

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO**

LUDWIN EMERSON PALACIOS LÓPEZ

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
Maestro en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Abril 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.068.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Ludwin Emerson Palacios López

Registro Académico No.: 199912698

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 CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO**

Que fue asesorado: Dr. Antonio Petzey Reanda

Y revisado por: Dr. Luis Ramón Girón Higueros MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para Abril 2018**

Guatemala, 15 de marzo de 2018



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

La Antigua Guatemala, 10 de Septiembre del 2016

Doctor

LUIS RAMÓN GIRÓN HIGUEROS MSc.

Docente responsable

Maestría en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Pedro de Bethancourt

Presente.

Respetable Dr. Girón,

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **LUDWIN EMERSON PALACIOS LÓPEZ**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Palacios López, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. ANTONIO PETZEY R.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 6581
GINECOLOGO Y OBSTETRA


Dr. ANTONIO PETZEY REANDA.

Asesor de Tesis

La Antigua Guatemala, 10 de septiembre de 2016.

Doctor

LUIS RAMÓN GIRÓN HIGUEROS MSc.

Docente responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Pedro de Bethancourt

Presente.

Respetable Dr. Girón.

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presentan el Doctor **LUDWIN EMERSON PALACIOS LÓPEZ**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO”**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Palacios López, ha incluido 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 Posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Hospital Pedro de Bethancourt
Departamento
Ginecobstetricia
JEFATURA
Antigua Guatemala

Dr. Luis Ramón Girón Higueros MSc.

Revisor de Tesis

Dr. Luis R. Girón H.
Ginecólogo y Obstetra
Esc. Posgrado



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Post-grado
Unidad de tesis



A: Dr. Erwin Gonzalez Maza MSc.
Coordinador Especifico de los Postgrados
Hospital Pedro de Bethancourt

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



Fecha de recepción del trabajo para revisión: 14 de septiembre de 2016

Fecha de dictamen: 20 de Septiembre 2016

Asunto: Revisión de Informe final de:

LUDWIN EMERSON PALACIOS LOPEZ

CARACTERISTICAS CLINICA , EPIDEMIOLOGICAS Y TRATAMIENTO QUIRURGICO EN PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO

Sugerencias de la revisión:

- Es necesario completar el instrumento de la evaluación del informe final para garantizar todos los aspectos en la inclusión del informe.
- Solicitar la Impresión de tesis.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis de Post-grado



ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.	Introducción.....	1
II.	Antecedentes.....	3
	2.1 Definición.....	3
	2.2 Generalidades.....	3
	2.3 Epidemiología.....	4
	2.4 Fisiopatología.....	5
	2.5 Modificaciones morfo funcionales.....	7
	2.6 Clasificación de embarazo ectópico.....	8
	2.7 Embarazo ectópico no complicado.....	9
	2.8 Embarazo ectópico complicado.....	10
	2.9 Estudios diagnósticos.....	11
	2.10 Tratamiento del embarazo ectópico.....	13
III.	Objetivos.....	16
	3.1 Objetivo general.....	16
	3.2 Objetivos específicos.....	16
IV.	Material y Métodos.....	17
	4.1 Tipo y diseño de investigación.....	17
	4.2 Unidad de análisis.....	17
	4.2.1 Unidad primaria de muestreo.....	17
	4.2.2 Unidad de Análisis.....	17
	4.2.3 Unidad de información.....	17
	4.3 Población y muestra.....	17
	4.4 Sujeto de estudio.....	17
	4.4.1 Criterios de inclusión.....	17
	4.4.2 Criterios de exclusión.....	18
	4.5 Operacionalización de variables.....	19
	4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados.....	22
	4.6.1 Técnicas de recolección de datos.....	22
	4.6.2 Procesos.....	22
	4.6.3 Instrumentos.....	22
	4.7 Procesamiento y análisis de datos.....	22
	4.7.1 Procesamiento.....	22

4.7.2 Análisis.....	22
4.8 Limites de la Investigación.....	23
4.8.1 Alcances.....	23
4.8.2 Limites.....	23
4.8.3 Aspectos éticos de la investigación.....	23
V. Resultados.....	24
VI. Discusión y Análisis de resultados.....	28
6.1 Conclusiones.....	30
6.2 Recomendaciones.....	31
VII. Referencias bibliográficas.....	32
VIII. Anexos.....	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1.....	24
Características clínicas, epidemiológicas y tratamiento Quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico	
Tabla No. 2.....	25
Factores de riesgo gineco-obstétricos que predisponen a embarazo ectópico.	
Tabla No. 3.....	26
Síntomas al momento de la consulta.	
Tabla No. 4.....	26
Edad gestacional de diagnóstico.	
Tabla No. 5.....	27
Localización del embarazo ectópico.	
Tabla No. 6.....	27
Complicaciones del embarazo ectópico.	

RESUMEN

Embarazo ectópico: patología que se produce cuando el blastocisto se implanta en un sitio distinto a la cavidad uterina, sitio más frecuente la región ámpular de las trompas de Falopio. La incidencia ha aumentado a nivel mundial, no siendo la excepción países en vías de desarrollo, en los cuales no se tienen estudios que ayuden a la implementación de estrategias para un abordaje integral y oportuno.

OBJETIVO: Determinar las características clínicas, epidemiológicas y el tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo transversal en 31 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico. Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos y transcritos al instrumento de recolección para su evaluación y análisis.

RESULTADOS: Características clínicas más evidenciadas: dolor pélvico 16 pacientes (51.61%) y abdominal 8 pacientes (25.80%). Características epidemiológicas: embarazos a edades avanzadas, mayor incidencia de los 30 a 34 años en 9 pacientes (29.06%) media de 32 años e infecciones pélvicas (EIP) 17 pacientes (54.84%). El 100% de los tratamientos fue quirúrgico, siendo la salpingectomía derecha el más realizado (48.38%).

Las edades gestacionales de diagnóstico apoyados por ultrasonografía más frecuentes fueron entre las 7 y 9 semanas de gestación 16 pacientes (51.51%) con media de 8 semanas. Las complicaciones más frecuentes fueron: shock hipovolémico 5 pacientes (16.12%), anemia 2 pacientes (6.45%) y hemoperitoneo 3 pacientes (9.68%).

CONCLUSIONES: Las características clínicas como dolor pélvico y abdominal, y epidemiológicas como embarazos a edades avanzadas e infecciones pélvicas fueron más frecuentes. Todos los tratamientos fueron quirúrgicos.

Palabras clave: *Embarazo ectópico, características clínicas y epidemiológicas, complicaciones.*

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico, es aquel embarazo que se desarrolla en cualquier localización distinta a la cavidad uterina, es un término aceptado de la palabra griega "ektopos" que significa fuera de lugar, y constituye una condición médica seria, que no solo puede generar secuelas graves en la vida reproductiva femenina, incluyendo el embarazo ectópico recurrente y la infertilidad; sino que también es una causa importante de morbilidad y mortalidad asociada con el riesgo de ruptura y hemorragia intra abdominal, por lo que se requiere un diagnóstico temprano y una rápida intervención médica para lograr disminuir las tasas de morbimortalidad materna por esta patología. (1) (2)

Es una emergencia obstétrica y debido a su alta incidencia, representa la principal causa de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. A pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas, su tratamiento aún se ve dificultado por la falta de protocolos unificados para el manejo objetivo, lo cual hace necesario el análisis de nuestra población y así cubrir las necesidades de la misma. (3)

En la actualidad el tratamiento con cirugía laparoscópica y la utilización de metotrexate sistémico son las dos opciones para el tratamiento, siendo este último el usado principalmente en el embarazo ectópico tubárico en sus primeras etapas pues presenta menos complicaciones y bajo costo en lugar de la cirugía laparoscópica, según el documento de intervenciones para el embarazo ectópico tubárico de la biblioteca de la salud reproductiva de la organización mundial de la salud. (3)(4)(5)

En países como Estados Unidos, Chile, Argentina y Cuba, existen estudios en los cuales se lleva un seguimiento consensuado sobre las características presentadas y los tratamientos acordes a cada paciente, mientras que en países como Guatemala, aún se carece de este tipo de estudios que podrían generar información sobre las condiciones clínicas y epidemiológicas reales sobre embarazo ectópico y así realizar un acertado diagnóstico y un eficiente tratamiento.

