

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN EL
EMBARAZO ECTÓPICO**

IRENE ELIZABETH BARRIOS OCHOA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en
Ginecología y Obstetricia
Enero de 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.001.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Irene Elizabeth Barrios Ochoa

Carné Universitario No.: 200530061


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS EN EL EMBARAZO ECTÓPICO**

Que fue asesorado: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Y revisado por: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN** para **enero 2017**.

Guatemala, 12 de septiembre de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POST GRADO

Cuilapa, Santa Rosa 28 de septiembre de 2016

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Escuela de Estudios de Post-Grados
Universidad de San Carlos de Guatemala
Guatemala, Ciudad

Respetable Dr. Ruiz:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora Irene Elizabeth Barrios Ochoa carné 200530061, de la carrera de Maestría en Ginecología y Obstetricia, la cual se titula "CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS EN EL EMBARAZO ECTOPICO".

Luego del asesoramiento, hago constar que la doctora Irene Elizabeth Barrios Ochoa, ha concluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudio de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Culapa, Santa Rosa, Guatemala
Tel. 10619

Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca
Asesor de Tesis



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Cuilapa, Santa Rosa 28 de septiembre de 2016

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Escuela de Estudios de Post-Grados
Universidad de San Carlos de Guatemala
Guatemala, Ciudad

Respetable Dr. Ruiz:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora Irene Elizabeth Barrios Ochoa carné 200530061, de la carrera de Maestría en Ginecología y Obstetricia, la cual se titula "CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS EN EL EMBARAZO ECTOPICO".

Luego de la revisión, hago constar que la doctora Irene Elizabeth Barrios Ochoa, ha concluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudio de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca.
Revisor de Tesis

INDICE DE CONTENIDOS

	PÀGINA
RESUMEN.....	i
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVOS.....	12
IV. MATERIALES Y METODOS.....	13
V. RESULTADOS.....	18
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	36
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41
VIII. ANEXOS.....	45

INDICE DE TABLAS

	PAGINA
TABLA 1	20
TABLA 2	21
TABLA 3	22
TABLA 4	23
TABLA 5.....	24
TABLA 6	25
TABLA 7	26
TABLA 8	27
TABLA 9	28
TABLA 10	30
TABLA 11	31
TABLA 12	32
TABLA 13	33
TABLA 14	34

INDICE DE GRAFICAS

	PAGINA
GRAFICA 1	20
GRAFICA 2	21
GRAFICA 3	22
GRAFICA 4	23
GRAFICA 5.....	24
GRAFICA 6	25
GRAFICA 7	26
GRAFICA 8	27
GRAFICA 9	28
GRAFICA 10	29
GRAFICA 11	30
GRAFICA 12	31
GRAFICA 13	32
GRAFICA 14	33
GRAFICA 15	34
GRAFICA 16	35

RESUMEN

El embarazo ectópico es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, esta patología sigue representando a nivel mundial un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo, actualmente no existen estudios en el Hospital de Cuilapa por lo que se decidió investigar las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes que fueron tratadas por embarazo ectópico del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2013, con un universo de 25 pacientes, la metodología fue de tipo descriptivo retrospectivo y prospectivo, los resultados obtenidos expresaron que el perfil epidemiológico de las pacientes que presentaron embarazo ectópico fue, pacientes entre el rango de edad de 21 a 30 años en un 56%, 40% de las pacientes eran multíparas, con edad de menarquia a los 13 años 40%, el inicio de relaciones sexuales fue de 14, 18 y 19 años de edad en igual proporción de 20%, en 56% los ciclos menstruales eran irregulares, el 72% de las pacientes refirieron tener 1 pareja sexual, el 56% de pacientes refirió no utilizar ningún método anticonceptivo y de las pacientes que si utilizaban, la depoprovera era el método más utilizado. Un 32% de pacientes refirió haber presentado infecciones vaginales y enfermedad inflamatoria pélvica, en su totalidad refirieron no tener ningún hábito de importancia, y no haber llevado control prenatal.

De las características clínicas se tiene que el síntoma de consulta presentado por las pacientes fue en un 80% dolor abdominal, el método con el que se realizó el diagnóstico en su mayoría fue por ultrasonido en un 40%, el procedimiento planeado para el 72% de las pacientes fue exploración pélvica y el procedimiento realizado a estas pacientes en un 56% fue salpingectomía, el 100% de las pacientes afectadas con esta patología presentaron embarazo tubárico de los cuales en un 64% de los casos se localizaron en la trompa de Falopio derecha, y según su ubicación en la trompa de Falopio un 80% en la ampolla, la complicación que se presentó fue el shock hipovolémico con un 20%, de las cuales solamente una paciente fue trasladada para manejo intensivo, no se reportaron muertes y un 80% de las pacientes no presentaron complicaciones.

I. Introducción

El embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado, se desarrolla en estructuras distintas a la cavidad uterina endometrial, ya sea en la cavidad abdominal, ovario, en las distintas partes de la trompa de Falopio o cérvix. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que conlleva a la muerte embrionaria o fetal y es la principal causa de morbilidad materna en el primer trimestre.

Fue reconocido por primera vez por Busiere en 1693 cuando examinaba el cuerpo de una prisionera ejecutada en Paris. Gifford de Inglaterra escribió un informe más completo en 1731, en el que describía la condición de un óvulo fertilizado que se había implantado fuera de la cavidad uterina. Desde entonces se reconoce que el embarazo ectópico es una de las complicaciones más graves del embarazo.⁽¹⁾

A partir de su descripción por primera vez, el embarazo ectópico es hoy un verdadero problema de salud, una emergencia médica cuyo diagnóstico precoz posee una gran importancia por las complicaciones a las que este conlleva. El peligro de muerte en un embarazo extrauterino es mayor que el de la gestación que culmina en un producto vivo o que es terminada intencionalmente. Además, las posibilidades de que un nuevo embarazo llegue a feliz término disminuyen después de una gestación ectópica. Sin embargo, con los diagnósticos más tempranos existe una mayor posibilidad de que la madre sobreviva y conserve su capacidad reproductiva.⁽²⁾

En general se observa un embarazo ectópico por cada 100 a 200 nacidos vivos.⁽³⁾

Este informe tuvo como objetivo determinar las características clínicas y epidemiológicas en las pacientes con embarazo ectópico en el periodo del año 2010 al 2013. Las características epidemiológicas buscadas fueron la edad, procedencia, paridad, edad de menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, ciclos menstruales, número de parejas, método anticonceptivo, antecedentes de patologías predisponentes, embarazo ectópico, quirúrgicos, hábitos y control prenatal. Entre las características clínicas, síntoma o signo de consulta, método diagnóstico utilizado, procedimiento planeado, procedimiento realizado, localización del embarazo y las complicaciones que se presentaron.

Siendo este un estudio importante, para obtener datos estadísticos en el hospital regional de Cuilapa en el departamento de ginecología y obstetricia, dada la falta de información estadística respecto al tema, se realizó por medio de la revisión de expedientes clínicos de enero de 2010 a diciembre de 2013, utilizando una boleta de recolección de datos, a través de los cuales se obtuvo resultados que revelan el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes que presentaron esta patología, de esta manera el presente estudio pretende contribuir con información que pueda ser tomada en cuenta en la actualización de protocolos de atención en las pacientes que asisten al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa contribuyendo indirectamente con la disminución de la mortalidad materna.

II. Antecedentes

Busiere fue el primero en reconocer el embarazo ectópico en 1693, cuando examinaba el cuerpo de una prisionera ejecutada en París. Gifford de Inglaterra escribió un informe más completo en 1731, en el que describía la condición de un óvulo fertilizado que se había implantado fuera de la cavidad uterina. Desde entonces se reconoce que el embarazo ectópico es una de las complicaciones más graves en el embarazo. El embarazo ectópico es una de las causas principales de morbilidad materna en los estados unidos y fue responsable del 6% del total de muertes maternas entre 1991 y 1999, de acuerdo con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Pese a los avances significativos en el diagnóstico y el tratamiento en el embarazo ectópico aun es la causa principal de muerte materna durante el primer trimestre de embarazo. En la actualidad el diagnóstico temprano del embarazo ectópico es posible gracias a pruebas muy sensibles y rápidas para detectar gonadotropina coriónica humana beta y a la ayuda del equipo avanzado de ecografía transvaginal. El beneficio del diagnóstico temprano es que posibilita la conducta expectante o la cirugía conservadora.⁽¹⁾

2.1 Definición

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto a la cavidad endometrial.⁽⁴⁾

2. 2 Incidencia

Los datos disponibles más exhaustivos sobre las tasas de embarazo ectópico los ha recogido los Centers for Disease Control and Prevention, en 1989 es el último año en el cual se publicaron estadísticas se estimó que hubo 88,400 embarazos ectópicos con una tasa de 16 embarazos ectópicos por 1000 gestaciones. Estos números representan un incremento de cinco veces comparado con las tasas de 1970. En 1988 se atribuyeron 44 muertes a complicaciones del embarazo ectópico, lo que representa un 15% de todas las muertes maternas. Después de un embarazo ectópico, hay un incremento entre el 7 y 13 veces en el riesgo de embarazo ectópico posterior. La probabilidad de que una gestación posterior sea intrauterina es del 50 al 80%, y la de que la gestación sea tubárica es del 10 al 25%, el resto de las pacientes serán infértiles.⁽⁵⁾

2.3 Etiología

El daño en la trompa puede ser debido a procesos inflamatorios, infecciosos o quirúrgicos. Los procesos inflamatorios e infecciosos pueden provocar inflamación sin obstrucción tubárica completa. La obstrucción completa puede ser como consecuencia de salpingitis, ligadura tubárica incompleta, cirugía para infertilidad tubárica, salpingectomía parcial o atresia congénita del segmento tubárico intermedio.^(7, 8, 9, 10, 11) El daño en la mucosa de la trompa, o en las fimbrias, es el responsable de cerca de la mitad de todas las estenosis tubáricas.⁽¹⁷⁾ El embarazo tubárico puede aparecer en una trompa obstruida, con la trompa contralateral permeable, al migrar los espermatozoides a través del abdomen para fecundar un ovocito liberado en el lado con obstrucción. La actividad mioeléctrica es la responsable de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.⁽¹²⁾ Esta actividad facilita el movimiento de los espermatozoides y de los óvulos para encontrarse, y propulsa al cigoto hacia la cavidad uterina. Los estrógenos aumentan la actividad del músculo liso y la progesterona disminuye el tono muscular. Con la edad se produce una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio, lo que puede explicar la mayor incidencia de embarazos tubáricos en mujeres perimenopáusicas.⁽¹²⁾ El control hormonal de la actividad muscular de la trompa de Falopio puede explicar la incidencia aumentada de embarazos tubáricos asociados al fallo de la píldora del día después, de la minipíldora, de los dispositivos intrauterinos (DIU) con progesterona y de la inducción de la ovulación. Los huevos anembrionados aparecen más frecuentemente en los embarazos tubáricos que en los intrauterinos, aunque en los embarazos ectópicos no aumenta la incidencia de alteraciones cromosómicas.⁽¹³⁾

2.4 Factores de Riesgo

2.4.1 Infección pélvica

Está bien documentada la relación entre la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), la obstrucción tubárica y el embarazo ectópico.^(9, 14) En un estudio realizado en 415 mujeres con EIP demostrada por laparoscopia, la incidencia de obstrucción tubárica aumentó con cada episodio sucesivo de EIP: 13% después de un episodio, 35 % después de dos y 75 % después de tres.⁽¹⁴⁾ Además, después de un episodio de EIP, el cociente de gestación ectópica frente a intrauterina fue de 1 en 24, un incremento de seis veces sobre la incidencia

en mujeres con resultados laparoscópicos negativos (1 en 147). La clamidia es un patógeno importante en el daño tubárico y en la posterior gestación tubárica. Debido a que muchos casos de salpingitis por clamidia no son dolorosos, pueden no reconocerse o, si se reconocen, se tratan de forma ambulatoria. La clamidia se ha cultivado en el 7 al 30% de las pacientes con embarazo tubárico.⁽¹⁵⁾

2.4.2 Anticonceptivos

Uso de anticoncepción tanto los DIU inertes, como los que contienen cobre, dificultan los embarazos intrauterinos y extrauterinos.^(16, 17) Sin embargo, las mujeres que se quedan embarazadas llevando un DIU normoinserto es de 0,4 a 0,8 veces más probable que tengan un embarazo tubárico que aquellas que no utilizan anticoncepción. Debido a que los DIU evitan la implantación dentro del útero de forma más efectiva que en la trompa, una mujer que se quede embarazada con un DIU es de 6 a 10 veces más probable que tenga una gestación ectópica que si concibe sin utilizar anticoncepción.^(16, 17)

