



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL  
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL  
MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL PERÍODO 2008 -  
2012**

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORES: CARLOS GUILLERMO MORALES ZAMBRANO  
DIEGO RAPHAEL NAGUA BLANCA**

**DIRECTORA: DRA. NORMA EDITH LLERENA CORTEZ**

**ASESORA: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO**

**CUENCA - ECUADOR  
2014**



## RESUMEN

**Objetivos:** Esta investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de las características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.

**Materiales y métodos:** Se trata de un trabajo retrospectivo de prevalencia cuyo grupo de estudio son todas las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Vicente Corral Moscoso del Cantón Cuenca, período del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012 que alcanza un número de 160 casos; se utilizó como herramienta de recolección de datos un formulario de nuestra autoría en el cual seleccionamos variables específicas que se asocian a la patología de estudio.

**Resultados:** Se estudió 160 pacientes con edades entre 16 a 43 años donde el 25% estuvieron entre los 24 y 27 años, el 98% de raza mestiza, el 60% residían en el área urbana, el 46.25% se dedicaban a los quehaceres domésticos, el 50% se encontraban entre la semana 4.1 a la 7 de gestación, el 90.63% presentaron dolor pélvico, el 90% localización tubárica, el 89.38% se resolvió en forma quirúrgica. Los factores de riesgo no presentaron mayor significancia en la presencia de embarazo ectópico donde el coito antes de los 18 años tuvo una probabilidad 0.4 veces superior a la población en general superando al resto.

**PALABRAS CLAVE:** COMPLICACIONES DEL EMBARAZO; EMBARAZO ECTOPICO; FACTORES DE RIESGO, CARACTERISTICAS CLINICAS; HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA; ECUADOR



## ABSTRACT

**Objectives:** This study aims to determine the prevalence of clinical features and risk factors of ectopic pregnancy in the Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca.

**Materials and methods:** This is a retrospective study of prevalence study group which are all women diagnosed with ectopic pregnancy Vicente Corral Moscoso Hospital of Cuenca Canton, period 1 January 2008 to 31 December 2012 it reaches a number of 160 cases; was used as data collection tool form our authorship in which we select specific variables that are associated with the pathology of study.

**Results:** 160 patients were studied aged between 16-43 years, where 25% were between 24 and 27 years, 98 % of mixed race, 60 % lived in urban areas, 46.25% of the housework engaged, 50 % were between 4.1 to 7 week of gestation, 90.63 % had pelvic pain, 90% tubal location, 89.38 % were resolved surgically. Risk factors were no more significance in the presence of ectopic pregnancy where intercourse before age 18 had a 0.4 times higher probability to the population in general outperforming the rest.

**KEYWORDS:** COMPLICATIONS OF PREGNANCY; ECTOPIC PREGNANCY; RISK FACTORS; CLINICAL FEATURES; VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL; CUENCA; ECUADOR

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>DEDICATORIA</b> .....	10
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	11
<b>CAPITULO I</b> .....	12
1.1 ANTECEDENTES.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
<b>CAPITULO II</b> .....	15
2.1 GENERALIDADES .....	15
2.2 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO .....	16
2.3 DEFINICIÓN.....	17
2.4 EPIDEMIOLOGÍA .....	18
Incidencia: .....	18
Mortalidad:.....	19
2.5 ETIOLOGÍA .....	20
2.6 FACTORES DE RIESGO .....	21
2.7 CLASIFICACIÓN .....	23
2.8 DIAGNÓSTICO.....	26
Manifestaciones clínicas:.....	26
Pruebas de laboratorio: .....	27
Diagnóstico Ecográfico:.....	28
Culdocentesis:.....	29
2.9 TRATAMIENTO:.....	30
<b>CAPITULO III</b> .....	33
3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	33
<b>CAPITULO IV</b> .....	34
4.1 Tipo de Estudio.....	34
4.2 Área de estudio.....	34
4.3 Universo.....	34



4.4	Criterios de inclusión.....	34
4.5	Criterios de exclusión .....	34
4.6	Definición de las variables .....	34
4.7	Método.....	34
4.8	Técnica .....	34
4.9	Instrumento.....	35
4.10	Plan y tabulación de análisis .....	35
4.11	Aspectos éticos.....	35
<b>CAPITULO V</b>	.....	<b>36</b>
TABLA N° 1	.....	36
TABLA N° 2	.....	37
TABLA N° 3	.....	38
TABLA N° 4	.....	39
TABLA N° 5	.....	40
TABLA N° 6	.....	41
TABLA N° 7	.....	42
TABLA N°: 8	.....	43
TABLA N° 9	.....	44
TABLA N°10	.....	45
TABLA N°11	.....	46
TABLA N° 12	.....	47
<b>CAPITULO VI</b>	.....	<b>49</b>
6.1	DISCUSIÓN.....	49
<b>CAPITULO VII</b>	.....	<b>53</b>
7.1	CONCLUSIONES: .....	53
<b>CAPITULO VIII</b>	.....	<b>55</b>
8.1	ANEXOS.....	55
8.2	BIBLIOGRAFÍA.....	60



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

---

Yo, Carlos Guillermo Morales Zambrano, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL PERÍODO 2008 - 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04 de Agosto del 2014

Carlos Guillermo Morales Zambrano

C.I.: 0704988088



Universidad de Cuenca  
Clausula de derechos de autor

---

Yo, Diego Raphael Nagua Blanca, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL PERÍODO 2008 - 2012", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 04 de Agosto del 2014

