

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
LAPAROSCÓPICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN  
RELACIÓN AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL  
EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO DE  
ENERO DEL 2001 A DICIEMBRE  
DEL 2011”**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. ANAMELBA FIORELLA CAJÁN ANAHUA**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ  
2012**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**“ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
LAPAROSCÓPICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN  
RELACIÓN AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL  
EN EL HOSPITAL III ESSALUD PUNO DE  
ENERO DEL 2001 A DICIEMBRE  
DEL 2011”**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. ANAMELBA FIORELLA CAJÁN ANAHUA**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:

---

**Dr. Claudio Ramírez Atencio  
Presidente**

---

**Mgr. Alberto Saul Flor Chávez  
Jurado**

---

**Dr. Julio Aguilar Vilca  
Jurado**

---

**Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos  
Asesor**

## DEDICATORIA

*Dedicado a mi madre Catalina, una mujer excepcional, que con su ejemplo de perseverancia y amor me enseñó a ser mejor cada día, a trazarme y cumplir mis metas, a no rendirme ante las adversidades, a dar siempre lo mejor de mí y sobre todo a siempre estar dispuesta a tender una mano a quien lo necesite .*

## AGRADECIMIENTO

*A DIOS, por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, valor, por permitirme llegar a la meta en esta gran trayectoria de mi carrera profesional.*

*A MIS PADRES Catalina y Luis, por su fortaleza y apoyo incondicional, por que confiaron siempre en mí y están junto a mí en los momentos más difíciles.*

*A MIS HERMANOS, Lilian, Juan Carlos y Jose Luis, por su apoyo moral, espiritual, y motivaciones a lo largo de mi desarrollo como profesional.*

*AL DOCTOR Jaime Vargas, Gineco - Obstetra, por su amabilidad, buena disposición, paciencia, y tiempo dedicado para que este trabajo culminara exitosamente.*

*A MIS MEJORES AMIGOS: Yeime Condori y Remigio Arnao, por compartir conmigo a lo largo de estos años de estudio, las fortalezas y debilidades de la vida universitaria.*

*Y a todas aquellas personas que hoy comparten conmigo este triunfo.*

## **CONTENIDO**

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema	3
1.1.1. Planteamiento del problema	3
1.1.2. Formulación del problema	5
1.1.3. Justificación de la investigación	6
1.2. Objetivos	7

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	8
2.2. Fundamentos teóricos	14
2.3. Hipótesis	34

### **CAPÍTULO III**

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

3.1.	Diseño de la Investigación	35
3.2.	Población	35
3.3.	Criterios de selección	35
3.4.	Técnicas de Recolección y procesamiento de datos	36
3.5.	Instrumento de recolección de datos	37
3.6.	Análisis estadístico	38
3.7.	Operacionalización de variables	38

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS**

Resultados	41
------------	----

### **CAPÍTULO V**

#### **DISCUSIÓN**

Discusión	59
-----------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	66
---------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b>	68
------------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	59
-----------------------------------	----

<b>ANEXO</b>	72
--------------	----

## RESUMEN

**Introducción:** La cirugía laparoscópica representa un costo-beneficio muy favorable para la paciente, debido a que la recuperación y la evolución generalmente son satisfactorias.

**Objetivo:** Comparar la técnica quirúrgica laparoscópica del embarazo ectópico en relación al tratamiento quirúrgico convencional.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, analítico y comparativo durante el periodo 2001-2011 del Hospital III EsSalud Puno.

**Resultados:** **Técnica laparoscópica:** tiempo operatorio <60 min (75,7%), no presentaron complicaciones: intraoperatorias (98,6%), sintomatología posoperatorias (77%); salpingectomía total(54,1%), estancia hospitalaria de 1 día(81%) y sin gestación posterior a la cirugía (78,4%). **Técnica convencional:** tiempo operatorio >60 min (57,1%), no presentaron complicaciones intraoperatorias (95,2%), como sintomatología posoperatoria dolor asociado a náuseas y vómitos (81,0%), salpingectomía total (81%), estancia hospitalaria de 3 días (52,4%) y sin posterior a la cirugía (66,7%)

**Conclusiones:** Se halló menor: tiempo operatorio, sintomatología postoperatoria, y estancia hospitalaria en la cirugía laparoscópica.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, laparoscopia, laparotomía

## ABSTRACT

**Introduction:** Laparoscopic surgery represents a very favorable cost-benefit for the patient, because there recovery and evolution generally satisfactory.

**Objective:** To compare the surgical technique of laparoscopic tubal pregnancy in relation to conventional surgical treatment.

**Methods:** A retrospective, analytical and comparative for the period 2001-2011 EsSalud Puno III Hospital.

**Results: Laparoscopic technique:** operative time <60min (75.7%), no complications: intraoperative (98.6%), postoperative (77%) Total salpingectomy (54.1%), hospital stay of 1 day(81%) and after pregnancy with out surgery (78.4%). **Conventional technique:** operative time> 60 min(57.1%), no intraoperative complications(95.2%), pain as a postoperative complication associated with nausea and vomiting(81.0%), Total salpingectomy(81%), stay hospitalfor3 days(52.4%) and with out following surgery(66.7%)

**Conclusions:** There was minor operative time, postoperative complications, and hospital stay in laparoscopic surgery.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, laparoscopy, laparotomy.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es una patología que se presenta en 1-2% de todos los embarazos. Se caracteriza por implantación del cigoto en un sitio distinto a la cavidad uterina. Se sabe que la localización más frecuente es en la trompa de Falopio (95%). De ésta, la porción más afectada es la ampulla con 60% de los casos, en el istmo se presenta en 25%, en la fimbria en 15%, en el intersticio en 3%, mientras que en el ovario y el cérvix en menos de 2%.<sup>(1)</sup>

El diagnóstico de embarazo ectópico se puede hacer con métodos no invasivos, como las pruebas de embarazo en suero, con cuantificación de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG), desde 1500 UI/l, y con ultrasonido transvaginal de alta resolución. Por consiguiente, la presentación clínica del embarazo ectópico ha dejado de ser una amenaza para la vida de la mujer, para convertirse en una patología más benigna; esto a su vez, ha dado como resultado cambios importantes en las opciones disponibles para su manejo terapéutico.<sup>(2)</sup>

En la actualidad el médico cuenta con muchas opciones terapéuticas para el EE: el tratamiento quirúrgico, que puede ser radical o

conservador, por laparoscopia o mediante laparotomía; tratamiento médico, con diversos fármacos, que se pueden administrar por vía sistémica o local, y la conducta expectante.<sup>(2)</sup>

La cirugía por vía laparoscópica es menos costosa, pues la pérdida de sangre y el empleo de analgésicos son significativamente menores; se señalan como únicas contraindicaciones la inestabilidad hemodinámica de los pacientes y la inexperiencia del cirujano tratante, criterios que no están totalmente justificados.<sup>(3)</sup>

Al respecto se considera que con medidas terapéuticas preoperatorias adecuadas y con la participación de un personal médico capacitado, los riesgos tienden a disminuir, de modo que dicha técnica puede ser utilizada no solo como modalidad quirúrgica, sino también como la de elección.<sup>(4)</sup>

Por tal razón y para intentar aportar algunos datos, se decidió practicar una revisión retrospectiva de una serie de pacientes con embarazo ectópico que fueron manejadas por laparoscopia y laparotomía, comparando las ventajas y desventajas de ambas técnicas quirúrgicas, en el Hospital III EsSalud Puno durante el periodo 2001 al 2011.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

##### **1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo ectópico (EE), en cualquiera de sus variantes, es una entidad clínica nosológica frecuente a nivel mundial, hecho que ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta en otra parte del cuerpo que no es el útero.

Se presenta con mayor frecuencia en las pacientes jóvenes en edad fértil (entre los 15 y 35 años) y según aumenta la edad, la proporción tiende a disminuir debido a la lógica involución del aparato ginecológico, a la disminución de la actividad sexual o al aumento de la cirugía contraceptiva. <sup>(4)</sup>

Múltiples son las causas que pueden favorecer la ocurrencia del EE. Según se estima, hasta 50 % de las mujeres afectadas ha padecido hinchazón (inflamación) de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica <sup>(4)</sup>.