El presente estudio se realizó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt ubicado en la Antigua Guatemala, cuya población fueron todas las

pacientes en edad fértil que acudieron al servicio de consulta externa y emergencia directa o indirectamente y en quienes se tuvo diagnóstico de embarazo ectópico durante el año 2015.

El objetivo general fue analizar las características clínicas, epidemiológicas y el tratamiento quirúrgico realizado a pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico durante el periodo de enero a diciembre del año 2015. Por lo que se realizó un estudio descriptivo transversal, obteniendo datos respecto a las edades gestacionales en las cuales se diagnosticó con más frecuencia, el tipo de alteraciones y factores predisponentes, su correlación con el nivel educativo, gestas previas, el procedimiento quirúrgico realizado y las complicaciones presentadas, con lo cual se dio respuesta a cada uno de nuestros objetivos específicos.

Las limitantes que se encontraron para la realización del presente estudio fue que algunas pacientes recibieron tratamiento por el departamento de cirugía bajo el diagnóstico de abdomen agudo, así como la duplicidad en algunos casos del número de expediente.

II. ANTECEDENTES

EMBARAZO ECTÓPICO

2.1. Definición: gestación en la que el huevo fecundado se implanta en una posición extrauterina; siendo la trompa el lugar más frecuente de implantación, seguido por otros menos frecuentes como cervical, ovárica y abdominal; por lo tanto no sólo incluye los embarazos extrauterinos. (1)(6)

2.2. Generalidades: Antes de conocerse la función de las trompas uterinas, Albucassi en 1063, hizo la primera descripción del EE, siendo el primero que describió un embarazo abdominal con feto muerto, absceso, fistula y expulsión por laparotomía.

La función de las trompas uterinas, fue uno de los descubrimientos de Gabriel Falopio (1523-1562), fundador de la anatomía moderna. En 1604 Riolamus describe el embarazo tubárico. Mauriceau incluyó la afección en su texto como complicación obstétrica (siglo XVII) y Duverney en 1708, reportó en una autopsia el primer caso de gestación heterotópica. (7)

En Ginecología, desde el siglo XVII, el embarazo ectópico, integra un cuadro nosológico a partir de los trabajos de Cyprianus, Manget, Duverney y Littre. El primer cuadro clínico de hematocele registrado en Ginecología fue identificado por Bourdon, Bernutz y Recamier, pero Nélaton es quien realiza una descripción magistral del tema.

En el siglo XIX se logra una terapéutica con éxito, fue Lawson Taint en 1883, quien practicó la primera salpingectomía con sobriedad materna. Wynne en 1919, guiado por las orientaciones de Taint solo tuvo una mortalidad del 4,3 % en 500 casos estudiados.(8)

Zenteno señala que en el siglo XX y XXI se describen los factores de riesgo, conductas terapéuticas radicales y conservadoras, surge el mínimo acceso que permite el mínimo daño con el mayor éxito del tratamiento quirúrgico, se intentan tratamientos medicamentosos, se logra disminuir la mortalidad, pero la infertilidad aumenta como secuela, sin embargo, con las técnicas de reproducción asistida se logra que las parejas alcancen su anhelo “tener un bebé” pero también constituyen riesgo de EE. (3)

2.3. Epidemiología: El Embarazo ectópico puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %), provocando hemorragia interna que produce muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser perecedero y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

A pesar del incremento notable del EE en los últimos 20 años, su mortalidad ha disminuido 10 veces en el mismo periodo de tiempo (35.5/10 000 a 3.4/10 000) gracias a la precocidad diagnóstica y las actuales posibilidades terapéuticas. (9)

La incidencia de EE aumentó en Chile en la década 90, pues se elevó de 1 por 333 partos a 1 por 88 partos; otros autores como Reyes y Luciano ofrecen en la misma década, la incidencia de esta afección en diferentes países, por ejemplo, Suecia en 1:66 nacimientos, Finlandia 1:47 nacimientos, Estados Unidos 1:34 nacimientos y Cuba 1: 25 nacimientos.(7)

Oliva, promulga que en Estados Unidos de América han estimado una tasa (EE) de 1.9 por mil embarazos, por lo que afirma que se produjo un incremento de 5 veces en comparación con las tasas de 1970. En el Reino Unido se informa una tasa de 8.3 por 1,000 embarazos y en los Países Bajos es 10.2 por 1,000 nacidos vivos, pero en Suecia se incrementó de 5.8 a 11.1 por mil embarazos en 15 años y en Noruega la incidencia aumentó de 95 por 100, 000 mujeres entre 1976 y 1981 hasta 154 por 100,000 mujeres de 1988 a 1993. (7)(10)

Jackie' anuncia el incremento de (EE) en el norte de Europa entre 1976 y 1993 de 11.2 hasta 18.8 por 1,000 embarazos, mientras que Anorlu, en un estudio realizado de 100 casos, en 1999 encontró una incidencia de 1 por 43 partos y constituyó el 48.5 % de las emergencias ginecológicas.(11)

En Cuba del 2000 al 2003, la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 por 100,000 nacidos vivos, constituyendo el (EE) la principal causa. Ya en los últimos 7 años, han ocurrido 44 muertes maternas (MM) por (EE), de un total de 291 muertes maternas directas y en la provincia de Matanzas ocurrieron 22 (MM) directas, con una tendencia ascendente. Esta frecuencia en Cuba, se elevó del 2001 hasta el 2003, lo que preocupó al Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), se tomaron una serie de

medidas al respecto que lograron una disminución brusca en el 2004, con tendencia lineal al descenso, pero superior a ese año. (7) (12)

En el Hospital Docente Ginecoobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina" de Matanzas, en el estudio de 4 años (2004-2007), se diagnosticaron 356 pacientes con EE, mientras que una cifra similar se exhibe en las estadísticas nacionales, pero en 9 años (1991-1999), se informaron 471 mujeres operadas por la entidad, o sea, en solo 4 años, en un hospital, ocurrió el 75.6 % de los casos de EE, reportados en 9 años en el país.(7) (13)

Con lo que se demuestra que la incidencia es variable de un lugar geográfico a otro, ello se explica por los múltiples factores de riesgo involucrados que se expresan de forma diferente en cada país o lugar estudiado.

2.4. Fisiopatología del embarazo ectópico: El trofoblasto del EE, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo. Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues "la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio", pero muy pronto, ante una la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer.(3)(14)(15)(16)

Los sitios de implantación anormales pueden ser extrauterinos (ovario, trompas uterinas, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo) o intrauterinos pero a nivel del cuello uterino y/o de la porción intersticial de la trompa (en el cuerno uterino). Debido a esto, Barnes propone el término de embarazo "ectópico", en lugar de embarazo "extrauterino", pues resulta ventajoso al comprender todas las implantaciones del huevo en sitios anormales.(3)(14)(16)

Los factores de riesgo involucrados en la génesis del embarazo ectópico incluyen:

- Alteraciones anatómicas del oviducto.
- Trastornos Hormonales y
- Defectos inherentes al huevo fertilizado.
- Retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo.

