hipotensión SI NO

11.9. Signos de Irritación peritoneal(Rebote): SI NO

11.10. Puntos dolorosos: SI NO

11.11. Otros:.....

12. Características Clínicas(Síntomas referidos hasta el momento del diagnóstico):

12.1. Referencia de Dolor Abdominal / pélvico: SI NO

12.2. Retraso Menstrual SI NO

12.3. Sangrado Vaginal anormal SI NO

12.4. Dolor irradiado a Hombro SI NO

12.5. Vómitos con o sin nausea: SI NO

12.6. Síncope, mareo SI NO

12.7. Otros:

13. Hematocrito Preoperatorio:-----

14. Características quirúrgicas:

a. Tipo de Intervención: Laparoscopia Laparotomía

b. Tiempo Operatorio:

Localización Anatómica: Derecha Izquierda

Tubárica Ovárica Abdominal Cervical

c. Coexistencia con Embarazo Eutópico: SI NO

d. Localización Tubarica:

Ampular Fimbria Ítmo Cornual/intersticial N/E

e. Hallazgos Intraoperatorios:

Hemoperitoneo: SI NO

<250cc 250-500cc >500cc N/E

f. Conducta quirúrgica:

Salpingectomía:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Salpingostomía:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Anexectomía:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Fimbrectomía:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Extrusión:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Ooforectomía:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>
Resección en Cuña:	Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>

Otro:.....