Se considera que la mayoría de los que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no son prevenibles; sin embargo, un embarazo tubárico (el tipo más común) puede, en algunos casos, evitarse. <sup>(1)</sup>

Esta afección se presenta de diferentes maneras, pero cuando se rompe ocasiona hemoperitoneo, de manera que la inestabilidad hemodinámica, la presencia de sangre libre en la cavidad abdominal y el complicado cuadro clínico pueden revertirse en una gravedad, que sumado al neumoperitoneo y a las posiciones que se adoptan en la cirugía laparoscópica ginecológica, han generado opiniones que niegan el uso de esta modalidad quirúrgica. <sup>(4)</sup>

Se recurre a la laparoscopia cuando quiere aplicarse una cirugía menos invasiva. Las resecciones laparoscópicas representan un costo-beneficio muy favorable, ya que la invasión quirúrgica a los afectados es mínima, gracias a lo cual, independientemente de lo difícil que resulta el

procedimiento para el cirujano, la recuperación y la evolución generalmente son satisfactorias y la estadía hospitalaria posoperatoria es breve (hasta menos de 24 horas, con una rápida reincorporación social y laboral del paciente).<sup>(4)</sup>

Motivada por esa razón y considerando que no se encuentran trabajos de investigación previos en esta región; e intentando aportar nuevos datos es que decido realizar la presente investigación sobre la aplicación de la cirugía laparoscópica en el manejo del embarazo ectópico que se realiza en el Hospital III EsSalud Puno en relación al tratamiento convencional.

### **1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Qué comparaciones se encuentran entre el tratamiento quirúrgico laparoscópico del embarazo ectópico en relación al tratamiento quirúrgico convencional en el Hospital III EsSalud Puno, durante el periodo comprendido entre Enero del 2001 a Diciembre del 2011?

### **1.1.3. JUSTIFICACIÓN**

Encontrándose en ascenso la incidencia y prevalencia de embarazo ectópico en nuestro país, es necesario conocer las ventajas y desventajas de las técnicas quirúrgicas empleadas en el manejo del Embarazo ectópico tanto intra como postoperatorias.

El tratamiento del embarazo ectópico ha evolucionado considerablemente en el curso de los últimos 10 años. Sus metas son: suprimir el embarazo extrauterino, reducir la morbilidad terapéutica, limitar el riesgo de recidiva y preservar la fertilidad.

La cirugía laparoscópica ha provocado cambios sustanciales en el tratamiento de determinadas enfermedades quirúrgicas y este desarrollo no ha sido menos importante en ginecología, sino por el contrario, ha merecido espacio en las instituciones.

La laparoscopia podría convertirse en el procedimiento de referencia para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del EE por ser más eficaz y menos invasiva.

## **1.2. OBJETIVOS:**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Establecer la comparación entre el tratamiento quirúrgico laparoscópico del embarazo ectópico en relación al tratamiento quirúrgico convencional en el Hospital III EsSalud Puno, durante el periodo comprendido entre Enero del 2001 a Diciembre del 2011.

### **1.2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar la frecuencia de complicaciones quirúrgicas intraoperatorias, según técnica quirúrgica utilizada.
2. Determinar la frecuencia de sintomatología posoperatoria, según técnica quirúrgica utilizada.
3. Determinar el tratamiento quirúrgico más frecuente en ambas técnicas quirúrgicas.
4. Evaluar el tiempo operatorio según técnica quirúrgica
5. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria según técnica quirúrgica.
6. Determinar la gravidez dentro del primer año posterior a técnica quirúrgica.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### A NIVEL INTERNACIONAL

- ✓ En Cuba: en un estudio realizado en Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora Torres” sobre: **Cirugía video endoscópica y por laparotomía en el embarazo ectópico complicado**

Se encontró:

- Supremacía de las edades de 25 a 29 y 20 a 24 años, notándose un ascenso en las mayores de 35 años.
- En el estudio predominaron las féminas que tenían antecedente de EPI (59,7 %), seguidas de aquellas a las que se había realizado legrado uterino (16,88 %); resultado similar al de otros autores.

- Entre las complicaciones prevaleció la fiebre durante el período posoperatorio inmediato (35,0%). En la fase peroperatoria solo hubo 6 enfermas con hemorragia (30,0%)
  - En las enfermas operadas por el método videoendoscópico no se efectuaron conversiones al método abierto, ya que tanto el estado hemodinámico peroperatorio como la maniobrabilidad quirúrgica fue relativamente fácil y no se presentaron accidentes quirúrgicos de envergadura como las temidas lesiones viscerales, que tanto por la contaminación de la cavidad como por la sutura del órgano obligarían a la conversión del caso.<sup>(6)</sup>
- ✓ En Cuba: **en un estudio sobre Cirugía laparoscópica de urgencia en el embarazo ectópico**:
- Se concluyó:
- Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de 32 pacientes con embarazo ectópico, tratadas por medio de cirugía laparoscópica en el Hospital Clínico quirúrgico Docente “Dr. Joaquín Castillo Duany” de Santiago de Cuba desde enero de 2003 hasta diciembre de 2008. Esa gestación anormal prevaleció en mujeres de 15-31 años, en

las trompas (tubárico) y en la forma complicada (roto). La técnica quirúrgica fue radical en la totalidad de la serie, lo cual garantizó la pronta recuperación de sus integrantes y el alta hospitalaria precoz, sin aumentar el riesgo de complicaciones.<sup>(4)</sup>

✓ En México: **en un Estudio tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico**

Se evidenció:

- 65 expedientes de embarazos ectópicos, en los que se realizó salpingocentesis, salpingostomía lineal y tratamiento médico con metotrexato.
- El tratamiento con salpingocentesis y salpingostomía lineal demostró permeabilidad tubaria de 81.4 a 90%. El número de embarazos intrauterinos tuvo variación de 60 a 67%.
- Concluyeron que es importante valorar la administración profiláctica del metotrexato, con la finalidad de evitar embarazo ectópico.
- La determinación de la HCG y la ultrasonografía ginecológica facilitan el diagnóstico del embarazo ectópico.<sup>(7)</sup>

✓ En Colombia: en un estudio sobre **FERTILIDAD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO, EN LA CLÍNICA DEL PRADO EN MEDELLÍN, COLOMBIA**

Se concluyó:

- De un total de 125 pacientes operadas por laparoscopia para el manejo de embarazo ectópico en los 3 años y 10 meses revisados, en 31 (68%) se realizó salpingostomía lineal y en las 14 restantes (32%) se practicó salpingectomía.
- En el grupo de salpingostomía, 5 de las 31 pacientes (16%) ya habían tenido un ectópico previo, mientras que en el grupo de salpingectomía ninguna tenía este antecedente. El 64% del total de pacientes lograron una gestación durante el tiempo del estudio. De los 29 embarazos logrados, 4 fueron ectópicos tubáricos (13,8%) y los 25 restantes fueron intrauterinos (86,2%). Diecinueve de las pacientes de salpingostomía (61,3%) habían logrado al menos una gestación desde que se hizo la cirugía hasta el momento de la encuesta. De estos 19 embarazos, 17 (89,5%) fueron intrauterinos.

- En el grupo de salpingectomía, 10 de 14 pacientes lograron un nuevo embarazo (71,4%). De ellos, el 80% fueron intrauterinos.<sup>(3)</sup>

## **A NIVEL NACIONAL**

- ✓ En Lima en la UNMSM se realizó un estudio sobre: **“Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el instituto materno perinatal enero - diciembre 2001”**

Se concluyó:

- En cuanto a la localización del embarazo ectópico el 97.1% fue tubárico.
  - El tipo de cirugía más frecuente fue la salpingectomía unilateral, seguida por la salpingostomía unilateral y la anexectomía unilateral, representando el 67.1%, 15.7% y 14.3% del total de los casos respectivamente.<sup>(8)</sup>
- ✓ En otro estudio, realizado en Lima: **Características clínico - patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo**

**ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002.**

Se concluyó:

- Como tratamiento, 197 (97,04%) pacientes fueron sometidas a cirugía, de las cuales a 153 (75,37%) se les realizó salpingectomía total, a 24 (11,82%) se les realizó salpingostomía, a 16 (7,88%) se les realizó salpingooforectomía, a 2 (0,99%) ooforectomía, a 1 (0,49%) histerectomía subtotal (resección parcial del cuerno uterino por embarazo a este nivel) y a 1 (0,49%) histerectomía abdominal total. Es necesario mencionar que de las 203 pacientes sometidas al estudio 171 (84,24%) fueron sometidas a laparotomía, mientras 26 (12,83%) fueron sometidas a cirugía laparoscópica. Seis (2,96%) pacientes recibieron tratamiento conservador (no quirúrgico): a 2 (0,99%) pacientes se les realizó legrado uterino asociado a metotrexato por presentar embarazo ectópico a nivel cervical, mientras que 4 (1,97%) recibieron únicamente metotrexato, por presentar embarazo tubárico no complicado. Posteriormente requirieron control ecográfico y medición sérica de  $\beta$ HCG. <sup>(9)</sup>

## **2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.**

### **2.2.1. DEFINICIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO:**

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina normal. La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico (casi 95%); también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico (3.2%), en el epiplón, en vísceras abdominales (1.3%) y en astas uterinas rudimentarias.<sup>(10)</sup> Con el advenimiento del radioinmunoanálisis sensible y específico para detectar a la fracción  $\beta$  de la gonadotropina coriónica humana, combinado con la ecografía transvaginal de alta resolución; el cuadro inicial rara vez es tan peligrosos como lo era en la antigüedad. Sin embargo el embarazo ectópico sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad.<sup>(10)</sup>