Con los DIU de cobre, el 4% de los fallos anticonceptivos son embarazos tubáricos. Los DIU de progesterona son menos efectivos que los de cobre para evitar las gestaciones tubáricas y el 17 % de los fallos acaban en gestaciones tubáricas. Estos hallazgos sugieren que los fracasos ocurren por distintas razones. Aunque todos los DIU evitan la implantación intrauterina, los de cobre evitan la fecundación por efectos citotóxicos y fagocíticos sobre los espermatozoides y los ovocitos. Los DIU de progesterona son, probablemente, menos efectivos para evitar la concepción. La duración del uso de DIU no aumenta el riesgo absoluto de embarazo tubárico (1,2 por 1.000 años de exposición), pero con el aumento del uso hay un incremento en el porcentaje de gestaciones tubáricas.⁽¹⁸⁾

Se ha calculado que el riesgo de que una gestación sea ectópica cuando aparece con anticonceptivos orales es del 0,5 al 4%.^(16, 17, 19) El consumo anterior de anticonceptivos orales no aumenta el riesgo posterior de embarazo ectópico.⁽²⁵⁾ Los anticonceptivos de progesterona sola, como los orales (minipíldora) y los implantes subdérmicos (Norplant), protegen frente a la gestación intrauterina y la ectópica cuando fueron comparados con las mujeres que no tomaban anticonceptivos. Sin embargo, si aparece una gestación, la probabilidad de que ésta sea ectópica es del 4 al 10 % para la minipíldora.^(20, 21) Y hasta del 30% si el embarazo aparece mientras están los implantes.^(22, 23) El preservativo y el diafragma protegen frente al embarazo intrauterino y al ectópico y no aumenta la incidencia de embarazo ectópico.^(18, 19, 24)

El mayor riesgo de embarazo, incluyendo el ectópico, aparece en los primeros 2 años después de la ligadura tubárica.⁽²⁵⁾ A pesar de que una mayor proporción de fallos después de la ligadura son embarazos ectópicos, la tasa absoluta de embarazo ectópico está disminuida después de la esterilización. Cuando se calcula el riesgo acumulado a lo largo de la vida para el embarazo ectópico según el método anticonceptivo, en ligadura tubárica hay un menor riesgo acumulado de embarazo ectópico, comparado con el DIU o con ningún anticonceptivo, y las mujeres con menor riesgo son aquellas que utilizan métodos de barrera o anticonceptivos orales.⁽²⁶⁾

El riesgo de embarazo tubárico después de cualquier procedimiento de ligadura tubárica es del 5 al 16%, y depende de la técnica de ligadura: alrededor de la mitad de los fallos de la electrocoagulación son ectópicos, comparados con el 12% de los métodos no laparoscópicos, sin electrocoagulación.^(25, 26, 27)

2.4.3 Cirugía abdominal previa

Muchas pacientes con embarazos ectópicos tienen antecedentes de cirugía abdominal previa y no está claro si esto influye o no en el embarazo ectópico.^(28, 29, 30) En un estudio, no parecía que hubiera un aumento del riesgo en caso de cesárea, cirugía ovárica o extirpación de un apéndice sin romper.⁽³¹⁾ Otros estudios han mostrado que la quistectomía ovárica o la resección en cuña aumentan el riesgo de embarazo ectópico, presumiblemente debido a las cicatrices peritubáricas.^(32, 33) Aunque hay consenso general de que con la rotura de la apéndice existe un aumento del riesgo de embarazo ectópico.^(28, 34)

2.4.4 Infertilidad

Aunque la incidencia de embarazo ectópico aumenta con la edad y la paridad, también aumenta significativamente en mujeres nulíparas en tratamiento por infertilidad.^(28, 25) Los riesgos adicionales en mujeres infértiles están asociados con tratamientos específicos, como la reversión de la ligadura, la tuboplastia, la inducción de la ovulación y la fecundación in vitro (FIV). Las características de las alteraciones hormonales con los ciclos de inducción de la ovulación con citrato de clomifeno y gonadotropinas pueden predisponer a una implantación tubárica. Del 1,1 al 4,6% de los embarazos asociados con inducción de la ovulación son ectópicos.^(29, 36)

2.4.5 Tabaquismo

El hábito de fumar está asociado con un aumento de más del doble del riesgo de embarazo tubárico.^(17, 33, 37, 38) Un estudio de casos y controles mostró una relación con la dosis: las fumadoras de más de 20 cigarrillos al día tienen un riesgo relativo de 2,5 comparado con las no fumadoras, mientras que las fumadoras de 1 a 10 cigarrillos tienen un riesgo de 1,3.⁽³⁸⁾ Las alteraciones en la motilidad tubárica, la actividad de los cilios y la implantación del blastocisto están asociadas con la toma de nicotina.

2.5 Localización

Alrededor del 95% de las implantaciones extrauterinas se produce en la trompa de Falopio. Aproximadamente el 55% de estas implantaciones tubáricas ocurre en la ampolla, que es la ubicación más frecuente, la implantación en la porción ístmica ocurre en el 20 al 25%, la implantación en el infundíbulo y las fimbrias en el 17% y la implantación en el segmento intersticial en el 2 a 4%. Las implantaciones ectópicas en el ovario, el cuello uterino y la cavidad peritoneal son menos frecuentes.⁽⁶⁾

2.6 Manifestaciones Clínicas

La tríada clásica de dolor abdominal, amenorrea, y sangrado vaginal siempre debe hacer sospechar al clínico que puede estar frente a un caso de embarazo ectópico. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser todo un reto debido que la presentación de un embarazo ectópico puede variar muy significativamente. En el estudio de Alsuleiman que incluyó la revisión de 147 casos de embarazo ectópico, el porcentaje de pacientes que presentaron embarazo ectópico con dolor abdominal fue 98.6%, amenorrea 74.1%, y sangrado vaginal irregular 56.4%. Entre los hallazgos físicos, los más comunes fueron sensibilidad abdominal 97.3% y anexial 98%.⁽³⁶⁾ Aunque estos signos y síntomas son comunes, la presentación clínica de embarazo ectópico puede variar respecto a la presentación clásica. Los hallazgos del examen físico también pueden mostrar cambios en las funciones vitales, tales como taquicardia o cambios ortostáticos, dolor a la movilización cervical, sensibilidad anexial y uterino (debido a sangre que irrita la superficie peritoneal), o masa palpable. Incluso, el examen físico puede ser normal o con cambios mínimos. El embarazo ectópico también puede simular otros cuadros como aborto espontáneo,

gestación intraútero no evolutivo, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, e infección. Así, para todo clínico, en el caso de tener una prueba de embarazo positiva, el embarazo ectópico debería ser siempre un diagnóstico diferencial.⁽³⁹⁾

2.7 Diagnóstico

El diagnóstico precoz reduce la mortalidad y morbilidad asociada con el embarazo ectópico. Después de la historia clínica y el examen físico, las dos más importantes pruebas diagnósticas para evaluar un probable embarazo ectópico son la ecografía transvaginal y el nivel sérico de la subunidad beta de HCG. La sensibilidad y especificidad del uso simultáneo de ambas pruebas están en el rango de 95 – 100 %. El primer paso en el diagnóstico de un embarazo ectópico es evaluar por un probable embarazo intraútero. La confirmación de una gestación intraútero casi siempre descarta en embarazo ectópico; el riesgo de embarazo heterotópico es de 1 en 10,000 a 30,000 embarazos espontáneos.⁽⁴⁰⁾ La ecografía puede identificar una gestación intraútero en un embarazo de 5.5 semanas menstruales con casi una exactitud del 100%. Entre las 4.5 y 5 semanas, el primer marcador ultrasonográfico de embarazo intraútero es un saco gestacional con un “signo decidual doble” (Doble anillo ecogénico alrededor del saco gestacional). El saco estacional aparece cerca a la 5 y 6 semanas y permanece hasta la semana 10. El embrión (polo fetal) y la actividad cardíaca pueden identificarse entre las 5.5 y 6 semanas. Se debe descartar la presencia de un pseudosaco, que describe como una colección de fluido dentro de la cavidad endometrial que usualmente está localizado centralmente dentro de la cavidad uterina. Esto puede confundirse con un saco gestacional intraútero. Un pseudosaco es resultado de sangrado endometrial procedente del endometrio decidualizado en el caso de una gestación extrauterina. Desafortunadamente, la identificación de un pseudosaco no es diagnóstico de un embarazo ectópico, tiene una tasa alta de falsos positivos, por lo tanto no puede utilizarse para evaluar un probable embarazo ectópico.⁽⁴⁰⁾

En ausencia de un periodo menstrual, el nivel de gonadotropina coriónica humana (HCG) es fundamental en la evaluación de un embarazo ectópico. La zona discriminatoria es definida como el nivel de HCG en el que debería visualizarse un embarazo intrauterino. Con la ecografía abdominal, la mayoría de radiólogos usan el valor de 6500 mUI/ml, pero esto ha sido superado con la ecografía transvaginal, reduciendo la zona discriminatoria a 1500-2500 mUI/ml.^(40, 41) Cuando el nivel de HCG alcanza la zona discriminatoria y no se puede

diagnosticar un embarazo intraútero, se debe sospechar de un embarazo extrauterino. Una excepción a esta regla sería en casos de gestaciones múltiples. La detección de una elevación y disminución anormal del nivel de HCG también puede ayudar al diagnóstico de un embarazo ectópico. La evacuación uterina es superior a la biopsia endometrial y debe ser el método empleado. En ausencia de vellosidades coriónicas, es muy probable el diagnóstico de embarazo ectópico y está indicado el tratamiento médico o quirúrgico.⁽⁴¹⁾

2.8 Tratamiento

2.8.1 Manejo Quirúrgico

Una vez hecho el diagnóstico, varios factores influyen la decisión de tratar un embarazo ectópico médicamente o quirúrgicamente. Si la paciente está inestable, entonces es necesario el tratamiento quirúrgico inmediato, ya sea por laparotomía o laparoscopia. En el pasado, la laparotomía con salpinguectomía fue considerado el “gold estándar”, pero actualmente con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva y el entrenamiento quirúrgico, la laparoscopia ahora es el tratamiento de elección.^(42, 43)

La laparoscopia está asociada con una recuperación más rápida, hospitalización corta, reducción total de los costos, y menos dolor, sangrado, y formación de adherencias. En un paciente hemodinámicamente estable, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en casos de embarazo heterotópico, ruptura tubárica, o inminente riesgo de ruptura. Otras indicaciones de cirugía incluyen el no deseo o incapacidad para completar el tratamiento médico, contraindicaciones al metrotexate, y fallo del tratamiento médico. La cirugía también debería considerarse en pacientes que presentan características que parecen predisponen al fallo del tratamiento médico, tales como un embarazo ectópico mayor de 5 cm o la presencia de actividad cardíaca observada en la ecografía transvaginal.⁽⁴⁴⁾

Una vez que la decisión que se ha tomado es por la vía quirúrgica, el cirujano debe decidirse por la técnica quirúrgica más apropiada. Habitualmente esta decisión se hace en sala de operaciones, por lo tanto es importante la consejería preoperatoria. También ayuda a la decisión intraoperatoria tomar en consideración factores de riesgo, deseos del paciente por su futura fertilidad, y el estado de la paciente. Las indicaciones de salpinguectomía incluyen un embarazo ectópico recurrente en la misma trompa, una trompa severamente dañada, sangrado incontrolable (antes o después de la salpingostomía), un embarazo heterotópico, y la decisión de no tener más hijos. La salpingostomía es el tratamiento de elección en

mujeres en edad reproductiva quienes desean preservar su fertilidad. La salpingostomía típicamente se realiza haciendo una incisión en el borde antimesentérico de la trompa de Falopio en el punto de máxima distensión. En algunos estudios el uso de vasopresina antes de la incisión ha sido reportada que reduce el sangrado y tiempo operatorio, pero otros estudios no muestran tales hallazgos.⁽⁴⁵⁾ Se recomienda remover el producto de la concepción mediante hidrodisección, además evitar, el excesivo manipuleo de la trompa y el uso del cauterio para prevenir posible daño sobre la trompa de Falopio. La tasa de embarazo intrauterino se mejora en pacientes quienes han sido sometidas a salpingostomía lineal en comparación a la salpinguectomía, aunque la tasa de embarazo ectópico recurrente también es más alta. Uno de los potenciales riesgos del manejo quirúrgico conservador con salpingostomía es el embarazo ectópico persistente.⁽³⁶⁾

