



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**FACTORES CAUSALES DE EMBARAZO ECTÓPICO EN
MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL HOSPITAL
GENERAL GUASMO SUR Y EN EL HOSPITAL
ESPECIALIZADO MARIANA DE JESÚS EN EL PERIODO DE
JUNIO DEL 2016 HASTA ENERO DEL 2018**

AUTORES:

**CÓRDOVA TOMALÁ CRISTINA DENISSE
FERNÁNDEZ GUERRERO JULIO DAVID**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

BENITES ESTUPIÑÁN ELIZABETH

Guayaquil, Ecuador

26 de abril del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Córdova Tomalá Cristina Denisse**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA

f. _____
Benites Estupiñán Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Fernández Guerrero Julio David**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTORA

f. _____
Benites Estupiñán Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Córdova Tomalá Cristina Denisse**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: “**Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018**” previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2018

LA AUTORA

f. _____
Córdova Tomalá Cristina Denisse



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Fernández Guerrero Julio David**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018**” previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2018

EL AUTOR

f. _____
Fernández Guerrero Julio David



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Córdova Tomalá Cristina Denisse**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2018

LA AUTORA:

f. _____
Córdova Tomalá Cristina Denisse



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Fernández Guerrero Julio David**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 días del mes de abril del año 2018

EL AUTOR:

f. _____
Fernández Guerrero Julio David

REPORTE URKUND

The screenshot displays the URKUND web application interface. On the left, the document details are shown: 'Documento: TESIS FERNANDEZ CORDOVA 4.doc (D36707377)', 'Presentado: 2018-03-19 09:57 (-05:00)', 'Presentado por: julio_fe93@outlook.com', 'Recibido: elizabeth.benites.ucsg@analysis.orkund.com', and 'Mensaje: tesis fernandez cordova'. A progress indicator shows '0%' of the document's pages are linked to sources. On the right, a 'Lista de fuentes' (List of sources) table is visible, listing various URLs and document titles such as 'PLAN NACIONAL DE SS-Y-SR 2017-20', 'FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO.docx', and 'IA SAUCEDO ESCOBAR VICTOR HUGO MAESTRIA 2017.docx'. The interface includes a search bar at the top and navigation controls at the bottom.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS CARRERA DE MEDICINA

Tema: Factores causales de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva

Autor(es): Córdova Tomalá Cristina Denisse, Fernández Guerrero Julio David

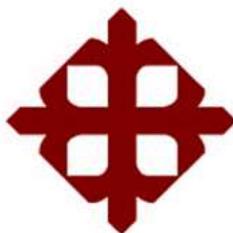
Trabajo de la titulación previo a la obtención del grado de medico

Tutor: Dra. Benites Estupiñán Elizabeth

Jurado:

Guayaquil, Ecuador, 2018

Facultad De Ciencias Médicas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Benites Estupiñán Elizabeth María
TUTORA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA
CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL AREA

AGRADECIMIENTO

Les agradecemos a Dios y a todas las personas que nos ayudaron en este proceso, especialmente a nuestros padres por su esfuerzo diario, que son para nosotros ejemplo de perseverancia y amor.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestra familia por su apoyo y paciencia durante todos estos años de carrera universitaria. A nuestros compañeros que se convirtieron en amigos.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	IV
AUTORIZACIÓN.....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	IX
ÍNDICE GENERAL.....	XI
ÍNDICE DE TABLAS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I: EMABARAZO ECTOPICO.....	3
1.1 Generalidades.....	3
1.2 Epidemiología.....	3
1.3 Factores de riesgo.....	4
1.4 Presentación.....	7
1.5 Manifestaciones clínicas.....	7
1.6 Diagnóstico.....	8
1.7 Tratamiento.....	11
CAPITULO II.....	16
2.1 Objetivo General.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
2.3 Hipótesis.....	16
2.4 Materiales y métodos.....	16

2.4.1 Características del estudio y sujetos	16
2.4.2 Participantes	17
2.4.3 Intervención	17
2.4.4 Recopilación de datos.....	17
2.5 Variables	18
2.6 Análisis estadístico	19
CAPITULO III.....	20
3.1 Resultados	20
3.1.1 Tablas y figuras	21
3.2 Discusión	24
3.3 Conclusiones.....	26
3.4 Recomendaciones.....	26
REFERENCIAS	28

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.- Medidas de resumen analizando la edad de las pacientes con embarazo ectópico.....	21
TABLA 2.- Prevalencia de casos de embarazo ectópico según su estado.....	22
TABLA 3.- Prevalencia de hábitos en casos de embarazo ectópico en el grupo de estudio.....	22
TABLA 4.- Prevalencia de métodos anticonceptivos en casos de embarazo ectópico en el grupo de estudio.....	22
TABLA 5.- Asociación entre antecedente de miomas y casos de embarazo ectópico.....	22
TABLA 6.- Asociación entre antecedentes de EPI y casos de embarazo ectópico.....	23
TABLA 7.- Asociación entre consumo previo de anticonceptivos orales y casos de embarazo ectópico.....	23
TABLA 8.- Asociación entre anticoncepción por vía intradérmica y casos de embarazo ectópico.....	23
TABLA 9.- Asociación entre el uso de dispositivo intrauterino y el desarrollo de casos de embarazo ectópico.....	23
TABLA 10.- Prevalencia de casos de cicatriz uterina previa como antecedente de embarazo ectópico.....	24
TABLA 11.- Medidas de resumen para análisis de edad y procedimiento realizado en el grupo de estudio.....	24

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico es la implantación anómala del óvulo fecundado, es decir en cualquier tejido que no sea la mucosa que reviste el útero; siendo el sitio más frecuente las trompas de Falopio.

Objetivos: Determinar si la cirugía ginecológica previa es el factor causal más frecuente de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva.

Pacientes y métodos: Este estudio es de prevalencia o de cohorte transversal (observacional, descriptivo) fue realizado en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero del 2017 a enero del 2018 y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús de junio del 2016 a julio del 2017.

Resultados: La edad de más frecuente en el estudio se encontraba alrededor de 28 +/- 6 años mientras que los factores de riesgo como el tabaco se halló un 17%, dispositivos intrauterinos 22.65, enfermedad pélvica inflamatoria 18.5% y cicatriz uterina previa 73.3%.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos el factor de riesgo que mayormente predispone a desarrollar un embarazo ectópico es la presencia de cicatriz uterina previa, seguido del uso de dispositivos intrauterinos y enfermedad pélvica inflamatoria.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Métodos anticonceptivos, Cesáreas, Enfermedad pélvica inflamatoria, Abdomen agudo, Edad reproductiva.

ABSTRACT

Introduction: The ectopic pregnancy is the anomalous implantation of the fertilized ovum, that is to say in any tissue that is not the mucosa that covers the uterus; the most frequent site being the fallopian tubes.