- Anticipación de la capacidad de implantación del huevo. (1)

En relación con el factor tubárico, los autores Silva y Zenteno, consideran que la causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio pélvico de tipo inespecífico, ya sea por infecciones de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como: apendicitis, actinomicosis, tuberculosis o peritonitis no ginecológica.(3)

En cualquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis con disminución de los cilios, que compromete toda la estructura de la trompa (generalmente bilateral), obstruyéndolas parcial o totalmente, con formación de adherencias a estructuras vecinas, cuya causa más frecuente y peligrosa, es la infección por *Clamidia Trachomatis*, transmitida sexualmente de forma asintomática en un 30 %.(3)

La clamidiasis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se han incrementado en los últimos años, debido a cambios en el comportamiento sexual y social, con tendencia a mayor precocidad y promiscuidad. Los adolescentes caracterizados por falta de control de los impulsos, ambivalencia emocional, cambios emotivos y de conducta, además de una maduración sexual, cada vez más temprana, los lleva a la búsqueda de las relaciones íntimas, como inicio de su vida sexual activa, lo que agravado por la falta de conocimientos acerca de estas infecciones, condiciona comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas de las ITS.(17)

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos post ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea.(18)

El tabaquismo tiene una toxicidad directa debido a que la nicotina actúa disminuyendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también presenta una toxicidad indirecta, dada por la acción antiestrogénica, variando los niveles de hormonas.(14)

En relación con el factor ovular se cita el crecimiento demasiado rápido de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura prematura de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocisto, los fenómenos de transmigración interna uterina y externa abdominal, que necesitan mayor tiempo, por lo tanto el cigoto queda atrapado al llegar a esa trompa. También puede ocurrir la fecundación precoz del óvulo, antes de su llegada a la trompa.(2)
(3)

2.5. Modificaciones morfo funcionales durante el embarazo ectópico tubárico: Cuando el embarazo se implanta en la trompa uterina, la pared de esta se debilita, al nivel del asiento placentario y a su alrededor. La capa muscular de la trompa se hipertrofia, mientras que la serosa forma adherencias. Las vellosidades coriales en la capa muscular horadan vasos y provocan sangramiento con la muerte del huevo con frecuencia. Aunque el corión es semejante al del huevo uterino, el amnios se atrofia generalmente y el embrión se disuelve con frecuencia; según lo describió Zenteno en sus artículos de la fisiopatología del EE tubárico. (3)(19)

La interpretación fisiopatológica parece sencilla, ya que el endometrio se ha hipertrofiado hasta ser una decidua sin huevo, el útero se siente ocupado sin estarlo, pero es susceptible de trasudar y sangrar, de contraer su miometrio con dolor y cuando se comienza a verificar el "desprendimiento ovular" comienza a sufrir como si lo poseyeran en su cavidad; entonces dilata su cuello cuando se verifica el aborto tubárico, tal como si fuese intrauterino, simulando un accidente dismenorreico.

El determinismo en ambos casos (hematosalpinx y la rotura) se demuestra por Cestan y Pillet, quienes describieron que el huevo fecundado e implantado queda rodeado de sus membranas coriales como cuando se implanta en la cavidad uterina, la pared de la trompa que se encuentra en contacto con el corión, sufre modificaciones profundas y rápidamente se hace muy vascular y toma un aspecto tortuoso con verdaderas vellosidades que se entremezclan con las coriales y más tarde las placentarias; por lo tanto

se engruesa y vasculariza; la pared interna de los vasos arteriales también se engruesa y se forman verdaderos lagos sanguíneos que se comunican con venas y arterias ampliamente; si se examina la mucosa a nivel de las franjas, se descubre su aspecto decidual.(19)

La fisiología de este embarazo, es la misma, en el embarazo ectópico, mientras no se presente el accidente inevitable, que la transformaría en la fisiopatología de la interrupción extemporánea de la misma.

2.6. Clasificación del embarazo ectópico: Las causas de EE no están claras para autores de EUA, Europa Oriental, Escandinavia y Gran Bretaña, pero aunque son de diferentes latitudes, coinciden en que esta afección parece ser multifactorial. También es una realidad, que el uso de los antibióticos en las inflamaciones pélvicas, evita en ocasiones la oclusión tubárica, pero no restablece la permeabilidad, ni función normal de este órgano, lo que facilita la nidación ectópica.(7)(18)

Estos son argumentos que remiten al facultativo a pensar e identificar los factores de riesgo para el EE, que pueden clasificarse de diferentes formas, se señala la clasificación utilizada por Williams en el 2007, que expone los factores mecánicos, funcionales, la reproducción asistida y el fallo de anticoncepción.(7) (20)

2.6.1. Momento de implantación:

2.6.1.1. Primitivos: La gestación ocurre en el sitio de implantación.

2.6.1.2. Secundarios: Sí el huevo se desprende de su ubicación original y se implanta en otro sitio. Generalmente los abdominales o crónicos.

2.6.2. Según sitio de implantación:

2.6.2.1. Trompa, ovario, cavidad abdominal y en sitios anómalos del útero.

2.6.2.2. Tubárico: La implantación en la trompa es necesario destacarla por ser la localización más frecuente (96-98 %), de preferencia en la trompa derecha (relación 6:4) y en la variedad ampular (65-80 %) que puede terminar en un aborto tubárico, seguido en orden de frecuencia por la porción ístmica (20-13 %), que generalmente ocasiona la rotura tubárica, la variedad infundibular (13-5 %) es muy rara y excepcionalmente (3-2 %) se implanta a

nivel intramural (intersticial o cuerno uterino), considerado por algunos estudiosos, como EE no tubárico, que puede evolucionar hacia el estallamiento, con hemorragia y alta mortalidad. Estas localizaciones, a su vez constituyen las formas clínicas del EE tubárico.

2.6.2.3. No tubárico: constituye una rareza y se presenta en orden de frecuencia: los abdominales (1.3 %), los ováricos (0.5 %) y los cervicales (0.1 %), pero no dejan de ser peligrosos.(20)

2.6.3. Según el número de embarazos:

Pueden ocurrir EE gemelares, bilaterales o heterotópico. Se han descrito también recidivas de ellos en un muñón de trompa operada.(20)

El EE tubárico bilateral es una condición clínica rara (1:200 000 embarazos intrauterinos) y el primer caso fue descrito por Bledsoe en 1918. Durante los últimos 80 años, se publicaron más de 200 casos, con una frecuencia de 1: 725 a 1580 EE unilateral. De Los Ríos en su serie señala que el 42,6 % de los casos ocurrieron espontáneamente. Por otra parte, Rolle resalta que los EE gemelares son infrecuentes, solo ocurren 1/125 000 embarazos o pueden ocurrir 1 por 200 EE, el primero se describió en 1891 por el Dr. De Ott. (7)(17)

El diagnóstico de EE puede ser difícil, se estima que un 12 % de las pacientes son dadas de alta erróneamente en una primera instancia y finalmente este se demuestra en ellas, por consiguiente, tarde o temprano este termina en un accidente.(7)

2.7. Embarazo ectópico no complicado: Este embarazo es silencioso, no avanza más del primer trimestre, pudiendo ir hacia la reabsorción total, pero generalmente es precursor de uno complicado. Los síntomas son muy variables, según el momento de su evolución y la localización.(7)

En una etapa inicial, independientemente de la localización, transcurre igual a un embarazo ectópico. Al examen físico, se tácta el cuello uterino con cierta sensibilidad dolorosa, el tamaño uterino no corresponde con el tiempo de amenorrea y en ocasiones se constata una tumoración yuxta uterina unilateral, limitada, ovoidea, pequeña, que orienta hacia el

diagnóstico del EE. Este período ha sido llamado por algunos autores de "evolución tranquila", pero sucesivamente se inician las complicaciones: pérdidas de sangre y dolor. (13)

