



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

“Prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de 25 a 30 años durante el periodo del 2022 en el Hospital Universitario de Guayaquil”

**AUTORES:**

María José Bastidas Borja

Bianca Daniela Grunauer Landucci

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

**TUTORA:**

Dra. Caridad Isabel Mayo Galban

**Guayaquil, 16 de mayo del año 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **María José Bastidas Borja y Bianca Daniela Grunauer Landucci**, como requerimiento para la obtención del título de **médico**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis**

**Guayaquil, a los 16 días del mes de mayo del año 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Nosotros**, María José Bastidas Borja, Bianca Daniela Grunauer Landucci

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de 25 a 30 años durante el periodo del 2022 en el Hospital Universitario de Guayaquil** 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 16 días del mes de mayo del año 2024.**

**LOS AUTORES:**



f. \_\_\_\_\_

**María José Bastidas Borja.**



Firmado electrónicamente por:  
BIANCA DANIELA GRUNAUER LANDUCCI

f. \_\_\_\_\_

**Bianca Daniela Grunauer Landucci**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

**Nosotros**, María José Bastidas Borja, Bianca Daniela Grunauer Landucci

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de 25 a 30 años durante el periodo del 2022 en el Hospital Universitario de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 16 días del mes de mayo del año 2024.**

**LOS AUTORES:**



MARÍA JOSÉ  
BASTIDAS BORJA

f. \_\_\_\_\_

**María José Bastidas Borja.**



Firmado electrónicamente por:  
BIANCA DANIELA GRUNAUER LANDUCCI

f. \_\_\_\_\_

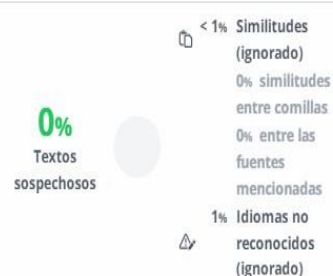
**Bianca Daniela Grunauer Landucci**

# REPORTE COMPILATIO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

PROMOCIÓN 72. BASTIDAS-GRUNAUER.  
Prevalencia de embarazos ectópicos  
tubáricos en mujeres de 25 a 30 años,  
durante el periodo del 2022 en el  
Hospital Universitario de Guayaquil



Nombre del documento: PROMOCIÓN 72. BASTIDAS-GRUNAUER.  
Prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de 25 a 30 años, durante el periodo del 2022 en el Hospital Universitario de Guayaquil.docx  
ID del documento: f059f427f2e56290b58d920392f0b9405f7466d4  
Tamaño del documento original: 299,37 kB

Depositante: Caridad Isabel Mayo Galban  
Fecha de depósito: 8/5/2024  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 8/5/2024

Número de palabras: 6718  
Número de caracteres: 44.361

TUTORA

Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel

## **AGRADECIMIENTO**

Al terminar esta etapa de mi vida quiero expresar mi agradecimiento por todo el apoyo y la guía que me brindaron en este largo proceso de mi carrera universitaria.

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, Marina y José, pero sobre todo a mi Mama, por ser un apoyo incondicional en todo momento, sin su sacrificio y dedicación este logro no hubiera sido posible, gracias por ser mi mayor inspiración y motivación durante este trayecto. ; A mis hermanos, Tania y Diego, que han sido un pilar importante en mi vida, gracias por siempre estar a mi lado, por su cariño y su confianza, celebrando cada uno de mis logros; A mi sobrina, Ohani, que durante estos años, alegro mis días y los lleno de mucho amor; A mi familia en general por haber creído en mí.

A mis amigos, que llegaron a ser la mejor compañía durante estos años, gracias por compartir alegrías y anécdotas que no olvidare nunca, y, por último, pero no menos importante a mi mascota, Lucky, por ser mi compañía incondicional y por llenar mi vida de alegría.

**María José Bastidas Borja.**

Después de varios meses de trabajo arduo y dedicación, quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que estuvieron en todo este proceso de elaboración de este trabajo y en todo el trayecto de mi carrera profesional. A mis queridos y amados padres, Juan Carlos y Sonia, por su apoyo inquebrantable, esfuerzo incondicional y por enseñarme a ser perseverante, honesta y paciente, ellos son los pilares más importantes que me han permitido alcanzar este logro. Gracias por creer en todo momento en mí, incluso en los momentos más difíciles donde sentía que era imposible, pero por ustedes todo fue posible.

A mis amigos que me dio la carrera, porque siempre me demostraron compañerismo y que es una verdadera amistad en toda ocasión, en especial a María José, mi compañera de tesis y amiga desde el primer día del pre universitario hasta el último día del internado. Gracias por todo, nunca faltaron las risas, los consejos cuando se necesitaban y por hacer que todo el camino recorrido haya sido más llevadero.

Finalmente, agradezco a la vida por permitirme lograr cumplir mi mayor sueño y que mis padres puedan ver a su hija convertirse en lo que tanto han luchado.

**Bianca Daniela Grunauer Landucci.**

## **DEDICATORIA**

A ti mi querida madre, ejemplo de fortaleza, dedicación y amor incondicional, quiero dedicarte este trabajo. Gracias por siempre estar para mí, por que tu presencia ha sido luz en todo mi camino. Tu sacrificio y entrega ha sido la base sobre el cual yo he construido mis sueños y metas. Todo esto ha sido posible gracias a tu constante apoyo, tu confianza y tu amor incondicional. Tu presencia ha sido mi refugio en mis momentos más difíciles y mi mayor alegría en los momentos de triunfo. Es con profunda admiración y gratitud te dedico esta tesis, que este logro sea tanto tuyo tanto como mío, por tu infinito amor y dedicación. Eres mi todo, te amo infinitamente.

**María José Bastidas Borja.**

Papá y mamá, les dedico con todo mi amor, orgullo y esfuerzo este trabajo, sin ustedes nada de esto sería realidad. Gracias por todo lo que me han dado y han hecho por mí, son lo más apreciado que tengo en mi vida y me alegra haber cumplido esta meta junto a ustedes. Su esfuerzo y sacrificio que han puesto en mi formación como profesional y persona, son la base de lo que soy ahora, creo que no me alcanzaría la vida para agradecerles cada instante que han estado para mí y hacerlos sentir orgullosos de la mujer que criaron con todo su amor infinito. Los amo profundamente, por eso les dedico cada paso que he dado para concluir esta meta, este logro es suyo como mío.

**Bianca Daniela Grunauer Landucci.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JOSE LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ  
DECANO DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ  
CEDEÑO**

**COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**OPONENTE**



# ÍNDICE

RESUMEN .....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO 1.....	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Justificación .....	5
1.3. Objetivos .....	6
CAPÍTULO 2.....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1. Fundamentación teórica.....	7
2.1.1. Embarazo ectópico.....	7
2.1.2. Clasificación del embarazo ectópico.....	7
2.1.3. Embarazo ectópico tubárico.....	8
2.1.4. Clasificación .....	9
2.1.5. Etiología.....	9
2.1.6. Prevalencia.....	10
2.1.7. Factores de riesgo .....	10
2.1.8. Complicaciones .....	11
2.1.9. Diagnóstico.....	12
2.1.10. Tratamiento .....	16
CAPÍTULO 3.....	21
MARCO METODOLÓGICO .....	21
3.1. Materiales y métodos.....	21
3.2. Diseño de la investigación.....	21
3.3. Población y muestra del estudio .....	21
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	22
3.5. Operacionalización de las variables.....	22
3.7. Análisis estadístico de los datos .....	24
CAPÍTULO 4.....	25
4.1. RESULTADOS.....	25
4.2. DISCUSIÓN .....	33
CONCLUSIONES.....	35

RECOMENDACIONES .....	36
REFERENCIAS .....	37

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prevalencia de embarazo ectópico tubárico .....	25
Tabla 2 Etnia.....	26
Tabla 3 Grupo registrado en la historia clínica .....	27
Tabla 4 Nivel educativo con registro en la historia clínica .....	28
Tabla 5 Procedencia .....	29
Tabla 6 Factores de riesgo .....	30
Tabla 7 Complicaciones .....	32

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Prevalencia de embarazo ectópico tubárico.....	25
Gráfico 2 Etnia .....	26
Gráfico 3 Grupo registrado en la historia clínica.....	27
Gráfico 4 Nivel educativo con registro en la historia clínica .....	28
Gráfico 5 Procedencia.....	29
Gráfico 6 Factores de riesgo.....	30
Gráfico 7 Complicaciones.....	32

## RESUMEN

**Introducción:** Cuando un embarazo se desarrolla fuera del útero, se le conoce como embarazo ectópico. La zona ampular suele ser el lugar de implantación tubárica cuando tiene lugar en las distintas secciones de la trompa de Falopio, como la fimbria, el segmento intersticial o el istmo. **Objetivo:** Analizar la prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de edades comprendidas entre 25 y 30 años, durante en el año 2022, en el Hospital Universitario de Guayaquil. **Materiales y Métodos:** El presente estudio es transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo conformado por una población de 65 de pacientes con embarazos ectópicos tubáricos las cuales fueron atendidas durante el periodo 2022 que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** En cuanto a la prevalencia se observó que del total de 80 casos registrados de embarazos ectópicos en el Hospital Universitario de Guayaquil el 90% son embarazos ectópicos tubáricos. **Discusión:** Esto en concordancia con Vargas & Rojas, los cuales exponen en su estudio que el embarazo tubárico representó el 96% de los embarazos ectópicos. Hubo casi un 9% más de embarazos ectópicos tubáricos en 2017 en comparación con 2018. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de los embarazos ectópicos registrados en el Hospital General Universitario son tubáricos. En base al primer objetivo específico las características sociodemográficas del objeto de estudio se concluyeron en que el mayor porcentaje son de etnia mestiza, procedentes de la zona urbana con un nivel de instrucción secundaria y una edad de 25 años.

### Palabras clave

Prevalencia, embarazo ectópico, tubárico.