---

Diego Raphael Nagua Blanca

C.I.: 070443950



Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

Yo, Carlos Guillermo Morales Zambrano, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL PERÍODO 2008 - 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 04 de Agosto del 2014

Carlos Guillermo Morales Zambrano

C.I.: 0704988088





Universidad de Cuenca  
Clausula de propiedad intelectual

---

Yo, Diego Raphael Nagua Blanca, autor de la tesis "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD DE CUENCA, DURANTE EL PERÍODO 2008 - 2012", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 04 de Agosto del 2014

Diego Raphael Nagua Blanca

C.I.: 070443950



## **DEDICATORIA**

Esta investigación va dedicada a nuestras familias, quienes supieron en su momento estar a nuestro lado brindándonos su apoyo incondicional para poder llevar a cabo todo el proceso de trabajo que conlleva finalizar un proyecto de esta magnitud, así como la ardua tarea que representar estudiar esta noble carrera.

**LOS AUTORES.**



## **AGRADECIMIENTO**

Antes que nada es de agradecer a Dios por otorgarnos paciencia y perseverancia para realizar este trabajo y por llenarnos de ánimos en cada uno de los días que lo necesitamos.

Para nuestros docentes y compañeros nuestros más sinceros agradecimientos porque fueron parte importante en nuestra formación como futuros profesionales de la salud haciéndonos personas con un carácter bien estructurado para la toma de decisiones.

Sin dejar de lado en este texto queremos agradecer a nuestra Directora Dra. Norma Llerena y asesora Dra. Lorena Mosquera que supieron con mucho criterio guiarnos en la elaboración de este documento.

Finalmente y no menos importante queremos agradecer a nuestras familias, grupo clave para la proyección de nuestras metas y el cumplimiento de las mismas.

## **LOS AUTORES**

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

#### 1.1 ANTECEDENTES

Los embarazos ectópicos son una de las principales causas de hemorragia durante el primer trimestre del embarazo; y a pesar de que en las últimas décadas ha existido un aumento en los índices de diagnóstico de la enfermedad, sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna en muchos países, especialmente aquellos subdesarrollados. La incidencia de embarazo ectópico varía en los distintos países del mundo, con tasas tan altas como 1 caso por cada 28 embarazos, o 1 caso de cada 40 embarazos reportados en Jamaica y Vietnam. [1]

En más de la mitad de las mujeres con embarazo ectópico que acuden a un servicio de urgencia, su diagnóstico no es identificado en la primera evaluación médica. [1]. En países desarrollados (EE.UU., Europa, Australia, Nueva Zelanda y Japón) la tasa por muertes por embarazo ectópico fue del 4,9%. [1]

Muchos de los factores de riesgo de embarazo ectópico están relacionados con la cirugía ginecológica abdominal, las patologías infecciosas ginecológicas, la promiscuidad, el uso de dispositivos intrauterinos, el inicio temprano de las relaciones sexuales y las técnicas de fecundación in-vitro. La mayoría de estos factores altera la probabilidad de fecundación y la probabilidad de una implantación extrauterina. [2]

Si bien es cierto que la tendencia del embarazo ectópico es ir en aumento año a año, podemos decir que la mortalidad materna va en descenso, esto gracias a la instauración de métodos de diagnóstico cada vez más avanzados así como también a la experticia del médico especialista en poder diagnosticar el problema a tiempo para evitar las posibles complicaciones.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los hospitales, clínicas y otros centros de salud del país, es cada vez más frecuente encontrarse con mujeres con edades de gestación menores a 3 meses y que presentan complicaciones, siendo de estas una de las más comunes, el embarazo ectópico.

Cabe recalcar que esta tendencia no es única en nuestro país o región, de hecho, en años recientes la incidencia de embarazo ectópico en las Américas ha aumentado constantemente. Incluso en países desarrollados, en las últimas décadas se ha observado un mayor incremento del número de casos de embarazos extrauterinos. Se piensa que el aumento en la incidencia de embarazos ectópicos se debe a un alza en la incidencia de salpingitis y otras enfermedades de transmisión sexual, así como a la mejoría en el diagnóstico precoz. [1]

Por otra parte, aunque la incidencia de embarazos ectópicos ha aumentado, la mortalidad absoluta asociada a ella ha disminuido. Sin embargo, en los EE.UU. el embarazo ectópico sigue siendo la causa más común de mortalidad materna en el primer trimestre de embarazo, siendo aproximadamente el 13% de las muertes relacionadas con embarazo ectópico. [1]

Lamentablemente, en Ecuador no disponemos de estadísticas sobre el tema a nivel nacional; peor aún, a nivel de Azuay o de la ciudad de Cuenca. En el Hospital Vicente Corral Moscoso tampoco se dispone de datos relativos a la frecuencia de embarazos ectópicos, ubicación, rangos etarios o incluso de cuales tratamientos se utilizan en la resolución de esta condición.

Determinar estas estadísticas nos permitiría conocer cuáles son los factores de riesgo relacionados con embarazo ectópico y cuál es el tratamiento más usado para su resolución.