2.8.2 Manejo Medico

Antes de mediados de los '80 el tratamiento del embarazo ectópico fue exclusivamente quirúrgico. En 1982 se reportó el primer caso de tratamiento de embarazo ectópico con metrotexate. El metrotexate ha sido el método más exitoso del manejo médico del embarazo ectópico y usualmente es el de primera elección. Fue propuesto después de la observación que los trofoblastos activamente en replicación, en el caso de enfermedad trofoblástica gestacional, fueron exitosamente tratados con metrotexate. Es un antagonista del ácido fólico que se une al sitio catalítico de la dihidrofolato reductasa inhibiendo la síntesis de purinas y pirimidinas, interfiriendo con la síntesis de ADN y la replicación celular. Las pacientes hemodinámicamente estables son elegibles para el manejo médico con metrotexate. Los primeros esquemas de administración consistían de múltiples dosis de metrotexate y rescate con citrovorum. En 1989, Stovall y colaboradores, demostraron una tasa exitosa de 96 % con su régimen de dosis múltiple. Su protocolo consistía de metrotexate intramuscular, 1 mg/kg de peso actual alternando con factor de rescate citrovorum 0.1 mg/kg.⁽²⁵⁾ Después, estos investigadores encontraron que la mayoría de pacientes tratadas con múltiples dosis habían reducido los niveles de HCG antes de recibir la segunda y/o la tercera dosis. Una vez que se ha decidido administrar manejo médico, es importante prevenir a las pacientes sobre los potenciales efectos colaterales y la necesidad de un seguimiento estricto. Estos efectos colaterales incluyen la presencia de náuseas, vómitos, gastritis, mareos, alopecia, neutropenia, neumonitis, sangrado vaginal, incremento del dolor abdominal. Varias pacientes también experimentan dolor abdominal 3 a 7 días

después de la administración de metrotexate. Se cree que esto es secundario a un aborto tubario o a la expansión de un hematoma dentro de la trompa de Falopio. Las pacientes que no muestran alivio con medidas de soporte deberían ser inmediatamente evaluadas para descartar ruptura tubárica. Los signos de fracaso al tratamiento incluyen el incremento significativo del dolor abdominal (a pesar del cambio en los niveles de HCG), signos de inestabilidad hemodinámica, disminución del nivel de HCG menor al 15 % entre el día 4 y día 7, y el incremento o aplanamiento de la curva de HCG después de la primera semana de tratamiento.⁽⁴⁷⁾ Si no hay signos de fracaso de tratamiento al día 7 y hay una disminución del 15 % entre el día 4 y día 7, se recomienda controles semanales de HCG hasta la completa resolución (HCG < 15 mUI/ml).⁽¹⁴⁾

2.8.3 Manejo expectante

El manejo expectante de embarazo ectópico ha sido empleado con tasas reportadas en el rango de 48% a 100%. Esta amplia brecha en parte se debe a diferencias en los criterios de inclusión. En el estudio de Spandorfer y colaboradores del 2004, el manejo expectante fue más exitoso (32 de 33 pacientes) en mujeres con niveles de HCG en menos de 175 mUI/ml, mientras que en las pacientes con HCG mayor a 175 mUI/ml, sólo 41 de 74 fueron manejadas exitosamente. En el caso de una paciente clínicamente estable con HCG menor a 175 mUI/ml, con ecografía transvaginal indeterminada y niveles de HCG en descenso, sería razonable emplear un manejo expectante. Por otro lado, dada las bajas tasas de complicaciones del uso de metrotexate, muchos clínicos optan por tratamiento médico sobre el manejo expectante.^(40, 46)

III. Objetivos

3.1 Objetivo General

3.1.1 Determinar el perfil Clínico – Epidemiológico asociado a Embarazo Ectópico.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Identificar las características epidemiológicas de la paciente con embarazo ectópico.

3.2.2 Conocer los antecedentes de la paciente con embarazo ectópico.

3.2.3 Identificar la presentación clínica de la paciente con embarazo ectópico.

3.2.4 Establecer el método diagnóstico más utilizado en embarazo ectópico.

3.2.5 Enunciar el tratamiento efectuado en las pacientes con embarazo ectópico.

3.2.6 Especificar las complicaciones médicas en el embarazo ectópico.

IV. Materiales y Métodos

4.1 Tipo de Estudio

Estudio clínico descriptivo retrospectivo y prospectivo.

4.2 Población

Pacientes hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa que fueron tratadas por embarazo ectópico.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Pacientes hospitalizadas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional de Cuilapa que fueron tratadas por embarazo ectópico, muestra no probalística tomando la población durante el período comprendido del año 2010 al 2013.

4.4 Unidad de Análisis

Registros médicos de pacientes tratadas por embarazo ectópico en el Hospital Regional de Cuilapa.

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Pacientes que fueron tratadas por embarazo ectópico en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo establecido y los criterios de exclusión fueron pacientes que consultaron con diagnóstico diferente al de embarazo ectópico o pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico fuera del tiempo estipulado.

4.6 Variables estudiadas

Son las siguientes: Edad, Gestas, Partos, Abortos, Ciclos menstruales, Menarquia, Métodos anticonceptivos, Enfermedad inflamatoria pélvica, Infección vaginal, Enfermedades de transmisión sexual, Hábitos, Control prenatal, Síntoma clínico de consulta, Método diagnóstico, Localización del embarazo, Tratamiento.

4.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años referido por la paciente en la ficha clínica.	Cuantitativa	0- 10 años 11- 20 años 21- 30 años 31- 40 años 41- 50 años 0- 10 años
Gestas	Números de embarazos que a tenido la paciente.	Número de veces que la paciente refiere haber estado embarazada.	Cuantitativa	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 mayor de 10
Partos	Culminación del embarazo humano, salida del feto del útero materno.	Número de veces que la paciente refiere haber tenido un bebé.	Cualitativa	Cesárea parto
Abortos	Es la interrupción del desarrollo vital del embrión en un tiempo no viable.	Expulsión de un feto en tiempo no viable.	Cuantitativos	1, 2, 3, 4, 5, 6
Ciclos menstruales	Es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos femeninos y en el que se produce una serie de cambios dirigidos al establecimiento de un posible embarazo.	Tiempo o forma que la paciente tiene entre cada menstruación.	Cualitativos	Regulares irregulares
Menarquia	Primer episodio de sangrado vaginal.	La edad que la paciente refiere	Cuantitativa	12 13

		que fue su primera menstruación.		14 15
Método anticonceptivo	Es aquel que impide o reduce la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales.	Método que la paciente refiere utilizar.	Cualitativa	ACOS, DIU depoprovera, JADELLE, Esterilización quirúrgica
Enfermedad inflamatoria pélvica	Es una enfermedad infecciosa que afecta a la parte alta del aparato reproductor femenino interno (útero, ovarios y trompas de Falopio).	Enfermedad con la que la paciente refiere haber cursado.	Cualitativa	Si no
Infecciones vaginales	Son una inflamación que habitualmente se debe a una infección de la vagina.	Enfermedad con la que la paciente refiere haber cursado.	Cualitativa	Si no
Enfermedad de transmisión sexual	Son ocasionadas por infecciones que se transmiten de una persona a otra durante el contacto sexual.	Enfermedad con la que la paciente refiere haber cursado.	Cualitativa	Si no
Hábitos	Comportamiento de una persona, repetido regularmente.	Comportamiento repetitivo con el cual la paciente refiere cursar.	Cualitativa	Alcohol fumar
Control prenatal	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin	SI: pacientes con 2 o más controles. NO: pacientes con menos de 2 controles.	Cualitativa	SI / NO

	de lograr una adecuada gestación.			
Síntoma clínico	Síntoma característico que acompaña la enfermedad.	Síntoma por el cual la paciente refiere que consulto.	Cualitativo	Dolor, hemorragia
Localización del embarazo	Parte anatómica en donde se encuentra el embarazo.	Parte anatomía donde refiere el expediente médico de donde se encontró el embarazo.	Cualitativa	Tubárico, ampullar, ístmica, intersticial, ovario, abdominal
Método Diagnóstico	Proceso analítico que permite conocer la situación.	Método utilizado con el cual se realizó el diagnóstico.	Cualitativa	Clínica, ecosonografía, hcg, laparoscópica
Tratamiento	Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio.	Procedimiento realizado ante la patología.	Cualitativa	Salpingectomía Cistosalingectomía Salpingooforectomía

4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información

Para recolectar los datos de la investigación se utilizó una fuente indirecta dada por los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron y fueron tratadas por embarazo ectópico los cuales se consultaron en el departamento de registros médicos del Hospital Regional Cuilapa, Santa Rosa.

4.9 Procesamiento para la recolección de información:

Para el procesamiento de esta información se realizó primero la recolección de datos obtenidos por la boleta de Recolección y se procedió a ordenar los datos y a la tabulación.

Ordenando los datos se procedió a la sumatoria de cada una de las frecuencias obtenidas y se utilizaron medidas de tendencia central y medidas de dispersión para el análisis de la información se construyeron cuadros de análisis.

Después se procedió a almacenar la información obtenida en Cuadros en Microsoft Excel para la realización de gráficas y cuadros.

4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio la metodología utilizada se basó en la evaluación de la información obtenida a partir de la boleta de recolección de datos. Los datos se analizaron de manera anónima y solo el investigador tuvo acceso a la información para así garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

4.11 Procedimiento de análisis de información

Se utilizaron cuadros y gráficos barras y de pie para la presentación de resultados.

V. Resultados

El presente estudio fue realizado en 25 pacientes que fueron diagnosticadas y tratadas por embarazo ectópico en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa en los meses de enero 2010 a diciembre 2013.

Según las características epidemiológicas en cuanto a la edad, los rangos de 21 a 25 años y 26 a 30 años se encuentran con el mayor porcentaje siendo este 28% para cada rango, seguida de los rangos de 16 a 20 años y 36 a 40 años con 16 % para cada uno y 31 a 35 años con un 12 %. El lugar de procedencia de las pacientes en su mayoría era el área rural en un 56% y urbana en un 44%. Respecto a la paridad presentada por las pacientes al momento del embarazo ectópico, se tiene que el mayor porcentaje se encuentra con las pacientes multíparas (cuarta a séptima gesta) en un 40% seguida por las pacientes primigestas en un 24%, secundigestas en un 20% y trigestas con un 16%. La edad de menarquia de las pacientes fue de 13 años con un 40%, seguida de 14 años con 24%, 12 años con 20%, 15 años con un 12% y 16 años con un 4%. Según el inicio de relaciones sexuales se encontró a pacientes de 14, 18 y 19 años de edad con un 20%, seguido de 16 años con un 16%, 15 y 17 años con un 8%, 13 y 20 años con un 4%. Según los ciclos menstruales un 56% de las pacientes refirieron que estos eran irregulares y un 44% refirieron que eran regulares. Un 72% de las pacientes refirieron tener solamente 1 pareja sexual y el 28% restante refirió tener 2 parejas sexuales. En cuanto al método anticonceptivo un 56% refirió no utilizar ningún método y del 44% de las pacientes que si utilizaba, la depoprovera era el método más utilizado en 32%, seguido de los anticonceptivos orales en un 12%. Solo un 32% de las pacientes refirieron haber padecido de alguna patología predisponente a embarazo ectópico de este porcentaje la infección vaginal se presentó en un 16%, seguida por enfermedad inflamatoria pélvica y enfermedades de transmisión sexual en un 8% para cada una. Solamente una de las pacientes presentaba antecedente de embarazo ectópico. Tenemos que el 76% del total de pacientes con embarazo ectópico, no presento historia quirúrgica anterior y del 24% que si presentaba antecedente quirúrgico las intervenciones más frecuentes eran un 20% para las cirugías abdominales, de este porcentaje un 16% era por cesáreas y un 4% por colecistectomías, las cirugías pélvicas se presentaron en un 4%, siendo esta la paciente que presentaba el antecedente de embarazo ectópico a quien se le había realizado salpingectomía. En su totalidad las pacientes refirieron no tener ningún hábito de importancia. También el 100% de las pacientes refirieron no haber llevado control prenatal.