## ABSTRACT

**Introduction:** When a pregnancy develops outside the uterus, it is known as an ectopic pregnancy. The ampullary zone is usually the site of tubal implantation when it takes place in the different sections of the fallopian tube, such as the fimbria, the interstitial segment or the isthmus **Objective:** To analyze the prevalence of tubal ectopic pregnancies in women between 25 and 30 years of age, during the year 2022, at the Hospital Universitario de Guayaquil. **Materials and Methods:** The present study is a cross-sectional, observational, retrospective and descriptive study made up of a population of 65 patients with tubal ectopic pregnancies who were attended during the period 2022 and who met the inclusion criteria. **Results:** Regarding prevalence, it was observed that of the total of 80 registered cases of ectopic pregnancies in the Hospital Universitario de Guayaquil, 90% were tubal ectopic pregnancies. **Discussion:** This is in agreement with Vargas & Rojas, who state in their study that tubal pregnancy represented 96% of ectopic pregnancies. There were almost 9% more tubal ectopic pregnancies in 2017 compared to 2018. **Conclusions:** The highest percentage of ectopic pregnancies recorded at the University General Hospital are tubal. Based on the first specific objective the sociodemographic characteristics of the object of study were concluded that the highest percentage are of mestizo ethnicity, coming from the urban area with a high school education level and an age of 25 years.

### Key words

Prevalence, ectopic pregnancy, tubal, ectopic pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

Cuando un embarazo se desarrolla fuera del útero, se le conoce como embarazo ectópico. Esta es una consideración importante al evaluar el dolor abdominal en mujeres en edad fértil. En aproximadamente el 95,5% de los casos, el embarazo se implanta en la trompa de Falopio, lo que a menudo resulta en la ausencia del feto o en la detención del crecimiento. El ovario es el segundo lugar de implantación más frecuente, con un 3,2% de los casos, seguido del abdomen con un 1,3% (1).

La zona ampular suele ser el lugar de implantación tubárica cuando tiene lugar en las distintas secciones de la trompa de Falopio, como la fimbria, el segmento intersticial o el istmo (2).

El embarazo tubárico, que representa el 97% de todos los casos, es la forma más común de esta afección, representando hasta el 2% de todos los embarazos. A medida que avanza el embarazo, plantea una amenaza cada vez mayor para la salud de las mujeres, lo que en última instancia conduce a una emergencia médica y contribuye a tasas más altas de morbilidad y mortalidad materna. Actualmente, la prevalencia global de esta condición se sitúa en el 2% de todos los embarazos, aunque esta cifra puede variar dependiendo de las regiones geográficas y factores socioeconómicos (3).

Hu Liang et al. en su revisión bibliográfica realizada en el 2019, determinó En Reino Unido, se diagnostican aproximadamente 10.000 embarazos ectópicos al año, esta cifra es similar en otros países como Noruega con 14.9 por 1000 y Australia con 16.2 por 1000 gestaciones(1).

En América este ascendió a 4,5 por 1000 embarazos, en los últimos 20 años, el porcentaje de pacientes en Ecuador que experimentaron un embarazo ectópico ha aumentado a 4% (5). Según un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marí de Quito, la tasa estimada de 15,40 embarazos por 1.000 desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de mayo de 2019 sería la prevalencia de embarazo ectópico (1,5) (6). mientras que en otro estudio realizado en la ciudad de Guayaquil se encontró una prevalencia de 11,9 casos por cada 1.000 embarazos (7).

La presente investigación tiene como finalidad determinar la prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de edades comprendidas entre 25 y 30 años, durante el período del año 2022, en el Hospital Universitario de Guayaquil. A su vez de profundizar en su impacto en la salud reproductiva de mujeres jóvenes, proporcionando datos relevantes que podrían contribuir a mejorar la atención médica y las estrategias preventivas en el ámbito ginecológico y obstétrico.

# CAPÍTULO 1

## 1.1. Planteamiento del problema.

El embarazo ectópico es un trastorno que, por su alta ocurrencia y potenciales consecuencias, puede tener un severo impacto en las prácticas actuales de atención a la salud. Estas pacientes en período de gestación constituyen un grupo importante para la salud pública, y es de interés de las instituciones gubernamentales garantizar su calidad de vida y evitar su muerte mediante la implementación de diversas iniciativas(4).

También supone un reto para la atención hospitalaria por las posibles complicaciones que podrían surgir, complicando la patología y elevando los costos de la atención médica de estas futuras madres. Además, las instituciones deben hacer un esfuerzo por mantener una atención primaria adecuada para que esto se identifique con prontitud(8).

Esto se tradujo en 4,5 por 1000 embarazos en las Américas. En los últimos 20 años, el 4% de las pacientes en Ecuador han experimentado un embarazo ectópico (5). Esto subraya la importancia de identificar las consecuencias más prevalentes del embarazo ectópico en el Hospital Universitario de Guayaquil y utilizar esa información para mejorar las políticas institucionales dirigidas a evitar y tratar estas complicaciones, así como para establecer nuevos objetivos de atención sanitaria para esta población (8).

## 1.2. Justificación

Este estudio se justifica porque aborda un problema de salud que, en la mayoría de los casos, compromete la capacidad de las mujeres para concebir; se calcula que su prevalencia es del 2% en todo el mundo, y ha aumentado en los últimos diez años debido a la mayor prevalencia de las ETS y al uso de tecnologías de reproducción asistida, que pueden dar lugar a diversas complicaciones, entre ellas la rotura tubárica (9).

La importancia del presente estudio radica en que, a pesar de la disponibilidad de técnicas más precisas y sensibles como la ecografía transvaginal, que permite una detección precoz, la prevalencia del embarazo ectópico ha aumentado en los últimos tiempos, hasta un 12%, y está relacionada con una serie de factores de riesgo. Hasta el 15% de las muertes maternas se producen en países en vías de desarrollo debido a un embarazo ectópico, que también aumenta el riesgo de ingreso en la UCI (10).



### **1.3. Objetivos**

#### Objetivo General:

Determinar la prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de edades comprendidas entre 25 y 30 años, durante en el año 2022, en el Hospital Universitario de Guayaquil.

#### Objetivos específicos:

- Definir la prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos de las pacientes del estudio.
- Describir las características sociodemográficas de las pacientes del estudio.
- Identificar los factores de riesgo de embarazos ectópicos tubáricos en las pacientes atendidas.
- Evaluar las complicaciones del embarazo ectópico tubárico en las pacientes de 25 a 30 años.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Fundamentación teórica**

##### **2.1.1. Embarazo ectópico**

El término embarazo ectópico, derivado de la palabra griega "ektopos" que significa fuera de lugar, describe la ocurrencia del blastocisto que se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, la trompa de Falopio es el lugar principal de los embarazos ectópicos. El embarazo ectópico representa aproximadamente el 75% de las muertes en el primer trimestre y el 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo (1).

Aunque no es una enfermedad común, tiene el potencial de provocar complicaciones graves e incluso la muerte. Además, es una de las principales causas de mortalidad materna en las primeras etapas del embarazo, particularmente en América Latina y los países en desarrollo (11).

Las últimas directrices de práctica clínica mundial de la OMS se centran en esta afección médica en particular y afirman que el embarazo ectópico califica como una emergencia médica debido a la posibilidad de ruptura y hemorragia posterior, que puede tener consecuencias graves para las mujeres embarazadas. Esta afección se manifiesta como dolor abdominal de naturaleza no especificada, que a menudo lleva a confusión con otras dolencias y puede provocar complicaciones más graves o retrasos en las intervenciones necesarias. Estas complicaciones conllevan el riesgo de peritonitis y el posterior desarrollo de una infección grave (12).

##### **2.1.2. Clasificación del embarazo ectópico**

###### Embarazo tubárico:

Es el tipo más común, representando casi el 95% de los embarazos ectópicos.

Puede ocurrir en diferentes segmentos de la trompa de Falopio: ampolla, istmo o porción intersticial.

La ampolla es el sitio más frecuente de implantación ectópica.

### Embarazo no tubárico:

Representa aproximadamente el 5% de los embarazos ectópicos.

Puede ocurrir en el ovario, cavidad abdominal, cuello uterino o sobre una cicatriz de cesárea previa.

### Embarazo heterotópico:

Es una gestación múltiple rara, donde coexiste un embarazo intrauterino y uno ectópico.

La incidencia natural es de aproximadamente 1 en 30,000 embarazos.

Sin embargo, la incidencia ha aumentado con el uso de técnicas de reproducción asistida, llegando hasta 1 en 7,000 embarazos o incluso 0.5-1% en algunos casos

### **2.1.3. Embarazo ectópico tubárico.**

Los embarazos ectópicos tubáricos son el tipo más común y tienen una alta morbilidad y mortalidad materna cuando se rompen(13). La tasa de rotura de (EE) es aproximadamente del 15% en los países occidentales, y un estudio retrospectivo muestra una mayor tasa de rotura durante la pandemia de COVID-19(14). Los embarazos ectópicos tubáricos heterotópicos son particularmente complejas y su prevalencia está aumentando debido a una correlación con las tecnologías de reproducción asistida (TRA), con una prevalencia de 1/100 embarazos con fertilización in vitro (FIV) y 1/7000 embarazos con TAR con inducción de la ovulación (13).

Las tasas crecientes de FIV se correlacionan con el aumento de los informes de PE entre esas personas. La tasa de embarazo ectópico (EE) entre los embarazos por FIV es del 2,1% al 8,6% después de la transferencia de embriones, en comparación con el 2% en las concepciones naturales(15). Además, la OMS observa una tasa creciente de cesáreas, que actualmente se reporta como el 21% de los partos a nivel mundial, lo que a su vez puede aumentar la tasa de embarazo ectópico (EE) con cicatrices de cesárea (CSP) con el tiempo (16).

#### **2.1.4. Clasificación**

El 95-98% de los casos son de embarazo ectópico tubárico; según el lugar de implantación, puede ser:

Presente en el 85% de los casos es ampular. O bien se deja que el embrión crezca y reviente la trompa, o bien se deja que se resuelva espontáneamente mediante un aborto tubárico en este sitio. Ístmica: representa el 13% de los casos. Provoca rupturas precoces, que son intersticiales o intramurales en el 2% de los casos, porque se sitúa en la sección más estrecha de la trompa (17).

El embarazo por ovulación es único. Aunque se sabe que se produce una implantación recurrente tras un aborto tubárico, el embarazo abdominal primario sigue siendo controvertido. La implantación de un óvulo en el endocérvix da lugar a un embarazo cervical (17).