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico es una de las principales complicaciones y causa de mortalidad durante el primer trimestre de gestación. Lamentablemente no existen estudios o datos estadísticos reales de la situación de nuestro país. Los únicos datos estadísticos relacionados a nivel nacional que se poseen son del 2007 y pertenecen a defunciones por afecciones originadas en el periodo prenatal (1729 mujeres) y corresponden a la novena causa de muerte a nivel nacional. A pesar de estos datos, se desconoce la estadística exacta en el país sobre embarazo ectópico, ya que los datos que se encuentran en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) engloban toda una gama de problemas de salud en Gineco-Obstetricia, por lo que no se encuentra como un diagnóstico puro. [3]

Este trabajo describe la prevalencia, las características clínicas, factores de riesgo de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Debido a lo mencionado anteriormente, los embarazos ectópicos se perfilan como un problema de salud pública, por lo que es necesario contar con datos que denoten las características de esta enfermedad, datos que serían de amplia ayuda para tomar conciencia de esta condición e implementar así mejores medidas preventivas.

Al finalizar este proyecto de investigación, pretendemos divulgar y compartir los resultados obtenidos a todos quienes compete el tema de salud, ya que consideramos de capital importancia el conocimiento de estos datos por el creciente aumento de la incidencia de esta enfermedad. Hemos planteado dejar ejemplares de la investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, accesible a todos los estudiantes y profesores, además que se encuentre disponible en la biblioteca del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca; deseando de esta forma que los resultados obtenidos puedan beneficiar a las pacientes embarazadas.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 GENERALIDADES

El embarazo ectópico si bien es una entidad clínica relativamente poco frecuente, es una de las complicaciones más importantes producidas durante el embarazo, siendo además una causa importante de mortalidad materna en el primer trimestre de embarazo a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro. [2]

Existen varios tipos de embarazos ectópicos, siendo los más frecuentes el embarazo ectópico tubárico y el embarazo ectópico ovárico. Estos a su vez, según su gravedad pueden ser no complicados y complicados. Los principales factores de riesgo para un embarazo ectópico son las infecciones de transmisión sexual, malformaciones uterinas y los antecedentes de embarazos ectópicos. Actualmente se considera además que la edad de gestación de la madre es un factor importante en la formación de productos ectópicos. [4]

El embarazo ectópico es considerado como una verdadera emergencia médica, ya que de evolucionar sin tratamiento puede derivar en rotura tubárica con la consiguiente hemorragia interna, peritonitis y dolor abdominal. El método diagnóstico más efectivo para el embarazo ectópico ha sido desde hace mucho tiempo la ecografía abdominal, el cual se ve complementado por la utilización de pruebas bioquímicas, como lo es la determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG) en el plasma sanguíneo o en la orina.

Históricamente, el tratamiento de un embarazo ectópico se limitaba a la cirugía de extirpación del producto mal implantado y en caso de ser necesario, la ablación de las zonas afectadas circundantes. Los tratamientos

quirúrgicos si bien siguen siendo el tratamiento de elección, con la evolución y experiencia en el uso del metrotexato en embarazos ectópicos diagnosticados de forma temprana, ahora este es uno de los tratamientos alternativos más ampliamente utilizados.

## 2.2 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor femenino está conformado tanto por órganos internos como externos. Los órganos internos son: los ovarios, trompas de Falopio y útero. Los órganos externos son: vulva y vagina.

Los ovarios son dos, uno derecho y otro izquierdo, ubicados en la parte alta de la cavidad pélvica sobre una depresión de la pared lateral de la pelvis o *Fosa ovárica de Waldeyer* y tras los ligamentos anchos del útero. Los ovarios son irrigados por las venas y arterias ováricas e inervados por fibras simpáticas vasoconstrictoras y parasimpáticas vasodilatadoras. Su función es la formación y liberación de óvulos y secreción endócrina de hormonas femeninas como estrógenos y progesterona. El ciclo ovárico dura alrededor de 28 días. Se crean varios folículos de los cuales solo uno alcanzará la maduración completa y dará salida al óvulo. [5] [1]

Las trompas de Falopio o tubas uterinas son dos órganos tubulados ubicados en la parte superior del ligamento ancho a cada lado del útero. Consta de 4 porciones que son: pabellón que se encuentra de manera ensanchada a nivel del ovario y su borde esta circundado por unas prolongaciones conocidas como fimbrias las cuales se comunican con el ovario, la ampolla la cual es más voluminosa mide entre 7 y 8 cm y a diferencia del istmo es aplanada, el istmo el mismo que es cilíndrico y emerge de la pared uterina entre los ligamentos útero-ovárico y el redondo y mide entre 3 y 4 cm, y porción intramural la cual está relacionada con la pared del útero y mide aproximadamente 1 cm. Su función es la de llevar los óvulos fecundados hasta el útero por medio de las fimbrias que generan un torrente líquido, el mismo que arrastra al óvulo hasta el orificio abdominal





donde es frenado por la mucosa y los cilios del pabellón donde el ovulo esperará al espermatozoide para ser fecundado, luego de lo cual es ayudado por los cilios del epitelio y las contracciones de la capa muscular para llegar al útero, un proceso que dura aproximadamente 3 días esté o no fecundado el óvulo. [5] [6]

El útero es el órgano de la gestación. Tiene una forma comparable a una pera plana e invertida. Su parte superior (más ancha) se denomina *cuerpo*, en cuyos ángulos se hallan las entradas de las trompas uterinas; mientras que la inferior cilíndrica se denomina  *cuello*, el cual se comunica con la vagina. En su parte media existe una zona de límites imprecisos llamada *istmo*. Está ubicado en el centro de la pelvis entre la vejiga y el recto. En la cavidad uterina se encuentra el endometrio o mucosa, la cual permite la anidación del embrión y su mantenimiento durante el embarazo. [1]