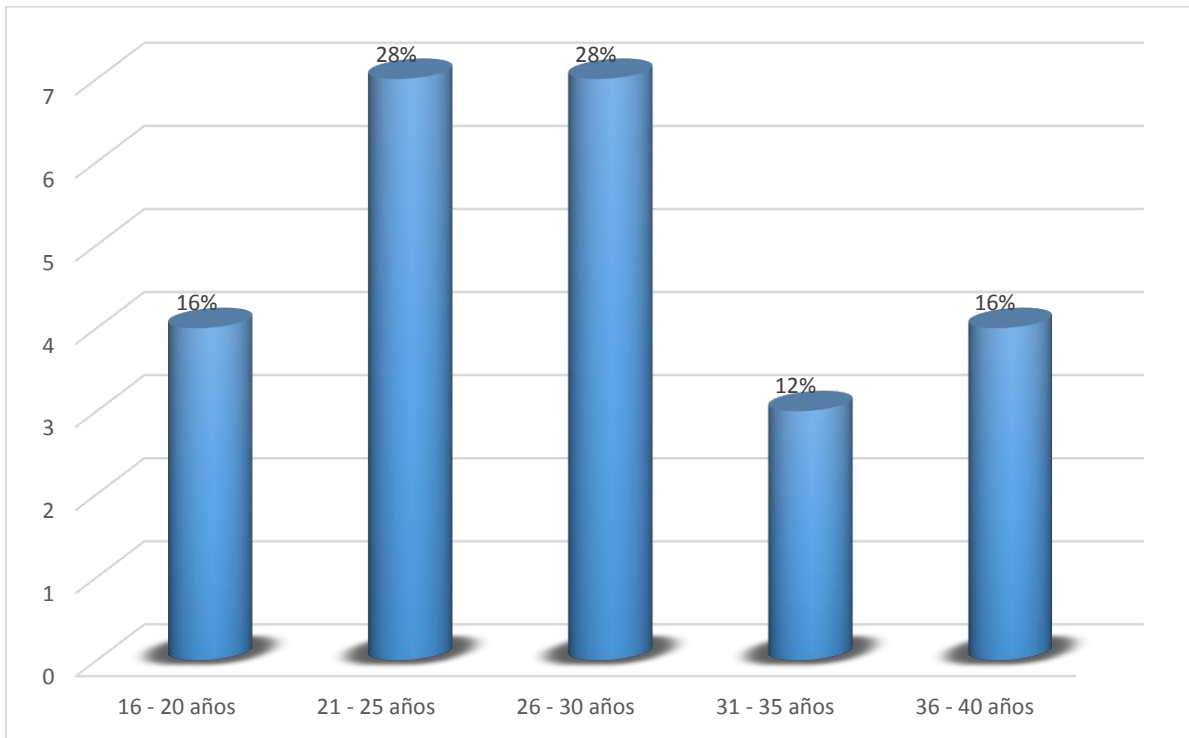
De las características clínicas se tiene que el síntoma o signo de consulta presentado por las pacientes fue en un 80% dolor abdominal, seguido por pérdida del conocimiento en un 12% y la hemorragia vaginal en un 8%. El método con el que se realizó el diagnóstico en su mayoría fue por ultrasonido en un 40% seguido por la laparotomía exploradora y la clínica más estudios de laboratorio en 24% para cada una, seguido de culdocentesis en un 12%. Con respecto al procedimiento planeado el 72% de las pacientes se programó para exploración pélvica y en un 28% para laparotomía exploradora, el procedimiento realizado a estas pacientes en su mayoría fue en un 56% salpingectomía seguido por salpingooforectomía en un 40% y cistosalingooforectomía en un 4%. El 100% de las pacientes afectadas con esta patología presentan embarazo tubárico de los cuales en un 64% de los casos se localizaron en la trompa de Falopio derecha, y según su ubicación en la trompa de Falopio un 80% en la ampolla y un 20% para la región ístmica. El 80% de las pacientes no presentó complicaciones y del 20% que si presentó la complicación que se presentaron fue el shock hipovolémico, no se reportaron muertes.

CUADRO NO. 1

EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16 - 20 años	4	16%
21 - 25 años	7	28%
26 - 30 años	7	28%
31 - 35 años	3	12%
36 - 40 años	4	16%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 1

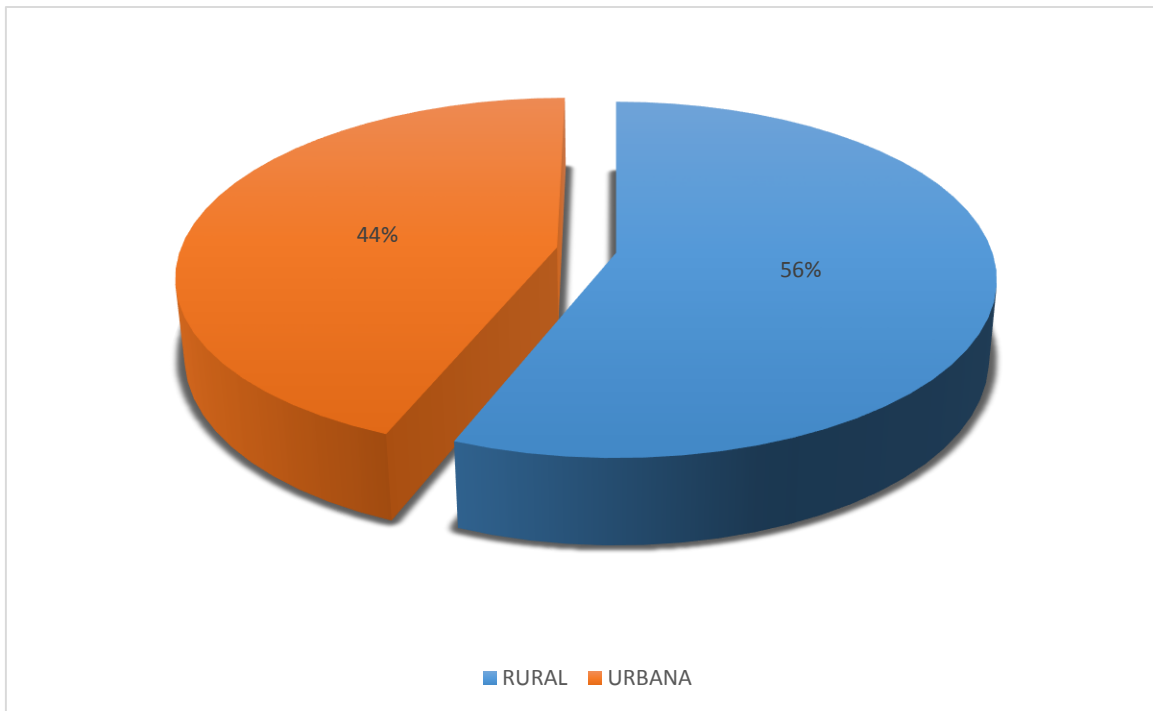


CUADRO NO. 2

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	14	56%
Urbana	11	44%
Total	25	100%

GRAFICA NO. 2

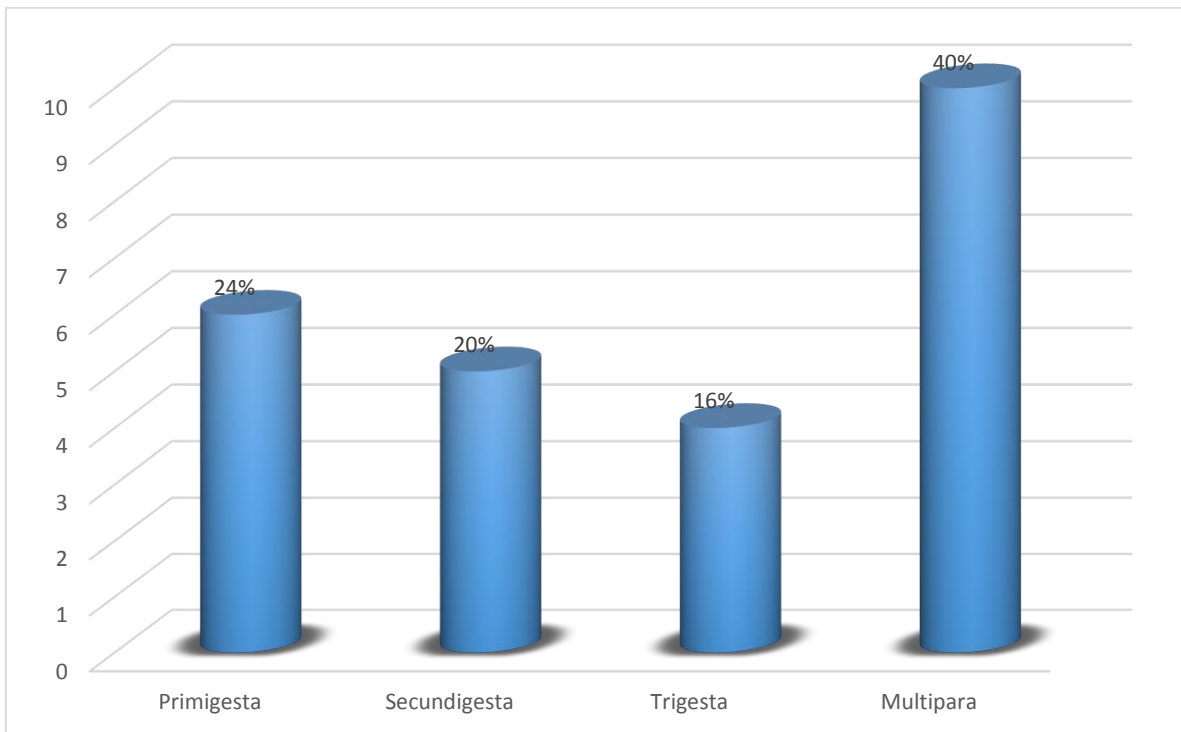


CUADRO NO.3

PARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	6	24%
Secundigesta	5	20%
Trigesta	4	16%
Múltipara	10	40%
Total	25	100%

GRAFICA NO. 3

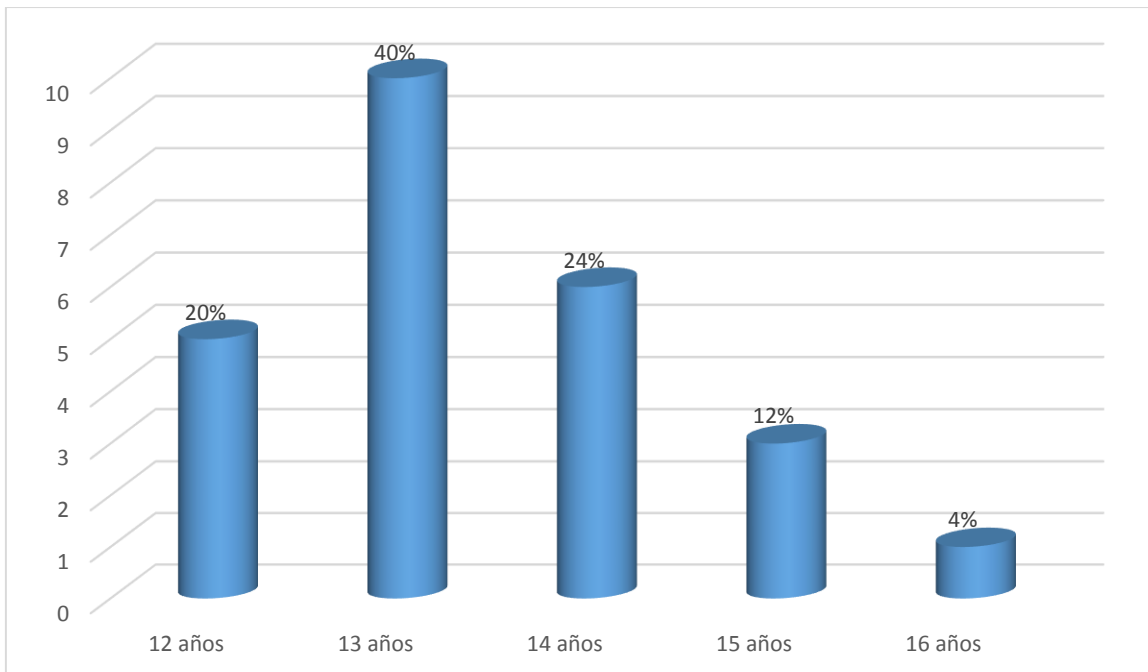


CUADRO NO. 4

EDAD DE MENARQUIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

MENARQUIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	5	20%
13	10	40%
14	6	24%
15	3	12%
16	1	4%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 4