### **2.2.2. FISIOPATOLOGÍA:**

#### **Histopatología:**

La ausencia de una capa submucosa dentro de la trompa de Falopio, facilita el acceso del ovulo fertilizado al epitelio y permite su implantación dentro de la pared muscular. Conforme el trofoblasto erosiona la capa muscular subyacente, la sangre materna se derrama dentro de los espacios del trofoblasto o en el

tejido adyacente. La ubicación de un embarazo tubario pronostica el grado de la lesión.<sup>(10)</sup>

### **Inflamación:**

Se supone que la inflamación aguda participa en la lesión tubaria que predispone a embarazos ectópicos. Asimismo la salpingitis crónica y la salpingitis ístmica nudosa. La infección recurrente por *chlamydia* provoca inflamación intramural y depósitos de fibrina con cicatrización tubaria. *Neisseria gonorrhoeae* productora de endotoxina, provoca una inflamación pélvica virulenta y rápida, mientras que la respuesta inflamatoria por *chlamydia* es crónica y alcanza su punto máximo entre 7 a 14 días. Los antígenos persistentes contra *chlamydia* desencadenan una reacción de hipersensibilidad tardía con cicatrización continua. El antecedente de aborto médico aumenta el riesgo de embarazo ectópico. La profilaxis con antibióticos en el momento del legrado por aspiración tiene un efecto protector de daño tubario inflamatorio.<sup>(10)</sup>

### **2.2.3. FACTORES DE RIESGO**

Diversos factores ayudan a explicar la mayor frecuencia de embarazos ectópicos; si se conocen estos factores es posible establecer

un diagnóstico oportuno, mejorando la supervivencia materna como su potencial reproductivo ulterior.<sup>(11)</sup>

Los factores que conllevan el mayor riesgo de obstrucción y de embarazo ectópico son:

- Embarazo ectópico previo
- Patología tubaria demostrada
- Intervención quirúrgica para restablecer la permeabilidad tubaria.
- Tabaquismos de más de 20 cigarrillos diarios
- Existe una mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, principalmente infección por clamidia.
- Se ha retrasado la edad en la que la mujer se embaraza, acompañado del mayor uso de tecnología de reproducción asistida, que conlleva mayor riesgo de embarazos ectópicos.
- Ha aumentado el uso de DIU y de esterilización tubaria y los fracasos predisponen al embarazo ectópico
- Tres o más abortos espontáneos previos.
- Aborto médico o quirúrgico previo
- Infertilidad mayor de un año
- Mayor de 40 años
- Más de 5 parejas sexuales en la vida<sup>(11)</sup>

#### **2.2.4. CUADRO CLINICO Y DIAGNÓSTICO**

De acuerdo con la evolución, pueden presentarse cuatro cuadros clínicos:<sup>(12-14)</sup>

##### **2.2.4.1. EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO O EN EVOLUCIÓN**

Los hallazgos más comunes son:

- Dolor pélvico o abdominal.
- Amenorrea o modificaciones de la menstruación.
- Hemorragia del primer trimestre de la gestación.
- Masa pélvica.

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico no roto se debe hacer con:

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Apendicitis
- Otros diagnósticos que deben considerarse son: cuerpo lúteo

persistente, ruptura del cuerpo lúteo, quiste ovárico funcional, vólvulos de la trompa, litiasis o infección renal y amenaza de aborto.

En 50% de los casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos; en los demás casos es necesario apoyarse en exámenes paraclínicos:

- **Dosificación seriada de  $\beta$ HCG:** La ausencia de una gestación intrauterina en el ultrasonido transvaginal con concentraciones de  $\beta$ HCG superiores a 1.500 mUI/ mL es diagnóstica de embarazo ectópico. Cuando se ha realizado un legrado uterino si no ocurre un descenso de por lo menos 15% de la hormona en 8-12 horas, debe considerarse el embarazo ectópico.

- **Ecografía transvaginal:** La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de  $\beta$ HCG de 1.000 mUI/mL tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnosticar embarazo ectópico. <sup>(13-15)</sup>

- **Progesterona.** Una concentración <10 ng/mL generalmente es incompatible con un embarazo normal.

- **Curetaje uterino:** El estudio histopatológico del endometrio en los casos de embarazo ectópico revela cambios secuenciales que corresponden a un endometrio hipersecretor.

- **Laparoscopia.** No solo permite aclarar el diagnóstico en casos dudosos, sino que permite el tratamiento.<sup>(10, 12, 14)</sup>

#### **2.2.4.2. ABORTO TUBÁRICO**

En éste caso ocurre sangrado hacia la cavidad peritoneal a través de la fimbria. El proceso de irritación peritoneal acentúa la sintomatología, el dolor se hace más intenso.

A la exploración vaginal el cuello permanece cerrado y hay dolor a la movilización; el útero se encuentra reblandecido; puede o no palparse masa anexial y hay dolor a la presión del fondo de saco posterior. El hemoperitoneo resultante puede producir abombamiento del saco de Douglas.

El estado hemodinámico de la paciente empieza a deteriorarse. Aparece palidez mucocutánea, hipotensión, hipotensión postural, taquicardia lipotimias transitorias y el cuadro hemático muestra anemia.<sup>(14)</sup>

#### **2.2.4.3. EMBARAZO ECTÓPICO ROTO**

El aumento de volumen provoca la ruptura aguda de la trompa lo que ocasiona sangrado hacia la cavidad peritoneal. El cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso en hipogastrio o en fosa ilíaca que se irradia al epigastrio y al hombro. Se instaura un cuadro de abdomen agudo acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, taquicardia, lipotimia y shock hipovolémico si la hemorragia es severa o no se detiene.

En la exploración vaginal ocurre dolor a la movilización del cuello, a la presión del fondo de saco posterior y a la palpación bimanual, especialmente del lado correspondiente al ectópico. Puede o no identificarse engrosamiento o masa anexial. En el ultrasonido se encuentra líquido libre en cavidad (correspondiente al hemoperitoneo).

El cuadro hemático muestra anemia.<sup>(14-15)</sup>

#### **2.2.4.4. EMBARAZO ECTÓPICO ROTOY ORGANIZADO**

Ocurre cuando después de la ruptura (o aborto) tubárico, cesa espontáneamente la hemorragia y quedan los productos de la concepción en la cavidad abdominal. Se presenta una historia de dolor hipogástrico difuso o localizado hacia una de las fosas ilíacas, amenorrea o irregularidades menstruales recientes, sangrado intermitente escaso y oscuro, acompañado de malestar general, palidez, lipotimia, tenesmo,

escalofríos y en ocasiones febrículas. La paciente puede referir un episodio transitorio de dolor agudo de localización pélvica o en una fosa ilíaca.

Al examen clínico se encuentra palidez mucocutánea y signos tardíos de hemoperitoneo. En el examen ginecológico se encuentra en ocasiones sangrado escaso de color oscuro, dolora la movilización del cuello, el útero se puede identificar de tamaño normal y puede palpase una masa para uterina dolorosa, irregular, a veces crepitante difícil de delimitar. Hay dolora la presión del fondo de saco posterior.

Es necesario hacer diagnóstico diferencial con aborto, aborto infectado, quiste complicado del ovario, enfermedad pélvica inflamatoria y plastrón apendicular. La laparoscopia permite precisar el diagnóstico definitivo en casos dudosos.<sup>(14)</sup>

## **2.2.5 TRATAMIENTO**

### **2.2.5.1. TRATAMIENTO MÉDICO**

- El tratamiento médico tiene por objetivo tratar de conservar la trompa funcionante y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico.

- El tratamiento médico de elección, el más conocido y el más ampliamente usado es el metotrexato. También se han utilizado localmente glucosa hiperosmolar y prostaglandinas.
- Se requiere hospitalización de la paciente, evaluación clínica estricta y seguimiento con determinación semanal de la  $\beta$ HGC hasta que se encuentre  $<5$  mUI/ml. Las fallas del tratamiento con metotrexato son más comunes cuando los niveles de  $\beta$ HGC son más altos, la masa anexial es grande o hay movilidad del embrión.
- El metotrexato se administra en dosis única, dosis múltiples variables o por inyección directa en el sitio de implantación
- El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos ha publicado las siguientes indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento con metotrexato.<sup>(12-16)</sup>

#### **2.2.5.2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

De acuerdo con la revisión de Hajenius y colaboradores (Cochrane Review, 2003), con base en la evidencia disponible, el tratamiento de elección (para pacientes estables) **es la cirugía laparoscópica.**

## **TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO CON METOTREXATO**

### **INDICACIONES**

- Masa anexial <3 cm (<3.5cm)
- Deseo de fertilidad futura
- $\beta$ HCG estable o aumento después del curetaje, con pico máximo < 15.000 mUI/mL
- Mucosa tubárica intacta, sin hemorragia activa (estabilidad hemodinámica)
- Visualización laparoscópica completa del ectópico
- Casos seleccionados de embarazo cervical y cornual

### **CONTRAINDICACIONES**

- Disfunción hepática, TGO del doble de lo normal
- Enfermedad renal, creatinina >1,5 mg/dL
- Úlcera péptica activa
- Discrasia sanguínea, leucocitos < 3.000, plaquetas <100.000
- (Pobre cumplimiento de la paciente)
- Actividad cardíaca fetal

La laparotomía es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico roto y en pacientes hemodinámicamente inestables.

