

tecedente de un aborto anterior, y del 51% en las que no tuvieron ningún aborto previo.

7.- La edad de gestación en semanas menstruales, al tiempo en que terminó el embarazo y que dio con mayor frecuencia osciló entre 6 a 8 semanas.

8.- Las medidas diagnósticas complementarias más usadas fueron: la culdocentesis y la ecografía.

9.- Se encontró con mayor frecuencia embarazo ectópico roto que organizado.

10.- La localización anatomopatológica más frecuente fue la tubárica; siguiendo en frecuencia la ampular y la ovárica, siendo la menos frecuente la abdominal.

11.- El abdomen agudo y aborto incompleto fueron los diagnósticos erróneos más frecuentes a la Admisión.

12.- El dolor abdominal, fue el síntoma más frecuente.

13.- Del porcentaje de pacientes ingresadas con pronóstico grave, no hubo mortalidad materna.

14.- La recidiva con otro embarazo ectópico fue baja.

RESUMEN

Se estudiaron 396 pacientes, desde 1985 a 1990, agrupándolas de acuerdo a la edad, estado civil, estrato socio-económico, antecedentes de gestación, paridad, cesárea y abortos, semanas de gestación, localización, diagnóstico provisional de ingreso, sintomatología, complicaciones: a la admisión, primarias principales, secundarias y forma de culminación.

Se obtuvo porcentajes de la realización de laparotomía culdocentesis, ecografía, paracentesis, laparoscopia, embarazo ectópico roto y organizado, recidiva de embarazo ectópico, pronóstico, shock hipovolémico y DIU, en comparación con el total de casos de embarazo ectópico ingresados en dicho período.

EDAD: El 31% de embarazos ectópicos ingresados se presentó en pacientes comprendidas entre los 25 y 29 años de edad.

ESTADO CIVIL: El 83% perteneció a las pacientes de Estado Civil solteras y el 17% a las casadas.

ESTRATO SOCIO-ECONOMICO: El 77% de las pacientes estudiadas pertenecen al estrato socio-económico bajo y el 23% al estrato medio.

ANTECEDENTES DE GESTACION: El 25% no tuvieron gestación previa, 17% un embarazo anterior, 18% dos embarazos previos, 15% tres embarazos anteriores y 10% multigestas.

ANTECEDENTES DE PARIDAD: 30% fueron nulíparas, 18% un parto previo, 15% dos y tres partos previos, 8% cuatro partos anteriores y 15% más de cuatro partos previos.

ANTECEDENTES DE CESAREA: 83% no tuvieron antecedentes 10% una cesárea previa, 4% dos cesáreas y el 3% tres cesáreas anteriores.

ANTECEDENTES DE ABORTOS: 51% no tuvieron abortos, 29% un aborto previo, 12% dos abortos previos, 6% tres abortos, 1% cuatro abortos y el 2% más de cuatro abortos previos.

SEMANAS DE GESTACION: el 44% de las gestaciones evolucionó hasta las 5 semanas 52% hasta las 8 semanas, 3% hasta las 11 semanas y el 2% llegó hasta las 14 semanas de gestación.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: Al 73% de las pacientes estudiadas se les realizó laparotomía exploradora.

CULDOCENTESIS: De las 179 culdocentesis realizadas, el 78% fueron positivas y 10% negativas.

ECOSONOGRAFIA: Al 30% de las pacientes ingresadas se les practicó este método.

LAPAROSCOPIA: Del total de ingresos al 8% se les realizó laparos-

EDAD: El 31% de embarazos ectópicos ingresados se presentó en pacientes comprendidas entre los 25 y 29 años de edad.

ESTADO CIVIL: El 83% perteneció a las pacientes de Estado Civil solteras y el 17% a las casadas.

ESTRATO SOCIO-ECONOMICO: El 77% de las pacientes estudiadas pertenecen al estrato socio-económico bajo y el 23% al estrato medio.