2.8. Embarazo ectópico complicado: El cuadro clínico de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica no tienen una gran sensibilidad diagnóstica señalan Hicks y Brennan tampoco debe realizarse el diagnóstico retrospectivo por medio de una laparotomía, pues la cirugía no está exenta de complicaciones.(21)(22)

En un estudio multicéntrico, se observó que al realizarse el diagnóstico del EE y llevar a cabo el tratamiento en un promedio de 7 días posterior a la aparición de la sintomatología de la paciente, existió una tasa de rotura tubárica del 32 %. Él encontró que el riesgo de rotura disminuye del 5 al 7 % si solo han transcurrido 48 h del inicio de los síntomas y que puede reducirse al 2.5 %, si el tratamiento se impone en las 24 horas de constatados los síntomas. Esta forma clínica es más fácil de diagnosticar, pero es más peligrosa y con alta mortalidad.(7)

2.8.1. Según la hemodinamia de la paciente esté comprometida o no y se verifica por tres tipos de accidente.

2.8.1.1. Con estabilidad hemodinámica, las complicaciones son: hematosálpinx y aborto tubárico.

2.8.1.2. Con signos de descompensación hemodinámica o shock, dado por la rotura del mismo, ocurriendo un hemoperitoneo.

2.8.1.3. Muerte ovular precoz, formándose el Hematosálpinx, al desprenderse el huevo y los residuos vellositarios, con lesiones del lecho placentario que originan reacciones fibrosas tardías, produciendo obstrucción total o parcial de la trompa y del cierre de los extremos de esta.

2.8.2. Aborto tubárico: Es la forma más habitual de terminar el EE, más frecuente en las variedades infundibular, ampular e ístmico-ampular y puede ser: completo (cese de la hemorragia y desaparición de los síntomas), incompleto (persistiendo la

hemorragia por fragmentos ovulares que pueden llegar a la formación de pólipo placentario).

2.8.3. Rotura tubárica, puede ocurrir a cualquier nivel, en estas variedades (ístmicas, en las primeras 5 semanas e intramurales, entre las 8 y 16 semanas). La hemorragia es abundante por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular ovárico y uterino, por lo que la hemorragia con frecuencia es fatal. Este sangrado puede formar un hematocele difuso o un hematoma intraligamentoso.(7)

La rotura de la trompa se produce por fisuración o agrietamiento y más raramente por rotura brusca. Probablemente ocurre debido a un fallo de la apoptosis, fenómeno que existe en los tejidos maternos y fetales sobre todo en el embarazo en etapas iniciales, entonces el tejido trofoblástico tendría mayor persistencia y agresividad terminando con la rotura de la trompa.(7)

El hematosalpinx y la rotura de la trompa, son grados sucesivos de un proceso, en el orden que se han mencionado; un diagnóstico temprano permite la sobrevivencia materna y conservar la capacidad reproductiva de esa mujer joven.

2.9. Estudios diagnósticos: El embarazo ectópico puede diagnosticarse desde las 4.5 semanas de gestación, es por eso que ante la sospecha clínica del EE se necesita de medios auxiliares:

2.9.1. Primero se debe determinar que existe un embarazo, para lo que se debe dosificar de la fracción beta de la gonadotropina coriónica (β GCH) que al no poder ser realizada con facilidad se sustituye por pruebas inmunológicas de embarazo, consideradas confiables entre 90 y 96 %, pero se debe tener en cuenta que las reacciones biológicas no son concluyentes.(7)(23)

2.9.2. El segundo paso es demostrar que este no está en el interior del útero y se logra mediante la ultrasonografía (US) de la pelvis, de preferencia por vía transvaginal (TV) y el legrado del útero, con análisis histológico del material obtenido, este último elemento se menciona infrecuentemente por autores.(7)(23)

La ultrasonografía (US) es un método indirecto y útil, porque permite diagnosticar la ausencia del embrión dentro de la cavidad uterina y su presencia en otra localización; este diagnóstico se puede realizar desde las 5 o 6 semanas, al visualizarse el saco gestacional parauterino y a las 7 semanas con actividad embrionaria en su interior Según Martínez y otros la US tiene elevada sensibilidad (87 %) y especificidad (100 %), pero la especificidad para detectar masas parauterinas disminuye al 85 %, en el caso de observar el embrión es del 55 %; pero si se trata de reportar líquido en el fondo de saco posterior, la especificidad es solo del 25 %.(24)

Desde el XIII Congreso de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología en el 2004, se promueve la ultrasonografía transvaginal (US/TV), con disponibilidad en Cuba, la cual se considera superior a la abdominal para este diagnóstico, pues la presencia o ausencia de gestación intrauterina puede establecerse una semana antes, con la detección de masa anexial entre 1 y 3 cm; si se une la US/TV a la determinación de β HCG, se eleva la sensibilidad al 88 % y la especificidad al 100 %.

Se destacan ventajas de la US en cualquiera de sus vías de acceso, por la posibilidad de hacer diagnóstico hasta en hospitales de campaña y solo el 5 % de los EE probados, no son diagnosticados por US.(7)(14)

El tercer paso, sería conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico, su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente. Para realizar el diagnóstico se aplicarán métodos invasivos como: la culdocentesis o punción del Douglas, la laparoscopia y la laparotomía exploradora.

En el estudio realizado por Arnaud, se empleó la US para predecir el volumen de hemoperitoneo en el preoperatorio y diagnosticar así el EE en su forma complicada, fue confirmada la cuantía de la hemorragia en el acto quirúrgico, evitando realizar la punción del Douglas, que es un método invasivo.(25)

Sin embargo, la culdocentesis puede ser positiva, tanto si existe o no rotura tubárica, (con 300 ml o más de sangre en cavidad abdominal), de ahí que Mol se basa en esta técnica para permitir el tratamiento medicamentoso, siempre que cumpla con los restantes criterios

para el mismo. Tariq y Chen señalan en sus estudios una sensibilidad entre 66 % y 96 % y una especificidad de 84 % a 86 %.(7)(26)

Los métodos no invasivos, diagnostican el EE en un 90 % de los casos, ellos ya se han planteado: la gonadotropina coriónica y la ultrasonografía. Los métodos invasivos señalados se emplean con frecuencia y éxito en pacientes con sospecha un EE complicado, ya se mencionó la culdocentesis, se informó la poca utilidad del legrado endometrial y se considerará que la laparoscopia, ocupa un lugar importante entre las herramientas del cirujano, por ser el más certero y mundialmente se utiliza para diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la afección.(7)(9)

Oliva publica que este proceder tiene bajo porcentaje de fallas diagnósticas (0.01 %), permite visualizar la trompa grávida y/o la presencia de sangre en el saco de Douglas o en la cavidad abdominal, que es a veces el primer signo. Se puede establecer el diagnóstico de certeza del embarazo tubárico o excluirlo, se evita así una operación y reportando beneficios ya comprobados para las pacientes. (7)(10)

La autora está a favor del empleo del flujograma o algoritmo de trabajo, establecido por el MINSAP desde el 2002, para el diagnóstico y seguimiento del EE, donde se van necesitando los diferentes métodos no invasivos e invasivos según los resultados en cada momento del método clínico.(12)

Cuando el diagnóstico del embarazo no se puede realizar en la evaluación inicial, la probabilidad de que se trate de un EE es del 17 %, superior a la opción del embarazo intrauterino (11 %), así la 3ra parte de las pacientes al inicio no tienen signos clínicos, por eso el manejo en el primer trimestre debe ser riguroso para lograr evitar el diagnóstico antes de que ocurran las complicaciones.(7)