La laparotomía también está indicada cuando el cirujano no tiene el entrenamiento o carece de los recursos técnicos adecuados o cuando la cirugía laparoscópica es técnicamente difícil.<sup>(14)</sup>

Los procedimientos quirúrgicos por laparoscopia o por laparotomía pueden ser conservativos o radicales. Las siguientes son las opciones quirúrgicas que se proponen como pautas de manejo:<sup>(14-16)</sup>

## **A. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO**

Antes de efectuar el tratamiento endoscópico de un embarazo extrauterino, el cirujano debe asegurarse de la calidad de la formación y el entrenamiento de su equipo para la utilización del instrumental de endoscopia.

### **- Instalación y material**

La paciente se coloca en decúbito dorsal con las piernas en abducción para permitir el acceso a la vagina. En todos los casos se debe colocar una sonda vesical.

Para la cirugía del embarazo extrauterino se necesita un material endoscópico que incluya una pinza de prensión, un par de tijeras, una pinza para coagulación bipolar, un gancho o una punta monopolar y un sistema de lavado. Es importante contar con un sistema de aspiración eficaz y diámetro suficiente (por lo menos 7 mm) para poder evacuar rápidamente un eventual hemoperitoneo.

La cavidad peritoneal se insufla después de efectuar las pruebas de seguridad.

Para la óptica se utiliza un trocar transumbilical de 10 mm. El diámetro del endoscopio varía

Los primeros tiempos de la intervención incluyen:

- La exposición de la pelvis;
- La evacuación de un hemoperitoneo eventual;
- La confirmación del diagnóstico y de la localización del embarazo extrauterino;
- La hemostasia selectiva en caso de sangrado activo
- La exploración abdominopélvica a fin de obtener las informaciones necesarias para tomar una decisión terapéutica y establecer un pronóstico con respecto a la fertilidad.

De acuerdo con las características del embarazo extrauterino, las dificultades operatorias y las preferencias de los cirujanos, se utilizan dos o tres vías de acceso suprapúbico.<sup>(17-18)</sup>

### **A.1. Tratamiento conservador por laparoscopia**

#### **✓ Salpingostomía**

La trompa se expone con ayuda de una pinza atraumática, ubicada de preferencia en el lado contrario al del hematosálpinx.

En el borde antimesentérico de la trompa se practica una incisión longitudinal de 10 a 15 mm frente a la porción proximal del hematosálpinx o, según otros autores, en el segmento más distendido

de la trompa. El corte puede hacerse con tijera, electro bisturí monopolar o láser.

El embarazo extrauterino se diseca alternando aspiración e irrigación bajo presión. Se debe tratar de desprenderlo en un solo bloque de la pared tubárica. La trompa se lava abundantemente para eliminar los residuos trofoblásticos que, en la mayoría de los casos, se localizan en su segmento proximal.

Para evitar la contaminación parietal, la pieza operatoria se extrae de la cavidad abdominal dentro de una bolsa.

No es infrecuente observar una pérdida sanguínea procedente del lecho tubárico del embarazo ectópico. Es preciso evitar el empleo abusivo de la electrocoagulación debido al riesgo de dañar definitivamente la mucosa tubárica.

Si el sangrado no es importante, el lavado con abundante suero fisiológico caliente y la compresión de la trompa durante algunos minutos suele resolver el problema.

La persistencia de una hemorragia abundante puede obligar a abandonar el tratamiento conservador. La sutura de la salpingotomía no mejora la fertilidad ulterior.

Si la trompa no está muy dañada y en presencia de una rotura lineal limitada, se puede utilizar el mismo orificio para aspirar el embarazo extrauterino.<sup>(17-18)</sup>

✓ **Expulsión a través del pabellón**

Se recomienda en los abortos tubáricos. No obstante, este método aumenta el riesgo de persistencia trofoblástica y de hemorragia continua.

La expulsión tubárica debe reservarse para los embarazos extrauterinos localizados en el pabellón y en curso de aborto tuboabdominal.

✓ **Resección tubárica segmentaria**

La salpingectomía parcial se indica de modo excepcional, principalmente para las localizaciones ístmicas. La resección debe ser económica en el plano tubárico y vascular, a fin de efectuar una anastomosis microquirúrgica inmediata o más frecuentemente diferida para facilitar la anastomosis en tejido sano, sin edema ni impregnación gravídica.

El principal inconveniente de esta técnica es la laparotomía secundaria necesaria para efectuar la anastomosis microquirúrgica.

Recientemente, los resultados alentadores de la anastomosis por vía laparoscópica vuelven a plantear el problema de su legitimidad, en particular después de una electrocoagulación extensa que compromete la función de la anastomosis, o después de proponer una salpingectomía por falta de hemostasia.<sup>(17-18)</sup>

#### ✓ **Tratamiento médico por vía laparoscópica**

Muchos autores recomiendan el tratamiento del embarazo extrauterino mediante inyección de metotrexato bajo control endoscópico.

Los resultados serían comparables a los obtenidos por vía sistémica y tras la inyección in situ con guía ecográfica. No obstante, la tasa de fracasos de la inyección de metotrexato bajo control laparoscópico sería superior a la del tratamiento quirúrgico conservador laparoscópico.<sup>(17-18)</sup>

### **A.2. Tratamiento no conservador por laparoscopia**

#### ✓ **Salpingectomía**

Consiste en la exéresis de la trompa por vía anterógrada o retrógrada. La intervención comienza por la exposición del istmo tubárico y del cuerno

uterino. La trompa se sujeta a aproximadamente 1,5 cm del cuerno con ayuda de una pinza introducida por el lado en que se localiza el embarazo extrauterino. Con una pinza bipolar situada en el trocar medial se coagula el segmento proximal de la trompa al ras del cuerno. Por el trocar contralateral se introduce la tijera y se corta la trompa.

Para evitar el riesgo de recidiva no se debe dejar un muñón tubular. A continuación se modifica la posición de los instrumentos para exponer el mesosálpinx.

La trompa se sujeta a través del trocar contralateral y mediante tracción hacia arriba y adentro se orienta el mesosálpinx en un plano horizontal. La pinza bipolar se coloca en el trocar homolateral al embarazo ectópico y la tijera en el trocar medial.

Después de efectuar electrocoagulación, el mesosálpinx se corta lo más cerca posible de la trompa para no alterar la vascularización del ovario. La coagulación y la sección se efectúan progresivamente en dirección al pabellón de la trompa.

Al hacer las últimas tomas es importante localizar bien el pabellón, el ovario y su ligamento suspensorio, ya que se corre el riesgo de alejarse de la trompa y de coagular o lesionar el ligamento suspensorio del ovario.

La trompa se extrae dentro de una bolsa y para ello se utiliza un trocar de 10 o 12 mm. En caso de hematosálpinx voluminoso, la trompa puede abrirse dentro del saco para aspirarlos coágulos.<sup>(17-18)</sup>

✓ **Anexectomía**

La anexectomía se indica de modo excepcional. La ovariectomía sólo se justifica en algunos embarazos ectópicos de localización ovárica y siempre que la resección parcial no pueda llevarse a cabo.

**B. TRATAMIENTO DEL EMBARAZO TUBÁRICO POR LAPAROTOMÍA**

La salpingectomía por laparotomía para el tratamiento del embarazo tubárico se conoce desde 1884.

La incisión preferida es la de Pfannenstiel.

Todos los procedimientos descritos para el tratamiento endoscópico pueden efectuarse por laparotomía, incluida la salpingostomía.

No obstante, es conveniente señalar que la indicación de la laparotomía para el tratamiento del embarazo extrauterino se ha vuelto infrecuente.<sup>(10,17-18)</sup>

## **C. INDICACIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO EXTRAUTERINO**

En la mayoría de los casos, el embarazo extrauterino debe ser tratado quirúrgicamente por vía laparoscópica.

También se debe considerar la alternativa del tratamiento médico y la abstención terapéutica.