#### **2.1.5. Etiología.**

Al trasladar los espermatozoides al lugar de la fecundación y devolver posteriormente el óvulo fecundado a la cavidad uterina, la trompa de Falopio contribuye a la reproducción (6).

Numerosas afecciones, como inflamaciones, traumatismos, anomalías congénitas y tumores, pueden afectar a la función tubárica. Existe la posibilidad de que la disminución de la actividad ciliar de las trompas uterinas acompañe a la distorsión anatómica. La esterilización quirúrgica y la cirugía tubárica son dos causas traumáticas de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), que es un factor de riesgo importante (18). Después de una esterilización quirúrgica, la probabilidad de un embarazo ectópico varía del 15% al 20% (6).

De las causas adquiridas, la endometriosis es una de las más frecuentes; de las tumorales, la salpingitis ístmica nodosa es la más común. Durante años se consideró que la anticoncepción con dispositivo intrauterino (DIU) era un factor de riesgo de embarazo ectópico; sin embargo, en estudios realizados se pudo observar que el riesgo es el mismo en las mujeres que utilizaban DIU que en los controles idénticos, salvo cuando el dispositivo contiene progesterona(6).

Sin embargo, la razón principal es el daño estructural endotelial provocado por un proceso inflamatorio infeccioso que bloquea la trompa total o parcialmente, la

invasión de fibroblastos y la formación de adherencias a los tejidos vecinos. Si el embarazo ectópico reaparece, la trompa puede eliminarse mediante esterilización quirúrgica, salpingectomía, cirugía tubárica para restablecer la fertilidad u otro tratamiento médico del embarazo ectópico (19).

#### **2.1.6. Prevalencia.**

Alrededor del 2% de todos los embarazos notificados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades son ectópicos. Los datos nacionales de vigilancia del embarazo ectópico no se han actualizado desde 1992, y muchas pacientes reciben tratamiento en un entorno ambulatorio en el que no se registran los eventos, lo que dificulta la determinación de la verdadera prevalencia actual del embarazo ectópico (20).

La rotura del embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte y morbilidad relacionadas con el embarazo, incluso con los avances en el diagnóstico y el tratamiento. La rotura del embarazo ectópico fue la principal causa de mortalidad relacionada con hemorragias en 2011-2013, representando el 2,7% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. El 18% de las mujeres que acuden a urgencias en el primer trimestre con molestias estomacales, hemorragia vaginal o ambas presentan un embarazo ectópico (20).

#### **2.1.7. Factores de riesgo**

El embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte y morbilidad relacionadas con el embarazo, incluso con los avances en el diagnóstico y el tratamiento. La rotura del embarazo ectópico fue la principal causa de mortalidad relacionada con hemorragias en 2011-2013, representando el 2,7% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. El 18% de las mujeres que acuden a urgencias en el primer trimestre con molestias estomacales, hemorragia vaginal o ambas presentan un embarazo ectópico (19).

Se ha demostrado que los factores de riesgo más importantes para el embarazo ectópico tras la fecundación in vitro son las variables tubáricas (salpingitis o embarazo ectópico previos, así como la cirugía), aunque la fecundación in vitro y la inducción de la ovulación sean factores de riesgo importantes (17).

Ciertos factores de riesgo pueden provocar un embarazo ectópico; sin embargo, los más comunes son los siguientes: embarazo ectópico previo; enfermedad

inflamatoria previa de la pelvis provocada por una ETS; infección previa de las trompas de Falopio; ligadura de trompas o reversión de ligadura de trompas sin éxito; cirugía abdominal o tubárica con cicatriz postoperatoria; fecundación in vitro; y DIU todavía colocado en el momento del embarazo ectópico (19).

Un embarazo ectópico puede producirse cuando se utilizan hormonas, sobre todo progesterona y estrógenos, que pueden obstruir el paso normal del óvulo fecundado por las trompas de Falopio (21).

### **2.1.8. Complicaciones**

La complicación más frecuente del embarazo ectópico es la rotura, que se trata como una urgencia médica porque puede tener graves consecuencias para la salud, como mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo, hemorragias y shock hemorrágico y peritonitis si no se trata (11).

Los problemas de un embarazo ectópico surgen cuando no se identifica a tiempo y el embarazo se desarrolla correctamente, con el óvulo desarrollándose fuera del útero. En consecuencia, existe la posibilidad de que las trompas de Falopio se rompan, provocando graves trastornos cardiovasculares, descargas y hemorragias (22).

Al tratarse de casos de urgencia, deben tratarse lo antes posible para decidir si es necesaria una intervención quirúrgica para detener la hemorragia, interrumpir la gestación o extirpar la trompa dañada.

Esta idea se vio reforzada por un estudio que analizó a 143 mujeres que habían tenido un embarazo ectópico en un periodo de cuatro años. Los resultados mostraron que la trompa era la localización más común, con un 99% de los casos. Otras localizaciones frecuentes eran la porción ampular, en el 12% de los casos, la región ístmica, en el 2% de los casos, la fimbria, en el 43% de los casos en el lado izquierdo y en el 57% de los casos en el derecho (11).

### Rotura

Un embarazo ectópico no tratado en la trompa de Falopio puede provocar una hemorragia intraabdominal o la rotura de las trompas. La cirugía, la medicación y la conducta expectante son formas de tratamiento disponibles para el embarazo ectópico tubárico.

La rotura de un embarazo ectópico está indicada por molestias abdominales intensas o continuas, así como por síntomas asociados a la pérdida de sangre (como aturdimiento o pérdida del conocimiento). No existe una forma patognomónica de dolor abdominal, sino que el inicio, el carácter y la intensidad del dolor varían (23).

El malestar puede ser leve o grave, constante o esporádico, sordo o agudo y, por lo general, no provoca cólicos. La aparición puede ser repentina o gradual. La rotura tubárica es la causa más frecuente de muerte materna en el primer trimestre del embarazo y una de las principales causas de abdomen agudo. Suele provocar la aparición brusca de dolor intenso, pero también puede cursar con molestias leves y periódicas (23).

### Peritonitis

El dolor de estómago aumenta y aparecen síntomas de peritonitis (inflamación del peritoneo, la membrana que recubre los órganos intraabdominales) si se rompe la trompa (rotura del embarazo ectópico). Hay situaciones en las que puede haber una hemorragia importante y riesgo de shock vascular para la paciente.

En caso de rotura de la trompa (embarazo ectópico roto), pueden aparecer molestias estomacales intensas y síntomas de peritonitis (inflamación del peritoneo, la membrana que rodea los órganos intraabdominales). En algunos casos, la paciente puede sufrir un shock vascular y una hemorragia excesiva (23).

### Hemorragia

La atención médica para las mujeres con embarazo ectópico tubárico que no presentan síntomas de hemorragia y tienen niveles relativamente bajos de hormona del embarazo en sangre, el metrotexato sistémico es una alternativa de atención médica para el embarazo ectópico tubárico (24).

#### **2.1.9. Diagnóstico.**

El estándar actual para el diagnóstico incluye imágenes por ultrasonido (US), transvaginal (TVUS) o transabdominal (TAUS), y monitorización del nivel de  $\beta$ -

gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG). Un diagnóstico de embarazo ectópico (EE) más temprano y más específico puede ayudar a reducir las tasas de mortalidad materna. Los estudios experimentales actuales están identificando biomarcadores y técnicas de muestreo endometrial que pueden ser útiles para un diagnóstico más eficaz (15).

**Cuadro 1 Diagnóstico por ultra sonido de embarazos ectópicos**

Diagnóstico por ultrasonido (US) de embarazos ectópicos (PE) e imitaciones clínicas.				
Tipo	Incidencia	visualización de EE. UU.	Imitaciones clínicas	Características
tubárica	~95%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masa extraovárica que contiene saco vitelino y/o polo fetal con/sin movimiento cardíaco</li> <li>Signo de "blob" o "bagel"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quiste hemorrágico</li> <li>Apendicitis aguda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 70% ocurre en el segmento ampular.</li> </ul>

**Fuente:** Tabla modificada y resumida Houser et al

Las tendencias de  $\beta$ -hCG se utilizan junto con la ecografía para determinar la valoración del embarazo ectópico. Una paciente con un nivel de  $\beta$ -hCG > 2 000 mUI/ml sin signos de embarazo intrauterino (IUP) es muy sospechoso de PE. Se controla el nivel de  $\beta$ -hCG para determinar un aborto espontáneo o un patrón de desarrollo fetal. Las IUP viables tienen una probabilidad del 99 % de tener un aumento del 49 % en los niveles de  $\beta$ -hCG durante 48 h cuando los niveles iniciales eran < 1500 mUI/ml. La disminución de los niveles o una frecuencia más lenta sugiere un aborto espontáneo o embarazo ectópico, con una disminución del 21 % o más probablemente un IUP fallido. En general, la complejidad del diagnóstico depende del tipo de PE (25).

#### Marcadores experimentales

En pacientes con un embarazo de ubicación desconocida (PUL), entre el 50 % y el 70 % tienen un embarazo ectópico o un aborto espontáneo, mientras que el 30 % restante puede tener un IUP normal. Se controlan los niveles seriados de  $\beta$ -hCG para determinar la ubicación y el pronóstico del embarazo. Un aumento



inferior al 35 % en 2 días sugiere embarazo ectópico con una precisión del 80,2 % (13).

Además de la  $\beta$ -hCG, se están investigando marcadores experimentales para su posible uso en diagnóstico; sin embargo, no se utilizan tradicionalmente en entornos clínicos. Dichos marcadores incluyen inhibina A, activinas, proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPP-A), desintegrina A y metaloproteasa-12 (ADAM-12), factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y mensajero y microARN (26).

El microARN como herramienta de diagnóstico de embarazo ectópico ha resultado prometedor en los últimos años. En concreto, los microARN están vinculados a patologías placentarias y se está estudiando su relación con las PE(27). miR-378d en exosomas séricos es prometedor en el diagnóstico de embarazo ectópico, con una importancia aún mayor cuando miR-100-5p y miR-215-5P se usan junto con un panel de  $\beta$ -hCG y progesterona. Se encontró que la expresión de PAPP-A era significativamente menor en pacientes con embarazo ectópico, lo que sugiere valor diagnóstico y terapéutico (28).