La vagina es un órgano tubular que se extiende desde el cuello uterino hasta la vulva, mide de 7 a 8 cm aproximadamente. Sus paredes son elásticas y permiten la cópula y la salida del feto al momento del parto. [1] [6]

Vulva es el nombre con el que se denomina a los genitales externos femeninos, que comprenden el monte de venus, labios mayores y menores, el clítoris, el introito vaginal y las glándulas mayores y menores de Bartholino. [1]

### 2.3 DEFINICIÓN

Se considera embarazo ectópico a aquel embarazo que tiene lugar cuando la implantación del óvulo fecundado o cigoto se localiza en tejidos distintos a los del endometrio del cuerpo uterino. El término “*ectópico*” deriva de las palabras griegas *ectos*: “fuera”, y *topos*: “lugar”. [2]

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y hasta mediados del siglo XVIII era una patología generalmente fatal. John Bard

informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759. [7]

## 2.4 EPIDEMIOLOGÍA

### **Incidencia**

Es difícil determinar la frecuencia real de embarazos ectópicos, ya que algunos de ellos (especialmente los embarazos ectópicos no complicados) pueden llegar a reabsorberse sin mayor sintomatología. En los diferentes países y estadísticas, las cifras varían según los grupos de riesgo y el origen de los datos. Por motivos aún no totalmente establecidos, los embarazos ectópicos son cada vez más frecuentes en el mundo. Algunas de las razones que explican cuando menos en parte el incremento del índice de embarazos ectópicos en EE.UU. y muchos países de Europa son:

- Prevalencia cada vez mayor de infecciones de transmisión sexual.
- Identificación por medio de diagnóstico oportuno de algunos embarazos ectópicos que de otra manera se reabsorberían espontáneamente.
- Popularidad de los anticonceptivos que predisponen a embarazos ectópicos en caso de que estos fallen.
- Técnicas de esterilización tubárica fallidas.
- Tecnologías de reproducción asistida.
- Cirugía tubárica. [5]

Así por ejemplo tenemos que en las últimas décadas, ha habido un incremento significativo del número de embarazos ectópicos en los Estados Unidos. En 1970 la tasa era de 4.5 por cada 1000 embarazos confirmados, mientras que en 1992 era alrededor de 20 cada 1000 embarazos confirmados. En un reciente estudio en este mismo país, de un total de 1490 embarazos, 24 de ellos (2%) fueron embarazos ectópicos. En algunos lugares más del 1% de todos los embarazos tienen una localización ectópica. [8] [9] [10]



El embarazo ectópico es más usual en las mujeres de raza negra que en las de raza blanca, quizá como una consecuencia de una mayor incidencia de salpingitis gonorreica en los negros. También parece afectar más a los grupos socioeconómicamente depauperados, lo que ha provocado un incremento de los casos especialmente en países en desarrollo. [11]

El embarazo ectópico es diagnosticado en el primer trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional más común las 6 a 10 semanas.

### **Mortalidad**

El embarazo ectópico es la principal causa de mortalidad materna durante el primer trimestre, lo que representa el 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. El riesgo de morir por un embarazo extrauterino es mayor que por el embarazo que termina en un hijo nacido vivo o que se interrumpe de forma intencional. Sin embargo, si se diagnostica en forma oportuna, mejoran tanto la supervivencia de la madre como la conservación de su capacidad reproductiva. [12]

La tasa de mortalidad es similar en todos los grupos etarios, pero es cuatro veces mayor en afroamericanas y en otras razas no blancas que en mujeres de raza blanca. Por esta razón en EE.UU. una afroamericana tiene una probabilidad cinco veces mayor de morir de un embarazo ectópico que una mujer de raza blanca. [1]

A pesar del aumento del número de casos, en los últimos años, hay una tendencia marcada a la disminución de la mortalidad del embarazo ectópico debido a un incremento de los controles prenatales, por lo que generalmente los casos nuevos de embarazos extrauterinos se presentan en madres de escasos recursos o que no han acudido al médico a los controles prenatales hasta que se han presentado los signos y síntomas clínicos de la enfermedad.

## 2.5 ETIOLOGÍA

Entre las principales causas de embarazos ectópicos en la actualidad se encuentran las infecciones tubéricas, especialmente por *Chlamydia Trachomatis* y el uso cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida. [1]

Las infecciones tubéricas a repetición y las transmitidas por contacto sexual, especialmente las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* son una causa importante (sino la más común) de embarazos ectópicos además de infertilidad en la mujer. Respecto al mecanismo exacto por el cual *Chlamydia Trachomatis* interviene en el origen de embarazos ectópicos, aún es un misterio. Es altamente probable que la bacteria induzca la presencia de citoquinas inflamatorias en la trompa de Falopio. Así, estudios han demostrado que la salpingitis por *Chlamydia* se asocia a un aumento de hasta 5 veces de TNF- $\alpha$  (Factor de Necrosis tumoral alfa) en el fluido tubárico. La inflamación de las trompas estrecha el canal tubárico y favorece la formación de un embarazo ectópico. [13] [14]