Objectives: To determine if previous gynecological surgery is the most frequent causa factor of ectopic pregnancy in women of reproductive age.

Patients and methods: This study is of prevalence or cross-sectional cohort (observational, descriptive) was conducted in the Hospital General Guasmo Sur from January 2017 to January 2018 and at the Hospital Especializado Mariana de Jesús from June 2016 to July of 2017.

Results: The most frequent age in the study is around 28 +/- 6 years, while risk factors such as smoking were found 17%, intrauterine devices 22.65, pelvic inflammatory disease 18.5% and previous uterine scar 73.3%.

Conclusions: According to the results obtained, the risk factor that predisposes most to develop an ectopic pregnancy is the presence of a previous uterine scar, followed by the use of intrauterine devices and pelvic inflammatory disease.

Key words: Ectopic pregnancy, Contraceptive methods, Cesarean sections, Pelvic inflammatory disease, Acute abdomen, Reproductive age.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación anómala del óvulo fecundado, es decir en cualquier tejido que no sea la cavidad uterina; se puede denominar embarazo cervical, embarazo ovárico, embarazo ligamentario, embarazo tubárico, o embarazo abdominal de acuerdo al lugar donde se encuentre, siendo el sitio más frecuente las trompas de Falopio 98% y de ellas la zona ampular 78% con mayor presentación.

Esta patología puede terminar con la vida de la paciente; a mediados del siglo pasado representaba una mortalidad del 69% mientras que el embarazo abdominal hasta el 20% debido a complicaciones como hemorragias, trastornos de la coagulación, sepsis y fístulas intestinales postoperatorias. En la actualidad la mortalidad ha disminuido, pero se ha demostrado que las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico presentan recurrencia de la patología y su fertilidad se ve afectada por los métodos quirúrgicos utilizados como tratamiento, solo un 30 a 50% llegan a tener un embarazo a término posterior a presentar un embarazo ectópico

Según la OMS en el 2009 indica que la presencia de un embarazo ectópico es de 1 a 2.6% de todos los embarazos, con mortalidad de 1 por 1.000 de todos los embarazos ectópicos y una tasa de recurrencia del 12%. En Estados Unidos la incidencia del embarazo ectópico ha aumentado, se cree que es debido al aumento de las enfermedades de transmisión sexual, y al uso de dispositivos anticonceptivos intrauterinos, aunque existen otros factores predisponentes como la inducción a la ovulación, el aborto inducido, cirugías ginecológicas y hábitos como el tabaquismo¹.

El objetivo de nuestro estudio es conocer los factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico, para poder prevenir a las mujeres que se encuentren en el mayor riesgo de desarrollar esta patología y evitar sus complicaciones como esterilización y muerte materna.

CAPITULO I: EMABARAZO ECTOPICO

1.1 Generalidades

El embarazo ectópico es la implantación anómala del huevo cigoto, en cavidad extrauterina, el 98% de estos se ubica en las trompas de Falopio, aunque existen otros lugares. Esta patología es una causa de muerte materna por hemorragia en el primer trimestre de gestación, y deja secuelas en la vida reproductiva de la mujer tanto esterilidad como recurrencia. En la actualidad se cuenta con métodos diagnósticos precoces y tratamiento no invasivo que pueden evitar la mortalidad y la cirugía si es detectado a tiempo².

1.2 Epidemiologia

En los últimos años se ha evidenciado el incremento de embarazos ectópicos, por el aumento a la exposición de los factores de riesgo causales y por el aumento de la capacidad de diagnóstico y resolución del mismo.

El embarazo ectópico al ser una enfermedad de diagnóstico complicado, muchas veces es de difícil seguimiento por lo que no hay una estadística exacta de cuantos de estos realmente se presentan en periodos de tiempo específicos, sin embargo se estima que alrededor de 1 de cada 40 embarazos es de esta índole, que se traduce en 25 de cada 1000 embarazos; a nivel mundial se estima que de 1 a 2% de todos los embarazos son ectópicos; desde mediados de los 90 se ha observado un mayor número casos debido a una elevación concomitante de enfermedad pélvica inflamatoria que es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad.

El embarazo ectópico también representa un número pequeño pero significativo en el total de las muertes maternas, en Estados Unidos del 2003 al 2007, una población que tuvo 100.000 partos exitosos presento alrededor del 1.15 al 0.5 de muertes maternas debido a esta entidad, siendo en esta 6.8 veces mayores para los afroamericanos y 3.5 más para las mujeres

mayores de 35 años. En Colombia en el año 2015 tuvieron un total de 476 muertes maternas, de este grupo solo 13 se debieron a embarazo ectópico, correspondiendo al 2.73% de la población^{2,3}.

1.3 Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico y muchos de ellos están relacionados entre sí, se los puede dividir entre factores de riesgo altos y otros factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo altos tenemos a las mujeres que han tenido un embarazo ectópico previo, este grupo presenta un 15% de recurrencia debido a la persistencia de los factores que ocasionaron el primer episodio y el tratamiento médico o quirúrgico que se utilizó para resolver este cuadro; en este grupo también encontramos las patologías y cirugías tubáricas; las alteraciones anatómicas tubáricas pueden ser ocasionadas por infecciones, cirugías previas, mal formaciones congénitas, endometriosis tubárica que se pueden acompañar de alteración en la actividad del epitelio ciliar de la trompa; la miomatosis uterina especialmente localizada en cuernos también pueden ocasionar obstrucción en la trompa.

La cirugía reconstructiva de las trompas de Falopio para que sea un factor de riesgo alto depende de la condición del tubo y del tipo de cirugía que se realizó y las razones por las cuales se ejecutó la cirugía; una ligadura de trompa o esterilización incompleta es también un factor de riesgo alto, más si se utiliza el método de coagulación bipolar como técnica, la coagulación incompleta de la luz y la persistencia del canal permite la fecundación ectópica^{2,3}.

En el Ecuador se estableció como política de estado la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, el Ministerio de Salud Pública (MSP) según el reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad a Métodos Anticonceptivos en el Sistema de Nacional de Salud, expedido mediante el Acuerdo Ministerial 2490, publicado en el registro oficial No.919 de 25 de Marzo del 2013, garantiza la entrega gratuita de los diferentes métodos

existentes, por este motivo en la actualidad es más frecuente su uso en las mujeres de nuestro medio.

Según la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012) el 81.4% de mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años, utilizan algún método anticonceptivo, de este porcentaje el 67.2% utilizan algún método moderno y el 12.6% algún método tradicional; demuestra que la esterilización es el método más utilizado, la inyección y el implante crecieron casi 5 puntos en utilización mientras que se redujo el uso de pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (DIU) y el método del ritmo^{4, 5, 6}.