La progesterona sérica es mayor en la PUI en comparación con los embarazos fallidos y las PE. Las PE tienen un límite de progesterona sérica de 10 ng/ml en la mayoría de los casos o de 30 ng/ml 28-49 días después de la menstruación en pacientes que reciben tratamientos de fertilidad con citrato de clomifeno. La progesterona sérica no es específica para la embarazo ectópico o los abortos espontáneos y se ha demostrado que clasifica erróneamente las IUP normales, lo que la convierte en un estándar menos deseable para el diagnóstico (29).

**Cuadro 2 Sensibilidad y especificidad de biomarcadores prometedores para el diagnóstico de embarazo ectópico.**

Biomarcador	Referencia	Tamaño de la muestra	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
Activina-AB	Refaat y Bahathiq <sup>15</sup>	120	92,5	85	75,5	95,8
<i>Una desintegrina y metaloproteasa-12 (ADAM-12)</i> <sup>a</sup>	Rausch et al. <sup>dieciséis</sup>	199	70	84	-	-
$\beta$ -gonadotropina coriónica humana	Refaat y Bahathiq <sup>15</sup>	120	67,5	51,2	40,9	75,9
MicroARN <i>miR-378d</i>	Sol y cols. <sup>19</sup>	36	89,1	64	-	-
<i>Proteína plasmática A asociada al embarazo</i>	Zhang y Wang <sup>20</sup>	134	92,13	78,33	-	-
Progesterona	Refaat y Bahathiq <sup>15</sup>	120	27,5	50	21,5	58

**Fuente:** Cuadro modificado de Refaat y Bahathiq

Existe literatura limitada sobre la eficacia de los biomarcadores descritos anteriormente. Por ejemplo, se demostró que ADAM-12 tiene un valor contradictorio en el diagnóstico. Como tal, se deben realizar más estudios para confirmar el valor diagnóstico (15).

### Diagnóstico exploratorio

Además de los marcadores experimentales, se está explorando el muestreo endometrial como un nuevo formato para el diagnóstico de embarazo ectópico. El muestreo endometrial permite diferenciar las IUP fallidas de las embarazo ectópico, lo que permite a las pacientes evitar tratamientos innecesarios con metotrexato (MTX) (30).

La suposición diagnóstica de embarazo ectópico sin muestreo endometrial de dilatación y legrado (D&C) resultó en que hasta el 40% de las pacientes recibieran tratamiento por embarazo ectópico diagnosticadas erróneamente. Las IUP fallidas se confirman por la presencia de vellosidades en el muestreo endometrial y/o una disminución del 15% al 20% de  $\beta$ -hCG al día siguiente del procedimiento(29). El muestreo endometrial se puede completar utilizando pipetas de biopsia endometrial, D&C, aspiración con cánula Karman o secciones congeladas (15).

**Cuadro 3 Sensibilidad y especificidad de los métodos de muestreo endometrial.**

Método	Referencia	Tamaño de la muestra	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo positivo (%)	Valor predictivo negativo (%)
Dilatación y curetaje	Batig et al. <a href="#">24</a>	31	88,9	100	100	57.1
Sección congelada	Odeh et al. <a href="#">25</a>	106	72,7	95,9	88,9	88,6
aspiración de Karman	Brady y cols. <a href="#">26</a>	45	67,7	100	-	-
muestreo de tuberías	Batig et al. <a href="#">24</a>	31	70.1	100	100	33.3

**Fuente:** Tabla modificada de Mullany et al.

En esta tabla indica que todos los métodos de muestreo endometrial tienen > 95% de especificidad para el diagnóstico; sin embargo, D&C demuestra la mayor sensibilidad, lo que lo confirma como el protocolo más eficaz.

Se ha descubierto que D&C tiene tasas de sensibilidad más altas para el diagnóstico de embarazo ectópico en comparación con las pipetas de biopsia endometrial; sin embargo, ambos procedimientos tienen una precisión limitada y se necesitan más estudios para confirmar el valor diagnóstico. La técnica de sección congelada se realiza sobre material endometrial poco después del curetaje y disminuye el tiempo necesario para refutar el diagnóstico de embarazo ectópico (31).

Los diagnósticos de embarazo ectópico son complejos y difíciles de determinar en las primeras etapas del embarazo. Los métodos actuales de imágenes ecográficas junto con la  $\beta$ -hCG son eficaces en el diagnóstico; sin embargo, los biomarcadores séricos y el muestreo endometrial se muestran prometedores como métodos de diagnóstico futuros. Otros estudios e investigaciones pueden ayudar a confirmar su valor en el diagnóstico temprano de embarazo ectópico, con la esperanza de disminuir la tasa de mortalidad materna (15).

#### **2.1.10. Tratamiento.**

Una vez que se verifica el diagnóstico, el tratamiento puede adoptar un enfoque conservador o agresivo según la ubicación del embarazo ectópico, la duración del embarazo y el tamaño de la GS. Hay tres enfoques diferentes para el

tratamiento de los embarazos ectópicos (médico, quirúrgico y manejo expectante) que se basan en el tipo de embarazo ectópico(15).

**Cuadro 4 recomendaciones de tratamiento de embarazo ectópico tubárico.**

Tipo	Administración médica	Manejo quirúrgico	La conducta expectante
tubárica	Se puede considerar el metotrexato (MTX) intramuscular (IM) para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes clínicamente estables con EP no roto</li> </ul>	Recomendado para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes hemodinámicamente inestables.</li> </ul> Puede considerarse para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes clínicamente estables con EP no roto.</li> </ul> Las opciones incluyen laparoscopia mínimamente invasiva.	—

**Fuente:** Tabla modificada y resumida de Houser et al.

#### Administración médica

La inyección intramuscular (IM) de MTX es el estándar actual para el tratamiento médico de las PE. MTX, un antagonista del folato, inhibe la división celular rápida, lo que en consecuencia provoca la terminación de la embarazo ectópico(25).

Las contraindicaciones para el tratamiento médico incluyen inestabilidad hemodinámica, anemia, leucopenia, trombocitopenia, dolor pélvico o hemoperitoneo indicativo de rotura del embarazo ectópico, insuficiencia renal o hepática, enfermedad pulmonar, úlcera péptica activa, PUI coincidente, lactancia materna, actividad cardíaca fetal,  $\beta$ - sérico. Niveles de hCG > 5000 mUI/mL, o embarazo ectópico > 4 cm de diámetro (30).

Sin embargo, la mayoría de los embarazos ectópicos que se diagnostican tempranamente son clínicamente estables, lo que permite a los pacientes buscar opciones no quirúrgicas(32).

El MTX se administra en regímenes de dosis única, doble o multidosis(30). El nombre de cada régimen indica el número de dosis previstas. El número real de dosis puede variar según las tendencias de  $\beta$ -hCG del paciente(20).

Los pacientes con niveles más altos de  $\beta$ -hCG pueden beneficiarse de la terapia con dosis dobles de MTX. Los regímenes de dosis múltiples difieren en la dosificación e incluyen la coadministración de leucovorina (ácido folínico). La leucovorina reduce los efectos adversos del MTX, pero también reduce la eficacia del tratamiento(33).

Los efectos secundarios comunes del tratamiento con MTX incluyen manchado vaginal y problemas gastrointestinales como náuseas, diarrea y vómitos. Algunas mujeres pueden presentar dolor abdominal 2 a 3 días después del tratamiento, que puede controlarse de forma expectante en ausencia de síntomas que indiquen rotura de trompas embarazo ectópico(20).

Los pacientes en tratamiento deben evitar tomar suplementos de ácido fólico o antiinflamatorios no esteroides que puedan disminuir la eficacia del MTX, abstenerse de utilizar sustancias como opioides, alcohol u otros analgésicos que puedan enmascarar los síntomas de la rotura del PE y abstenerse de tomar actividades que aumentan el riesgo de ruptura del PE, como las relaciones sexuales vaginales(25). Como el MTX es un potente teratógeno, se sugiere que las pacientes utilicen anticonceptivos durante los 3 meses siguientes al tratamiento, aunque existe evidencia limitada que respalde esta recomendación(30).

La literatura actual estima que el porcentaje de resolución de las PE mediante el tratamiento con MTX sin necesidad de intervención quirúrgica es del 70% al 95%, con tasas de éxito más bajas en pacientes con niveles iniciales de  $\beta$ -hCG más altos(25). La literatura actual estima que el porcentaje de resolución de las PE mediante el tratamiento con MTX sin necesidad de intervención quirúrgica es del 70% al 95%, con tasas de éxito más bajas en pacientes con niveles iniciales de  $\beta$ -hCG más altos(32).

Se han estudiado agentes terapéuticos adicionales administrados junto con MTX. Siete días de gefitinib oral además de una dosis única de MTX IM trataron eficazmente a los pacientes con PE tubáricas estables y eliminaron la necesidad de una intervención quirúrgica(34).

Independientemente del régimen de tratamiento, los niveles de  $\beta$ -hCG que continúan aumentando se correlacionan con un mayor riesgo de fracaso del

tratamiento, lo que a su vez puede provocar rotura de trompas, hemorragia abdominal, infertilidad futura y muerte(35). Si un paciente desarrolla dolor significativo o muestra inestabilidad hemodinámica en cualquier momento durante el tratamiento, se debe buscar tratamiento quirúrgico(30).

### Manejo quirúrgico

La salpingostomía y la salpingectomía son los dos enfoques comunes para el tratamiento quirúrgico de las PE. La salpingostomía consiste en extirpar únicamente la trompa de Falopio a través de una incisión en la trompa de Falopio, mientras que la salpingectomía incluye la extirpación de parte o la totalidad de la trompa de Falopio junto con la embarazo ectópico (25).

Se recomienda la salpingectomía para pacientes con PE de 5 cm de diámetro, daño tubárico significativo, rotura de trompas, sangrado o ligadura de trompas previa. Sin embargo, los pacientes que se someten a salpingectomía y tienen trompas de Falopio contralaterales ausentes u obstruidas no podrán procrear sin ART, lo que hace que la salpingostomía sea la preferida por los pacientes que desean conservar la fertilidad (30).