Las indicaciones respectivas dependen de diversos criterios:

- el cuadro clínico;
- la edad de la paciente;
- el deseo de embarazo ulterior;
- los antecedentes de infecciones pélvicas;
- los antecedentes quirúrgicos, en particular de plastía tubárica;
- la noción de recidiva;
- la localización del embarazo ectópico.
- Rotura tubárica con hemoperitoneo

Ante un cuadro agudo de rotura con hemoperitoneo y repercusión hemodinámica se impone la indicación quirúrgica de entrada.

Un hemoperitoneo abundante no es una contra indicación formal de la laparoscopia. La insuflación de la cavidad peritoneal podría incluso ejercer un efecto favorable sobre los parámetros hemodinámicos.

Si éstos lo permiten, y si el equipo quirúrgico tiene experiencia suficiente en cirugía laparoscópica, el tratamiento puede llevarse a cabo mediante laparoscopia.

No obstante, la laparotomía se indica en caso de inestabilidad hemodinámica.

El diagnóstico de rotura tubárica no es una contraindicación absoluta para el tratamiento conservador.<sup>(10,14-18)</sup>

#### **D. ELECCIÓN DE LA VÍA DE ACCESO**

La laparoscopia es la técnica de referencia para el tratamiento del embarazo extrauterino.

El tratamiento por laparotomía está indicado solamente cuando existen contraindicaciones a la laparoscopia, las cuales disminuyen a medida que aumenta la experiencia de los equipos quirúrgicos. Su aplicación actual sólo se justifica en algunas localizaciones de embarazo extrauterino.

El tratamiento laparoscópico conservador va acompañado de:

- Disminución de las pérdidas sanguíneas intraoperatorias.
- Menor prescripción de analgésicos en período postoperatorio.

- Disminución del tiempo quirúrgico, de la hospitalización y de la convalecencia;
- Disminución del costo.
- Se comunica asimismo un riesgo de adherencias postoperatorias significativamente mayor después de laparotomía.
- En cambio, la tasa de fracasos del tratamiento quirúrgico conservador a causa de persistencia trofoblástica es superior después de tratamiento laparoscópico.<sup>(17)</sup>

#### **2.2.6 PREVENCIÓN:**

Varios factores han alterado la importancia relativa de los factores de riesgo. La prevención de las infecciones de transmisión sexual relacionadas con la EPI y sus secuelas puede contribuir a disminuir la incidencia del ectópico. Así mismo, se podría esperar que un diagnóstico temprano de las infecciones pélvicas y una terapia antibiótica más efectiva reduzca el daño tubárico.

Las pacientes en tratamientos de infertilidad pertenecen a grupos de riesgo, deben ser advertidas, requieren vigilancia especial y considerar tempranamente la posibilidad del ectópico para poder llevar a cabo tratamientos conservativos y evitar las complicaciones. Por otro lado, parece haber una asociación entre un número mayor de embriones

implantados y el grado de estimulación ovárica con el embarazo heterotópico, por lo que estas pacientes requieren también monitorización más estrecha.

También se recomienda la extirpación de trompas uterinas lesionadas por hidrosálpinx antes de practicar procedimientos de fertilización in vitro para disminuir la posibilidad de embarazo ectópico o heterotópico.

La presentación temprana de embarazos ectópicos poshisterectomía puede evitarse con contracepción adecuada antes de la cirugía o evitando la intervención en las fases periovulatoria o luteal del ciclo menstrual; la presentación tardía de los embarazos ectópicos poshisterectomía probablemente depende del tipo de histerectomía practicada y de la presencia de un cérvix residual. <sup>(10,14)</sup>

### **2.3. HIPOTESIS**

El tratamiento quirúrgico laparoscópico del embarazo ectópico es mejor en relación al tratamiento quirúrgico convencional en el Hospital III EsSalud Puno, durante el periodo comprendido entre Enero del 2001 a Diciembre del 2011.

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño del presente estudio es retrospectivo, analítico, de corte transversal y comparativo

#### **3.2. POBLACIÓN**

Está conformada por el total de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica que fueron intervenidas quirúrgicamente; atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III EsSalud Puno, entre el periodo de enero del 2001 a diciembre del 2011

#### **3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

**Criterio de Inclusión**

Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica e intervenidas quirúrgicamente en el Hospital III EsSalud Puno, durante el periodo 2001-2011.

#### **Criterio de Exclusión**

- Pacientes con Registro Incompleto de datos necesarios para la realización del estudio.
- Pacientes que se les haya realizado una intervención quirúrgica adicional, en el mismo acto quirúrgico, que pudiera predisponer o favorecer la aparición de complicaciones o alterar la evolución posoperatoria.
- Pacientes que presente patología médica concomitante que pudiera alterar la evolución postoperatoria de los pacientes.

### **3.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para la realización del presente estudio se utilizó la técnica de observación documental.

La información se obtuvo de los registros del libro de sala de operaciones, y en los archivos en la Unidad de Estadística e Informática,

se solicitó las Historias Clínicas de todas las gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron intervenidas quirúrgicamente para su posterior observación.

La recolección de los datos se obtuvo de las Historias Clínicas de todas las pacientes incluidas en el estudio y tras su revisión, se llenaron las fichas de recolección de datos.

Luego se construyó una base de datos en el programa estadístico SPSS, para realizar el análisis estadístico correspondiente.

Los datos se consolidaron en tablas de contingencia con valores absolutos y relativos.

### **3.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se empleó una Ficha de Recolección de datos elaborado por la autora (Anexo 1) a partir de la historia clínica de la gestante.

### 3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Después de recolectar y seleccionar los datos, todas las variables fueron registradas en una base de datos, para lo cual se utilizó el soporte informático a través del software Excel y SPSS Versión 16.0.

En el análisis descriptivo para las variables numéricas se usó medidas de tendencia central y de dispersión. En la estadística analítica se consideró un valor de  $p < 0.005$  como significativo, se analizó las variables categóricas en forma individual utilizando la prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), para dar cumplimiento a cada uno de los Objetivos.

### 3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>Variable Independiente</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Índice</b>
Técnica quirúrgica	Nominal	Técnica	Laparoscopia Laparotomía
<b>Variable Dependiente</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Índice</b>

Tratamiento quirúrgico	Nominal	Resolución del EE	Salpingostomía Salpingectomía parcial Salpingectomía total Anexectomía
Complicación intraoperatoria	Nominal	Presencia/ausencia	Si No
Tiempo operatorio	Ordinal	Minutos	< 30 minutos 30 - 60 minutos 61 - 90 minutos > 90 minutos
Sintomatología posoperatorias	Nominal	Presencia/ausencia	Dolor de herida operatoria Náuseas/vómitos Dolor más náuseas/vómitos Fiebre Infección de herida operatoria Otros Ninguna
Estancia hospitalaria	Ordinal	Días	1 día 2 días 3 días 4 días > 4 días
Gravidez post operatoria	Nominal	Presencia/ausencia	Embarazo a término Aborto

			Embarazo ectópico Ninguno
<b>Variables Intervinientes</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Índice</b>
Edad	Ordinal	Años	< 20 años 20 - 29 años 30 - 40 > 40 años
Grado de instrucción	Nominal	Nivel de instrucción y analfabetis mo	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Gestaciones anteriores	Nominal	Antecedentes de gestas	Nuligesta Primigesta Multigesta
Edad gestacional	Ordinal	Semanas de gestación	4 – 6semanas 6 - 8 semanas 8 - 10 > 10 semanas

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### TABLA N°1

#### PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO 2001-2011

TÉCNICA QUIRÚRGICA USADA	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO	
	N	%
LAPAROSCOPIÍA	74	77,9
LAPAROTOMÍA	21	22,1
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Libro de registro de sala de operaciones del Hospital III EsSalud Puno

De un total de 95 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica del H. III ESSALUD PUNO, durante el periodo 2001-2011; 74 pacientes que representan el 77,9% fueron intervenidas quirúrgicamente por vía laparoscópica, y 21 pacientes que representan el 22,1% fueron intervenidas por cirugía convencional (laparotomía).

**TABLA N°2**

**ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS PACIENTES CON  
EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA					
		Laparoscopia		Laparotomía		Total	
		n	%	n	%	n	%
EDAD MATERNA	< 20 años	1	1,4	0	0	1	1,1
	20 - 29 años	23	31,1	7	33,3	30	31,6
	30 - 40 años	45	60,8	13	61,9	58	61,1
	> 40 años	5	6,8	1	4,8	6	6,3
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>
			<b>MEDIA MEDIANA CON DESVIACION E. MINIMO-MAXIMO</b>				<b>32,1 33 ± 5,3 19 – 46</b>
GRADO DE INSTRUCCI ÓN	Analfabeta	0	0	0	0	0	0
	Primaria	0	0	1	4,8	1	1,1
	Secundaria	8	10,8	5	23,8	13	13,7
	Superior	66	89,2	15	71,4	81	85,3
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>
INICIO DE VIDA SEXUAL	< 15 años	0	0	0	0	0	0
	15 - 19 años	38	51,4	12	57,1	50	52,6
	20 - 25 años	36	48,6	9	42,9	45	47,4
	> 25 años	0	0	0	0	0	0
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la Tabla Nro. 2 se observó del total de pacientes que fueron diagnosticadas con embarazo ectópico; la media de edad fue de 32,1 años, una mediana de 33 años con desviación estándar de + 5,3, un valor mínimo de 19 y un máximo de 46.