2.10. Tratamiento del embarazo ectópico: El EE se puede tratar de diversas maneras, dependiendo de la forma clínica (localización del EE) y si está complicado o no. Destaca que en los últimos años el tratamiento ha cambiado considerablemente; se ha pasado de la salpingectomía laparotómica de los años 70 y precedentes, a la laparoscopia en los años 80

y a la introducción del tratamiento farmacológico en la actualidad debido a la disponibilidad de las técnicas diagnósticas que han hecho posible un diagnóstico cada vez más precoz.(14)

Los tratamientos pueden incluir:

Tratamiento expectante: Basada en la observación estricta del cuadro clínico, reviniendo o controlando la hemorragia secundaria a la ruptura de la trompa, o mediante cuantificaciones seriadas de subunidades beta. (1)(14)

Tratamiento medicamentoso: durante la última década a aumentado el interés en desarrollar tratamientos médicos, en virtud de una mejor comprensión del curso natural de la enfermedad, el Metotrexate, es el agente farmacológico más utilizado y corresponde al ácido 4-amino-N-10 metiliterol y tiene una potente acción antifolica. oral los días alternos (8 días de tratamiento en total). En nuestro Hospital utilizamos la pauta de dosis única de 50 mg./m² superficie, en este caso no es necesaria la terapia de rescate con ácido folínico. A través de la inhibición de la enzima dihidrofolato reductasa, impide la incorporación del trimetilato al ADN durante la división celular, acción dada sobre las células trofoblasticas, este utilizado claro con el rigor de los criterios de inclusión necesarios en estos casos.(27)(28)

El tratamiento quirúrgico: suele ser el más frecuente (salpingectomía total, anexectomía, ooforectomía, histerectomía) o conservador (salpingoplastias y resección parcial de ovario y cuerno, entre otros).(1) (27)(28)

Es importante reconocer el aspecto de la trompa contralateral, para ponderar los antecedentes de la paciente y evaluar el pronóstico de fertilidad después de la intervención, permitiendo la decisión de un tratamiento radical o conservador en cada caso.

El uso de antibióticos, como las tetraciclinas, eritromicinas y las quinolonas, se recomienda por los autores revisados, debido a la alta incidencia de la Chlamydia trachomatis y las Neisserias dañando las trompas uterinas.(7)(29)

Ya se ha mencionado que el EE tubárico es la forma clínica más frecuente (95-98 %), pero Lewis-Bliehall considera que si las pacientes con esta entidad son tratadas con medicamentos, solo del 10 % al 18 % de los casos se complican.(7)(30)

Investigadores consideran que el tratamiento médico puede ser tan efectivo como la salpingostomía por laparoscopia; López y otros exponen que después de realizar la fimbrioplastia, como cirugía conservadora, la tasa de EE osciló entre 9.7 y 14 %. Por otra parte, Tanahatoe y otros reportan que después de la salpingostomía, ocurrió un 5.37 % de EE recurrente.(7)

Fernández Arenas medita sobre el asunto en cuestión y recuerda que el pronóstico de fertilidad en las pacientes afectadas por esta entidad es sombrío y que el tratamiento destinado a conservar la trompa, solo puede ser realizado cuando este es diagnosticado de una manera segura y rápida; mientras más temprano se realice el diagnóstico, mayor será la posibilidad de conservar la trompa y mantener la fertilidad futura.(7)(20)

III. OBJETIVOS

3.1. General

Determinar las características clínicas y epidemiológicas más frecuentes y cuál es el tratamiento quirúrgico realizado en pacientes con embarazo ectópico en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt.

3.2 . Específicos

3.2.1. Identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos que predisponen a la generación de embarazos ectópicos en las pacientes consultantes.

3.2.2. Establecer cuáles son los principales síntomas de consulta en pacientes con embarazo ectópico.

3.2.3. Identificar las edades gestacionales más frecuentes en las que se diagnostica embarazo ectópico.

3.2.4. Identificar la localización anatómica más frecuente de los embarazos ectópicos diagnosticados.

3.2.5. Determinar cuáles son las principales complicaciones presentadas por las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño de investigación:

Descriptivo, transversal.

4.2. Unidad de análisis:

4.2.1. Unidad primaria de muestreo:

Toda paciente que acudió al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental Pedro de Bethancourt en quien sea diagnosticado embarazo ectópico.

4.2.2. Unidad de análisis:

Datos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos registrados en el instrumento diseñado para el efecto.

4.2.3. Unidad de información:

Registros clínicos de las pacientes que consultaron al Departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt a quien se diagnosticó embarazo ectópico.

4.3. Población y muestra:

En esta investigación no se seleccionó muestra, pues se incluyó a toda paciente con dicha patología, que asistió al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt siendo los servicios de captación, Emergencia y Consulta Externa de Gineco-obstetricia.

4.4. Sujeto de estudio:

Pacientes que consultaron con manifestaciones clínicas, antecedentes gineco-obstétricos, embarazo ectópico previo, cirugías pélvicas previas, terapias anticonceptivas y hábitos en quienes se diagnosticó embarazo ectópico y cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad:

4.4.1. Criterios de inclusión:

Pacientes que consultaron a los servicios de emergencia /o consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia en quienes se diagnosticó embarazo ectópico.

4.4.2. Criterios de exclusión:

4.4.2.1. Pacientes que no recibieron tratamiento en este hospital o que ameritaron ingreso posterior a cirugía.

4.4.2.2. Expediente clínico incompleto.

4.4.2.3. Pacientes a las que se les realizó procedimiento quirúrgico por abdomen agudo por otras causas.

4.5. Operacionalización de variables:

OBJETIVOS	VARIABLES	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas más frecuentes y cuál es el tratamiento quirúrgico realizado en pacientes con embarazo ectópico que acuden al Hospital pedro de Bethancourt.	Características clínicas -Dolor -Hemorragia -Alteraciones de la presión arterial	Conjunto de distinciones y propiedades que determinan los atributos de individualidad en relación con los demás.	Percepción sensorial localizada de diferente intensidad en el cuerpo. Pérdida sanguínea abundante de arterias, venas o capilares. Trastornos de la presión arterial hacia el alza o la baja de los valores considerados normales.	Cualitativa	Nominal
	Características epidemiológicas -Edad -Paridad -Escolaridad -Procedencia	Conjunto de factores que determinan las características de individualidad de las personas.	Intervalos de edad en años 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, >45. Primigesta, secundigesta, trigesta, multigesta. Etapas estudiantiles realizadas, ninguna, primaria, secundaria, diversificado, universidad. Lugar de origen.	Cuantitativa	De intervalo
	Tratamiento quirúrgico -Salpingectomía. -Salpingooforectomía.	Método intervencionista realizado por un cirujano para resolución de	Procedimiento realizado, dependiendo de la localización anatómica del	Cualitativa	Nominal

	-Ooforectomia	trastornos o patologías presentes.	embarazo ectópico.		
Identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos que predisponen a la generación de embarazos ectópicos en las pacientes consultantes	Infecciones genito-uritarias -Infecciones vaginales. -Infecciones del tracto urinario. -Infecciones Pélvicas.	Invasión de agentes patógenos al área genital femenina que pueden migrar hacia útero, trompas de Falopio y ovarios.	Antecedente o presencia de infecciones vaginales, urinarias y pélvicas, que hayan recibido o no tratamiento.	Cualitativa	Nominal politómica
	Paridad	Gestaciones y partos que ha tenido una mujer.	Primigesta, secundigesta, trigesta, multigesta.	Cuantitativa	Nominal
Establecer cuáles son los principales síntomas de consulta.	Síntomas de consulta.	Alteraciones del organismo que ponen de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	Hemorragia vaginal, dolor pélvico, dolor abdominal y alteraciones de la presión arterial.	Cualitativa	Nominal
Identificar las edades gestacionales más frecuentes en las que se diagnostica embarazo ectópico.	Edades gestacionales de diagnóstico.	Periodo comprendido entre la concepción y el momento del diagnóstico del embarazo ectópico.	Semanas de gestación calculadas por fecha de última regla o ultrasonido en rangos de 4 a 6, de 7 a 9, de 10 a 12 y mayor de 12 semanas.	Cuantitativa	De intervalo
Identificar la localización anatómica más frecuente de los embarazos ectópicos diagnosticados para un adecuado abordaje quirúrgico.	Localización anatómica	Implantación del blastocisto en un lugar diferente al de la cavidad endometrial.	Sitios de implantación inadecuada encontrados ultrasonográficos o transoperatoriamente: tubáricos, ováricos, abdominales o pélvicos.	Cualitativa	Nominal