En pacientes con trompas de Falopio contralaterales normales, se ha demostrado que la salpingostomía y la salpingectomía tienen resultados de embarazo futuros equivalentes, como lo respalda el estudio ESEP. Después de la salpingectomía, la confirmación patológica de embarazo ectópico en la trompa de Falopio extirpada es suficiente para confirmar el éxito del procedimiento(30).

Por el contrario, la salpingostomía requiere mediciones posteriores de  $\beta$ -hCG para garantizar la ausencia de tejido trofoblástico residual (~20% de los pacientes), lo que generalmente requiere tratamiento adicional con MTX(30). Un ensayo clínico retrospectivo descubrió que los valores tempranos de  $\beta$ -hCG posteriores a la salpingostomía lineal predicen la embarazo ectópico persistente antes del día 5, con un valor predictivo positivo del 88 % y un valor predictivo negativo del 99 % (36).

En general, se ha demostrado que el tratamiento quirúrgico tiene una mayor tasa de éxito para finalizar los PE que el tratamiento médico y está indicado en pacientes que presentan signos de rotura del PE (p. ej., inestabilidad

hemodinámica), tienen contraindicaciones para el tratamiento médico o expresan preferencia personal por someterse a una intervención quirúrgica. Tratamiento (30).

La literatura actual sugiere que no hay diferencia entre el tratamiento médico y quirúrgico con respecto a su efecto sobre la fertilidad posterior, con excepciones limitadas como se mencionó anteriormente(25). Las desventajas del tratamiento quirúrgico incluyen complicaciones de la anestesia, lesiones secundarias y pérdida de sangre (32).

## **CAPÍTULO 3**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Materiales y métodos**

#### **3.2. Diseño de la investigación**

Transversal: Se tomó los datos una sola vez sobre las características de las pacientes obstétricas con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico, atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.

Observacional: No se llevó a cabo ninguna intervención por parte de los investigadores; se utilizarán datos preexistentes para realizar el en las historias clínicas.

Retrospectivo: La muestra para el estudio se tomó de historias clínicas durante el periodo 2022 con los CI10: O009 embarazo ectópico no especificado, O002 embarazo ectópico tubárico.

Descriptivo: Este estudio permitió recopilar información detallada sobre la frecuencia de esta condición, así como identificar posibles factores de riesgo y complicaciones. Además, un estudio descriptivo proporcionaría una base de datos que podría ser útil para futuras investigaciones y para el diseño de estrategias de prevención y manejo de esta condición en el ámbito hospitalario.

#### **3.3. Población y muestra del estudio**

La población estuvo conformada por 80 de pacientes con embarazos ectópicos las cuales fueron atendidas durante el periodo 2022 que cumplieron con los criterios de inclusión. Al tener una población de estudio pequeña no fue necesario realizar calculo muestral.



### 3.4. Criterios de inclusión y exclusión

#### Criterios de inclusión

- Pacientes entre los 25 y 30 años atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
- Pacientes atendidas durante el periodo 2022.
- Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
- Pacientes con historias clínicas completas.

#### Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes que hayan sido atendidas en otra casa de salud

### 3.5. Operacionalización de las variables

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Prevalencia	Prevalencia de embarazo ectópico tubárico	Cualitativo Categoría nominal dicotómica	Si No
Etnia	Características físicas y culturas	Cualitativo Categoría nominal politómica	Blanco Asiático Indígena Mestizo Afrodescendiente
Edad	Grupo registrado en la historia clínica	Cuantitativo discreta	25-26-27-28-29-30

Nivel académico	Nivel educativo con registro en la historia clínica	Cualitativo Categoría Ordinal	Básico Bachillerato Universitario Cuarto nivel
Procedencia	Lugar de residencia	Cualitativo Categoría nominal Dicotómica	Urbano Rural
Factores de riesgo	Tipos de factores	Cualitativo Categoría nominal politémica	Cirugía previa tubárica Antecedentes de embarazos ectópicos Enfermedad tubárica Infecciones de transmisión sexual Endometriosis Uso de dispositivos intrauterinos
Complicaciones	Problemas o efectos no deseados que pueden surgir como resultado de una enfermedad	Cualitativo Categoría nominal politémica	Peritonitis Rotura Shock Mortalidad

### **3.6. Recolección y procesamiento de la información**

La información se obtuvo de las historias clínicas del Hospital Universitario de Guayaquil, y luego tabulada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel teniendo en cuenta las variables del estudio. Una vez finalizada la tabulación, fue exportada a la aplicación IBM SPSS versión 25 para llevar a cabo el análisis estadístico.

### **3.7. Análisis estadístico de los datos**

En el análisis descriptivo de variables cualitativas se realizó con frecuencias y porcentajes, siendo los mismos representados en tablas y gráficos.

### **3.8 Ética de la investigación.**

Al no utilizar nombres o números que pudieran servir para identificar a los participantes, en este estudio se preservó el anonimato de los pacientes de conformidad con las leyes de Ecuador que protegen la privacidad de los pacientes en asuntos relacionados con su salud. Esto demuestra nuestra dedicación a producir investigaciones creíbles y competentes. La copia o utilización del estudio en otros medios es aceptable siempre que no se utilicen indebidamente los nombres de los autores y no se altere el material.

## CAPÍTULO 4

### 4.1. RESULTADOS.

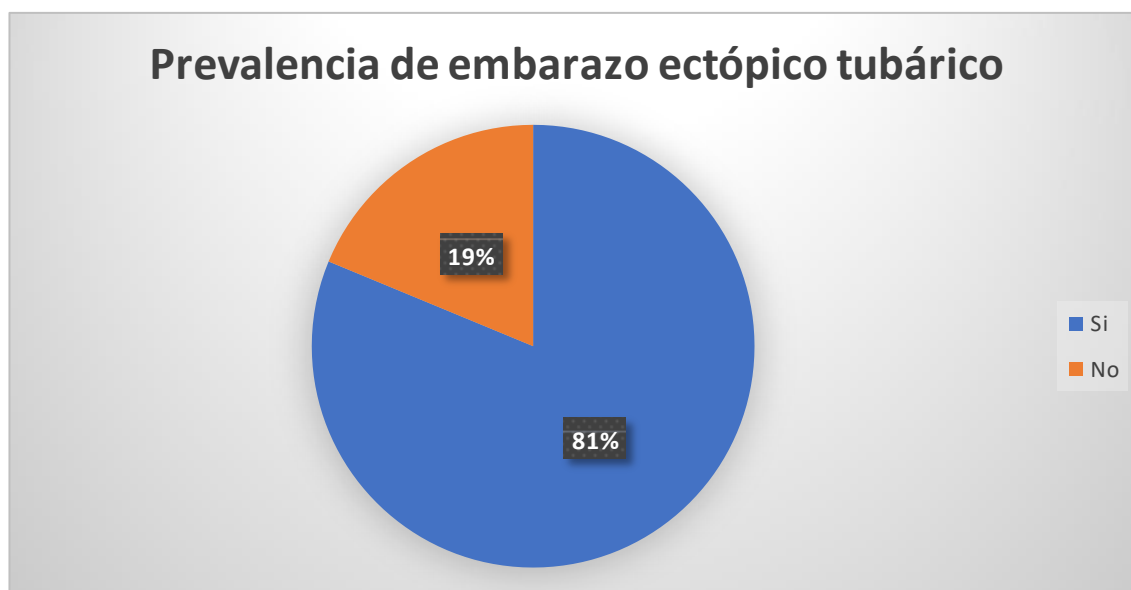
#### Representación estadística de los resultados

**Tabla 1 Prevalencia de embarazo ectópico tubárico**

Prevalencia de embarazo ectópico tubárico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	65	81	81	81
	No	15	19	19	100
	Total	80	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024.

**Gráfico 1 Prevalencia de embarazo ectópico tubárico**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

#### Análisis:

Se puede observar en la tabla y gráfico 1 la Prevalencia de embarazo ectópico tubárico, de un total de 80 casos registrados de embarazos ectópicos en el Hospital Universitario de Guayaquil el 81% de estos fueron tubáricos.

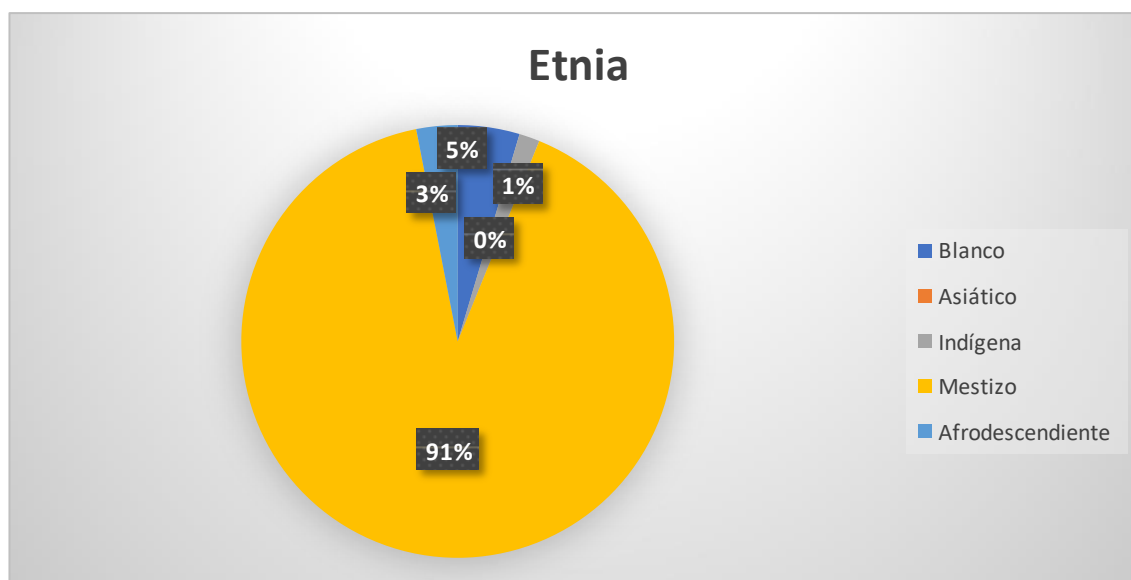
Los factores descritos a continuación corresponden específicamente a las 65 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico.