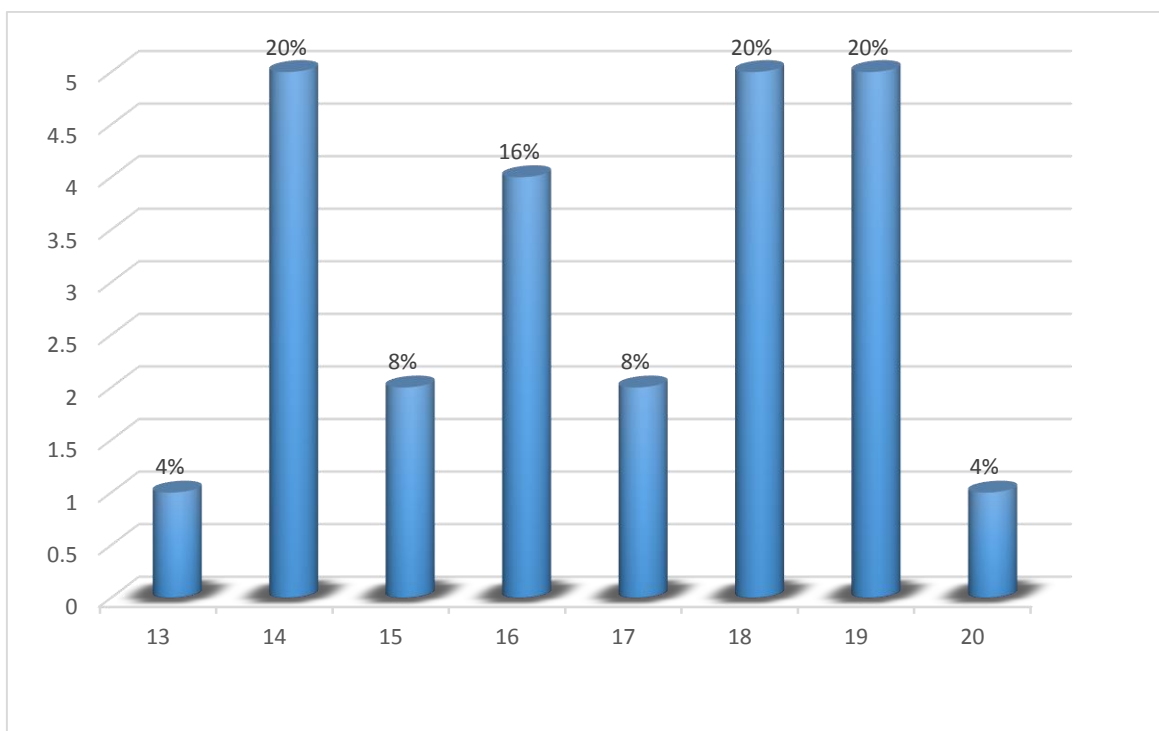


CUADRO NO. 5

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	1	4%
14	5	20%
15	2	8%
16	4	16%
17	2	8%
18	5	20%
19	5	20%
20	1	4%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 5

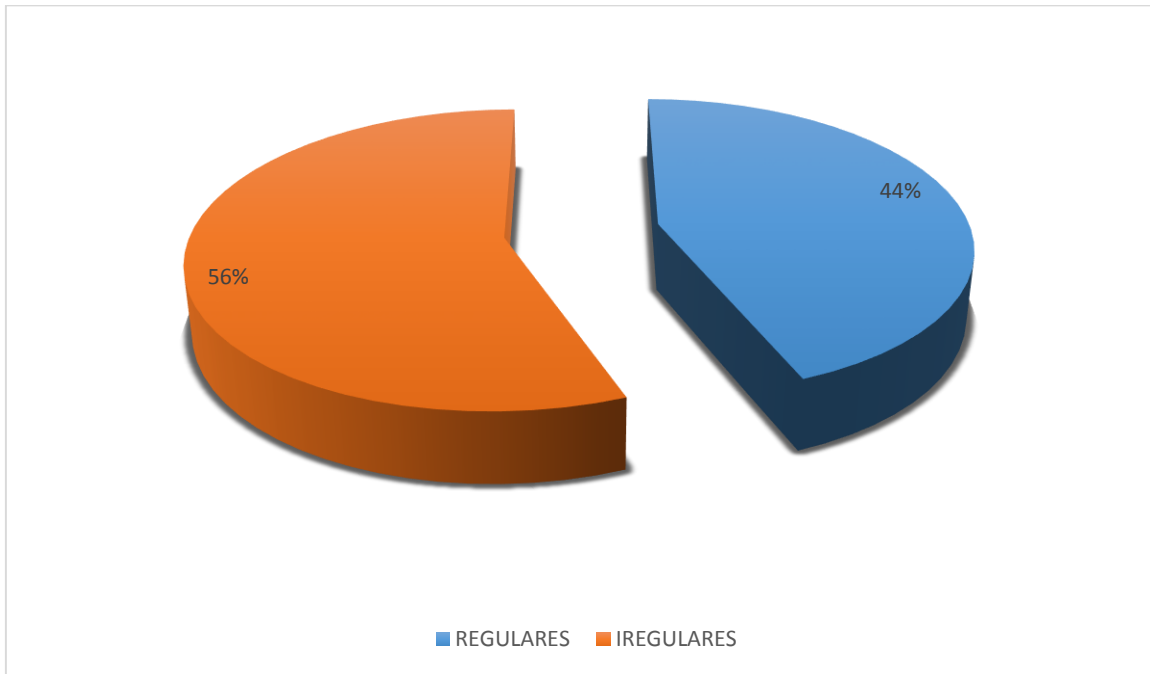


CUADRO NO. 6

CICLOS MENSTRUALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

CICLOS MENSTRUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Regulares	11	44%
Irregulares	14	56%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 6

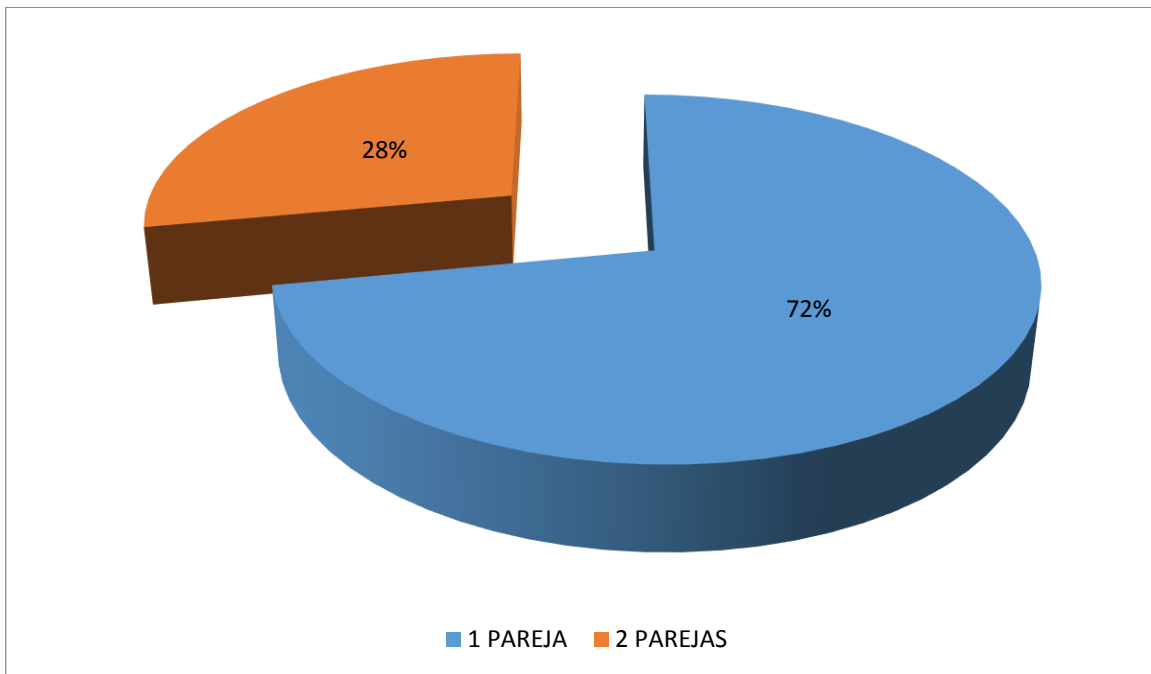


CUADRO NO. 7

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	18	72%
2	7	28%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 7

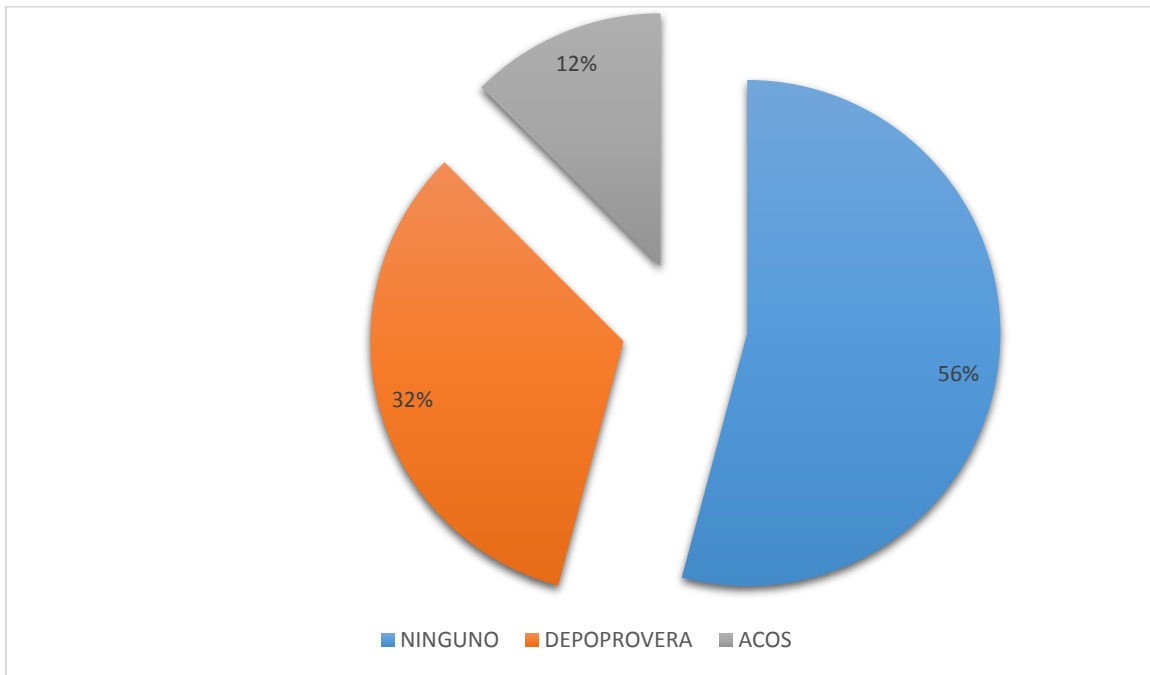


CUADRO NO. 8

METODO ANTICONCEPTIVO USADO POR LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

METODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	14	56%
ACOS	3	12%
Depoprovera	8	32%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 8