El (DIU), es un método anticonceptivo de fácil uso y gran efectividad, aunque si existiera un embarazo utilizando este dispositivo, la probabilidad de que el embarazo sea ectópico es más alta de quien no utiliza métodos anticonceptivos, se ha evidenciado que los dispositivos con levonorgestrel aumentan el riesgo en comparación con los de cobre (1 de cada 2 embarazos con levonorgestrel y 1 de cada 16 embarazos con el DIU de cobre)².

Otros factores de riesgo son la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), infertilidad, promiscuidad, tabaquismo, fertilización in vitro, duchas vaginales, la edad materna entre otros. La EPI es una patología causada frecuentemente por bacterias como la *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* que son transmitidas por vía sexual, aunque también puede ser producida por otro tipo de bacterias, pero en menor porcentaje.

Según la OMS en el 2016 expuso que las (ITS) infecciones de transmisión sexual pueden provocar graves complicaciones en la vida reproductiva de las mujeres como EPI, embarazo ectópico y abortos; se calcula que cada año 131 millones de personas contraen clamidiasis, 78 millones contraen gonorrea y 5.6 contraen sífilis. La infección recurrente por estas bacterias puede causar una patología tubárica ocasionando alteración ciliar en la trompa de Falopio, obstrucción o enfermedad adhesiva pélvica; las infecciones recurrentes por *chlamydia* producen una proteína PROKR2 que favorece la implantación tubárica.

Existen varias causas que predisponen a desarrollar una EPI como la promiscuidad que se define según la OMS cuando un sujeto tiene más de dos parejas sexuales en menos de 6 meses, por lo tanto, esta condición predispone a infecciones de transmisión sexual, otro hábito asociado es el uso frecuente de duchas vaginales^{2, 7, 8}.

Otro factor de riesgo es la infertilidad en las mujeres ya sea por anomalías tubáricas o por los tratamientos hormonales a los cuales se someten, estudios revelan que el citrato de clomifeno utilizado para inducir la ovulación, duplica de 3 a 6 por ciento la probabilidad de embarazo ectópico, igualmente tratamientos con gonadotropinas aumentan la presentación.

Se ha demostrado una relación significativa entre el consumo de tabaco y el desarrollo de embarazo ectópico, a mayor exposición mayor riesgo de padecimiento, en mujeres que fuman durante la gestación el riesgo relativo se multiplica un 1.5 para menos de 10 cigarrillos y por 3 por más de 20, esto se produce por las diferentes sustancias tóxicas que se encuentran en el tabaco como la nicotina que aumenta la resistencia vascular y disminuye la oxigenación, también produciendo un ambiente inadecuado para la correcta implantación².

La edad de las mujeres se las puede considerar un factor de riesgo, el inicio precoz de relaciones sexuales menor a 18 años, se relaciona a mayor predisposición a infecciones de transmisión sexual, en un estudio de casos de 132 pacientes en el Municipio Habanas, operadas de embarazo ectópico en el Hospital Dr. Luis Díaz Soto desde el 2009 al 2011, el embarazo ectópico fue más frecuente en mujeres entre 25 y 34 años de edad. Un estudio noruego demostró que las mujeres mayores de 35 años presentaban una tasa de 4.1 %, siendo 8 veces más alta que en mujeres menores, debido a la acumulación de factores de riesgo por largo tiempo^{2, 9}.

1.4 Presentación

Esta patología presenta diversos sitios de implantación, siendo la más frecuente su localización tubárica; istmo, fimbria y ampolla a la que le continúan en frecuencia la intersticial, cervical y abdominal.

El embarazo ectópico de presentación tubárica es la más frecuente, siendo de estas el 70% de origen ampular; el 30% restante se dividen equitativamente entre la localización ístmica y fímbrica.

El factor de riesgo principal que predispone a este tipo de embarazo son la salpingitis crónica, la enfermedad pélvica inflamatoria y el uso de dispositivos intrauterinos. El embarazo ovárico que le sigue en frecuencia, este no presenta alguna asociación con un factor de riesgo en específico.

La localización cervical es una forma muy inusual de esta patología que ocurre cuando se implanta en el tejido cervical del canal endocervical, mientras la localización intersticial o también llamado cornual ocurre en el segmento proximal de la pared muscular del útero.

En las presentaciones menos comunes se encuentran el embarazo ectópico con implantación en la cicatriz de las histerotomías de las cesáreas, este se ubica por fuera de la cavidad uterina y se cubre de miometrio; el embarazo heterotópico que es la combinación de un embarazo ectópico que ocurre simultáneamente con embarazo intrauterino que puede cursar de manera normal y el embarazo abdominal en el cual el blastocisto se coloca en la superficie peritoneal o las vísceras abdominal que resulta de que este salga de las trompas².

1.5 Manifestaciones clínicas

El embarazo ectópico se puede presentar de forma sintomática y asintomática, la sintomatología más frecuente es dolor abdominal, sangrado por vía vaginal y amenorrea aproximadamente de 6 a 8 semanas, pero este

periodo puede aumentar si el embarazo se produce en cavidad extrauterina y no en trompa de Falopio.

El diagnostico se puede confundir con EPI, aborto espontáneo y quiste ovárico, los síntomas no confirman ni descartan el diagnostico.

Los síntomas relacionados con el embarazo como náuseas, vómitos, micción frecuente y sensibilidad en glándulas mamarias, son leves debido a la poca cantidad de progesterona, estradiol y la gonadotropina coriónica humana relacionados con un embarazo normal.

Un embarazo ectópico se puede presentar con la clínica de un abdomen agudo caracterizándose por dolor severo y persistente, pérdida de conciencia e inestabilidad hemodinámica cuando hay ruptura tubárica o de otras estructuras donde se presenta la implantación anómala, provocando hemorragia que puede llevar a la muerte de la madre.

Se debe pensar en el diagnóstico de esta patología en mujeres embarazadas que no tengan embarazo intrauterino confirmado, con amenorrea >4 semanas acompañado de sangrado por vía vaginal activo, con clínica de abdomen agudo e inestabilidad hemodinámica no explicada por otra patología¹⁰.

1.6 Diagnóstico

La sospecha diagnostica de embarazo ectópico parte de los factores de riesgo y de la sintomatología que pueda presentar esta, como ya se ha mencionado antes, este cuadro puede ser asintomático hasta el momento que se presentan sus complicaciones, como es la ruptura tubárica. El diagnostico comienza con una mujer que presenta un periodo de amenorrea al que se le procederá hacer como examen de entrada, la prueba de embarazo B-hCG, se prefiere la cuantitativa sobre la cualitativa, porque esta nos permitirá además de confirmar el embarazo, al hacer tomas seriadas, reforzar la sospecha.