**Tabla 2 Etnia**

		Etnia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Blanco	3	5	5%	5
	Asiático	0	0	0	5
	Indígena	1	1	1	6
	Mestizo	59	91	91	97
	Afrodescendiente	2	3	3	100
	Total	65	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Gráfico 2 Etnia**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Análisis:**

Se puede observar en la tabla y gráfico 2 que de los 65 casos de embarazo ectópico tubárico registrados, la mayoría son de etnia mestiza, representando 59 (91%) casos. Además, se registraron 3 casos de etnia blanca (5%) y 2 casos de etnia afroecuatoriana (3%), mientras que solo 1 caso fue de etnia indígena (1%). Estos datos resaltan la importancia de considerar la diversidad étnica al analizar las condiciones de salud reproductiva y la necesidad de abordajes culturalmente sensibles en la prevención y tratamiento del embarazo ectópico tubárico.

**Tabla 3 Grupo registrado en la historia clínica**

Grupo registrado en la historia clínica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	25	17	26	26	26
	26	6	9	9	35
	27	8	12	12	47
	28	11	17	17	64
	29	7	11	11	75
	30	16	25	25	100
	Total	65	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Gráfico 3 Grupo registrado en la historia clínica**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Análisis:**

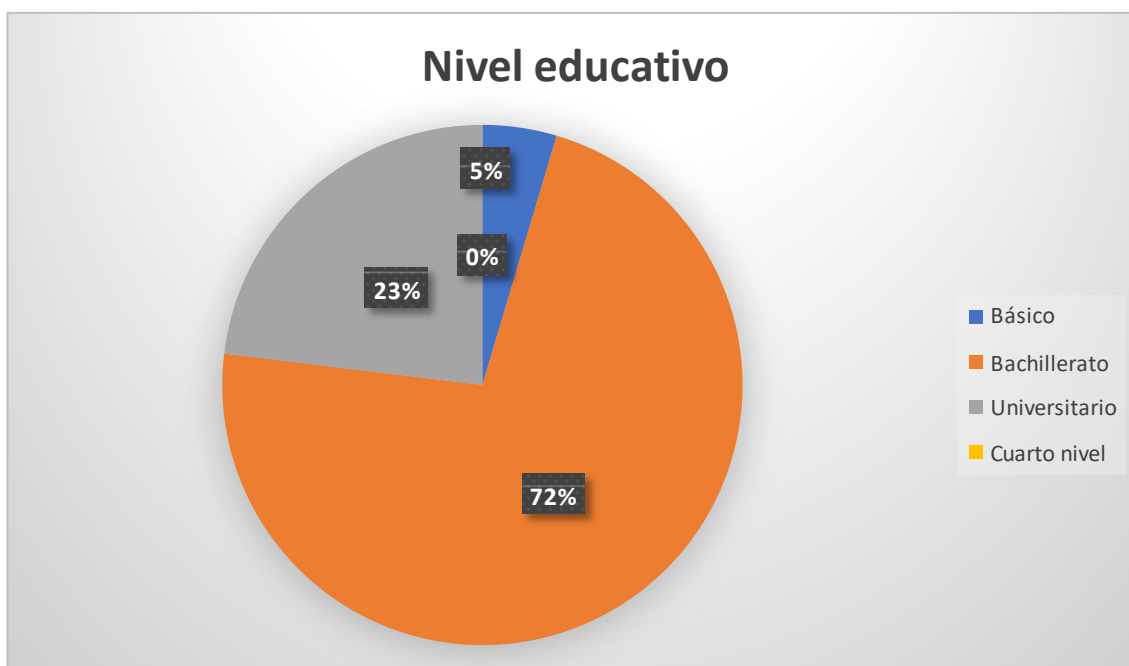
Se puede observar en la tabla y gráfico 3 que de los 65 casos de embarazo ectópico tubárico registrados, la mayor parte pertenecen a la edad de 25 años representado el 26%, siguiendo la edad de 30 años representando el 25%, a su vez la edad de 28 años representa el 17%, el grupo de 27 años 12%, de 29 años 11% y 26 años representaron el 9%

**Tabla 4 Nivel educativo con registro en la historia clínica**

Nivel educativo con registro en la historia clínica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Básico	3	5	5	5
	Bachillerato	47	72	72	77
	Universitario	15	23	23	100
	Cuarto nivel	0	0	0	
	Total	65	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Gráfico 4 Nivel educativo con registro en la historia clínica**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Análisis:**

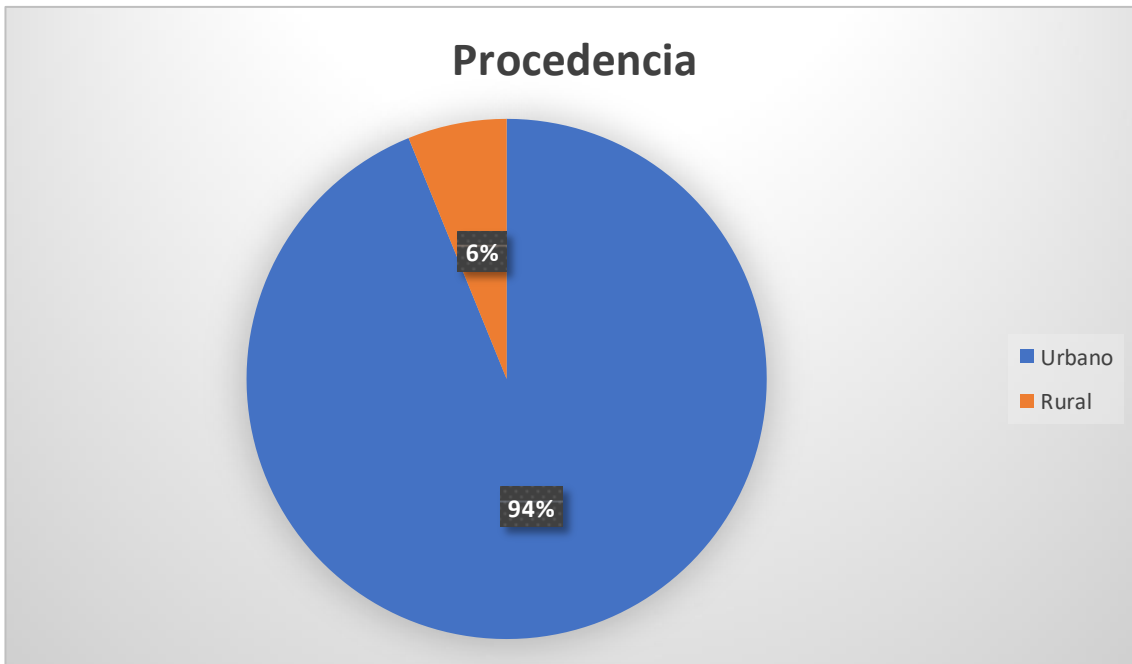
Se puede observar en la tabla y gráfico 4 que de los 65 casos de embarazo ectópico tubárico registrados, la distribución según el nivel académico muestra que 47 (72%) tienen bachillerato, el 15 (23%) tienen educación universitaria y que 3 (5%) tienen educación básica, No se registraron casos en el cuarto nivel académico. Estos datos podrían indicar la necesidad de una mayor educación y concienciación sobre la salud reproductiva en los niveles educativos más bajos para prevenir complicaciones relacionadas con el embarazo ectópico.

**Tabla 5 Procedencia**

Procedencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Urbano	61	94	94	94
	Rural	4	6	6	100
	Total	65	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Gráfico 5 Procedencia**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Análisis:**

Se puede observar en la tabla y gráfico 5 que de los 65 casos de embarazo ectópico tubárico registrados, la mayoría, el 61 (94%), provienen de áreas urbanas, mientras que solo 4 (6%) provienen de áreas rurales. Esta disparidad en la distribución geográfica podría reflejar diferencias en el acceso a la atención médica y la educación sobre salud reproductiva entre áreas urbanas y rurales.

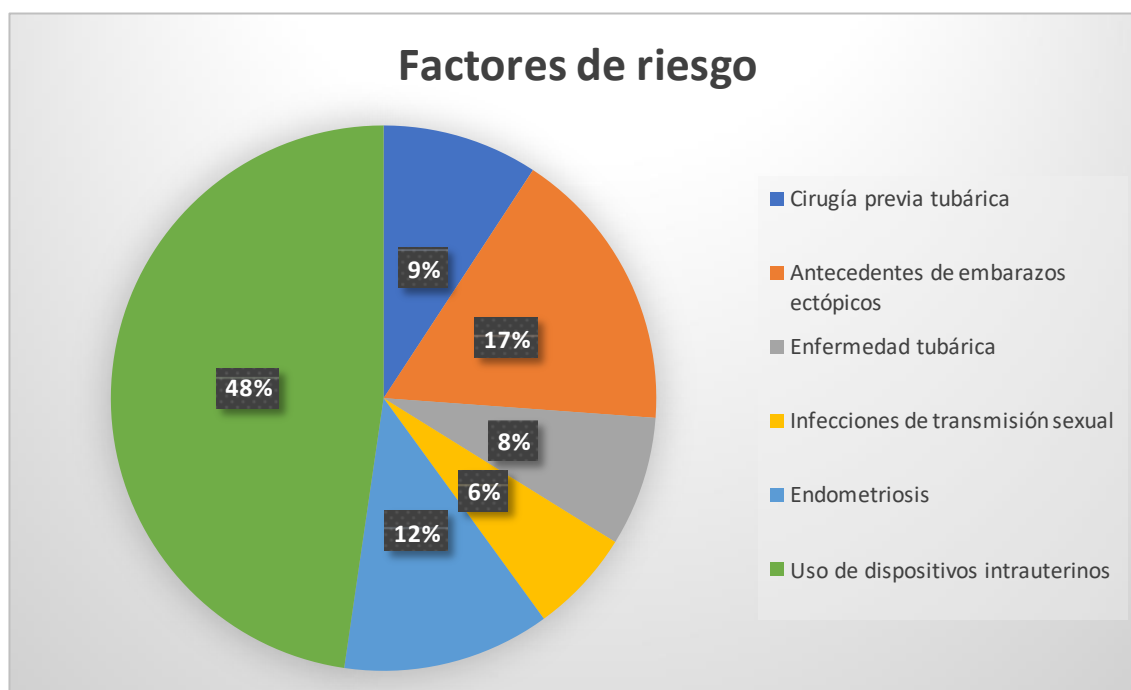


**Tabla 6 Factores de riesgo**

Factores de riesgo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cirugía previa tubárica	6	9	9	9
	Antecedentes de embarazos ectópicos	11	17	17	26
	Enfermedad tubárica	5	8	8	34
	Infecciones de transmisión sexual	4	6	6	40
	Endometriosis	8	12	12	52
	Uso de dispositivos intrauterinos	31	48	48	100
	Total	65	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Gráfico 6 Factores de riesgo**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Análisis:**