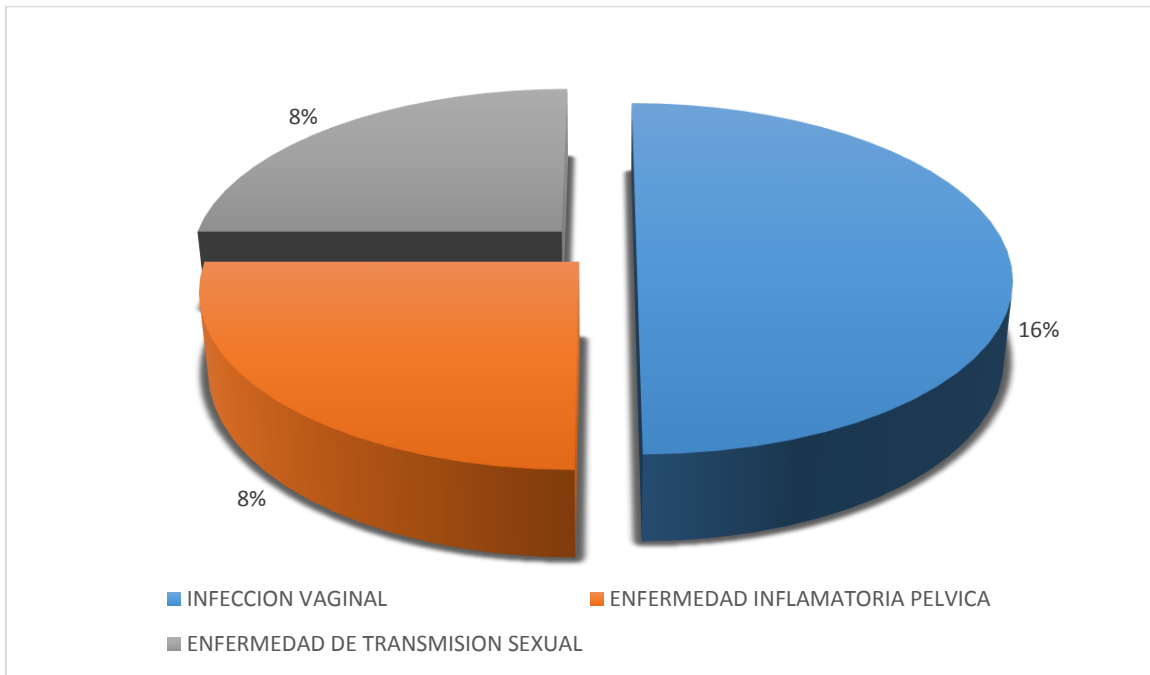


CUADRO NO. 9

ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

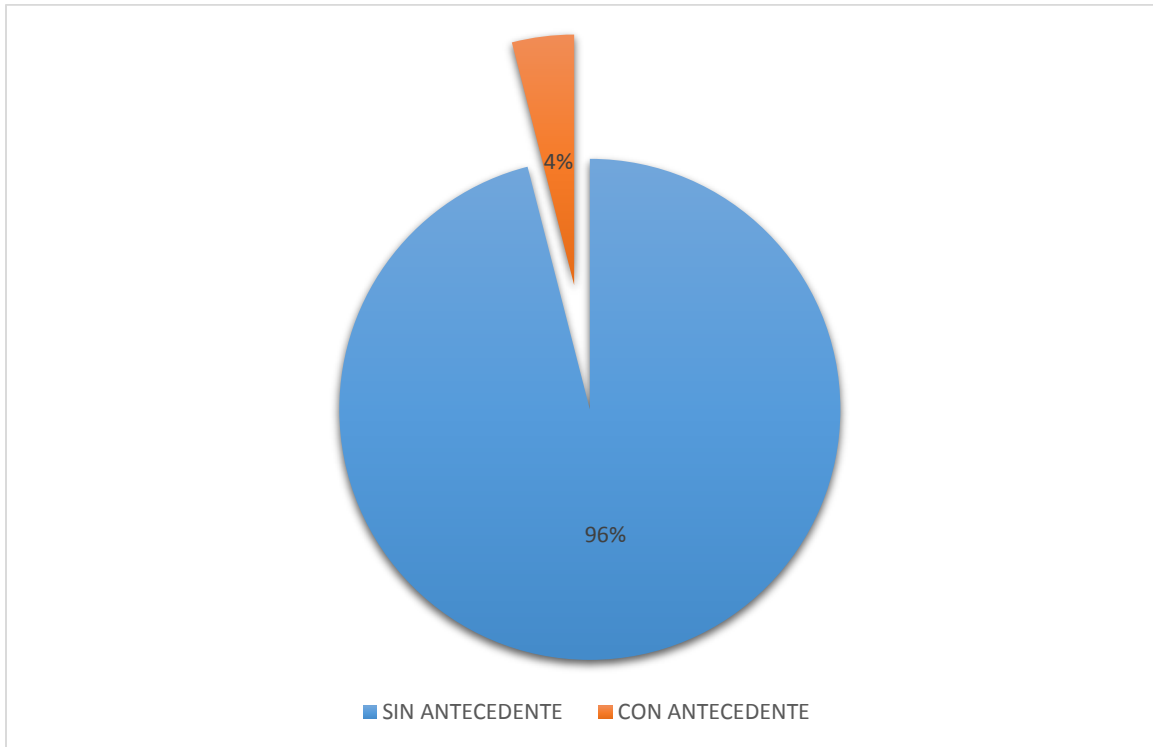
PATOLOGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección Vaginal	4	16%
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	2	8%
Enfermedad de Transmisión Sexual	2	8%
TOTAL	8	32%

GRAFICA NO. 9



GRAFICA NO. 10

ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO DE LAS PACIENTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

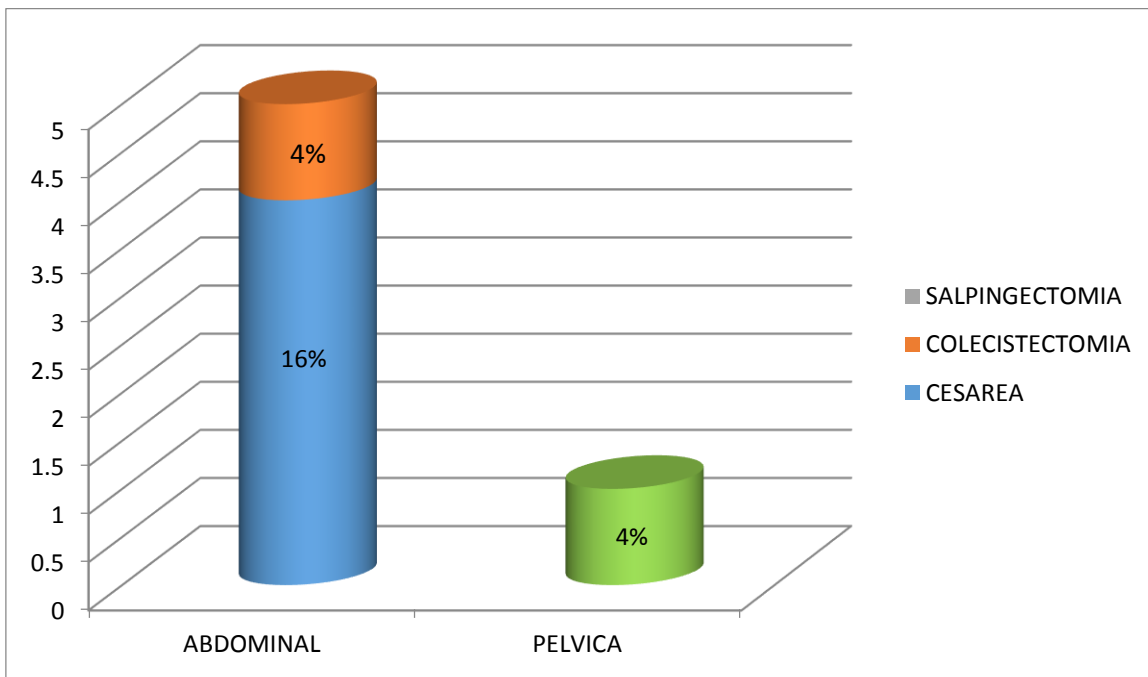


CUADRO NO.10

ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

CIRUGIAS	FECUENCIA	%	TIPO DE CIRUGIA	FRECUCENCIA	%
Abdominal	5	20%	Cesárea	4	16%
			Colecistectomía	1	4%
Pélvica	1	4%	Salpingectomía	1	4%

GRAFICA NO. 11

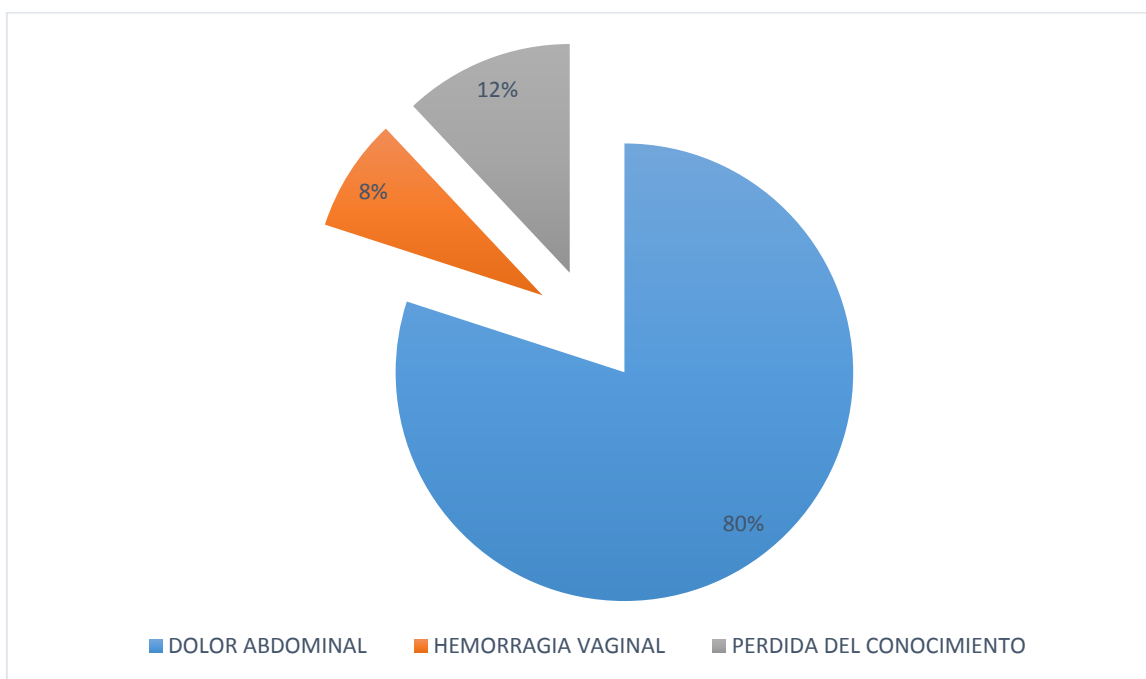


CUADRO NO. 11

SINTOMA O SIGNO DE CONSULTA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

SINTOMA O SIGNO DE CONSULTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor Abdominal	20	80%
Hemorragia Vaginal	2	8%
Pérdida del conocimiento	3	12%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 12

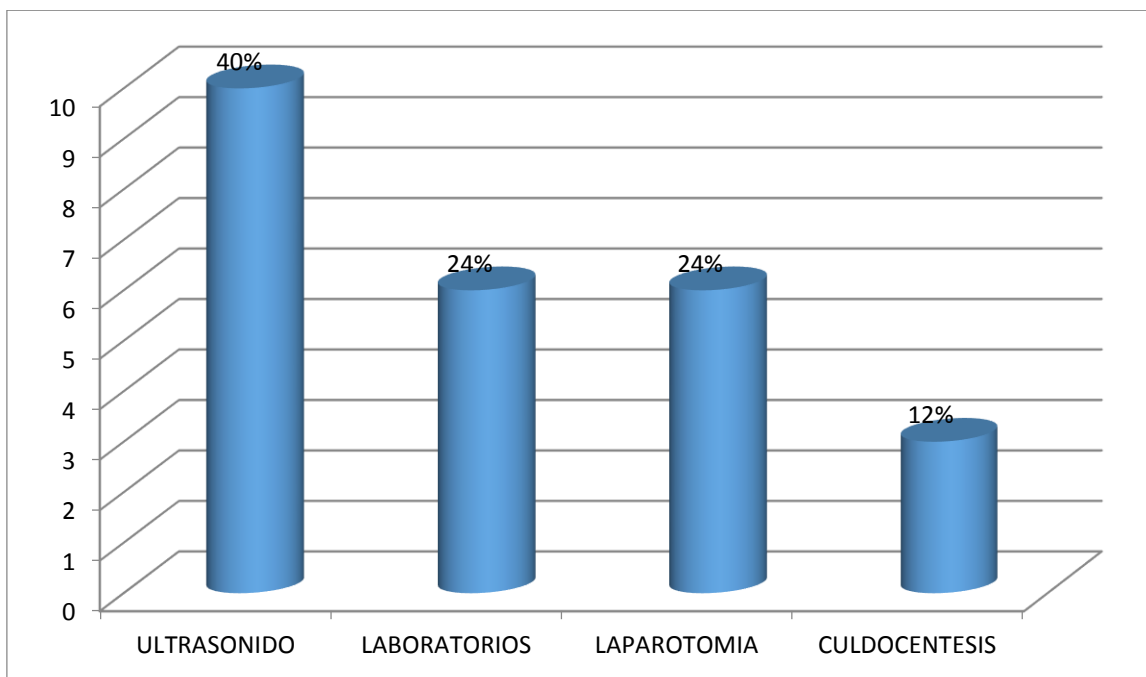


CUADRO NO. 12

METODO DIAGNOSTICO UTILIZADO EN LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