El grupo mayoritario fue de 30 a 40 años (61,1%), seguido del de 20 a 29 años (31,6%); De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de 30 a 40 años, siendo de 60,8% y 61,9% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente.

En cuanto a grado de instrucción se observó que las pacientes con grado de estudio superior fue mayoritario siendo un 85,3%, seguida por las pacientes con grado de instrucción secundaria con el 13,7% y por ultimo con nivel de instrucción primaria en un 1,1%.

De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de grado de instrucción superior siendo de 89,2% y 71,4% en

pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente.

Así mismo en cuanto al inicio de vida sexual, la mayor cantidad de pacientes se encontró en el grupo de 15 a 19 años en un 52,6%; seguido del grupo de 20 a 25 años en un 47,4%.

De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de 15 a 19 años, siendo de 51,4% y 57,1% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente.

**TABLA N°3**

**ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS DE LAS PACIENTES CON  
EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA					
		Laparoscopia		Laparotomía		Total	
		n	%	n	%	n	%
GESTACIONES ANTERIORES	NULIGESTA	18	24,3	5	23,8	23	24,2
	PRIMIGESTA	21	28,4	4	19,0	25	26,3
	SEGUNDIGE	24	32,4	6	28,6	30	31,6
	MULTIGESTA	11	14,9	6	28,6	17	17,9
	Total	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>
EDAD GESTACIONAL (FUR)	4-6 SEM	30	40,5	7	33,3	37	38,9
	6-8 SEM	32	43,2	8	38,1	40	42,1
	8-10 SEM	10	13,5	3	14,3	13	13,7
	> 10 SEM	2	2,7	3	14,3	5	5,3
	Total	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la tabla N° 03 con respecto a las características obstétricas se puede observar que en los antecedentes de gestaciones; el 31,6% fueron nuligestas, el 26,3% primigestas, el 24,2% segundigestas y el 17,9% multigestas.

De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de segundigestas, siendo de 32,4% y 28,6% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente.

Se observa además que la edad gestacional según FUR, se encontró mayoritariamente entre las 6 a 8 semanas en un 42,1% seguido del grupo de 4 a 6 semanas en 38,9%.

De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de 6 a 8 semanas siendo de 43,2% y 38,1% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente.

**TABLA N°4**

**TIEMPO OPERATORIO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA, DE LAS  
PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III**

**ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA						P
		Laparoscopia		Laparotomía		Total		
		n	%	n	%	n	%	
TIEMPO OPERATO RIO	30-60 MIN	56	75,7	4	19,0	60	63,2	0,000
	61-90 MIN	16	21,6	12	57,1	28	29,5	
	>90 MIN	2	2,7	5	23,8	7	7,4	
	Total	74	100,0	21	100,0	95	100,0	
	MEDIA	57.6		79				
	MEDIANA Y DE MIN Y MAX	55 ± 13,1 40 – 120		75 ± 22 50 – 130				

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la Tabla Nro. 4 se observa la relación que existe entre tiempo operatorio y técnica quirúrgica.

Se observó que el 75,7% de las pacientes que fueron intervenidas por cirugía laparoscópica se encuentran en el grupo de tiempo operatorio de 30 a 60 min, el 21,6% de pacientes en el grupo de 60 a 90 min y el 2,7% de pacientes en el grupo de > 90 min. Se observó además una media de 57,6 min, una mediana de 55 min con desviación estándar de + 13,1, con un número mínimo de 40 y un máximo de 120.

Se observó que el 57,1% de las pacientes que fueron intervenidas por laparotomía se encuentran en el grupo de tiempo operatorio de 61 a 90 min, el 23,8% de pacientes en el grupo > de 90 min y el 19% en el grupo de 30 a 60 min. Se observó además una media de 79min, una mediana de 75 min con desviación estándar de  $\pm 22$ , con un número mínimo de 50 y un máximo de 130.

Se encontró relación altamente significativa ( $p < 0,005$ ) entre el tiempo operatorio y la técnica quirúrgica.

**TABLA N°5**

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA, DE  
LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III  
ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA						P
		Laparoscopí		Laparotomía		Total		
		a						
		n	%	n	%	n	%	0,07
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	SALPINGOSTOMÍA	22	29,7	1	4,8	23	24,2	
	SALPINGECTOMÍA PARCIAL	5	6,7	2	9,4	7	7,4	
	SALPINGECTOMÍA TOTAL	40	54,1	17	81,0	57	60,0	
	ANEXECTOMÍA	7	9,5	1	4,8	8	8,4	
	Total	74	100,0	21	100,0	95	100,0	

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la Tabla Nro. 5 se observa la relación que existe entre el tratamiento quirúrgico y la técnica quirúrgica.

Se observó que el 54,1% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica se les realizó salpingectomía total, a un 29,7% de pacientes se les realizó salpingostomía, a un 9,5% de pacientes se les realizó anexectomía y a un 6,7% de pacientes se les realizó salpingectomía parcial.

Se observó que el 81,0% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía se les realizó salpingectomía total, a un 9,4% de pacientes se les realizó salpingectomía parcial, a un 4,8% de pacientes se les realizó anexectomía y en el mismo porcentaje se realizó salpingectomía.

No encontró relación significativa ( $p < 0,005$ ) entre tratamiento quirúrgico y la técnica quirúrgica.

**TABLA N°6**

**COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y TÉCNICA QUIRÚRGICA,  
DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III  
ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA						P
		Laparoscopí		Laparotomía		Total		
		a						
		n	%	n	%	n	%	
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	SI	1	1,4	1	4,8	2	2,1	0,3
	NO	73	98,6	20	95,2	93	97,9	
	Total	74	100,0	21	100,0	95	100,0	

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la Tabla Nro. 6, se observa la relación que existe entre complicaciones intraoperatorias y técnica quirúrgica.

Se observó que el 98,6% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron complicaciones intraoperatorias, además de que un 1,4% si presentaron complicaciones intraoperatorias.

Se observó que el 95,2% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía no presentaron complicaciones intraoperatorias, además de que un 4,8% si presentaron complicaciones intraoperatorias.

No se encontró relación significativa ( $p < 0,005$ ) entre la complicación intraoperatoria y la técnica quirúrgica.

**TABLA N°7**

**RELACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA POSOPERATORIAS Y TÉCNICA QUIRÚRGICA, DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL H. III ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA						P
		Laparoscopia		Laparotomía		Total		
		n	%	n	%	n	%	
SINTOMATOLOGÍA POSOPERATORIA	DOLOR DE HO	13	17,6	8	4,8	21	22,1	0,000
	NAUSEAS/VÓMITOS	3	4,1	3	9,5	6	6,3	
	DOLOR MAS NAUSEAS/VÓMITOS	1	1,4	8	81,0	9	9,5	
	OTROS	0	0	2	4,8	2	2,1	
	NINGUNA	57	77,0	0	0	57	60,0	
	<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la Tabla Nro. 7 se observa la relación que existe entre la sintomatología posoperatoria y técnica quirúrgica.

Se observó que el 77% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron sintomatología posoperatorias, además de que un 17,6% de pacientes presentaron dolor de herida operatoria y un 4,1% presentó náuseas y vómitos.

Se observó que el 81,0% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía, presentaron como sintomatología posoperatoria dolor asociado a náuseas y vómitos, además de que un 9,5% presentó solo náuseas y vómitos.

Se encontró una relación altamente significativa ( $p < 0,005$ ) entre la sintomatología posoperatoria y la técnica quirúrgica.

**TABLA N°8**

**ESTANCIA HOSPITALARIA Y TÉCNICA QUIRÚRGICA, DE LAS  
PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL HOSPITAL III  
ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA						P
		Laparoscopia		Laparotomía		Total		
		n	%	n	%	n	%	
ESTANCIA HOSPITALARIA	1 DIA	57	77,0	0	0	57	60	0,000
	2 DIAS	16	21,6	2	9,5	18	18,9	
	3 DIAS	1	1,4	11	52,4	12	12,6	
	4 DIAS	0	0	5	23,8	5	5,3	
	> 4 DIAS	0	0	3	14,3	3	3,2	
	Total	74	100,0	21	100,0	95	100,0	
	MEDIA MEDIANA Y DES MIN Y MAX	1.2 1 ± 0.4 1 – 3		3.6 3 ± 1.4 2 – 9				

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la tabla nro. 8 se observa la relación que existe entre tiempo de estancia hospitalaria y técnica quirúrgica.