Toda mujer que tenga un embarazo confirmado y que presente sangrado o dolor abdominal, debería entrar en la sospecha de un embarazo ectópico, sobre todo si a esto se le suman la existencia de factores de riesgo.

La gonadotropina coriónica humana, como ya se mencionó, nos confirma el embarazo, pero es son las tomas subsecuentes de esta que nos ayudara a reconocer la probabilidad de estar al frente de un embarazo ectópico; en un embarazo normal la B-hCG duplicara sus valores cada 48 horas por el desarrollo progresivo que se da en este proceso, en el embarazo ectópico estos valores si aumentaran, pero de forma lenta en comparación a la rapidez que lo hace un embarazo normal.

Es importante recordar que una vez que se sospeche de esta patología, siempre se deberá revisar la estabilidad hemodinámica de la paciente, ya que el embarazo ectópico, cualquiera que sea la ubicación de este, tiene alta probabilidad de romperse y cambiar el cuadro a un abdomen agudo en el cual la vida de la paciente se pone en peligro por el shock hipovolémico producido por la hemorragia proveniente de esta ruptura.

Para la evaluación de la estabilidad hemodinámica de este cuadro, se realizara una inspección física que debe incluir los signos vitales, como la frecuencia cardiaca y la presión arterial, que en caso de existir inestabilidad se pueden encontrar aumentada y disminuida en un inicio respectivamente, luego se procederá al examen abdominal, por su localización es en el abdomen bajo donde los signos deberían estar presentes pero por el tamaño y a la afectación que este produce, los hallazgos pueden ser muy variados, ya que podrían no haber molestias o estas podrían ser leves en los casos donde aún no se ha desarrollado sus complicaciones, ahora en el supuesto que ya empiece a presentarlas el dolor será muy intenso a la palpación e incluso podríamos encontrar distensión abdominal, pero estas ya serian señales de necesidad de una atención y tratamiento quirúrgico de emergencia.

El examen ginecológico con especulo nos ayudaría a comprobar la hemorragia que proviene desde útero, y cuantificar la cantidad de sangrado; la palpación bimanual y la de los anexos así mismo como el examen físico

abdominal puede no ser concluyente cuando el embarazo es pequeño aun o no presente molestias recalcales, pero si uno sospecha de esta patología se deberá realizar con cuidado, ya que realizarlo con mucha fuerza puede causar la ruptura del embarazo. Uno de los datos más importantes que podemos hallar al examen físico en conjunto y que ayuda mucho a la sospecha diagnostica es la falta de concordancia entre las semanas de amenorrea y el tamaño del útero, ya que este debería ser, en determinado punto, más grande de lo que lo que se palpa.

Si al terminar el examen físico, en la paciente se evidencia una marcada inestabilidad hemodinámica, se podría realizar una ecografía FAST, que su principal función es detectar las hemorragias intraperitoneales; la identificación de hemorragia intraperitoneal en mujeres en edad reproductiva debe de ser considerado como embarazo ectópico hasta poder descartar esta opción. En este grupo de pacientes es relevante realizar el hemograma completo, para poder determinar la presencia de anemia al evaluar los niveles de hemoglobina y hematocrito.

La culdocentesis, es la aspiración de fondo de saco de Douglas que se realiza cuando se sospecha o evidencia por métodos de imagen la presencia de líquido en este espacio, la cual puede tener diferentes causales; en el embarazo ectópico este procedimiento ayuda, mediante la aspiración de sangre, a sospecha de una ruptura del embarazo ectópico, ya que es la causa más frecuente pero también se puede hallar sangre por otras causas ginecológicas como es la ruptura de quiste de ovario, aborto incompleto o menstruación retrograda; con una culdocentesis positiva se puede pasar directamente a la laparotomía.

Continuando con el diagnóstico del embarazo ectópico, después de haber medido los niveles de B-hCG, se debe recurrir a las pruebas de imagen, en este caso la mejor prueba de imagen es la ecografía transvaginal, la cual puede descartar o confirmar este diagnóstico, lo primero que se observara es la ausencia del saco gestacional o la presencia de este fuera de la cavidad uterina, lo más frecuente es que este se encuentre en las trompas de falopio por lo que al ser hallado en este lugar nos daría su claro

diagnostico; la ecografía transvaginal presenta limitaciones al diagnóstico sobre todo en etapas tempranas del embarazo ya que es probable que por su tamaño y localización no sea posible lograr su visualización.

Cuando los niveles de B-hCG son mayores a 3500 UI/L, se debería poder observar en un embarazo normal el saco gestacional mediante la ecografía transvaginal es por eso que desde este se punto se parte para poder realizar un diagnóstico más certero; la B-hCG debe ser evaluada con un mínimo de tres veces, para poder seguir de manera adecuada su aumento, en este caso si aumenta de manera normal, el seguimiento se realizara con la ecografía transvaginal, de caso contrario si no aumenta sus valores como en un embarazo normal pero ya es mayor de 3500 y aun así en la ecografía no es posible su visualización dentro de la cavidad uterina, el diagnostico se vuelve casi certero; si los niveles de B-hCG en las tomas seriadas empiezan a disminuir, se tendrá que descartar un aborto tubárico, aborto espontaneo o un resolución espontanea del cuadro¹⁰.

1.7 Tratamiento

Existen dos formas de manejo en general para el tratamiento del embarazo ectópico, las cuales son la médica, con el uso de metotrexato y la resolución quirúrgica; sin embargo, también existe también el manejo expectante, que no se realiza con mucha frecuencia ya que se deben cumplir ciertos criterios, que de toda la población femenina con embarazo ectópico es un grupo muy pequeño quien posee todas estas características y son aptas para esta opción.

Entre los criterios que se deben cumplir para poder realizar el manejo expectante encontramos, principalmente que la mujer debe de ser asintomática, ya que de lo contrario se deberá recurrir a otra opción terapéutica; la paciente debe entender los riesgos y complicaciones que representa esta enfermedad así como la importancia del seguimiento cercano del desarrollo de la misma por ultimo en cuanto los exámenes de laboratorio, la B-hCG debe de ser menor de 200 mUI/ml y debe de ir

disminuyendo al menos un 10% en dos tomas seriadas y la ecografía transvaginal no debe de dar señal de un embarazo intrauterino y especialmente extrauterino.

El manejo expectante se considera finalizado cuando se produzca la resolución espontanea del cuadro, que en laboratorio se demuestra con B-hCG negativa, así como una ecografía transvaginal con ausencia de embarazo ectópico; si la mujer no cumple con estas características, empieza a desarrollar dolor o algún síntoma, no puede hacerse las revisiones debidas, es aquí donde se decide avanzar con la siguiente opción de tratamiento¹¹.