La fecundación In-Vitro es una causa cada vez más común de embarazos ectópicos, especialmente en mujeres que reciben este tratamiento debido a causas de infertilidad tubérica (usualmente como resultado de daño tubárico previo por cirugías pélvicas o de las trompas, infección o antecedentes de embarazos ectópicos) en comparación con aquellas que reciben este tratamiento por infertilidad masculina. Esto también es propiciado por que en este tipo de terapia de fertilidad se coloca más de un óvulo fecundado con el fin de aumentar las probabilidades de éxito del tratamiento. [13] [15]

El transporte del embrión a través de la trompa de Falopio es controlado por la contracción del músculo liso y movimientos ciliares del epitelio de las trompas. Factores hormonales, tales como las prostaglandinas, el óxido nítrico, prostaciclina o el AMPc (Adenosín monofosfato cíclico) pueden modular la contracción y jugar un rol fundamental en el transporte del

embrión al útero. En adición a la contracción muscular lisa de las trompas de Falopio, la actividad ciliar de las trompas puede ser modificada por la presencia de hormonas esteroideas sexuales y de la IL-6 (Interleuquina 6). Cambios en el medio hormonal pueden producir una alteración de estos mecanismos de transporte y llevar a un embarazo extrauterino. [13] [16]

El desarrollo embrionario precoz anormal a partir de un defecto cromosómico también puede dar lugar a una implantación ectópica. Un estudio analizó el cariotipo de embriones implantados ectópicamente demostrando una tasa de anomalía cromosómica semejante a la de gestaciones intrauterinas. [1]

La pérdida precoz de la zona pelúcida (capa externa del ovocito que le rodea y protege durante sus primeros días de desarrollo) del embrión, puede producir una anidación temprana en la trompa, con el consiguiente embarazo extrauterino. [2]

## 2.6 FACTORES DE RIESGO

Múltiples condiciones de riesgo pueden ser causales de embarazos ectópicos. Los más importantes son:

- ❖ **Uso de dispositivo intrauterino:** con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye porque también disminuye el número de embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos el número relativo de embarazos ectópicos aumenta. El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) es un método anticonceptivo altamente efectivo, sin embargo, su falla y consecuente embarazo puede ocurrir en aproximadamente 2 de cada 100 mujeres por año de uso del DIU. Los embarazos generalmente ocurren durante el primer año. [17]

A más de la presencia de embarazos normales, se pueden producir embarazos ectópicos en 0,4 - 0,7% de las usuarias de estos

dispositivos, lo que a pesar del bajo porcentaje, se destaca como el método contraceptivo que más predispone a esta patología. [17] [18] [19]

- ❖ **Tabaquismo:** un reciente meta-análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecida. Ciertamente, existe evidencia de que las trompas de Falopio son un objetivo del humo de cigarrillo. Con probabilidad, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero reduciendo la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas. A pesar de que existen estudios respecto a este mecanismo, sus resultados no fueron concluyentes. [13] [20]
- ❖ **Embarazos ectópicos previos:** después de un embarazo ectópico previo, existe aproximadamente un  $10\pm 3\%$  de tener otro. [5]
- ❖ **Procedimientos quirúrgicos tubáricos:** mujeres con antecedentes de cirugía tubárica ya sea esta para corregir la infecundidad o con fines de esterilización tienen mayor predisposición a un embarazo ectópico. En estudios, se determinó que el riesgo después de una cirugía tubárica por re-esterilización era del 6.7% [21]
- ❖ **Edad:** Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico. Así tenemos que las tasas más altas de embarazos ectópicos se dan en mujeres en edades entre los 35 y 44 años de edad.
- ❖ **Coito antes de los 18 años y promiscuidad:** si bien existe una mayor incidencia de embarazos ectópicos en mujeres mayores, existe también un número nada despreciable de adolescentes que se embarazan y presentan embarazos ectópicos. Se cree esto se debe a la falta de madurez de los órganos reproductores de la adolescente,

los cuales no transportan el óvulo fecundado a tiempo para implantarse en el endometrio y terminan implantándose fuera del útero.

Las prácticas sexuales con múltiples compañeros predisponen el contagio de infecciones de transmisión sexual, las cuales han demostrado incrementan el riesgo de embarazo ectópico.

## 2.7 CLASIFICACIÓN

Los embarazos ectópicos pueden clasificarse según su gravedad o según el lugar de implantación del cigoto.

De acuerdo a su gravedad:

- Embarazo ectópico no complicado: este tipo de embarazo ectópico los signos y síntomas pueden ser sutiles e incluso no ser evidentes, su característica principal es la estabilidad hemodinámica, sumada a la presencia del embarazo extrauterino. En ocasiones, este tipo de embarazos ectópicos pueden llegar a reabsorberse, terminando de forma espontánea con el cuadro clínico.
- Embarazo ectópico complicado: caracterizado por la inestabilidad hemodinámica que varía de acuerdo a la magnitud de la hemorragia, variando desde el vértigo al shock hipovolémico. Las complicaciones más comunes del embarazo ectópico son:
  - o *Aborto tubárico*: es la más común de las complicaciones y la de menor gravedad. En este tipo de embarazo ectópico, el peristaltismo tubárico permite el desprendimiento del trofoblasto que es expulsado total o parcialmente hacia la cavidad abdominal. La pérdida del contacto del trofoblasto con la fimbria permite un sangrado moderado que puede ceder

espontáneamente o persistir causando hipovolemia. El aborto tubárico suele tener lugar entre las semanas 6 y 12 de gestación.