Se observó que el 77% de las pacientes que fueron intervenidas por cirugía laparoscópica se encuentran en el grupo de estancia hospitalaria de 1 día, el 21,6% en el grupo de 2 días y el 1,4% de pacientes en el grupo de 3 días de estancia hospitalaria. Se observó además una media de 1,2 días, una mediana de 1 día con desviación estándar de  $\pm 0,4$ , con un número mín de 1 y un máx de 3.

Se observó que el 52,4% de las pacientes que fueron intervenidas por laparotomía se encuentran en el grupo de estancia hospitalaria de 3 día, el 23,8% en el grupo de 4 días, el 14,3 en el grupo de > de 4días y el 9,5% de pacientes en el grupo de 2 días de estancia hospitalaria. Se observó además una media de 3,6 días, una mediana de 3 día con desviación estándar de  $\pm 1,4$ , con un número mín de 2 y un máx de 9.

Se encontró relación altamente significativa ( $p < 0,005$ ) entre el tiempo de estancia hospitalaria y la técnica quirúrgica.

**TABLA N°9**

**GRAVIDEZ POSTOPERATORIA SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA, DE  
LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL Hospital III  
ESSALUD PUNO 2001-2011**

VARIABLES		TÉCNICA QUIRÚRGICA						P
		Laparoscopía		Laparotomía		Total		
		n	%	n	%	n	%	
GRAVIDEZ POSTOPERATORIA (1 AÑO)	GESTACIÓN A TÉRMINO	11	14,9	2	9,5	13	13,7	0,125
	ABORTO	3	4,1	2	9,5	5	5,3	
	EMBARAZO ECTÓPICO	2	2,7	3	14,3	5	5,3	
	NINGUNO	58	78,4	14	66,7	72	75,8	
	Total	74	100,0	21	100,0	95	100,0	

Fuente: Historias Clínicas - Hospital III EsSalud Puno: 2001- 2011

En la Tabla Nro. 9 se observa la relación que existe entre la gravidez postoperatoria durante el primer año posterior a la cirugía y la técnica quirúrgica.

Se observó que el 78,4% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron gestaciones durante el año posterior a la cirugía, y un 14,9% de pacientes presentaron gestaciones a término.

Se observó que el 66,7% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía no lograron una gestación, se encontró también que un 14,3% de pacientes presentaron embarazos ectópicos posteriores a la intervención quirúrgica.

No se encontró una relación altamente significativa ( $p < 0,005$ ) entre la gravidez postoperatoria y la técnica quirúrgica.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSIÓN**

La literatura y estudios realizados muestran el ascenso de la incidencia de embarazo ectópico en nuestro país, por tanto el presente estudio muestra las ventajas y desventajas de las técnicas quirúrgicas empleadas en el manejo del Embarazo Ectópico (EE). La cirugía laparoscópica podría convertirse en el procedimiento de referencia para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico del EE por ser más eficaz y menos invasiva.

De las pacientes intervenidas quirúrgicamente por diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital III EsSalud Puno, durante el periodo del 2001 al 2011; el presente estudio mostró que el mayor porcentaje de las pacientes presentaron entre 30 y 40 años; con un promedio de 32,1 años, En el estudio de Faneite y cols, <sup>(19)</sup> la edad materna predominó en el grupo de 20 a 30 años, al igual que otros estudios revisados. <sup>(20)</sup>Esta entidad clínica sigue siendo la principal amenaza para la vida de una mujer en edad reproductiva, aunque se mostró un ascenso en las

mayores de 30 años, lo cual no era frecuente hace alrededor de 2 décadas anteriores; una de las explicaciones que se le da a este fenómeno es el intento de embarazo cada vez más tardío por la integración de la mujer a la vida laboral y estudiantil, así como por las responsabilidades directivas que le impiden su parto en edades más tempranas de la vida adulta; conclusión que concuerda con el porcentaje hallado de pacientes con grado de instrucción superior que fue de 85,3%, acotando que el grupo de estudio es de pacientes que cuentan con un seguro social.

En cuanto al inicio de la vida sexual, según la edad, se muestra que las pacientes que iniciaron esta actividad a temprana edad (15 a 19 años) presentaron un mayor porcentaje de embarazo ectópico (52,6%). Al comenzar tempranamente la actividad sexual, las mujeres están expuestas precozmente y por más tiempo a afecciones producidas por gérmenes que se transmiten por el coito y que son los responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas con su consiguiente afección estructural a nivel de la anatomía y funcional de las trompas de Falopio.

Al referirnos a los antecedentes obstétricos, podemos analizar que el 49,5% de las pacientes incluidas en el grupo de estudio tenían 2 o más

gestaciones, predominando el grupo de dos gestaciones (31,6%), coincidiendo en este aspecto con varios autores, que plantean que la gestación ectópica es más frecuente en las pacientes que han tenido 2 a más embarazos.<sup>(8,19-20)</sup>

Las pacientes nuligestas también representan un grupo importante (24,2%), que se podría relacionar con lo antes mencionado que en la actualidad la mujer retrasa su etapa reproductiva.

Se evidenció que la mayoría de las pacientes eran portadoras de un EE menor a 8 semanas cumplidas (81%), el grupo mayor fue el de 6 a 8 semanas (42,1%); como muestran otros estudios,<sup>(8,19-20)</sup>

Cabe resaltar que dentro del grupo de pacientes que fueron intervenidas por laparoscopia se encontró un porcentaje mayor de pacientes entre 4 a 6 semanas de edad gestacional, lo que podría estar relacionado con el mayor porcentaje de EE no complicado intervenidos por esta técnica.

Una ventaja estadísticamente significativa que se encontró en el presente estudio entre ambas técnicas quirúrgicas fue la del tiempo

operatorio, encontrándose en las pacientes intervenidas por laparoscopia un tiempo operatorio con un promedio de 57.6min una mediana de 55 con desviación estándar de  $\pm 13,1$  min; siendo el grupo mayor (75,5%) las que se operaron dentro del intervalo de 30 a 60 min, contra las pacientes intervenidas por laparotomía que presentaron un promedio de 79 min, una mediana de 75 min con desviación estándar de 22min; siendo en el grupo mayoritario (57,1%) las que se encontraron en el intervalo de 60 90min. Confirmando lo encontrado por otros estudios.<sup>(4-6)</sup>

La salpingectomía total es el tratamiento de elección para el embarazo ectópico cuando la preservación de la fertilidad no es el objetivo o cuando la trompa es dañada en forma considerable por el EE, en este caso un tratamiento conservador no es posible ni recomendable. La conducta quirúrgica en el estudio en su mayoría fue salpingectomía total (80%), siendo la salpingostomía un 24,2% y la salpingectomía parcial un 7,4%, no evidenciándose significancia con relación a la técnica quirúrgica.<sup>(2, 4,6,8,)</sup>

En esta serie solo ocurrieron dos complicaciones, que no presentaron relación significativa con la técnica quirúrgica debido a que se presentó una en cada grupo de pacientes. La complicación en el grupo de

las pacientes intervenidas por laparoscopia fue de hemorragia intraoperatoria por un EE ístmico por lo que se tuvo que realizar conversión a laparotomía para revisión de hemostasia. En el grupo de pacientes intervenidas por laparotomía se presentó una hemorragia intraoperatoria de EE cornual que terminó en histerectomía. No se presentaron accidentes quirúrgicos de envergadura como las temidas lesiones viscerales, que tanto por la contaminación de la cavidad como por la sutura del órgano obligarían a la conversión del caso o lavado de cavidad abdominal. El bajo porcentaje de complicaciones (2,1%), se debe al rápido diagnóstico e intervención para la resolución del EE por el cumplimiento de las normas técnicas médico-quirúrgicas y de enfermería. (2, 4,6.)