Se puede observar en la tabla y gráfico 6 que consecuentemente se realizó el análisis de los 65 casos de embarazo ectópico tubárico registrados revela una serie de factores de riesgo predominantes. Entre estos, los dispositivos intrauterinos destacan como la causa más frecuente, representando el (48%) de

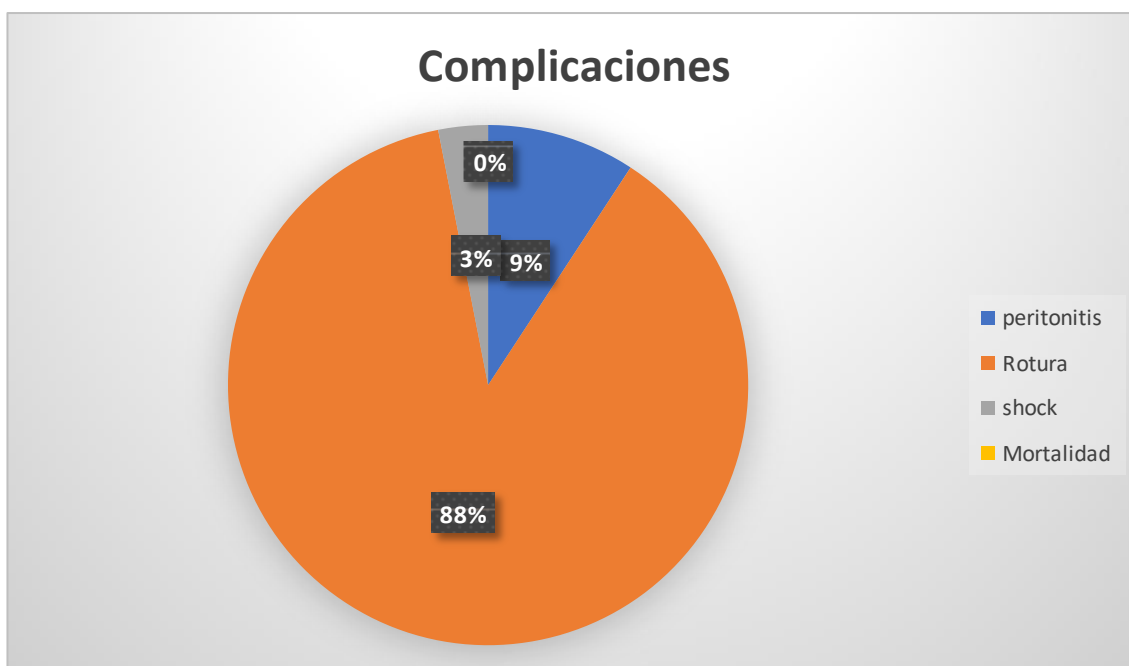
los casos. Esto sugiere la necesidad de una revisión exhaustiva de los protocolos de inserción y seguimiento de estos dispositivos para minimizar el riesgo de complicaciones. Los antecedentes de embarazos ectópicos (17%) también emergen como factores de riesgo significativos, lo que subraya la importancia de una historia clínica detallada y una evaluación exhaustiva de los pacientes con antecedentes quirúrgicos o reproductivos. La endometriosis resalta (12%) la complejidad y diversidad de las condiciones subyacentes que pueden predisponer a un embarazo ectópico, la presencia de enfermedad tubárica (8%). La cirugía previa tubárica (9%) y, Además, infecciones de transmisión sexual (6%).

**Tabla 7 Complicaciones**

Complicaciones					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Peritonitis	6	9	9	9
	Rotura	57	88	88	97
	Shock	2	3	3	100
	Mortalidad	0	0	0	
	Total	65	100,0	100,0	

Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Gráfico 7 Complicaciones**



Fuente: Base de dato del Hospital Universitario de Guayaquil. Bastidas- Grunauer. 2024

**Análisis:**

Se puede observar en la tabla y gráfico 7 que de los 65 casos de embarazo ectópico tubárico registrados, se observaron complicaciones graves: rotura en 57 casos (88%), peritonitis en 6 casos (9%), y shock en 2 casos (3%). Afortunadamente, no se registró mortalidad directamente relacionada con estos eventos. Estos datos subrayan la urgencia de una detección temprana y un manejo adecuado para prevenir complicaciones potencialmente mortales en pacientes con embarazo ectópico tubárico.

## 4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de analizar la prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos, donde se contrastaron los resultados obtenidos con información revisada proveniente de estudios recientes incluidos en la presente bibliografía.

Vargas & Rojas (2019), en su estudio expone que, el embarazo tubárico representó el 96% de los embarazos ectópicos. Hubo casi un 9% más de embarazos ectópicos tubáricos en 2017 en comparación con 2018. En nuestro estudio en cuanto a la prevalencia se observó que del total de 80 casos registrados de embarazos ectópicos en el Hospital Universitario de Guayaquil el 90% (65) de estos fueron tubáricos.

Caraguay (2020), en su estudio expone que el nivel educativo de las pacientes registradas con embarazos ectópicos tubáricos en nivel secundario es predominante con el 89%, a su vez que la etnia con mayor porcentaje es la mestiza de las zonas urbanas(39). En nuestro estudio se muestra que nivel académico muestra que 3 (5%) tienen educación básica, 47 (72%) tienen bachillerato, 15 (23%) tienen educación universitaria. No se registraron casos en el cuarto nivel académico y 17 (26%) tienen 25 años de edad, sobre la etnia se observó que la mayoría son de etnia mestiza, representando (91%).

Chamaidán (2018), Según su investigación, los antecedentes de infertilidad explican en un 18% el aumento de la permeabilidad tubárica uterina o la obstrucción tubárica total causada por infecciones pélvicas repetidas, que la incrementan en un 60%. Estas cifras indican un mayor riesgo de embarazo. (38). En nuestro estudio Según factores de riesgo predominantes, los dispositivos intrauterinos destacan como la causa más frecuente, representando el (48%) de los casos. Los antecedentes de embarazos ectópicos (17%) también emergen como factores de riesgo significativos. Además, la presencia endometriosis (12%). La cirugía previa tubárica (9%), la enfermedad tubárica se observó un (8%), y las infecciones de transmisión sexual (6%).

Vargas & Rojas (2019). La distribución es comparable año tras año y según el tipo de complicación mostrada, la rotura es la más frecuente, con un 92% de los

casos; la peritonitis y el shock aparecen con menor frecuencia. La tasa de mortalidad de las mujeres con complicaciones de embarazo ectópico tubárico fue del 0% en función de su estado final.(37). En lo observado en nuestro estudio en cuanto a complicaciones fue dominante la rotura en 57 casos (88%), mientras que la peritonitis en 6 casos (9%), y shock en 2 casos (3%). Afortunadamente, no se registró mortalidad directamente relacionada con estos eventos. En cuanto a la procedencia los resultados exponen que la mayoría, el 94%, provienen de áreas urbanas, mientras que solo el 6% provienen de áreas rurales. Mientras que la distribución étnica los mestizos tienen el mayor porcentaje representado por el 91%.

### **LIMITACIONES Y FORTALEZAS**

El diseño retrospectivo y unicéntrico del proyecto de investigación es una limitación evidente. Un estudio prospectivo y multicéntrico habría permitido un mayor control sobre los datos recogidos para el estudio, pero debido a las limitaciones de tiempo, ésta era la única opción disponible. Además, los estudios con los que se compara tienen en cuenta variables adicionales que no pudimos evaluar debido a la ausencia de un registro. No obstante, el presente estudio debido a su temática es de suma importancia ya que no existen en nuestro país estudios que existe una limitada cantidad de investigación. Por último, en esta investigación se realizará el análisis de los datos en base al contenido científico descrito anteriormente y será graficado en forma de pasteles descrito de manera porcentual.

## CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de los embarazos ectópicos registrados en el Hospital General Universitario son tubáricos.
- En base al primer objetivo específico las características sociodemográficas del objeto de estudio se concluyeron en que el mayor porcentaje son de etnia mestiza, procedentes de la zona urbana con un nivel de instrucción secundaria y en su mayoría tienen 25 años.
- En cuanto al tercer objetivo se revela una serie de factores de riesgo predominantes. Entre estos, los dispositivos intrauterinos destacan como la causa más frecuente, la cirugía previa tubárica y los antecedentes de embarazos ectópicos también emergen como factores de riesgo significativos, representando el segundo y tercer puesto respectivamente. Y por último la presencia de enfermedad tubárica, infecciones de transmisión sexual y endometriosis.
- A su vez evaluando las complicaciones del embarazo ectópico en las pacientes de 25 a 30 años se concluyó en que en primer lugar se encontraba rotura, en segundo lugar, peritonitis y en tercer lugar shock. Es importante mencionar que no se registró mortalidad relacionada con estos eventos.