Las siguientes opciones de tratamiento son el farmacológico, con el metotrexato, y el quirúrgico; al momento de considerar cuál de estas opciones es la adecuada se debe conocer que hay una serie de criterios que nos ayudaran a saber cuál es la mejor alternativa para cada paciente en esta situación. Después de que el manejo expectante se ha considerado que no es el adecuado, se valorara a la paciente para el tratamiento con metotrexato, el cual se aplicara si ella se encuentra hemodinámicamente estable, si la B-hCG presenta niveles menores a 5000 mIU/L, la ausencia de latido cardiaco fetal o que el tamaño sea menor de 3 cm en la ecografía transvaginal, además se debe recordar que al igual que en el manejo expectante la paciente debe de ser capaz de acercarse a los seguimientos de manera óptima y tener un fácil acceso al servicio de emergencias; no olvidar que en los criterios del uso de metotrexato también se incluye la ausencia de contraindicaciones de su uso como son anormalidades clínicas importante del origen renal, hepático o hematológico, inmunodepresión, enfermedad pulmonar activa, ulcera péptica, reacciones de hipersensibilidad al metotrexato y por último que se encuentre en periodo de lactancia.

Una vez que se ha comprobado que la paciente si cumple con estos criterios se procederá al tratamiento con metotrexato; primero se realizaran una serie de estudios de laboratorio, en su mayoría que ya se debieron haber realizado para el diagnóstico como son la medición de la B-hCG cuantitativa, que además nos sirve para el seguimiento, la ecografía transvaginal, y otros

como son el hemograma completo o los test de función hepática o renal para comprobar si no existen las contraindicaciones.

En la terapia farmacológica con metotrexato, existen dos opciones, la terapia de monodosis y la de dosis múltiples, ambas presentan rangos de éxitos y de fracaso parecido, por lo que no se puede tomar una de las dos, considerando que una pueda tener mayor beneficio que la otra, por lo que la decisión se toma a partir de la localización del embarazo ectópico, siendo preferida la monodosis en los embarazos ampulares y las dosis múltiples en los embarazos intersticiales y los cervicales.

La monodosis, aunque su nombre indica una sola dosis del fármaco, esta puede administrarse en diferentes ocasiones dependiendo de la evolución de la paciente, entonces una vez que se posee los niveles de B-hCG se procederá administrar la primera dosis, esperando que sea la única, en lo que se denominara el primer día de tratamiento, la dosis será 50 mg por metro cuadrado de la superficie del área corporal; luego se procederá a medir la B-hCG entre el cuarto y el séptimo día, el objetivo es que esta disminuya más del 15%, si no ha disminuido o si lo hizo pero menos del 15% entonces se administrara una segunda dosis, se procederá a medir los niveles de B-hCG semanalmente hasta que desaparezca, si igualmente no disminuyen como se espera, se aplicara una tercera dosis, y se continuara con el seguimiento. Si después de la tercera dosis no se logra el objetivo esperado se concluirá como un fracaso del tratamiento y se procederá a evaluar las opciones quirúrgicas.

El tratamiento con múltiple dosis consiste en la administración de metotrexato a 1 mg/kg por día ya sea IM o IV en el primer, tercer, quinto y séptimo día y a diferencia del tratamiento de dosis única, se administrara leucovorina el segundo, cuarto, sexto y octavo día, de manera que se alternan la administración de metotrexato con leucovorina en un periodo de 8 días; como siempre le B-hCG es crucial para el seguimiento de la enfermedad y sus diferentes manejos, por lo que se debe medir previo a iniciar este esquema y se repetirán en los mismos días que se administra el metotrexato, si se evidencia una disminución de este más allá del 15% en

cualquier momento se detendrá el tratamiento y se procederá a la vigilancia que consiste en la medición de esta semanalmente. Si este no disminuye de la manera esperada se repetirá un ciclo de dos días, es decir metotrexato y al día siguiente leucovorina y se considerara un éxito cuando los niveles no sean detectables.

Existen ciertos factores que pueden afectar el resultado positivo de estas opciones terapéuticas, por lo que están parcialmente incluido en los criterios, los niveles de B-hCG elevados más de 5000 mIU/L, la presencia de latido cardiaco fetal en la ecografía transvaginal o el tamaño del feto mayor a 4 cm, son factores que se han asociado a un fracaso del tratamiento con metotrexato por lo que es preferible evitarlo y pasar a la resolución quirúrgica.

Después de que el tratamiento finaliza en ocasiones las pacientes pueden referir un dolor abdominal que varía de leve a intenso, por lo que siempre hay que considerar que puede deberse al aborto tubárico que se da como resultado de la terapéutica, aun así y sobre todo en aquellas que refieren que el dolor abdominal es intenso se tiene que considerar la probabilidad de un embarazo ectópico roto, en dicho caso siempre se deberá evaluar la estabilidad hemodinámica de la paciente con el fin de poder decidir si debe o no pasar a cirugía^{12, 13}.

La intervención quirúrgica, aunque debería estar al final de las opciones, como se ha visto, siguiendo un orden de manejo expectante, tratamiento farmacológico y cirugía, muchas veces es la primera y única opción que por la que se puede optar, ya que las demás dependen de estado evolutivo en el cual se ha diagnosticado esta patología, y muchas veces pasa desapercibida hasta que se presentan las complicaciones que la vuelven evidente.

Las indicaciones absolutas para realizar la cirugía son que la paciente se presente hemodinámicamente inestable, que presente signos de masa ectópica como dolor abdominal o pélvico o evidencia de hemorragia intraperitoneal. También existen indicaciones relativas en las que la cirugía no es una necesidad por una emergencia más sino por otros factores como son el deseo de esterilización, la presencia de un embarazo heterotópico,

contraindicaciones para el tratamiento con metotrexato o que este último ya ha fracasado.

Existen dos formas quirúrgicas de resolver el embarazo ectópico que a su vez presentan dos métodos diferentes de acceso a la cavidad; estas son la salpingectomía y la salpingostomía junto a la laparoscopia y la laparotomía. La salpingostomía es la apertura lineal de la trompa en la cual se encuentra el embarazo, con el fin de conservar la trompa; este procedimiento se prefiere en aquellas mujeres que ya han perdido la trompa contralateral y que aun desean quedar embarazadas, aunque este se encuentra asociado a la posibilidad de que exista una persistencia del embarazo ectópico.

La salpingectomía es retirar la trompa de falopio afecta, esta es la opción terapéutica en caso de daño moderado a grave debido a una trompa, la presencia de sangrado abundante o en caso de que el embarazo ectópico sea de gran tamaño por lo general mayor a 3 cm, también este presenta la ventaja en aquellas mujeres que tienen su paridad satisfecha, ya que se puede realizar este procedimiento de manera bilateral y prevenir así futuros embarazos.