ANTECEDENTES DE GESTACION: El 25% no tuvieron gestación previa, 17% un embarazo anterior, 18% dos embarazos previos, 15% tres embarazos anteriores y 10% multigestas.

ANTECEDENTES DE PARIDAD: 30% fueron nulíparas, 18% un parto previo, 15% dos y tres partos previos, 8% cuatro partos anteriores y 15% más de cuatro partos previos.

ANTECEDENTES DE CESAREA: 83% no tuvieron antecedentes 10% una cesárea previa, 4% dos cesáreas y el 3% tres cesáreas anteriores.

ANTECEDENTES DE ABORTOS: 51% no tuvieron abortos, 29% un aborto previo, 12% dos abortos previos, 6% tres abortos, 1% cuatro abortos y el 2% más de cuatro abortos previos.

SEMANAS DE GESTACION: el 44% de las gestaciones evolucionó hasta las 5 semanas 52% hasta las 8 semanas, 3% hasta las 11 semanas y el 2% llegó hasta las 14 semanas de gestación.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: Al 73% de las pacientes estudiadas se les realizó laparotomía exploradora.

CULDOCENTESIS: De las 179 culdocentesis realizadas, el 78% fueron positivas y 10% negativas.

ECOSONOGRAFIA: Al 30% de las pacientes ingresadas se les practicó este método.

LAPAROSCOPIA: Del total de ingresos al 8% se les realizó laparos-

copía.

PARACENTESIS: De las 59 paracentesis realizadas, 97% fueron positivas y 3% negativas.

EMBARAZO ECTOPICO ROTO: El 53% de los embarazos ectópicos fue roto y el 22% fue organizado.

LOCALIZACION ANATOMOPATOLOGICA: 81% en trompa de Falopio, 13% en ampolla, 3% en ovario, 2% en istmo, 1 en fimbria y 0.27 en abdomen.

DIAGNOSTICO DE INGRESO: 27% Embarazo ectópico, 18% abdomen agudo, 17% aborto incompleto y quiste de ovario, 7% perforación uterina y aborto en curso, 4% amenaza de aborto y 3% absceso tubo-ovárico.

SINTOMATOLOGIA: 50% dolor abdominal, 23% dolor y metrorragia, 13% metrorragia, 10% dolor y amenorrea, 2% dolor, metrorragia y amenorrea y el 1% de las pacientes ingresadas presentó amenorrea.

SHOCK: El 9% de las pacientes estudiadas presentó shock hipovolémico.

PRONOSTICO: El 4% tuvo pronóstico grave y el 96% no grave.

COMPLICACIONES A LA ADMISION: 51% presentó pérdida sanguínea, 20% anemia, 13% quiste de ovario, 6% IVU, 5% shock, 2% laceración cervical y 1% de las pacientes presentó EIP, pielonefritis y epilepsia.

COMPLICACIONES PRIMARIAS PRINCIPALES: 35% pérdida sanguínea, 20% infección tratada con antibióticos, 17% anemia, 10% shock, 8% perforación uterina, 5% salpingitis y el 2% IVU, asma e hiperplasia endometrial.

COMPLICACIONES SECUNDARIAS: 85% infección tratada con antibióticos, 11% pérdida sanguínea y el 4% presentó anemia.

DIU: El 8% de las pacientes ingresadas tuvo la presencia del DIU.

RECIDIVA DE EMBARAZO ECTOPICO: El 2% de las pacientes presentó recidiva de embarazo ectópico.

CULMINACION: 32% salpingectomía total derecha, 31% salpingectomía total izquierda, 65 salpingectomía total bilateral, 12% anexectomía, 6% laparotomía exploradora, 4% histerectomía abdominal, salpingooforectomía, 3% resección en cuña de ovario y el 2% se les realizó liberación de adherencias.