- *Embarazo ectópico roto*: generalmente se produce por rotura de la trompa de Falopio. El trofoblasto penetra en el epitelio adyacente a la trompa, abriéndose paso hacia los vasos sanguíneos, que al ser perforados provocan una pérdida sanguínea profusa hacia la cavidad abdominal. Tras la rotura, generalmente la hemorragia es lo suficientemente grave como para exigir una laparotomía, que de no ser efectuada a tiempo puede tener consecuencias fatales.

De acuerdo al lugar de implantación del cigoto:

- **Embarazo tubárico**: representan del 95 al 98% de los casos de embarazo ectópico. El óvulo fecundado se puede alojar en cualquier porción de la trompa, originando según la porción de la trompa que ocupe el huevo un embarazo:
  - *Intersticial/Cornual*: llamado también intramural, representan el 2-3% de los embarazos tubáricos. Su implantación se realiza en la porción de la trompa que recorre el útero. Generalmente se asocian con alta morbilidad debido a su diagnóstico tardío (comparado con los embarazos tubáricos en otras ubicaciones) y difícil diagnóstico, además de producir hemorragia abundante. En la actualidad son menos comunes al igual que sus complicaciones debido a una mejora en la detección temprana.
  - *Ístmico*: la implantación es en la porción media y más estrecha de la trompa. Representan aproximadamente el 10-12% de los embarazos tubáricos.
  - *Ampollar*: la implantación es en el tercio externo de la trompa. Es la más frecuente de todas (alrededor del 75% de los casos).



En algunos casos raros, el embrión se implanta en la fimbria. Generalmente los embriones implantados en la ampolla llegan a sobrevivir un mayor tiempo en comparación a las demás ubicaciones debido al mayor tamaño de esta. En cualquier caso, el feto siempre se pierde.

- **Embarazo abdominal:** su frecuencia alcanza aproximadamente el 2-2,5%. Como su nombre lo indica, es la implantación del cigoto en la cavidad abdominal. La mayoría ocurre tras un aborto tubárico seguido de implantación peritoneal. Los embarazos primariamente abdominales son extremadamente raros y para ser considerados como tales, es condición que no aparezcan signos de anterior implantación en un sitio próximo y que el trofoblasto esté adherido completamente al peritoneo. En estos casos el embrión al estar rodeado de las vísceras abdominales, su placenta busca inserción en las mismas. Los embarazos ectópicos abdominales habitualmente producen fetos muertos, pero en otros casos el feto puede llegar a término, aunque generalmente con compromiso de su vitalidad por deficiencias orgánicas y malformaciones. [23]
  
- **Embarazo ovárico:** la implantación en el parénquima ovárico es una presentación rara (0,15%). Aunque el ovario puede adaptarse más fácilmente que la trompa al embarazo en crecimiento, lo más frecuente es que se produzca la rotura en periodo temprano. Si bien los factores de riesgo para embarazo ectópico ovárico son similares a los del embarazo tubárico, el uso de DIU es especialmente frecuente. [5]
  
- **Embarazo cervical:** la implantación del cigoto en el cuello uterino es rara (0,15%), pero su frecuencia se ha ido incrementando con el uso de técnicas de reproducción asistida. Generalmente no alcanza su completa evolución y finalizan en aborto.

Se han llegado a describir otros sitios de implantación sumamente raros dentro de la cavidad abdominal. Así se han tenido reportes de embarazos ectópicos implantados a nivel hepático, esplénico, retroperitoneal, diafragmático y en el epiplón.

## 2.8 DIAGNÓSTICO

### Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de embarazo ectópico difieren en las mujeres, especialmente si se acompaña de rotura de trompas. Debido a los nuevos avances en tecnología diagnóstica, estos embarazos suelen ser identificados antes de que se produzca rotura. A menudo, los síntomas y signos de un embarazo ectópico son sutiles e incluso inexistentes.

Los síntomas de embarazo ectópico pueden oscilar desde sangrado vaginal intermitente hasta shock vasomotor con hemoperitoneo. Actualmente solo una pequeña proporción de pacientes presentan la *triada clásica* que era: dolor abdominal, metrorragia y la presencia de una masa anexial.

Los síntomas clínicos de embarazo pueden o no estar presentes en la paciente. Es común la presencia brusca de dolor abdominal agudo lateralizado a una de las fosas ilíacas. Se puede llegar a apreciar dolor a la movilización del cuello uterino y a la palpación abdominal. Existe un discreto aumento del volumen uterino acompañado de una masa anexial dolorosa en caso de un embarazo ectópico no roto, y sensación de ocupación en el fondo de saco de Douglas o sangrado vaginal en caso de embarazo ectópico roto, en cuyo caso pueden aparecer rápidamente signos y/o síntomas de descompensación hemodinámica.

Debe sospecharse de embarazo ectópico en toda mujer con factores predisponentes que presente sangrado en el primer trimestre más los signos y síntomas ya descritos. El factor diagnóstico más importante de embarazo

ectópico es la suposición de su posibilidad en todas las mujeres en edad reproductiva con dolor abdominal.

