

1

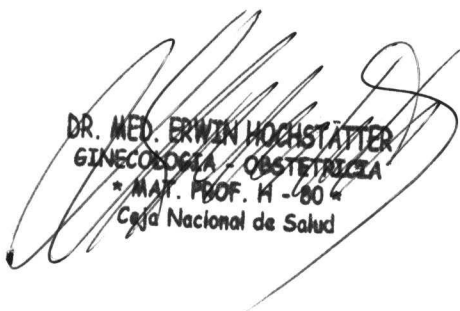
MED.
Tesis
2005
L 961 F

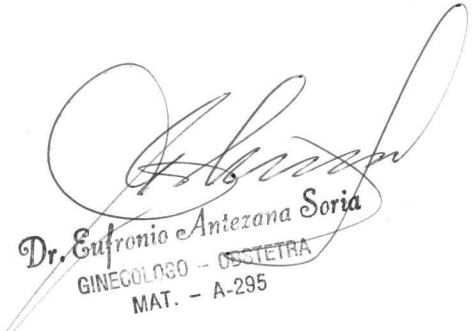
L - ✓

887

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
RESIDENCIA MÉDICA**

**FRECUENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
EMBARAZO ECTOPICO
EN EL HOSPITAL OBRERO N° 2
DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD
PERIODO MARZO 1999 A DICIEMBRE 2004**


DR. MED. ERWIN HOCHSTÄTTER
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
* MAT. PBOF. H - 80 *
Caja Nacional de Salud


Dr. Eufronio Antezana Soria
GINECOLOGO - OBSTETRA
MAT. - A-295

**AUTOR: DRA. JUDITH LUNA FERNANDEZ
RI GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
TUTOR: DR. EUFRONIO ANTEZANA SORIA
GINECOLOGO-OBSTETRA**

INDICE

RESUMEN	1
----------------	-------	----------

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN	.....	4
2. OBJETIVOS	.....	4
3. MARCO TEORICO	.....	13
4. HIPOTESIS	.....	14
5. VARIABLES	.....	14

CAPITULO II

DISEÑO Y METODOLOGIA	15
-----------------------------	-------	-----------

CAPITULO III

RESULTADOS Y ANALISIS	17
------------------------------	-------	-----------

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	.....	24
ANEXO	.....	26
BIBLIOGRAFIA	.....	27

INTRODUCCIÓN

Concepto.- Se considera embarazo ectópico, a la implantación del blastocisto fuera de su lugar normal que es la cavidad uterina, constituye un trastorno que puede causar la muerte de la mujer y el producto de la concepción casi siempre se pierde. De estos embarazos aproximadamente el 98% son tubáricos, el 60% ampulares, el 30% ístmicos, el 5% fimbricos, el 3% intersticiales, y el 2% restante corresponde a otras localizaciones: ováricas, cervicales, intraligamentarias y abdominales.

Grupos de Riesgo.

En las últimas décadas se ha incrementado la frecuencia de embarazos ectópicos. Después de un embarazo ectópico, se incrementa a un nivel de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente. La posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubario es de 10 a 25 %; las pacientes restantes quedan estériles, generalmente.

Se debe sospechar la presencia de un embarazo ectópico en toda mujer que presente las siguientes manifestaciones: amenorrea de pocos días o semanas, pérdida sanguínea pardusca de poca intensidad, dolor vivo persistente lateral que se irradia a la región lumbar o el epigastrio, disquecia disuria, lipotimias, en ocasiones la paciente después de una crisis insoportable se encuentra repentinamente bien. Estas constataciones tendrán especial valor si además existen los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica
- Anormalidades anatómicas de las trompas.
- Cirugía previa en las trompas.
- Masas tumorales extrínsecas que compriman las trompas.
- Anomalías del cigoto.
- Deficiencias del cuerpo lúteo, en ovulación tardía.
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Embarazo ectópico anterior.

- Anticonceptivos con gestágenos en dosis bajas.
- Técnicas de fecundación asistida
- Fumadoras.