RECOMENDACIONES

1.- Se debe realizar una adecuada vigilancia prenatal, evaluándose a las pacientes con antecedentes de abortos previos, procesos sépticos y más importante aún en aquellas con factores de riesgo reconocidos de embarazo ectópico.

2.- Precisan mejoría: concientización tanto entre mujeres, como en profesionales de la salud, para ajustar el grado de sospecha de embarazo ectópico.

3.- Debe tener primordial importancia, para la paciente y el médico, realizar con la mayor prontitud, la identificación y el tratamiento de esta patología, y actuar con el máximo de seguridad para la paciente.

4.- Aunque la mortalidad en nuestra casuística fue nula y de que el número de casos mortales por embarazo ectópico, ha disminuído en tiempos recientes, nunca se insistirá lo suficiente en que el diagnóstico y el tratamiento deben ser más expeditos, más aún, cuando se disponen de los instrumentos básicos para lograr esto.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MAKINEN, J.Y.- 1989 - Abdominal pregnancy: current concepts of management. Obstet. Gynecol 71, No. 4; 549.
- 2.- MORRISON, J.C.- 1988 - Increase of ectopic pregnancy in Finland combination of time and cohort effects. Obstet. Gynecol 73 No. 21.
- 3.- MATTHEWS, C.P.- 1986 - Serum progesterone levels as an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol. 68, No. 3; 390.
- 4.- RUSSEL, L.J.- 1979 - Special Gynecologic Diseases.- Ectopic Pregnancy 4: 1201-1207.
- 5.- BRITISH MEDICAL J.- 1975 - Ovarian Ectopic Pregnancy with IUD.
- 6.- RYAN, G.- 1988 - Causas ginecológicas del cuadro abdominal agudo.- Clínicas quirúrgicas de Norte-América. Vol. 2.
- 7.- KLEIN, L.- 1989 - Embarazo Ectópico.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.- vol. 1
- 8.- HALPIN L.M. 1970 - Ectopic Pregnancy: The problem of diagnosis.- OBSTET. Gynecol. 106: 227.
- 9.- BENZEGRY, E.- 1975 - Abdomen Agudo Ginecológico.- Editorial Médica Panamericana S.A.
- 10.- SABBAGE, R.E.- 1977 - Ultrasonido en Obstetricia.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.

EMBARAZO ECTOPICO

DIAGRAMA 1

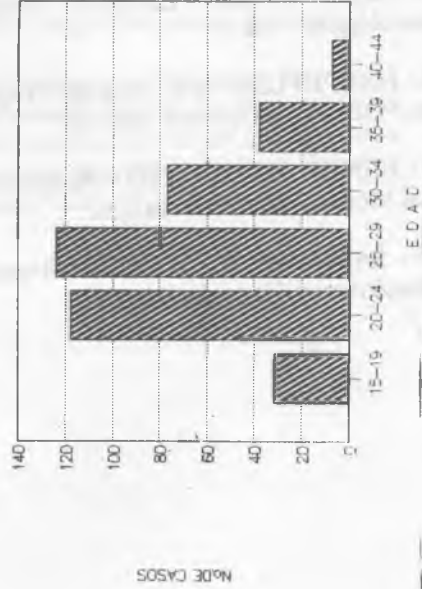


DIAGRAMA No. 1

EDAD	NO. DE CASOS	(%)
15-19	32	8.08
20-24	118	29.80
25-29	124	31.31
30-34	77	19.44
35-39	38	9.60
40-44	7	1.77
	-----	-----
	396	100.00