<p>Determinar cuáles son las principales complicaciones presentadas por las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico.</p>	<p>Complicaciones: - Shock hipovolémico - hemoperitoneo - Anemia - Infección de herida operatoria - Dehiscencia de herida operatoria.</p>	<p>Sucesos que agravan el cuadro clínico o pronóstico del paciente</p>	<p>Shock hipovolémico : pérdida sanguínea, hipotensión, estado mental y llenado capilar. Hemoperitoneo: sangre en cavidad peritoneal. Anemia: disminución anormal del número o tamaño de glóbulos rojos o del nivel de hemoglobina. Infección de herida operatoria: presencia de rubor, calor, dolor y secreción purulenta. Dehiscencia de herida operatoria: apertura espontánea de los bordes de sutura.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>
---	--	--	--	--------------------	----------------

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos:

4.6.1. Técnicas de recolección de datos:

Se solicitó al departamento de registro y estadística del Hospital Pedro de Bethancourt la revisión intrahospitalaria de los expedientes clínicos de las pacientes en quienes se diagnosticó embarazo ectópico en el año 2015, solicitando estos conforme el número de registro asignado de manera ascendente por el encargado de admisión y que fueron registrados por los médicos internos de emergencia y consulta externa en cuaderno diseñado para el estudio de pacientes con embarazo ectópico, obteniendo un número de 3 expedientes semanalmente.

4.6.2. Procesos:

Se obtuvieron los expedientes clínicos de toda paciente que acudió al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt en quien halla sido diagnosticado embarazo ectópico.

Se aplicó a dichos expedientes clínicos el instrumento para recolección de datos.

4.6.3. Instrumentos:

Boleta de recolección de datos (ver anexo No. 1).

Programa Epi Info versión 6.4.3.

4.7. Procesamiento y análisis de datos:

4.7.1. Procesamiento:

Los datos obtenidos fueron procesados en una hoja de cálculo Excel, evitando con esto la repetitividad y reproductibilidad de los datos, garantizando con esto la calidad de los mismos.

4.7.2. Análisis:

Los datos obtenidos de la hoja de recolección fueron resumidos en tablas y gráficas con conteos de categorías y cálculos de porcentajes para las variables cualitativas y cálculo de medias para las variables cuantitativas. Posteriormente dicha información

se procesó en el programa Epi Info versión 6.4.3. y se evaluó asociación entre variables a través de tablas de contingencia.

4.8. Límites de la investigación:

4.8.1. Alcances:

Contribuir en el perfil epidemiológico dado a las pacientes con embarazo ectópico y con ello promover un diagnóstico oportuno y así un adecuado tratamiento.

4.8.2. Límites:

El reducido grupo población debido a la inclusión únicamente de pacientes consultantes al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt.

4.8.3. Aspectos éticos de la investigación:

Categoría I (sin riesgo), pues no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas o sociales de las personas que participaron en el estudio.

V. RESULTADOS

TABLA No.1

Características clínicas, epidemiológicas y tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico (n=31)

CARACTERÍSTICAS			F	%
Clínicas	Dolor	Pélvico	16	51.61%
		Abdominal	8	25.80%
	Hemorragia	vaginal	5	16.13%
	Alteración de la Presión Arterial	Hipotensión	2	6.45%
Epidemiológicas	Edad	15-19	4	12.90%
		20-24	6	19.35%
		25-29	6	19.35%
		30-34	9	29.03%
		35-39	4	12.90%
		40-44	1	3.22%
		>45	1	3.22%
	Paridad	Primigesta	7	22.58%
		Secundigesta	4	12.90%
		Trigesta	11	35.48%
		Multigesta	9	29.03%
	Procedencia	Sacatepéquez	19	51.29%
		Chimaltenango	7	22.58%
		Escuintla	3	9.68%
		Guatemala	1	3.22%
		Izabal	1	3.22%
	Escolaridad	Ninguna	5	16.13%
		Primaria	19	61.29%
		Secundaria	3	9.67%
		Diversificado	4	12.90%
Universidad		0	0.00%	
Tratamiento Quirúrgico	Salpingectomía	Derecha	15	48.38%
		Izquierda	8	25.80%
	Salpingooforectomía	Derecha	2	6.67%
		Izquierda	1	3.22%
	Ooforectomía	Derecha	3	9.67%
		Izquierda	2	6.45%

Respecto a las características clínicas indicadas por las pacientes el dolor de origen pélvico fue el más referido con 51.61% en relación al resto, la epidemiología sigue la tendencia encontrada en otras latitudes puesto que dichos embarazos se presentaron más después de la tercera década de la vida, entre los 30-34 años de edad con un 29.03% y una media de 32 años, la paridad aumentó el riesgo de estos con 35.48%, presentándose en este estudio más en pacientes trigestas, siendo el tratamiento quirúrgico más realizado la salpingectomía derecha con 48.38%.

TABLA No.2

Factores de riesgo gineco-obstétricos que predisponen a embarazo ectópico (n=31)

FACTORES DE RIESGO		F	%
PARIDAD	INFECCIONES GENITO-URINARIAS		
Primigesta	Pélvicas (EIP)	3	9.68%
	Urinarias	1	3.23%
	Vaginales	2	6.45%
	TOTAL	6	
Secundigesta	Pélvicas (EIP)	2	6.45%
	Urinarias	2	6.45%
	Vaginales	1	3.23%
	TOTAL	5	
Trigesta	Pélvicas (EIP)	7	22.58%
	Urinarias	2	6.45%
	Vaginales	2	6.45%
	TOTAL	11	
Multigesta	Pélvicas (EIP)	5	16.13%
	Urinarias	3	9.68%
	Vaginales	1	3.23%
	TOTAL	9	
TOTAL		31	100%

De los factores de riesgo gineco-obstétricos que predisponen a la generación de embarazos ectópicos se encontró que las de origen pélvico (EIP) son las más frecuentes independientemente del número de gestas, pero se hacen mucho más evidentes en las pacientes trigestas con un porcentaje del 22.58%.

TABLA No. 3

Síntomas al momento de la consulta (n=31)

SINTOMAS	F	%
Hemorragia Vaginal	5	16.14%
Dolor Pélvico	16	51.61%
Dolor Abdominal	8	25.80%
Alteraciones de la Presión Arterial	2	6.45%
TOTAL	31	100%

Del total de pacientes consultantes, el síntoma de consulta que se presentó con mayor frecuencia fue el dolor pélvico con 51.61%, duplicando en porcentaje al segundo en frecuencia que fue el dolor abdominal.

TABLA No.4

Edad gestacional de diagnóstico. (n=31)

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	F	%
4-6 semanas	11	35.49%
7-9 semanas	16	51.61%
10-12 semanas	4	12.90%
> 13 semanas	0	0.00%
TOTAL	31	100%

Las edades gestacionales en las que con mayor frecuencia se diagnosticó el embarazo ectópico fue entre las 7 y 9 semanas de gestación con un 51.61% y una media de 8 semanas.