Entre la sintomatología posoperatorias si se presentó relación significativa con la técnica quirúrgica, ya que entre las pacientes que fueron intervenidas por laparotomía durante el periodo posoperatorio inmediato el 81% presento dolor en herida operatoria asociado a nauseas y/o vómitos, mientras que las pacientes intervenidas por laparoscopia un 77% no presentaron complicaciones y un 17% dolor leve de herida operatoria. En el estudio dentro del grupo de pacientes intervenidas por laparotomía se evidencio dos pacientes que presentaron hemorragia

posterior a la cirugía. Estos datos se relacionan con los encontrados en otros estudios.<sup>(4,6)</sup>

La estancia hospitalaria mostró relación significativa con la técnica quirúrgica, por lo que evidenciamos la ventaja de la cirugía laparoscópica presentando un promedio de estancia hospitalaria de 1,2 días con una mediana de 1 día con desviación estándar de  $\pm 0,4$ , siendo el 77% de las pacientes las que salieron de alta con 1 día de estancia hospitalaria y un 21,6% a los dos días, se presentó una paciente con 3 días de estancia hospitalaria precisamente a la que se le realizó conversión de técnica a cielo abierto. En cuanto al grupo de pacientes intervenidas por laparotomía el 52,4% presento 3 días de estancia hospitalaria y el 23,8% 4 días, se encontró un subgrupo de 3 pacientes (14,3%) que presentaron más de 4 días, debido a la complicación postoperatorias, siendo una de ellas a quien se le realizó histerectomía, se encontró en este grupo un promedio de 3,6 días con una mediana de 3 días con desviación estándar de  $\pm 1,4$ .<sup>(4-6)</sup>

Por último la evidencia de gravidez posterior a la cirugía que se revisó dentro del año posterior a la misma, mostró no presentar relación significativa con la técnica quirúrgica. Estudios anteriores que realizaron

seguimiento a largo plazo mostró una tasa comparable de embarazos intrauterinos y una tasa más baja de repetición de embarazo ectópico. El presente estudio no pudo evaluar la gravidez a largo plazo, por lo que los resultados son relativos, se pudo encontrar que dentro del grupo de pacientes intervenidas por laparoscopia el 78,4% no presento gestaciones posterior a la intervención quirúrgica y un 14,9% presento gestaciones intrauterinas a término. En el grupo de pacientes intervenidas por laparotomía se evidencia que el 66,7% presentaron gestaciones intrauterinas a término, y un 14.3% de pacientes que presentaron embarazos ectópicos, confirmando lo que mencionan estudios anteriores.<sup>(3)</sup>

## CONCLUSIONES

1. Las pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía no presentaron complicaciones intraoperatorias. No encontrándose relación significativa. ( $p < 0.005$ ).
2. Las pacientes intervenidas por laparotomía presentaron dolor en herida operatoria asociado a náuseas y vómitos (81%) y las intervenidas por laparoscopia no presentaron sintomatología posoperatoria (77%). Encontrándose relación significativa entre las complicaciones posoperatorias y la técnica quirúrgica ( $p < 0.005$ ).
3. La salpingectomía total fue el tratamiento quirúrgico más frecuente en ambas técnicas quirúrgicas, no encontrándose relación significativa. ( $p < 0.005$ ).
4. El tiempo operatorio en un 75,7% fue menor de 60 minutos en las pacientes intervenidas por laparoscopia, mientras que en las pacientes intervenidas por laparotomía en más del 80% el tiempo

operatorio fue mayor a los 60 min. Encontrándose una relación estadística altamente significativa. ( $p < 0.005$ ).

5. El tiempo de estancia hospitalaria, fue de 1 día en un 77% en las pacientes intervenidas por laparoscopia, mientras que en más del 89% de las pacientes intervenidas por laparotomía fue de 3 días a más. Encontrándose una relación estadística altamente significativa. ( $p < 0.005$ ).
  
6. En relación a la gravidez postoperatoria, el 78,4% y el 66,7% de las pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente, no presentaron una gestación posterior a la cirugía. No encontrándose una relación significativa. ( $p < 0.005$ ).

## **RECOMENDACIONES**

Tomando en cuenta los resultados y conclusiones obtenidos en el presente estudio se puede recomendar lo siguiente:

1. Se recomienda un diagnóstico temprano del embarazo ectópico para así poder ofrecer a la paciente la intervención quirúrgica oportuna, a fin de que sea posible realizar una cirugía laparoscópica.
2. Se recomienda promover la capacitación del personal de salud de nuestro medio, a fin de que se pueda adquirir la experiencia necesaria en el tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica; para un manejo quirúrgico menos invasivo, con mayores beneficios para la paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matute A, Rodríguez J, García R, Ortiz M, Valdespín C, Ponce E. Estudio epidemiológico y clinicorradiológico de pacientes con embarazo ectópico en el Centro Médico ABC. *An Med (Mex)*. 2009; 54(4): 211-214.
2. Álvarez M, Nannig C. Rol de la cirugía endoscópica en el manejo actual del embarazo ectópico tubárico. *Rev Chil Obstet Ginecol (Chil)*. 2005; 70(1): 15-20
3. De los Ríos J, Sánchez E, Matta G, Jaramillo M, Arango A. Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico, en la clínica del Prado en Medellín, Colombia, Estudio de cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Col)*. 2007; 58(4): 284-289.
4. Luzardo E, Parra N, Sánchez N, Tamayo I. Cirugía laparoscópica de urgencia en el embarazo ectópico. *MEDISAN (Cub)*. 2011; 15(9):1252-1258.
5. Cruz V. Cirugía laparoscópica en embarazo ectópico. *An Med Asoc Med (Cub)*. 2004; 49(4):191-4.

6. Ricardo J, Cisneros C, Rodríguez D. Cirugía videoendoscópica y por laparotomía en el embarazo ectópico complicado. MEDISAN (Cub). 2009; 13 (6): 1-7.
7. Molina A. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo Ectópico. Ginecol Obstet (Mex). 2007; 75(9):539-48.
8. De la Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el instituto materno perinatal enero diciembre 2001. Tesis digitales UNMSM (Per). 2002; 1-35.
9. Luglio J, Díaz L, Cáceres E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. RevMedHered (Per). 2005; 16 (1): 26-30.
10. Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. Williams Ginecología. Mexico: McGRAW-HILL Companies; 2009.
11. Urrutia S, Lauren B, Paula A, Magdalena C, Loreto R. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol (Chil). 2007; 72(3): 154-159
12. Cuero O. Descripción del embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios Cali, entre el 2005 y el 2006. RCOG (Col). 2008; 59(4):304-09

13. Ortiz F, Quevedo C, Muñoz V, Castro C, Rubio M, Soriano M. Estudio epidemiológico y clínico del pacientes con embarazo ectópico, serie de 77 casos. Bol Med UAS (Bol) 2006; 2(13): 9-12
14. Gomez E, Hardy E, Hoyo L, Canseco A, Sanchez J. Embarazo ectópico roto. Medicina de urgencias (Mex) 2005; 1-4
15. Bhatt S, Ghazale H, Dogra V. Valoración ecográfica del embarazo Ectópico. Radiol Clin N Am (USA). 2007; 45: 549-560.
16. Barnhart K. Ectopic Pregnancy. N Engl J Med (USA) 2009; 361(4):379-87.
17. Desolle L, Detchev R, Daral E. Cirugía del embarazo extrauterino. Elsevier; 2003; 2: 1-10
18. Lozeau A, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am Fam Physician 2005; 72(9): 1707-08
19. Faneite P, Amato R, Faneite J, Rivera C, Palacios L. Embarazo ectópico. 2000-2007. Rev Obstet Ginecol (Venez). 2008;68(3):155-159
20. Kalbermatter D, Franco M, Alvarez N, Arrabal C. Prevalencia de embarazo ectópico en el servicio de ginecología del hospital "Ramón Madariaga" de Posadas, Misiones. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina (Arg) 2007; 167: 8-10

**ANEXO**

## ANEXO

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

N° de Ficha:

N° de HC

N° de SS

#### 1. Datos generales:

- Apellidos y Nombres:
- Edad:
- Grado de instrucción
- Ocupación:
- Fecha de ingreso:
- Fecha de cirugía:
- Fecha de alta médica:

#### 2. Antecedentes obstétricos: factores de riesgo

- FUM: EG:
- MAC:
- Embarazos anteriores:
- Embarazos ectópicos previos:
- Abortos anteriores:
- Cesáreas previas:
- Cirugía abdominal previa:
- Antecedente de EPI
- Otros

#### 3. METODO DIAGNÓSTICO:

- HCBG EN SUERO + ( )
- ECOGRAFIA ABDOMINAL ( )
- ECOGRAFIA TV ( )
- CULDOCENTESIS ( )

#### 4. DIAGNÓSTICO:

- EE TUBARICO:
- EE OVÁRICO:
- EE HETEROTOPICO:
- EE ROTO: SI ( ) NO ( )
- HEMOPERITONEO: SI ( ) NO ( ) Cantidad: cc

#### 5. TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- LAPAROSCOPIA ( )

- LAPAROTOMÍA ( )

**6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:**

- Salpingostomía lineal ( )
- Salpingectomía parcial ( )
- Salpingectomía total ( )
- Anexectomía ( )

**7. Complicaciones intraoperatorias:**

- Hemorragia ( )
- Lesión orgánica ( )
- Conversión de cirugía ( )

**8. Post-operatorio a corto y largo plazo**

- Tiempo operatorio:
- Estancia hospitalaria:
- Embarazo intrauterino posterior:
- Costo de cirugía según técnica quirúrgica:

**9. Complicaciones post-operatorias a corto y largo plazo**

- Hematoma ( )
- Fiebre ( )
- Infección de herida operatoria ( )
- Re intervención quirúrgica ( )
- Mortalidad ( )
- Aborto posterior a la cirugía ( )
- Embarazo ectópico posterior a la cirugía ( )