METODO DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ultrasonido	10	40%
Clínica más laboratorios	6	24%
Laparotomía	6	24%
Culdocentesis	3	12%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 13

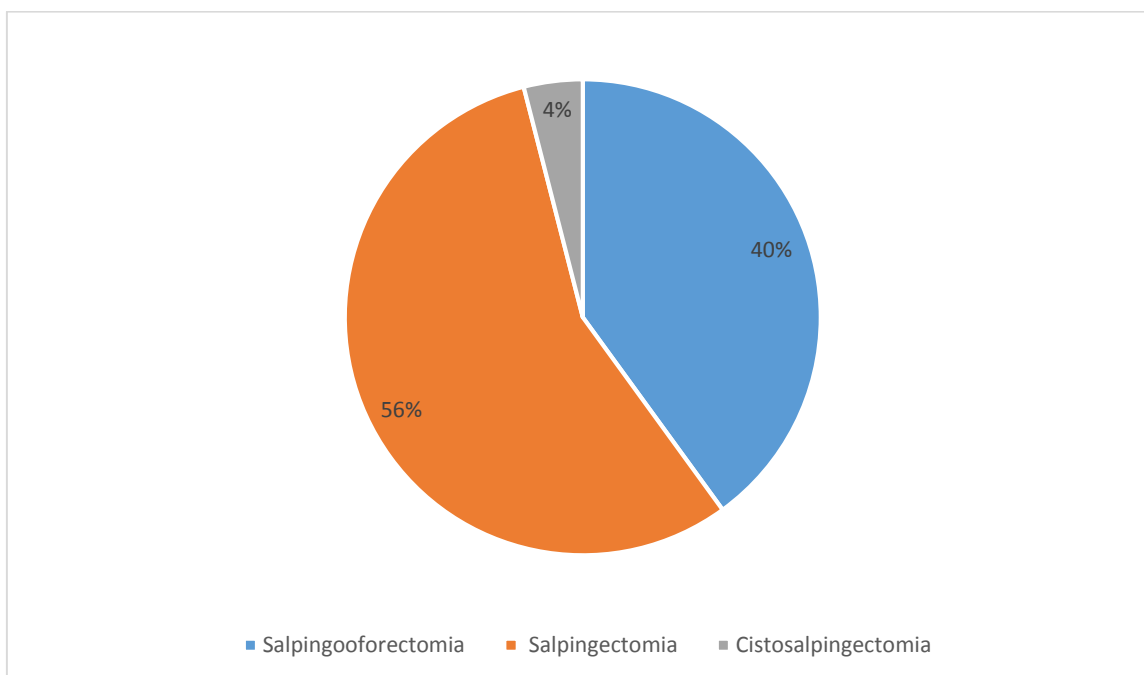


CUADRO NO. 13

PROCEDIMIENTO REALIZADO EN LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

PROCEDIMIENTO PROGRAMADO	FRECUENCIA	%	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FRECUENCIA	%
Laparotomía Exploradora	7	28%	Salpingooforectomía	10	40%
Exploración Pélvica	18	72%	Salpingectomía	14	56%
			Cistosalingectomía	1	4%
TOTAL	25	100%	TOTAL	25	100%

GRAFICA NO. 14

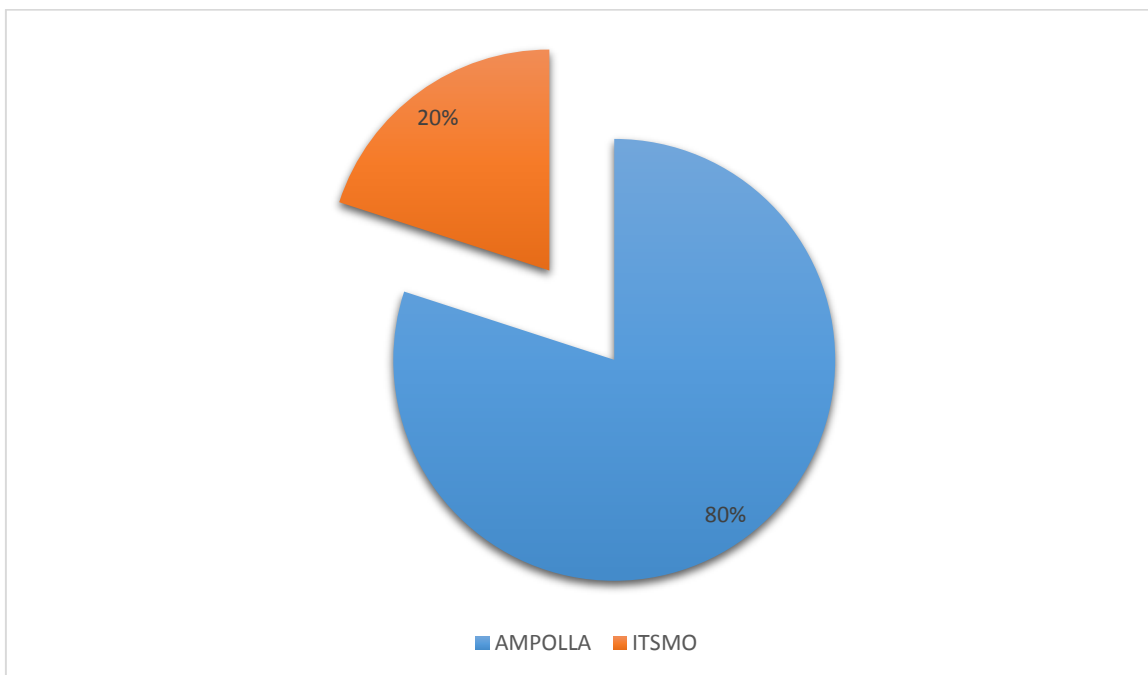


CUADRO NO. 14

LOCALIZACION DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.

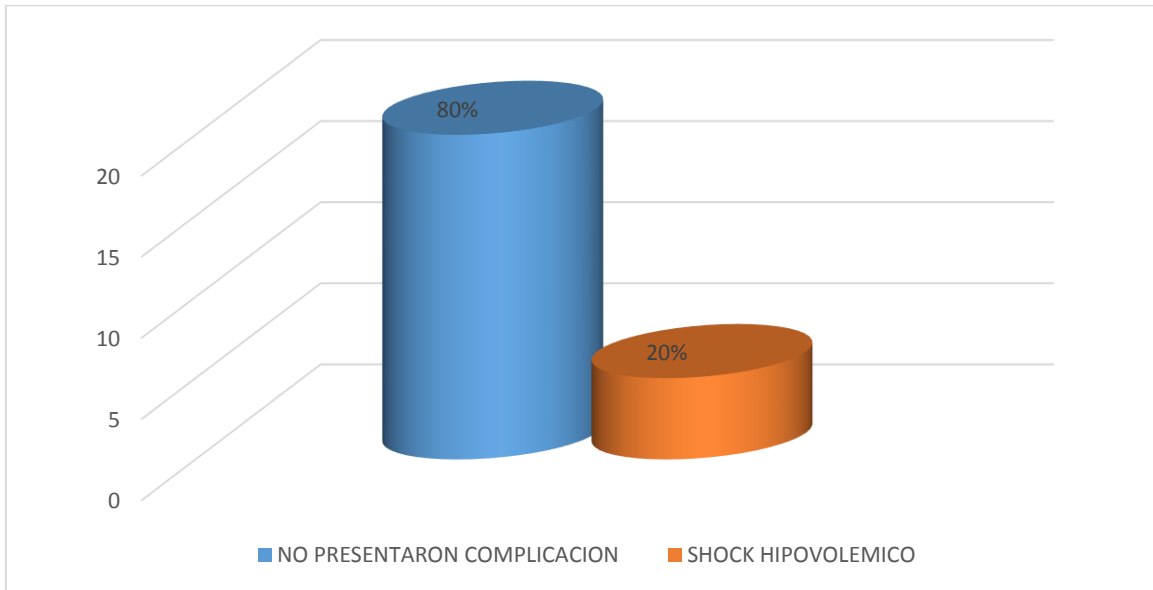
LOCALIZACION DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ampolla	20	80%
Itsmo	5	20%
TOTAL	25	100%

GRAFICA NO.15



GRAFICA NO.16

COMPLIACIONES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA DEL AÑO 2010 A 2013.



VI. Discusión y Análisis

El embarazo ectópico es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, esta patología sigue representando a nivel mundial un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo, en este estudio se encontró que según las características epidemiológicas en cuanto a la edad, los rangos de 21 a 25 años y 26 a 30 años tienen el mayor porcentaje siendo este 28% para cada rango, estos resultados coinciden con los momentos más fértiles de la mujer, el incremento de la actividad sexual esto lleva a la utilización de métodos anticonceptivos y también al aumento en el riesgo de padecer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual o enfermedades inflamatorias pélvicas. Según el lugar de procedencia se obtuvo que en un 56% era del área rural y urbana en un 44%, siendo esto de importancia ya que la localización geográfica determina el poder acudir de manera precoz para una asistencia oportuna. Respecto a la paridad presentada por las pacientes al momento del embarazo ectópico, se tiene que el mayor porcentaje se encuentra con las pacientes multíparas (cuarta a séptima gesta) en un 40%, seguida por las pacientes primigestas en un 24%, secundigestas en un 20% y trigestas con un 16%, se puede observar que los resultados obtenidos coinciden con lo referido en la literatura ya que se describe que tiende a ser más frecuente en pacientes multíparas, debido a que ellas tienen probabilidad de presentar algún factor predisponente para embarazo ectópico como antecedentes de aborto, legrado uterino, embarazo ectópico, cirugías o enfermedades inflamatorias pélvicas, pero también se puede observar que el porcentaje de pacientes primigestas y secundigestas va en aumento, esto se relaciona con lo encontrado en cuanto a la edad de la menarquía de las pacientes en donde la edad más frecuente fue de 13 años con un 40%, seguida de 14 años con 24%, 12 años con 20%, iniciando así el periodo de fertilidad a una edad temprana, esto asociado a que la edad de inicio de relaciones sexuales también fue precoz, ya que se encontró a pacientes de 14 años entre el porcentaje más alto al igual que los 18 y 19 años de edad con un 20%, seguido de 16 años con un 16%, 15 y 17 años con un 8%, 13 y 20 años con un 4%, lo que indica que el inicio de relaciones sexuales es precoz y esto expone a la mujer a una serie de afecciones que pueden predisponer a un embarazo ectópico. Según los ciclos menstruales un 56% de las pacientes refirieron que estos eran irregulares y un 44% refirieron que eran regulares. Sabiendo que las relaciones sexuales con varias parejas aumenta la probabilidad de infecciones por múltiples gérmenes, que inciden directamente como factor predisponente

para el embarazo ectópico, los resultados obtenidos son contrarios, un 72% de las pacientes refirieron tener solamente 1 pareja sexual y el 28% restante refirió tener 2 parejas sexuales, estos resultados pueden variar porque para algunas pacientes es difícil aceptar que han tenido más de una pareja sexual. En cuanto al método anticonceptivo utilizado por las pacientes un 56% refirió no utilizar ningún método y del 44% de las pacientes que si utilizaban, la depoprovera era el método más utilizado en 32% seguido de los anticonceptivos orales en un 12%, estos métodos utilizados no complican esta patología como el DIU que no es utilizado. Solo un 32% de las pacientes refirieron haber padecido de alguna patología predisponente a embarazo ectópico siendo estas la infección vaginal en un 16%, seguida por enfermedad inflamatoria pélvica y enfermedades de transmisión sexual en un 8% para cada una, esto es contrario a lo referido en la literatura porque este tipo de patologías se encuentra con mayor frecuencia, ya que estas incrementa las alteraciones de la permeabilidad de las trompas uterinas o una oclusión total, lo que representa una condición importante para el origen de embarazo ectópico. La literatura refiere que después de un embarazo ectópico, hay un incremento entre el 7 y 13 veces en el riesgo de embarazo ectópico posterior, lo que concuerda ya que una de las pacientes presentaba antecedente de embarazo ectópico. El 76% del total de pacientes con embarazo ectópico, no presento historia quirúrgica anterior y del 24% que si presentaba antecedente quirúrgico, las intervenciones más frecuentes eran un 20% para las cirugías abdominales, de este porcentaje un 16% era por cesáreas y un 4% por colecistectomías, las cirugías pélvicas se presentaron en un 4% siendo esta la paciente que presentaba el antecedente de embarazo ectópico a quien se le había realizado salpingectomía. En su totalidad las pacientes refirieron no tener ningún hábito de importancia. También el 100% de las pacientes refirieron no haber llevado control prenatal, siendo este un factor importante de considerar, por cuanto los controles prenatales precoces permiten mejorar notablemente el pronóstico de la vida de la paciente.