TABLA No.5

Localización anatómica del embarazo ectópico (n=31)

LOCALIZACIÓN	DERECHO	IZQUIERDO	F	%
Tubárico	16	8	24	77.41%
Ovárico	4	3	7	22.59%
TOTAL	20	11	31	100%

En cuanto a la localización anatómica tanto por ultrasonografía como transoperatoriamente de la totalidad de pacientes consultantes, el de origen tubárico fue el más presentado con 77.41%, dentro de los cuales el derecho se evidenció con más frecuencia en 16 de las 24 pacientes.

TABLA No. 6

Principales complicaciones del embarazo ectópico (n=31)

COMPLICACIONES	F	%
Ninguna	19	61.30%
Shock hipovolémico	5	16.13%
Hemoperitoneo	3	9.68%
Anemia	2	6.45%
Infección de Herida Operatoria	1	3.22%
Dehiscencia de Herida Operatoria	1	3.22%
TOTAL	31	100%

De las 31 pacientes estudiadas 12 presentaron complicaciones tanto, pre, trans o post operatorias siendo la más presentada el shock hipovolémico con 16.13%, esto en estrecha relación con la anemia posiblemente presentada por periodos hemorrágicos previos a la consulta y hemoperitoneo encontrado transoperatoriamente con 6.45% y 9.68%.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el presente estudio se documentaron 31 pacientes con embarazo ectópico, las cuales consultaron a los servicios de consulta externa y emergencia del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala durante el año 2015; de tales casos se obtuvieron los datos de la tabla No. 1, referente a las características clínicas y epidemiológicas presentadas, como también al tratamiento de tipo quirúrgico realizado puesto que nuestra institución no cuenta con otro tipo de tratamiento para el manejo de estos casos, Respecto a las características clínicas indicadas por las pacientes consultantes, el dolor de origen pélvico fue el más referido 16 pacientes (51.61%), seguido por el dolor abdominal 8 pacientes (25.80%) y el resto con porcentajes menos significativos, la epidemiología sigue la tendencia encontrada en otras latitudes puesto que la edad avanzada al momento del embarazo y el aumento en el número de gestas, son dos de los factores más importantes para la generación de embarazos ectópicos, en este estudio se presentaron más en la tercera década de la vida, entre los 30-34 años de edad 9 pacientes (29.03%) con una media de 32 años, y aumentó el riesgo cuanto mayor fue el número de gestas, siendo este de 35.48% en 9 pacientes trigestas, el 100% de los tratamientos fueron quirúrgicos, siendo el realizado con más frecuencia la salpingectomía derecha con 48.38%.

De la población atendida el 61.29% son originarios del departamento de Sacatepéquez, seguidos en frecuencia por los originarios del departamento de Chimaltenango con el 21.42% esto por vecindad, mientras que el resto de pacientes consultantes indican confianza en la institución para su tratamiento, pero no se encontró una relación directa entre el lugar de origen y la generación de embarazos ectópicos, El nivel de escolaridad tampoco evidencia relación directa a la presentación del embarazo ectópico, pero si en cuanto al momento de la consulta puesto que entre más bajo es este (primaria con 61.29% y ninguna con 16.13%) menos importancia se presta a la sintomatología para consultar, y poca capacidad de expresión de ella, retrasando con esto el diagnóstico y el tratamiento oportuno. Que en la totalidad de los casos diagnosticados fue quirúrgico, como se mencionó anteriormente.

De los factores de riesgo gineco-obstétricos que con mayor frecuencia predisponen a la generación de embarazos ectópicos las infecciones pélvicas (EIP) previas fueron un factor

predisponente bastante significativo, pues se presentaron en el 54.84% de todas las pacientes consultantes lo cual al asociarse con un número de gestas alto como sucedió en nuestro estudio con las pacientes trigestas se hace mucho más relevante, tabla No.2.

De la totalidad de pacientes consultantes los síntomas que más fueron referido al momento de la consulta fue el dolor pélvico con el 51.61% duplicando en cantidad al segundo síntoma de consulta que fue el dolor abdominal con 25.80%, encontrándose una estrecha relación entre lo anteriormente mencionado y las edades gestacionales en las que con mayor frecuencia se diagnosticó el embarazo ectópico que fueron entre las 7 y 9 semanas de gestación con el mismo 51.51% y una media de 8 semanas, demostrando con esto que entre mayor es la edad gestacional más evidente es la clínica presentada, tablas No. 3 y 4.

En cuanto a la localización anatómica, esta evidenciada por ultrasonografía y corroborada transoperatoriamente, de la totalidad de pacientes consultantes, el embarazo ectópico de origen tubárico fue el más presentado con 77.41% y de estos el derecho, presentándose en 16 de las 31 pacientes consultantes, tabla No.5.

Teniendo está, relación directa con el procedimiento quirúrgico realizado el cual fue la salpingectomía derecha con 48.38% y la salpingooforectomía derecha con el 6.67% como se indica en la tabla No. 1.

Se observó que 12 de las 31 pacientes estudiadas presentaron complicaciones tanto pre, trans y post operatorias, de las cuales el shock hipovolémico (perdida sanguínea en ml, hipotensión, estado mental, llenado capilar) fue el que con más frecuencia se presentó en 5 pacientes (16.13%), datos que presentan una estrecha relación con 2 de las otras complicaciones presentadas, a) anemia la cual posiblemente presentada por periodos hemorrágicos previos y no indicados al momento de la consulta en 3 pacientes (6.45%) y b) hemoperitoneo encontrado de manera transoperatoria en 3 pacientes (9.68%), tabla No.6.

Con lo cual tras haber realizado este estudio, se pudo evidenciar que la presentación clínica asociada a la epidemiología y un buen diagnóstico apoyado en estudios de imagen, pueden generar un tratamiento adecuado y oportuno, que en la totalidad de estos casos fue quirúrgico.

6.1. CONCLUSIONES

6.1.1. Las características clínicas presentadas fueron el dolor de origen pélvico en 16 pacientes (51.61%), abdominal 8 pacientes (25.80%) seguidas por hemorragia vaginal e hipotensión, las epidemiológicas más frecuentes fueron, el embarazo después de la tercera década de la vida, con mayor frecuencia entre los 30-34 años 9 pacientes (29.03%) con una media de 32 años, y el número de gestas alto, siendo en las pacientes trigestas 11 pacientes (35.48%) el más alto y el tratamiento quirúrgico realizado con más frecuencia fue la salpingectomía derecha con 48.38% del 100% realizado.

6.1.2. Los factores de riesgo gineco-obstétricos que con mayor frecuencia predisponen a la generación de embarazos ectópicos son las infecciones de origen pélvico (EIP) con 54.84% y el número alto de gestaciones, siendo en las pacientes trigestas el porcentaje más elevado con 48.38%.

6.1.3. Los principales síntomas de consulta fueron el dolor de origen pélvico 16 pacientes (51.61%) y dolor abdominal 8 pacientes (25.80%).

6.1.4. Las edades gestacionales apoyados por ultrasonografía en la que se diagnosticó con mayor frecuencia el embarazo ectópico fueron entre las 7 y 9 semanas de gestación 16 pacientes (51.61%) y una media de 8 semanas.

6.1.5. La localización anatómica más frecuentemente de embarazo ectópico fue tubárica 24 pacientes (77.41%) y de estas la derecha 16 pacientes (51.61%).

6.1.6. Las principales complicaciones presentadas tanto en el pre, tras y post operatorio fueron el shock hipovolémico (perdida sanguínea en ml, hipotensión, estado mental, llenado capilar) 5 pacientes (16.13%), hemoperitoneo 3 pacientes (9.68%) y anemia con (6.45%).