En cualquiera de las dos opciones previas, no se ha observado una alteración importante en la fecundidad futura; después de la resolución quirúrgica las pacientes se deben realizar la medición de la B-hCG hasta que sus valores desaparezcan, por la probabilidad de un embarazo ectópico persistente; la recurrencia de los embarazos ectópicos es la misma en las diferentes opciones terapéuticas, siendo esta de alrededor de un 15%^{12, 13, 14}.

CAPITULO II

2.1 Objetivo General

Determinar si la presencia de cicatriz uterina previa es el factor causal más frecuente de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva.

2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el grupo etario con mayor predisposición para desarrollar embarazo ectópico.
2. Comparar la frecuencia del embarazo ectópico de acuerdo al método de planificación familiar utilizado.
3. Establecer la relación entre ITS y EPI con el embarazo ectópico.
4. Establecer la relación entre miomas uterinos y embarazo ectópico.
5. Comprobar si ciertos hábitos constituyen un factor de riesgo para la formación de embarazo ectópico en nuestro medio.

2.3 Hipótesis

La presencia de cicatriz uterina previa es el factor que predispone con más frecuencia al desarrollo de embarazo ectópico.

2.4 Materiales y métodos

2.4.1 Características del estudio y sujetos

Este estudio es de prevalencia o de corte transversal (observacional, descriptivo) fue realizado en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero del 2017 a enero del 2018 y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús de junio del 2016 a julio del 2017.

2.4.2 Participantes

La población de estudio fue de 135 pacientes que acudieron al área de ginecología en los periodos y hospitales antes mencionados, quienes cumplían los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo femenino entre 12 a 45 años.
- Pacientes que hayan sido diagnosticadas con embarazo ectópico.
- Pacientes del hospital que presentan una historia clínica completa con exámenes de laboratorio e imágenes.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuya resolución quirúrgica sea en otra entidad de salud.
- Pacientes salpingectomizadas por otras patologías.
- Pacientes que hayan sido diagnosticadas de abdomen agudo no ginecológico.

2.4.3 Intervención

La muestra de pacientes fue obtenida mediante historias clínicas en físico y por medio de la base de datos facilitados por las instituciones. Se seleccionaron solo aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. No se realizó interacción directa con ninguno de ellos.

2.4.4 Recopilación de datos

Luego de seleccionar los pacientes que cumplían con criterios mencionados anteriormente, fueron tabulados en Excel según las variables edad, anticonceptivos orales, anticonceptivos subdérmicos, dispositivos

intrauterinos, infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, cesáreas, salpingectomía, miomas uterinos y tabaquismo.

2.5 Variables

Variables	Clasificación	Escala	Definición	Operacionalización
Edad	Cuantitativa continua	Nominal	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	<18 19 – 35 35 – 59
Anticonceptivos orales	Cualitativa dicotómica	Nominal	Son medicamentos que se toman por vía oral con el fin de prevenir un embarazo no planificado.	Si No
Anticonceptivos subdérmicos	Cualitativa dicotómica	Nominal	Método anticonceptivo hormonal compuesto por una varilla que se coloca debajo de la piel del brazo ofreciendo protección anticonceptiva.	Si No
Dispositivos intrauterinos	Cualitativa dicotómica	Nominal	Método contraceptivo, el cual se coloca dentro de la cavidad uterina.	Si No
Infecciones de transmisión sexual	Cualitativa dicotómica	Nominal	Grupo de enfermedades infecciosas que pueden transmitirse mediante el contacto sexual por vía vaginal, anal u oral.	Si No
Enfermedad pélvica inflamatoria	Cualitativa dicotómica	Nominal	Enfermedad infecciosa que afecta a la parte alta del aparato reproductor femenino: útero, ovarios y trompas de Falopio.	Si No

Cicatriz uterina previa	Cualitativa dicotómica	Nominal	Cicatriz que se encuentra presente en el útero debido a una incisión quirúrgica de un procedimiento previo,	Si No
Salpingectomía	Cualitativa dicotómica	Nominal	Método de esterilización femenina que consiste en cortar las trompas de Falopio.	Si No
Miomas uterinos	Cualitativa dicotómica	Nominal	Tumor benigno que crece en el miometrio.	Si No
Tabaquismo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Adicción al consumo del tabaco.	Si No

2.6 Análisis estadístico

Tipo de Análisis Estadístico: Se realizó un análisis descriptivo, en el cual se utilizaron medidas de dispersión para el análisis de variables cualitativas como porcentaje, y medidas de resumen para variables cuantitativas como media y desviación estándar.

Se utilizaron pruebas como coeficiente de correlación de Spearman y test de Chi Cuadrado, para definir la relevancia de los datos obtenidos y establecer las asociaciones respectivas entre edad del paciente, factores de riesgo y tipo de embarazo ectópico, así como con la esterilización de las pacientes.

CAPITULO III

3.1 Resultados

Posterior a la realización de este trabajo de investigación en el Hospital Maternidad Santa Mariana de Jesús y el Hospital General Guasmo Sur, se pudo determinar que de los 135 casos de embarazo ectópico en el período de estudio se encontró una prevalencia del 51% de los casos de embarazos ectópicos rotos y un 49% de casos de embarazos ectópicos no rotos. (Ver tabla 2)

En cuanto a la edad de las pacientes que formaron parte de la muestra, se utilizaron medidas de resumen para su análisis, encontrándose una media de 28 años de edad, al igual que esta fue la edad en que con mayor frecuencia se encontraron estos casos. No se estableció una asociación existente entre la edad de las pacientes y el riesgo de desarrollar embarazo ectópico. (Ver Tabla 1)

Se analizó la prevalencia de antecedentes de las pacientes, ya sean de consumo como alcohol y tabaco, así como de antecedentes de anticoncepción, fueron analizados. En cuanto a los hábitos, se encontró una prevalencia de 17% de los casos, mientras que de tabaco fue el 9% de los mismos. No se estableció una asociación entre estos hábitos y el riesgo de desarrollar embarazo ectópico. ($p=0,122$) (Ver Tabla 3)

En cuanto a los métodos anticonceptivos, sí se pudo determinar una asociación entre la utilización de DIU y el incremento de desarrollar embarazo ectópico. ($p<0,05$) (Ver Tabla 4)

Se determinaron las asociaciones entre la ruptura de los embarazos ectópicos en cuanto a los antecedentes patológicos de las pacientes del grupo de estudio. Se encontró ruptura de casos en un 47 y 55% de los casos asociados a miomas y antecedente de EPI, respectivamente. Se encontró una asociación directa entre el antecedente de EPI y la ruptura del embarazo ectópico. ($p<0,001$) (Ver Tabla 5 y 6)