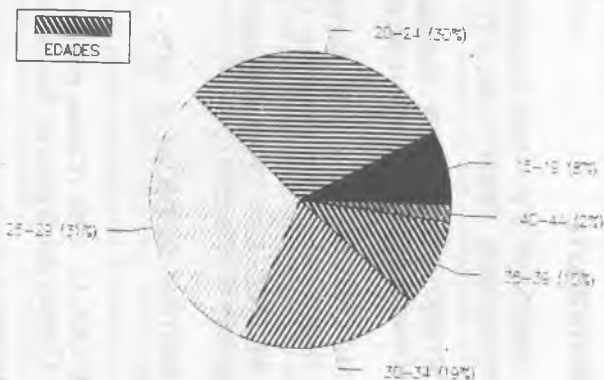


DIAGRAMA No. 2

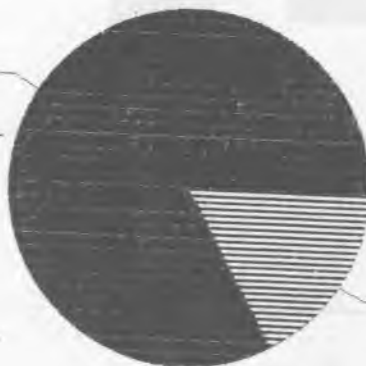
<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>NO. CASOS</u>	<u>(%)</u>
---------------------	------------------	------------

A: SOLTERAS	330	83.33
-------------	-----	-------

B: CASADAS	66	16.67
------------	----	-------

	-----	-----
	396	100.00

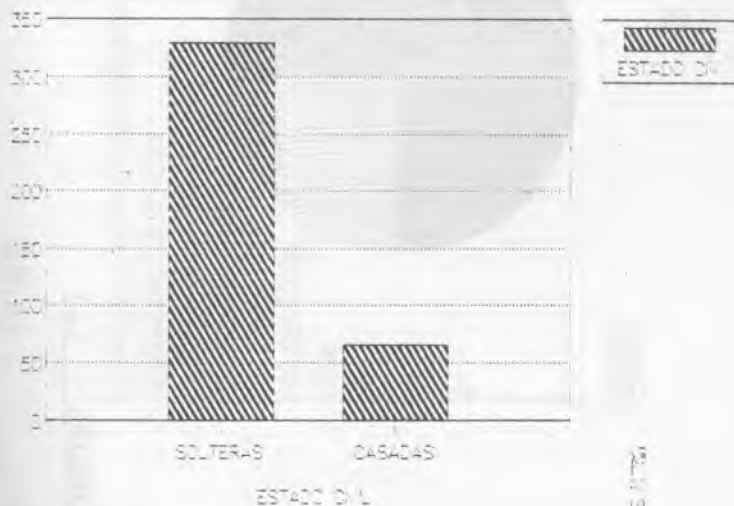
SOLTERAS (83%)



CASADAS

EMBARAZO ECTOPICO

DIAGRAMA 2



ESTRATO SOCIOECONOMICO

DIAGRAMA 3

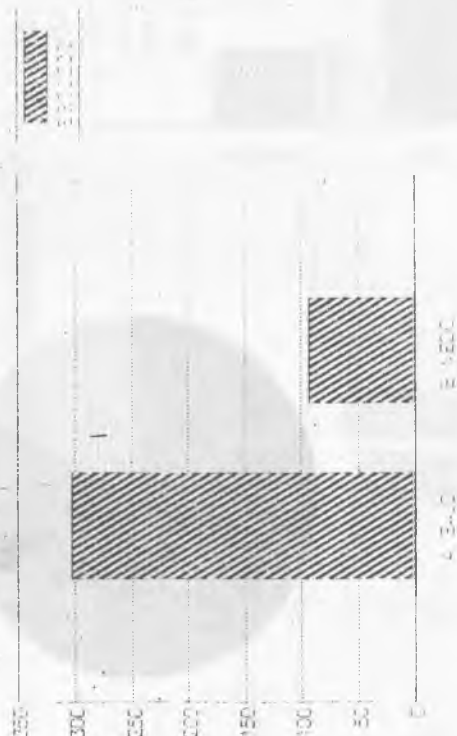


DIAGRAMA No. 3

ESTRATO SOCIO-ECONOMICO No. DE CASOS (%)

A: BAJO	303	76.52
B: MEDIO	93	23.48
	396	100.00