6.2. RECOMENDACIONES

6.2.1. Al Ministerio de Salud y Asistencia social, Capacitar al personal médico desde los niveles primarios de atención, para un efectivo diagnóstico y captación de pacientes que cursan con embarazo ectópico, para su pronta atención y disminución de complicaciones e implementar la presencia de equipo ultrasonográfico en los servicios de emergencia de las diferentes unidades hospitalarias para complementar el diagnóstico clínico a través de un adecuado evaluación por imágenes.

6.2.2. Al Hospital pedro de Bethancourt protocolizar el manejo de la paciente diagnosticada con embarazo ectópico con el fin de brindar una atención optima y adecuada desde su captación hasta su resolución.

6.2.3. Al departamento de Ginecología y Obstetricia, la capacitación continua al personal médico para la correcta identificación clínica y la interpretación ultrasonografía correcta de las pacientes que cursan con embarazo ectópico.

6.2.4. Que toda pieza quirúrgica extraída sea enviada a patología y bien identificada para una adecuada documentación y diagnostico histopatológico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perez A, Donoso E. Ginecología y Obstetricia. cuarta edi. Lima, Perú: editorial panamericana; 2011. 451-460 p.
2. Rana P, Kazmi I, Singh R. Ectopic pregnancy. 2013. 747-757 p.
3. Zenteno G. Fisiopatología del Embarazo Ectópico. Mexico; 2002. 36-47 p.
4. Dias G, Hajenius P, Mol B, Ankum W, Hemrika D, Bossuyt P, et al. Fertility outcome after systemic methotrexate and laparoscopic salpingostomy for tubal pregnancy. pubmed.gov [Internet]. 1999;353:724–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073522>
5. Guevara-Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev PeR Ginecol Obs Rev Per Ginecol Obs. 2010;5656(1):10–7.
6. Gibss S, Ronald S, Karlan, Beth Y, Haney, Arthur F, Nygaard, Ingrid E. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10ma. Edic. Gibss, Ronald S, Karlan, Beth Y, Haney, Arthur F, Nygaard, Ingrid E, editores. EWW; 2009. 91-104 p.
7. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2011;30(1):84–99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
8. Villa C. Embarazo Ectópico : Factores Relacionados, Resumen, Métodos, Resultados. 2004;8(4).
9. Blanchard O. Embarazo ectópico, Protocolo actualizado. Soc Española Ginecol y Obstet [Internet]. 2006;1–13. Disponible en: <https://www.uv.es/~jjsanton/Obstetricia General/06SEGOeectopico.pd>
10. Oliva J. Temas de Obstetricia y Ginecología. Rev Cuba Obstet. 2005;
11. Jackie I, Judith M, James J. Ectopic Pregnancy. west j med. 2000;173:131–3.
12. ministerio de Salud C. Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. En La Habana, Cuba; 2005.

13. Fernández C, Guerra M, Soler S. Comportamiento del embarazo ectopico Matanzas, 2004. Rev Medica Electron Fac Ciencias Médicas, Matanzas, Cuba. 2006;28.
14. Ruiz A, Rodriguez L. Obstetricia Integral del Siglo XXI, Embarazo ectópico. colombia; 2010. 1-22 p.
15. Kawakami S. Gynecologic and obstetric disorders presenting with abdominal pain. Eur Mc. 2001;61(3):75–83.
16. Llorente D, Cedeño S, Fuente P, Guzman J. Factores Asociados al Embarazo Ectópico. Arch Med [Internet]. 2008; Disponible en: www.archivosdemedicina.com/medicina.../factores-asociados-al-embarazo-ectpico.ph...
17. Urrutia Teresa, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez MC, Stuvén LR. Embarazo Ectópico: Factores De Riesgo Y Características Clínicas De La Enfermedad En Un Grupo De Mujeres Chilenas. Rev Chil Obs Ginecol. 2007;72(723):154–9.
18. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Semergen [Internet]. 2013;40(xx):1–7. Disponible en: [http://www.elsevier.es/eop/S1138-3593\(14\)00010-0.pdf](http://www.elsevier.es/eop/S1138-3593(14)00010-0.pdf)
19. Silva S. Revisión Bibliografica de Embarazo Ectópico de 1992-2003, servivios de obst y Ginec Hosp Dr. Sotero del Rio, Stgo de chile 2004. Medline. 2010;
20. Gary F, Leveno K, Bloom S, Hauth J-. Obstetricia de Williams: Embarazo Ectópico, capitulo 19. 2015.
21. Hicks J, Rodgerson J, Heegarard W, Sterner S. Vital sings fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic Pregnancy. 2002. 488-491 p.
22. Brenan D, Kawatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic Ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. 2000. 249-254 p.
23. Antonette T. Dulay. Embarazo Ectópico. En: Manual MSD [Internet]. 2018. p. 1. Disponible en: www.msdmanuals.com > ... > Ginecología y obstetricia > Anomalías del embarazo

24. Valera C, Sánchez Y, González N, Fernández F. Diagnóstico del embarazo ectópico. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2003;7(3):365–84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000300013
25. Fauconnier A, Mabrouk A, Salomon LJ, Bernard JP, Ville Y. Ultrasound assessment of haemoperitoneum in ectopic pregnancy: Derivation of a prediction model. World J Emerg Surg. 2007;2(1):1–7.
26. Mol V, Van Der Veen F, Bossuyt P. Symptom-free women at increased risk of ectopic pregnancy: should we screen. Acta Obs Gynecol Scand. 2002;81:661–72.
27. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Embarazo ectópico. EMC - Tratado Med [Internet]. 2017;21(3):1–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541017860359>
28. Ramires. J. Embarazo Ectopico. Obstetricia. 2011;(2011):1–11.
29. Pacheco J. Infección por chlamydia Trachomatis. 45. julio de 1999;159–66.
30. Fallis A. Estrategia educativa para gestion del conocimiento sobre embarazo ectopico en Atención Primaria de Salud. J Chem Inf Model [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n2/spu010209.pdf>

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo No. 1

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TRATAMIENTOS EN PACIENTES
CON EMBARAZO ECTÓPICO”

Investigador: Dr. Ludwin Emerson Palacios López

No.: _____

Historia clínica: _____

Fecha de obtención de datos: _____

1. Embarazo Ectópico:

Si No Roto Integro

2. EDAD _____ años

3. Escolaridad

Analfabeta
Primaria
Secundaria
Diversificado
Universitario

4. Procedencia: _____

5. No. Gestaciones : _____

6. No. Partos: _____

7. No. Abortos: _____

8. No. Cesáreas: _____

9. Edad Gestacional:

FUR: _____

Ecográfico: _____

10. Estado Civil:

Soltera

Unida

Casada

11. Infecciones Ginecológicas previas

Pélvicas

Urinarias

Vaginales

12. Signos y síntomas:

Hemorragia vaginal

Dolor pélvico

Dolor abdominal

Palidez
Sudoración
Taquicardia
Hipotensión
Masa abdominal palpable

13. Localización del embarazo ectópico por ecografía:

Ovárico
Intersticial
Intraligamentario
Tubárico
Abdominal
Cervical

14. Uso de anticonceptivos:

Sí No
Cuál: _____

15. Tratamiento:

Medicamentoso
Quirúrgico

16. Técnica quirúrgica: _____

17. Tipo de embarazo ectópico

Complicado
No complicado

18. Complicaciones:

Anemia
Infección de herida operatoria
Sepsis
Choque hipovolémico
Otras _____

19. Diagnóstico histopatológico:

Embarazo ectópico tubárico
Embarazo ectópico ovárico
Velloidades coriónicas I trimestre
Células compatibles con embarazo ectópico
Cuerpo amarillo
Sin Patología

PERMISO DEL AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO”** 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 o comercialización total o parcial.