De igual forma se estudió la asociación entre la ruptura del embarazo ectópico en conjunto con el método anticonceptivo referido por la paciente como antecedente. En este caso, sólo se evidenció asociación entre la utilización de Dispositivos Intrauterinos y el riesgo incrementado de desarrollar ruptura del embarazo ectópico. ($p < 0,05$) (Ver Tablas 7, 8 y 9)

En cuanto al análisis de desarrollo de embarazo ectópico asociado a cesáreas previas, se evidencio una prevalencia de un 73% de los casos asociados a cesareis, correspondiente a 99 de los 135 casos. De esta manera se estableció una asociación causal entre cesarías previas y el desarrollo de embarazo ectópico. ($p < 0,001$) (Ver Tablas 10)

Se analizo la prevalencia de los procedimientos quirúrgicos realizados en las pacientes con embarazo ectópico en base a la edad de las mismas. Se determino una mayor prevalencia de salpingectomía ocupando el 79.25% de los casos, con una media de 28 años de edad y siendo 31 la edad de las pacientes mas que con mayor frecuencia requirió esta intervención, a diferencia de la esterilización y ooforectomía, cuya edad mas frecuente fue inferior a los 30 años. Se estableció una asociación directa entre la edad inferior a 30 años de las pacientes con embarazo ectópico y la necesidad de realizar esterilizacion quirúrgica. ($p < 0,05$) (Ver Tabla 11)

3.1.1 Tablas y figuras

EDAD	MEDIDAS
MEDIA	28
MEDIANA	28
MODA	28
DESV. EST	6
MIN	15
MAX	47
TOTAL	135

TABLA 1.- Medidas de resumen analizando la edad de las pacientes con embarazo ectópico.

PREVALENCIA	ROTO	NO ROTO	TOTAL
%	51,11%	48,89%	100%
CASOS	69	66	135

TABLA 2.- Prevalencia de casos de embarazo ectópico según su estado.

HABITOS	TABACO	ALCOHOL	P-VALOR
%	17%	9,62%	0,122
CASOS	23	13	

TABLA 3.- Prevalencia de hábitos en casos de embarazo ectópico en el grupo de estudio.

ANTICONCEPCION	ACO	INTRAD	DIU	TOTAL	P-VALOR
%	3,70%	4,44%	22,22%	100%	<0,05
CASOS	5	6	30	41	

TABLA 4.- Prevalencia de métodos anticonceptivos en casos de embarazo ectópico en el grupo de estudio.

ESTADO	MIOMA	Total general
no roto	10	10
roto	13	13
Total general	23	23

TABLA 5.- Asociación entre antecedente de miomas y casos de embarazo ectópico.

ESTADO	EPI	Total general
no roto	11	11
roto	14	14
Total general	25	25

TABLA 6.- Asociación entre antecedentes de EPI y casos de embarazo ectópico.

ESTADO	ACO	Total general
no roto	3	3
roto	2	2
Total general	5	5

TABLA 7.- Asociación entre consumo previo de anticonceptivos orales y casos de embarazo ectópico.

ESTADO	INTRADERMICO	Total general
no roto	3	3
roto	3	3
Total general	6	6

TABLA 8.- Asociación entre anticoncepción por vía intradérmica y casos de embarazo ectópico.

ESTADO	DIU	Total general
no roto	11	11
roto	19	19
Total general	30	30

TABLA 9.- Asociación entre el uso de dispositivo intrauterino y el desarrollo de casos de embarazo ectópico.

PREVALENCIA	CUP	NO CUP	TOTAL	P-VALOR
CASOS	99	36	135	<0,001
%	73,33%	26,67%	100%	

TABLA 10.- Prevalencia de casos de cicatriz uterina previa como antecedente de embarazo ectópico.

EDAD	SALPINGECTOMÍA	ESTERILIZACIÓN	LEGRADO	OOFORECTOMÍA	P-VALOR
MEDIA	28	27	31	24	<0,05
MEDIANA	28	28	31	24	
MODA	31	28	31	24	
DESV. EST	6	6	1	5	
TOTAL	107	22	3	3	
%	79,25%	16,30%	2,22%	2,22%	

TABLA 11.- Medidas de resumen para análisis de edad y procedimiento realizado en el grupo de estudio.

3.2 Discusión

El embarazo ectópico es una enfermedad multifactorial que puede llegar a comprometer no solo la vida del paciente sino también su futuro reproductivo; el estudio llevado a cabo que cuenta con una muestra de 135 pacientes de un universo de 181 pacientes, se basa en identificar los factores de riesgo que predisponen mayormente al desarrollo de este².

Durán Acero & Moreno Moreno indican que la edad promedio para presentar un embarazo ectópico es de 29 +/- 6 años, con una edad mínima de 16 años y una máxima de 47 años, que si guarda relación con los resultados obtenidos de este trabajo ya que la media es de 28 +/- 6 años, con una edad mínima de 15 y una máxima de 47.

Tambien *Durán Acero & Moreno Moreno* vinculan los antecedentes de finalizacion de embarazos previos con el desarrollo de embarazo ectopico demostrando que la terminacion del embarazo por via vaginal constituia el 52.8% de los casos, mientras que la cesarea por primera vez correspondia al 4.2% y de multiples ocasiones al 1.4%, situacion que difiere de este estudio ya que la presencia de cicatriz uterina previa se encuentra en el 73.33% de la muestra total en comparacion a las mujeres no tienen antecedentes de cesarea ya sea que presenten partos por via vaginal o sean nuliparas que constituyen el 16%, ademas se observa que el antecedente de enfermedad peliva inflamatoria es del 8.5% de su poblacion de estudio, sin embargo este estudio presenta 18.5% de la muestra con este antecedente, casi duplicando los resultados.

De igual manera exponen que el uso de metodos conceptivos se vio en el 22.8% de la muestra; diviendose de la siguiente manera: anticonceptivos orales (10%), DIU (10%) y implantes subdermicos (2.8%), en la muestra actual el uso de anticonceptivos se encuentra el 30.3% de los embarazos ectopicos siendo el DIU el de mayor prevalencia (22.2%) seguido de los implantes subdermicos (2.8%) y por ultimo los anticonceptivos orales (3.7%)⁴.

Mercado Medrano en su trabajo demostro que el tabaquismo como factor de riesgo se presento en el 55% de su poblacion; en esta muestra el tabaco y el acohol se presentan en el 26.6%, siendo el tabaco más frecuente con un 17% de toda la muestra. Asi mismo se observa que el uso de DIU se encuentra en el 37.5% de la muestra de *Mercado Medrano* siendo mayor en comparacion al uso de otros anticonceptivos incluyendo los orales que se presentan en el 30%, este resultado es comparable con el de esta investigacion ya que los DIU son el factor predisponente mas frecuente entre los metodos anticonceptivos¹⁵.