De las características clínicas se tiene que el síntoma o signo de consulta presentado por las pacientes fue en un 80% dolor abdominal, seguido por pérdida del conocimiento en un 12% y la hemorragia vaginal en un 8%, tanto el dolor abdominal como la hemorragia vaginal son parte de la triada clásica de presentación del embarazo ectópico, pero la pérdida del conocimiento la podemos encontrar en pacientes ya en una etapa avanzada de presentación del embarazo ectópico, ya sea por el retardo en la búsqueda de atención o en el diagnóstico del mismo. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser todo un reto debido

que la presentación de un embarazo ectópico puede variar muy significativamente, el método con el que se realizó el diagnóstico en su mayoría fue por ultrasonido en un 40%, seguido por la laparotomía exploradora y la clínica más estudios de laboratorio en 24% para cada una, seguido de culdocentesis en un 12%. Con respecto al procedimiento planeado el 72% de las pacientes se programó para exploración pélvica y en un 28% para laparotomía exploradora, el procedimiento realizado a estas pacientes en su mayoría fue en un 56% salpingectomía, seguido por salpingooforectomía en un 40% y cistosalingooforectomía en un 4%. Se obtiene que el 100% de las pacientes afectadas con esta patología presentan embarazo tubárico de los cuales en un 64% de los casos se localizaron en la trompa de Falopio derecha, y según su ubicación en la trompa de Falopio un 80% en la ampolla y un 20% para la región ístmica, concluyendo que la mayor parte de los embarazos ectópicos son de localización tubárica, coincidiendo el estudio con reportes de la literatura médica. De las pacientes investigadas un 80% no presento complicaciones y del 20% de las pacientes que si presentaron complicaciones, en su totalidad la complicación fue shock hipovolémico, solamente una de las pacientes fue trasladada al servicio de intensivo para majo del shock hipovolémico, no se reportaron muertes.

6.1 Conclusiones

6.1.1 El perfil epidemiológico de las pacientes que presentaron embarazo ectópico fue, pacientes entre el rango de edad de 21 a 30 años, del área rural, pacientes multíparas, con una edad de menarquia de 13 años, el inicio de relaciones sexuales fue de 14, 18 y 19 años de edad en igual proporción, los ciclos menstruales eran irregulares, las pacientes refirieron tener 1 pareja sexual, la mayoría de pacientes refirió no utilizar ningún método anticonceptivo y de las pacientes que si utilizaba, la depoprovera era el método más utilizado. Un bajo porcentaje refirió haber presentado infecciones vaginales y enfermedad inflamatoria pélvica, en su totalidad refirieron no tener ningún hábito de importancia, y no haber llevado control prenatal.

6.1.2 Una de las pacientes presentaba antecedente de embarazo ectópico.

6.1.3 La presentación clínica en un 80% de las pacientes fue dolor abdominal.

6.1.4 El método con el que se realizó el diagnóstico en un 40% fue por ultrasonido.

6.1.5 El procedimiento planeado fue la exploración pélvica, el procedimiento realizado fue la salpingectomía.

6.1.6 En su totalidad la localización del embarazo ectópico fue tubárico y según su ubicación en la trompa de Falopio, en su mayoría fue en la ampolla.

6.1.7 El 80% de las pacientes no presento complicación y de las que si presentaron fue en su totalidad shock hipovolémico, no se reportaron muertes.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Fortalecer la educación en los niveles primarios de atención sobre educación sexual, planificación familiar dirigida a la sociedad en general, así disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico.

6.2.2 Fomentar en los y las adolescentes el retardar el inicio de relaciones sexuales, orientarlos sobre conductas sexuales seguras para así disminuir los comportamientos de riesgo y las enfermedades de transmisión sexual.

6.2.3 Elaborar esquemas de evaluación de los factores de riesgo para embarazo ectópico, basados en las características de nuestra población, para ser utilizados en la consulta preconcepcional.

6.2.4 Concientizar a la población sobre la importancia del control prenatal precoz, como los síntomas que ameritan consultar cuando se esté embarazada, así determinar factores de riesgo.

6.2.5 Las pacientes que cursaron con embarazo ectópico, deben de recibir toda la información sobre las causas que lo originan y las consecuencias, apoyo psicológico y planificación familiar

6.2.6 Enfatizar la importancia de la historia clínica de la paciente al ingreso de su hospitalización, para evitar falta de información y datos no confiables.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2006: 215-220.
2. Hopkins Votta RA y col. Obstetricia. 2da Edición. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1983: 254-257.
3. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 3ra Edición. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo;1999: 451-461.
4. Uranga Imaz FA. Obstetricia Práctica. 5ta Edición. Buenos Aires: Editorial Inter-médica; 1985: 451-461.
5. Obstetricia de Williams 22^a. Edición, Embarazo Ectópico, editorial McGraw-Hill Interamericana: 253- 269
6. Rock, J.; Thompson, J. Te Linde Ginecología Quirúrgica. Octava edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires - Argentina: 519-523. 1998.
7. Lavy G, Diamond MP, DeCherney AH. Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery. Fertil Steril 1987;47:543-556.
8. Cartwright PS, Entman SS. Repeat ipsilateral tubal pregnancy following partial salpingectomy: a case report. Fertil Steril 1984;42:647-648.
9. Richardson DA, Evans MI, Talerman A, et al. Segmental absence of the mid-portion of the fallopian tube. Fertil Steril 1982;37:577- 579.
10. Wanerman J, Wulwick R, Brenner S. Segmental absence of the fallopian tube. Fertil Steril 1986;46:525-527.
11. Weinstein L, Morris MB, Dotters D, et al. Ectopic pregnancy—a new surgical epidemic. Obstet Gynecol 1983;61:698-701.
12. Pulkkinen MO, Talo A. Tubal physiologic consideration in ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1987;30:164-172.
13. Elias S, LeBeau M, Simpson JL, et al. Chromosome analysis of ectopic human conceptuses. Am J Obstet Gynecol 1981;141:698-703.
14. Westrom L, Bengtsson LPH, Mardh P-A. Incidence, trends, and risks of ectopic pregnancy in a population of women. BMJ 1981;282:15-18.
15. Berenson A, Hammill H, Martens M, et al. Bacteriologic findings with ectopic pregnancy. J Reprod Med 1991;36:118-120.
16. Ory HW. The Women's Health Study. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: new perspectives. Obstet Gynecol 1981;57:137-144.

17. The World Health Organization's Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. A multinational case-control study of ectopic pregnancy. *Clin Reprod Fertil* 1985;3(2):131-143.
18. Vessey M, Meisler L, Flavel R, et al. Outcome of pregnancy in women using different methods of contraception. *BJOG* 1979;86:548-556.
19. Franks AL, Beral V, Cates W Jr, et al. Contraception and ectopic pregnancy risk. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1120-1123.
20. Trussell J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. *Stud Fam Plann* 1987;18:237-283.
21. Liukko P, Erkkola R, Laakso L. Ectopic pregnancies during use of low-dose progestogens for oral contraception. *Contraception* 1977;16:575-580.
22. Sivin I. International experience with NORPLANT and NORPLANT-2 contraceptives. *Stud Fam Plann* 1988;19:81-94.
23. Shoupe D, Mishell DR Jr, Bopp BL, et al. The significance of bleeding patterns in Norplant implant users. *Obstet Gynecol* 1991;77:256-260.
24. Trussell J, Kost K. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. *Stud Fam Plann* 1987;18:237-283.
25. Cheng MC, Wong YM, Rochat RW, et al. Sterilization failures in Singapore: an examination of ligation techniques and failure rates. *Stud Fam Plann* 1977;8:109-115.
26. DeStefano F, Peterson HB, Layde PM, et al. Risk of ectopic pregnancy following tubal sterilization. *Obstet Gynecol* 1982;60:326-330.
27. McCausland A. High rate of ectopic pregnancy following laparoscopic tubal coagulation failures: incidence and etiology. *Am J Obstet Gynecol* 1980;136:97-101.
28. Diquelou JY, Pia P, Tesquier L, et al. The role of Chlamydia trachomatis in the infectious etiology of extrauterine pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1988;17:325-332.
29. Chow WH, Daling JR, Cates W Jr, et al. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev* 1987;9:70-94.
30. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a population-based study. *JAMA* 1988;259:1823-1827.

31. Ni H, Daling JR, Chu J, et al. Previous abdominal surgery and tubal pregnancy. *Obstet Gynecol* 1990;75:919-922. Citado aquí
32. Trimbos-Kemper T, Trimbos B, van Hall E. Etiological factors in tubal infertility. *Fertil Steril* 1982;37:384-388.
33. Weinstein D, Polishuk WZ. The role of wedge resection of the ovary as a cause for mechanical sterility. *Surg Gynecol Obstet* 1975;141:417-418.
34. Lavy G, DeCherney AH. The hormonal basis of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30:217-224
35. Berek, J.; Adashi, E.; Hillard, P. *Tratado de Ginecología de Novak*. Decimocuarta edición. Interamericana Mc Graw Hill. México: 490 - 94. 1999.
36. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy: a review of 147 cases. *J Reprod Med*. Feb 1982; 27(2):101-6
Mishell, D.; Stenchever, M.; Droegemueller, W.; Herbst, A. *Tratado de Ginecología*. Tercera edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid - España: 431-64. 1999.
37. Kullander S, Kaellen B. A prospective study of smoking and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971;50:83-94.
38. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H. Increased risk of ectopic pregnancy with maternal cigarette smoking. *Am J Public Health* 1991;81:199-201.
39. Gun M., Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstetric Gynecology* 2002; 19:297-301.
40. Kamwendo F., Forslin L., Bodin L., Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2000;76:28-32
41. Seifer DB, et Cols. Reproductive potential after treatment for persistent ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994, 62:194-6.
42. Lecuru F. et Cols. Direct cost of a single dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy. Prospective comparison with laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecology Reprod Biol* 2000; 88:1-6.
43. Lee CL et Cols. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous caesarean section scar. *Human Reprod* 1999;14:1234-6
44. Bueno N., Francisco, Sáenz C., Jaime, Ocaranza B., Myriam Et Al. Tratamiento Médico Del Embarazo Ectópico. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2002, 67(3):173-79.

45. Lecuru F. et Cols. Direct cost of a single dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy. Prospective comparison with laparoscopy. Eur J Obstet Gynecology Reprod Biol 2000; 88:1-6.

VIII. Anexos

BOLETA RECOLECTORA DE DATOS

No. DE HISTORIA _____

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: _____

EDAD: _____

PROCEDENCIA: RURAL _____ URBANA _____

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

GESTAS: _____ PARAS: _____ CESAREAS: _____ ABORTOS: _____

EMBARAZO ECTOPICO: _____

MENARQUIA: _____

CICLOS MENSTRUALES: REGULARES _____ IRREGULARES _____

INICIO DE RELACIONES SEXUALES: _____

NUMERO DE PAREJAS: _____

METODO ANTICONCEPTIVO

ACOS _____ DIU _____ DEPOPROVERA _____

JADELLE: _____ ESTERILIZACION QUIRURGICA: _____

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA _____

INFECCIONES VAGINALES: _____

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL: _____

CIRUGIA ABDOMINAL _____ CUAL _____

CIRUGIA PELVICA: _____ CUAL: _____

HABITOS

TABACO: _____ ALCOHOL: _____

DATOS DEL EMBARAZO

CONTROL PRENATAL PREVIO AL DIAGNOSTICO: _____

SINTOMA CLINICO DE CONSULTA: _____

LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO: _____

METODO DIAGNOSTICOS

CLINICA: _____ ECOSONOGRAFICA: _____

HCG: _____ LAPAROSCOPICA: _____

TRATAMIENTO:

COMPLICACIONES:

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS EN EL EMBARAZO ECTOPICO" para propósitos de consulta académica, Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.