## RECOMENDACIONES

- Incentivar a las mujeres sexualmente activas a someterse a revisiones ginecológicas y a mantener charlas sobre las repercusiones de un embarazo no controlado con un ginecólogo para obtener un diagnóstico precoz y evitar así dificultades.
- Enseñar a todas las mujeres a identificar un embarazo viable mediante técnicas de diagnóstico fiables.
- Dar seguimiento a las mujeres que tengan antecedentes de embarazo ectópico

## REFERENCIAS

1. Liang HH, Vargas JS, Sánchez AGH, Mora JV. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Rev Clin Esc Med [Internet]. el 4 de junio de 2019 [citado el 24 de agosto de 2023];9(1):28–36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87031>
2. Cunningham G, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetricia, 26e | AccessMedicina | McGraw Hill Medical [Internet]. 2019 [citado el 24 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=3103>
3. León G, Rodríguez P, Sisalima G. Prevalencia y factores predisponentes para la aparición de embarazo ectópico [Internet] [bachelorThesis]. Repositorio de la Universidad Estatal de Milagro. 2019 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/4547>
4. Urrutia S MT, Poupin B L, Alarcón A P, Rodríguez C M, Stiven R L. EMBARAZO ECTÓPICO: FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD EN UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 00/20018 [citado el 4 de mayo de 2024];72(3):154–9. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262007000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262007000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Borja P. HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL [Internet]. [Ambato-Ecuador]: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO; 2018. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/27949/1/BORJA%20PAOLA%20CASO.pdf>
6. Logroño D, Ramírez J, Campoverde A. revalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/download/58/76?inline=>
7. Ortiz MER, Avila ARM, Robalino BVB, Cajamarca PNN, Herrera MBA, Intriago DET. Aplicación del Metotrexato en el Tratamiento de Embarazos Ectópicos. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. el 22 de julio de 2023 [citado el 2 de diciembre de 2023];7(4):1051–67. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6939>
8. Pacheco AV, Fonseca RB, Vázquez RS. Factores relacionados con el embarazo ectópico. MULTIMED [Internet]. el 5 de junio de 2017 [citado el 4 de mayo de 2024];21(2):14–27. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486>



9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo ectópico [Internet]. 2018. Disponible en: [https://sego.es/mujeres/Embarazo\\_ectopico.pdf](https://sego.es/mujeres/Embarazo_ectopico.pdf)
10. Arteaga. Factores de riesgo y complicaciones del embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Matilde Hidalgo. [Internet]. [Guayaquil - Ecuador]; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30913/1/CD%202175-%20ARTEAGA%20GALVEZ%2c%20JOSE%20DANIEL.pdf>
11. Vargas J, Rojas M. Complicaciones del embarazo ectópico tubárico en mujeres de 20 a 29 años en Hospital General Guasmo del año 2017-2018 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44080>
12. Pando E, Milo C, Pérez Y, Peña M de las M. Caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el Hospital Abel Santamaría, 2016-2017. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [citado el 29 de noviembre de 2023];13(2):28–38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8211181>
13. Houser M, Kandalaf N, Khati NJ. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls. *Emerg Radiol.* febrero de 2022;29(1):161–72.
14. Dvash S, Cuckle H, Smorgick N, Vaknin Z, Padoa A, Maymon R. Increase rate of ruptured tubal ectopic pregnancy during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. abril de 2021 [citado el 29 de noviembre de 2023];259:95–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7968738/>
15. Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, C Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Womens Health (Lond).* 2023;19:17455057231160349.
16. OMS. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [Internet]. 2021 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
17. Ruiz A. Embarazo ectópico [Internet]. Universidad Nacional de Colombia.; 2021. Disponible en: [file:///D:/Downloads/Embarazo\\_ectopico.pdf](file:///D:/Downloads/Embarazo_ectopico.pdf)
18. Wolters Kluwer Health. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. febrero de 2018 [citado el 24 de agosto de 2023];131(2):e65. Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2018/02000/acog\\_practice\\_bulletin\\_no\\_\\_191\\_\\_tubal\\_ectopic.38.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2018/02000/acog_practice_bulletin_no__191__tubal_ectopic.38.aspx)
19. Pincay E. Aplicación del proceso enfermero en usuaria con embarazo ectópico tubárico. Hospital Básico Rafael Serrano López La Libertad 2020

- [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021; 2021 [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5764>
20. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* marzo de 2018;131(3):e91–103.
  21. Morales M. Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2018 [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36313>
  22. Prades E, Tamayo Leal S, Ventura Graz E. Embarazo ectópico tubárico con feto vivo en una adulta joven. *MEDISAN* [Internet]. mayo de 2018 [citado el 24 de agosto de 2023];22(5):538–43. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1029-30192018000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192018000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  23. Alonso V, López V, Forestieri OÁ, Uranga A. Embarazo ectópico [Internet]. Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022 [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147719>
  24. Baque JV. Embarazo ectópico tubárico complicado con shock [Internet] [bachelorThesis]. Babahoyo: UTB-FCS, 2020; 2020 [citado el 1 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8380>
  25. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* el 15 de mayo de 2020;101(10):599–606.
  26. Refaat B, Bahathiq AO. The performances of serum activins and follistatin in the diagnosis of ectopic pregnancy: A prospective case-control study. *Clinica Chimica Acta* [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 29 de noviembre de 2023];500:69–74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009898119320637>
  27. Kontomanolis EN, Kalagasidou S, Fasoulakis Z. MicroRNAs as Potential Serum Biomarkers for Early Detection of Ectopic Pregnancy. *Cureus.* el 19 de marzo de 2018;10(3):e2344.
  28. Zhang X, Wang C. Predictive value of PAPP-A for ectopic pregnancy and analysis of related factors. *Exp Ther Med.* agosto de 2021;22(2):801.
  29. Panelli D, Phillips C, Brady P. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review - PubMed [Internet]. 2018 [citado el 29 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28620520/>
  30. Brady PC. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Surv.* octubre de 2018;72(10):618–25.

31. Odeh M, Qasoum A, Tendler R, Kais M, Khamise Farah R, Bornstein J. Pregnancy of Unknown Location: The Value of Frozen Section Analysis and Its Relation to Beta-hCG Levels and Endometrial Thickness. *Rev Bras Ginecol Obstet.* marzo de 2019;41(3):142–6.
32. Xiao C, Shi Q, Cheng Q, Xu J. Non-surgical management of tubal ectopic pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* el 17 de diciembre de 2021;100(50):e27851.
33. Yuk JS, Lee JH, Park WI, Ahn HS, Kim HJ. Systematic review and meta-analysis of single-dose and non-single-dose methotrexate protocols in the treatment of ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* junio de 2018;141(3):295–303.
34. Skubisz MM, Tong S, Doust A, Mollison J, Johns TG, Neil P, et al. Gefitinib and Methotrexate to Treat Ectopic Pregnancies with a Pre-Treatment Serum hCG 1000-10,000 IU/L: Phase II Open Label, Single Arm Multi-Centre Trial. *EBioMedicine.* julio de 2018;33:276–81.
35. Yang C, Cai J, Geng Y, Gao Y. Multiple-dose and double-dose versus single-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online.* abril de 2018;34(4):383–91.
36. Morse AN, Si W, Qin S, Liang H. Optimal use of peri-operative human chorionic gonadotrophin concentrations to identify persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy: a retrospective cohort study. *Reprod Biomed Online.* marzo de 2018;36(3):361–8.
37. Vargas J, Rojas MF. Complicaciones del embarazo ectópico tubárico en mujeres de 20 a 29 años en Hospital General Guasmo del año 2017-2018 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019 [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44080>
38. Chamaidán JY. Embarazo ectópico, factores de riesgo Maternidad Mariana de Jesús [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2018 [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/22463>
39. Caraguay J. Embarazo ectopico tubarico en el servicio de ginecologia y obstetricia del hoospital provincial genera docente de Riobamaba. [Internet]. 2020. Disponible en: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/3437/1/9400100.pdf>

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **María José Bastidas Borja**, con C.C: **0923569685** y **Bianca Daniela Grunauer Landucci**, con C.C: **0931342430** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de 25 a 30 años durante el periodo del 2022 en el Hospital Universitario de Guayaquil**, 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, a los 16 días del mes de mayo del año 2024**

f.  **MARÍA JOSE  
BASTIDAS BORJA**

**María José Bastidas Borja**

**C.C: 0923569685**

f.  **Firmado electrónicamente por:  
BIANCA DANIELA GRUNAUER LANDUCCI**

**Bianca Daniela Grunauer Landucci**

**C.C:0931342430**

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de 25 a 30 años durante el periodo del 2022 en el Hospital Universitario de Guayaquil		
<b>AUTOR(ES)</b>	María José Bastidas Borja, Bianca Daniela Grunauer Landucci		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias de la salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	16 de mayo de 2024	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	<b>40</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ginecología, Medicina interna.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Prevalencia, embarazo ectópico, tubárico.		
<p><b>Introducción:</b> Cuando un embarazo se desarrolla fuera del útero, se le conoce como embarazo ectópico. La zona ampular suele ser el lugar de implantación tubárica cuando tiene lugar en las distintas secciones de la trompa de Falopio, como la fimbria, el segmento intersticial o el istmo. <b>Objetivo:</b> Analizar la prevalencia de embarazos ectópicos tubáricos en mujeres de edades comprendidas entre 25 y 30 años, durante en el año 2022, en el Hospital Universitario de Guayaquil. <b>Materiales y Métodos:</b> El presente estudio es transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo conformado por una población de 65 de pacientes con embarazos ectópicos tubáricos las cuales fueron atendidas durante el periodo 2022 que cumplieron con los criterios de inclusión. <b>Resultados:</b> En cuanto a la prevalencia se observó que del total de 80 casos registrados de embarazos ectópicos en el Hospital Universitario de Guayaquil el 90% son embarazos ectópicos tubáricos. <b>Discusión:</b> Esto en concordancia con Vargas &amp; Rojas los cuales exponen en su estudio que el embarazo tubárico representó el 96% de los embarazos ectópicos. Hubo casi un 9% más de embarazos ectópicos tubáricos en 2017 en comparación con 2018. <b>Conclusiones:</b> El mayor porcentaje de los embarazos ectópicos registrados en el Hospital General Universitario son tubáricos. En base al primer objetivo específico las características sociodemográficas del objeto de estudio se concluyeron en que el mayor porcentaje son de etnia mestiza, procedentes de la zona urbana con un nivel de instrucción secundaria y una edad de 25 años.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0993234143 0999299897	<a href="mailto:majito_bastidas@hotmail.com">majito_bastidas@hotmail.com</a> <a href="mailto:bgrunauer1@hotmail.com">bgrunauer1@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	<b>Teléfono:</b> +593 -982742221		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:diego.vasquez@cu.ucsq.edu.ec">diego.vasquez@cu.ucsq.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			