### **Pruebas de laboratorio**

**Beta Gonadotropina Coriónica Humana ( $\beta$ -HCG):** La identificación de  $\beta$ -gonadotropina coriónica humana en sangre o en orina es fundamental para poder descartar o confirmar la existencia de embarazo o de alguna otra enfermedad que pueda estar ocasionando sintomatología que sugiera embarazo ectópico. El embarazo ectópico produce un incremento menor de  $\beta$ -HCG comparado con un embarazo normal; así, tenemos que un incremento menor al 66% en 48 horas, sugiere probablemente que el embarazo no es viable y pudiendo ser este ectópico o un intrauterino inviable. En un embarazo normal, los niveles de  $\beta$ -HCG suelen doblarse cada 42 horas. [24]

Valores de  $\beta$ -HCG superiores a 2400 mUI/ml nos indica en prácticamente el 100% de los casos la presencia de gestación. Algunas publicaciones ponen este valor en valores de hasta 1500 mUI/ml. En este punto, el ultrasonido es de gran utilidad para confirmar el diagnóstico. Así tenemos que valores entre 1500 a 2000 mUI/ml con útero vacío en la ecografía nos puede dar una exactitud diagnóstica superior al 90% de embarazo ectópico. [22]

**Progesterona sérica:** los niveles de progesterona deben ser considerados como ayuda diagnóstica. Una concentración de progesterona mayor a 25 ng/ml se asocia a embarazo normal en el 97,5 % de los casos, mientras que valores inferiores a 5 ng/ml indica probablemente un embarazo no viable. La utilidad de la progesterona sérica es limitada por cuanto los embarazos ectópicos pueden presentar valores de progesterona dentro de estos rangos. [25] [1]

**Otros marcadores séricos:** se han llevado a cabo varios estudios preliminares que evalúan marcadores séricos novedosos para la detección

de embarazo ectópico. Entre estos están la  $\alpha$ -fetoproteína, el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF, Vascular endotelial growth factor), ninguno de los cuales se utiliza en la clínica. El desarrollo de nuevos biomarcadores con utilidad clínica serían útiles para mejorar el diagnóstico de embarazo ectópico, con los posibles beneficios de una mayor seguridad y la reducción de los costos de diagnóstico. [5] [26]

### **Diagnóstico Ecográfico**

La mejor forma de diagnosticar embarazo ectópico es observar la presencia de embarazo por fuera del útero. Gracias al desarrollo adecuado de la técnica, la ecografía, especialmente en la modalidad transvaginal se ha convertido en el método diagnóstico de referencia para embarazo ectópico.

La ecografía transabdominal permite reconocer un embarazo uterino normal a partir de las cinco o seis semanas de gestación. En el caso de un embarazo ectópico, tiene baja sensibilidad y especificidad y no muy buenos valores predictivos, además de la mayor dificultad en identificar un embarazo extrauterino, por lo que está limitada a una pequeña cantidad de embarazos ectópicos en sitios infrecuentes, especialmente en regiones altas de la pelvis. Generalmente esta variante de estudio ecográfico se suele utilizar en embarazos ectópicos ubicados en sitios extraños por encima de la pelvis. La ausencia de saco gestacional intraútero a las 6 semanas hace sospechar de embarazo ectópico. Cuando se identifica con claridad un saco gestacional dentro del útero, no se debe de descartar la posibilidad de embarazo ectópico si se utilizó en la paciente alguna técnica de reproducción asistida. [4] [5]

En comparación con la ecografía abdominal, la ecografía transvaginal ha revolucionado en los últimos años la atención de la mujer con sospecha de embarazo ectópico, ya que permite obtener una mejor imagen de las características morfológicas de la pelvis, gracias a una mejor ubicación el transductor cerca del área a examinar. La sensibilidad de la esta es de alrededor

del 90% y su especificidad alcanza el 88%. Los hallazgos ecográficos en mujeres con embarazo ectópico son variables y se describen a continuación:

- Presencia de masa anexial con vesícula fetal
- Área hipoeoica central o de estructura similar a un saco dentro de la cavidad (seudosaco gestacional).
- Útero sin vesícula pero con una imagen característica (generalmente aumento del espesor del endometrio)
- Líquido libre en peritoneo (40 a 83% de embarazos ectópicos). En los embarazos normales tempranos puede haber una pequeña cantidad de trasudado en la cavidad peritoneal debido a un incremento en la permeabilidad vascular. [26] [4]

La observación de un saco gestacional extrauterino y con presencia de actividad cardíaca evidente confirma el diagnóstico de embarazo ectópico; pero solo se observa en el 15-25% de los casos. La evaluación ecográfica junto con la determinación de  $\beta$ -HCG cuantitativa tienen una sensibilidad y especificidad para embarazo ectópico cercana al 95%. [1]

Hay que anotar que existen cuatro estructuras anexiales que podrían confundirse a la exploración ecográfica con un embarazo ectópico: la presencia de cuerpo lúteo excéntrico, folículo ovárico de pared gruesa, enfermedades tubáricas (hidrosalpinx con líquido) y falsas imágenes intestinales. [4]

Otra variable ecográfica que puede ser útil en el diagnóstico es el Doppler Color, que nos permite buscar señales de flujo sanguíneo anómalas dentro de la pelvis (presencia de múltiples vasos pequeños dispersos aleatoriamente en los anexos).

### **Culdocentesis**

La culdocentesis, que consiste en la introducción de una aguja larga y delgada a través del fondo de saco vaginal, justo debajo del útero, desde

donde se toma una muestra de cualquier líquido que se encuentre en ese espacio; se empleaba ampliamente en el pasado para determinar la presencia de hemoperitoneo en caso de un embarazo ectópico roto, hasta que se empezó a utilizar la ecografía transvaginal y la determinación de  $\beta$ -HCG. Esta maniobra resultaba positiva (presencia de líquido hemorrágico) en cerca del 80% de los casos en embarazo ectópico. Si no se llegase a obtener líquido de la punción, se considera como ingreso insatisfactorio del fondo de saco, por lo que no se debe descartar la presencia de embarazo ectópico. Actualmente esta técnica se utiliza en sitios en los que no es posible realizar una ecografía transvaginal u otras pruebas diagnósticas para embarazo ectópico. [8]

## 2.9 TRATAMIENTO

Dependiendo de los recursos disponibles, el sitio de implantación y especialmente del estado general y hemodinámico de la paciente con embarazo ectópico, el tratamiento de esta entidad puede ser quirúrgico, farmacológico o incluso expectante.