Signos y síntomas

- Se le conoce como el “**gran simulador de la ginecología**”.
- El dolor es el síntoma más importante.
- El sangramiento vaginal es muy frecuente.
- Los síntomas pueden aparecer antes de la primera falta de la menstruación.
- Cuando el embarazo ectópico se rompe, la paciente presenta un cuadro de síncope relacionado con hipotensión por sangramiento intra-abdominal. En caso de que la pérdida de sangre sea lenta y prolongada, la anemia dominará el cuadro
- Si la trompa y el producto de la concepción se necrosan, pueden infectarse, entonces la impresión clínica es la de un proceso pélvico inflamatorio.

Formas clínicas

a) Embarazo tubárico no complicado

El progreso de los métodos diagnósticos, mediante la Ultrasonografía y la sensibilidad de la BHCG han permitido realizar el diagnóstico del embarazo ectópico en fases iniciales, cuando la mujer esta asintomática

El momento ideal para lograr el diagnóstico de embarazo ectópico es antes de que ocurra alguna complicación, pues se evitan los riesgos de la ruptura, y se puede resolver de forma conservadora usando tratamiento médico y/o quirúrgico.

b) Embarazo Ectópico Complicado

Puede dividirse en dos grupos:

- * Con estabilidad hemodinámica.

- * Con signos de descompensación hemodinámica o shock.

En ambos los síntomas de embarazo ectópico no complicado estarán presentes. Es muy poco probable la posibilidad de realizar la cirugía conservadora, pues generalmente, son casos graves y/o se ha roto la pared tubárica. A continuación se describen las características fundamentales de ésta forma clínica en comparación con la anterior.

En los casos con estabilidad hemodinámica:



1. El dolor es más intenso y puede irradiarse a otros sitios.
2. El sangramiento generalmente no variará.
3. La palpación de la tumoración anexial es muy dolorosa.
4. Al exámen, el fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy doloroso.
5. Cuando se sospeche la rotura, no debe diferirse su confirmación por punción del fondo de saco de Douglas o del abdomen. La punción también puede realizarse en pacientes sin evidencias de complicaciones para poder asegurar que no existe un hemoperitoneo pequeño o de poco tiempo de evolución.
6. En relación al tiempo de evolución del hemoperitoneo, se encontrarán signos de irritación peritoneal e intestinal por la sangre libre.
7. Ante la sospecha o el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, en una paciente estable, debe realizarse una laparoscópica – si se dispone de los equipos y las habilidades necesarias – o de una laparotomía para la operación convencional.

En las pacientes con signos de descompensación:

1. Estarán presentes los signos de shock: sudoración, palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión.
2. La punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen hace el diagnóstico de la complicación, al extraer sangre que no coagula o con pequeños coágulos oscuros. La reposición de volumen se hará de inmediato; la solución es quirúrgica.

Diagnóstico

Al embarazo ectópico es en muchas ocasiones "**el gran simulador**", siempre se debe pensar en él, para poder diagnosticarlo.

El profesor *Nelson Rodríguez* deja bien establecido la frecuencia diagnóstica: primero se debe diagnosticar que existe un embarazo; segundo, demostrar que no está en el interior del útero y tercero, conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico, y de ser así, valorar su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente.

Pruebas de laboratorio: **Pruebas de embarazo:**

Pruebas urinarias de embarazo: las más usadas son las portaobjeto de inhibición de la **aglutinación de látex**, con sensibilidad para la gonadotropina corionica del orden 500-800 m UI/mL. Y las **pruebas del tubo** que tienen una detección de 150-250 m UI/mL y solamente positivas entre el 80-95 %. Las pruebas que utilizan ensayos inmunoarborescentes ligados a enzimas (ELISA) son sensibles de 10-50 m UI/mL y positivas en el 90-96 %, La determinación cuantitativa de la subunidad B de la gonadotropina corionica (B- HCG) es la piedra angular para el diagnóstico, tiene una sensibilidad de 25 m UI/ml.

La **concentración de β - HCG** se relaciona con la edad gestacional. Durante las primeras semanas de la amenorrea se incrementa de manera exponencial. Después de la sexta semana las concentraciones son > de 6 000 a 10 000 m UI/mL; posteriormente el incremento es más lento e inconstante.

Diferentes autores han observado que en mujeres con embarazo normal la media del tiempo para duplicar la β -HCG en suero era de 48 h aproximadamente y el valor más bajo, normal para este aumento, era del 66 %. Calcular estas cifras restando el valor inicial de la β - HCG