3.3 Conclusiones

Se evidencia que en la población obtenida de ambos hospitales el grupo etario más afectado se encuentra en las mujeres con 28 +/- 6 años; los métodos anticonceptivos son una causa frecuente que intervienen en el desarrollo de esta patología, pero el que mayor frecuencia y relevancia presenta son los dispositivos intrauterinos siendo del 22.2% de la muestra.

La presencia de EPI y de miomas son factores de riesgo conocido para el desarrollo de la entidad, pero estos no solo predisponen a que la entidad se presente si no también a que esta se complique, es decir que al momento de debutar esta tiene mayor riesgo de llegar en un cuadro de abdomen agudo quirúrgico.

Para finalizar, el estudio presente demuestra que el factor causal más frecuente de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva es la presencia de cicatriz uterina previa ya que está presente en el 73.33% de los casos volviéndolo no solo un claro factor influyente si no también el más frecuente.

También es importante destacar que existe un 16.30% de la población estudiada que la resolución de esta patología conlleva a la esterilización, lo que llama la atención ya que este grupo se encuentra en la edad de 27 +/- 6 años lo que implica un alto impacto a nivel de capacidad reproductiva.

3.4 Recomendaciones

- Se debe tener en cuenta la posibilidad de un embarazo ectópico en toda mujer en edad reproductiva especialmente entre los 28 años de edad, que presente dolor en abdomen inferior de instauración rápida.
- Se recomienda finalizar el embarazo por medio de partos vaginales, ya que las múltiples cicatrices previas de cesárea predisponen a desarrollar embarazo ectópico; de acuerdo a las normativas sanitaria para la

certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del niño (ESAMyN) del 2015, en la actualidad se evita procedimientos invasivos y cesáreas innecesarias, aunque no se ha evidenciado una verdadera disminución de las cesáreas.

- Se debe analizar a profundidad los métodos anticonceptivos disponibles, para poder recomendar el más adecuado según las necesidades de cada mujer, considerando que el DIU es un factor riesgo para desarrollar embarazo ectópico.
- Se recomienda a toda mujer con conductas sexuales de riesgo realizarse controles periódicamente para así evitar o solucionar a tiempo las enfermedades de transmisión sexual que pueden desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.
- Se debe mejorar la información de las historias clínicas, haciendo énfasis en los antecedentes para estudiar y prevenir los factores que predisponen el embarazo ectópico.

REFERENCIAS

1. Meira, A. , Arancibia Ulloa F. Embarazo Ectópico. Univ. Cienc. Soc. [revista en la Internet]. 2013 Mayo [citado 2018 Ene 19] ; (9): 52-58. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=es.
2. Tulandi, T. (14 de Noviembre de 2017). Ectopic pregnancy: Incidence, risk factors, and pathology. En R. Burton D., *UpToDate*. Waltham, MA. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de UpToDate.
3. Sepillan, V. P. (8 de Septiembre de 2017). *Medscape*. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de Medscape: <https://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview#a5>.
4. Durán Acero , D. C., & Moreno Moreno, D. E. (2014). *Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectópico*. Hospital Universitario Mayor Mederi, Ginecología y Obstetricia. Bogotá: Universidad Del Rosario. Recuperado el 13 de Octubre de 2017.
5. INEC. (2014). *MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*. Ministerio De Salud Pública, Quito. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>.
7. Organización Mundial De La Salud. (8 de Agosto de 2016). Infecciones de Transmisión Sexual. *Organización Mundial De La Salud*. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de Organización

Mundial De La Salud:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.

8. Hernández Durán, D., & Díaz Mitjans, O. (29 de Diciembre de 2010). Enfermedad inflamatoria pélvica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(4). Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400015.
9. Hernández-Núñez J, Valdés-Yong M, Torres-Chávez A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur [revista en Internet]*. 2013 [citado 2017 Dic 17]; 11(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2080>
10. Tulandi, T. (02 de Mayo de 2017). Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. En R. Burton D., *UpToDate*. Waltham, MA. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de UpToDate.
11. Tulandi, T. (07 de Septiembre de 2017). Ectopic pregnancy: Expectant management. En R. Burton D., *UpToDate*. Waltham, MA. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de UpToDate.
12. Tulandi, T. (28 de Agosto de 2017). Ectopic pregnancy: Choosing a treatment. En R. Burton D., *UpToDate*. Waltham, MA. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de UpToDate.
13. Tulandi, T. (30 de Agosto de 2017). Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy. En R. Burton D., *UpToDate*. Waltham, MA. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de UpToDate.
14. Tulandi, T. (08 de Septiembre de 2016). Ectopic pregnancy: Surgical treatment. En R. Burton D., *UpToDate*. Waltham, MA. Recuperado el 13 de Octubre de 2017, de UpToDate.
15. Mercado, W. (08 de Junio de 2015). Factores de riesgo asociado a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz". Lima, Perú.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018** previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2018

f. _____

Nombre: **Córdova Tomalá Cristina Denisse**

C.C: **093004641-2**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018** previo a la obtención del título de **médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2018

f. _____

Nombre: **Fernández Guerrero Julio David**

C.C: **092680036-8**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores Causales de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el Periodo de Junio del 2016 Hasta enero del 2018		
AUTOR(ES)	Córdova Tomalá Cristina Denisse, Fernández Guerrero Julio David		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Benites Estupiñán Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de abril de 2018	No. DE PÁGINAS:	45
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, obstetricia, cirugía general		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Embarazo ectópico, Métodos anticonceptivos, Cesáreas, Enfermedad pélvica inflamatoria, Abdomen agudo, Edad reproductiva.		
RESUMEN:	<p>El embarazo ectópico es la implantación anómala del óvulo fecundado, es decir en cualquier tejido que no sea la mucosa que reviste el útero; siendo el sitio más frecuente las trompas de Falopio. Objetivos: Determinar si la cirugía ginecológica previa es el factor causal más frecuente de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva. Pacientes y métodos: Este estudio es de prevalencia o de cohorte transversal (observacional, descriptivo) fue realizado en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero del 2017 a enero del 2018 y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús de junio del 2016 a julio del 2017. Resultados: La edad de más frecuente en el estudio se encontraba alrededor de 28 +/- 6 años mientras que los factores de riesgo como el tabaco se halló un 17%, dispositivos intrauterinos 22.65, enfermedad pélvica inflamatoria 18.5% y cicatriz uterina previa 73.3%. Conclusiones: Según los resultados obtenidos el factor de riesgo que mayormente predispone a desarrollar un embarazo ectópico es la presencia de cicatriz uterina previa, seguido del uso de dispositivos intrauterinos y enfermedad pélvica inflamatoria.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-986359125 +593-997694777	E-mail: julio_fer93@outlook.com cristinacortom@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vázquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			