### Tratamiento quirúrgico

El método quirúrgico preferido para resolver un embarazo ectópico es la laparoscopia, a menos que la mujer se encuentre hemodinámicamente inestable. Los procedimientos laparoscópicos se asocian a tiempos operativos menores, menor pérdida de sangre, una estancia hospitalaria menor y menores requerimientos de analgesia. La intervención quirúrgica elegida depende de la situación general de la paciente, sus deseos de futura maternidad y la situación del embarazo tubárico. En caso de shock, se elegirá el procedimiento que resulte más fácil y rápido. [26]

- *Salpingostomía*: esta técnica se utiliza para extraer embarazos ectópicos de < 2cm de longitud. Se realiza la incisión en la trompa y las hemorragias pequeñas se detienen por electrocauterización. La incisión no se sutura y se deja que cicatrice por segunda intención. Se

utiliza para intentar mantener la fertilidad en la trompa afectada, por lo que en caso de existir enfermedad tubárica contralateral, esta técnica debe ser considerada.

- *Salpingotomía*: es prácticamente el mismo procedimiento que el anterior, con la diferencia de que la incisión se sutura con material absorbible.
- *Salpingectomía*: consiste en la extirpación total de la trompa afectada. Se prefiere esta técnica cuando la trompa contralateral se encuentra saludable o cuando se presenta hemorragia por rotura no controlada.

### Tratamiento farmacológico

Aunque es un medicamento cuyos efectos son conocidos desde hace más de 40 años, recién en 1982 se empieza a utilizar el metrotexato, el cual es un antagonista del ácido fólico eficaz contra el trofoblasto en proliferación y por lo que es utilizado también para interrumpir embarazos durante el primer trimestre, como tratamiento de embarazos ectópicos. Esta alternativa a la cirugía, se utiliza en 25% de las pacientes con embarazo ectópico no roto y es cada vez más usado cuando se ha realizado un diagnóstico precoz. Habitualmente se administra a dosis de 50 mg/m<sup>2</sup> a dosis única por vía intramuscular o directamente en el embarazo ectópico, aunque puede también ser usado por vía oral (pero reduce su efectividad en comparación a la vía intramuscular). Se han publicado un estudio realizado en 350 mujeres que demuestra un índice de éxitos cercanos al 91%. Además se utilizó una sola dosis en 80% de las pacientes. [27]

Sin embargo, una paciente elegible para tratamiento con metrotexato debe reunir algunas condiciones para asegurar el éxito de la terapia:

- *Concentración inicial de  $\beta$ -HCG*: al menos el 62% de las mujeres son tratadas exitosamente cuando la concentración inicial de  $\beta$ -HCG es inferior a 5000  $\mu$ UI/ml. [25]
- *Tamaño del embarazo ectópico*: el cual debe ser de menos de 3 – 4 centímetros de diámetro. Lipscomb *et al.* Publicaron un índice de éxito

de 93% con una sola dosis de metrotexato cuando el embarazo ectópico medía menos de 3.5 cm. [27]

- *Embarazo ectópico íntegro*: si el embarazo ectópico se rompe, es indicación de procedimiento quirúrgico
- *Actividad cardíaca fetal*: el índice de fracaso es mayor cuando existe actividad cardíaca fetal. [27]

Como todo tratamiento farmacológico, el metrotexato presenta interacciones con otros fármacos, efectos secundarios y contraindicaciones. Los efectos secundarios más comunes descritos abarcan: dolor leve en la zona, problemas hepáticos, estomatitis y gastroenteritis. Se han descrito también casos de neutropenia grave y fiebre, neumonitis medicamentosa transitoria y alopecia. Los AINE's en ocasiones intensifican los efectos adversos, mientras que las vitaminas con ácido fólico reducen su eficacia.

Contraindicaciones para la administración de metrotexato en el tratamiento de embarazo ectópico

<b>Contraindicaciones Absolutas</b>	<b>Contraindicaciones Relativas</b>
Embarazo intrauterino	Presencia de actividad cardíaca fetal detectable por ultrasonido
Evidencia de inmunodeficiencia	Concentración de $\beta$ -HCG inicial alta (>5000 $\mu$ UI/ml)
Anemia moderada o severa, leucopenia o trombocitopenia	Embarazo ectópico de más de 4 cm de diámetro
Alergia o sensibilidad al metrotexato	Rechazo a aceptar una transfusión sanguínea
Enfermedad pulmonar activa	Incapacidad para adherirse a un seguimiento controlado.
Disfunción hepática clínicamente importante	
Disfunción renal clínicamente importante	
Lactancia	

(Tomado de Pérez A. et al. [1])



## CAPITULO III

### OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en mujeres que se atendieron en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2008 – 2012

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia de mujeres diagnosticadas de embarazo ectópico en el periodo 2008 al 2012 del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca.
- Determinar la distribución de las características epidemiológicas de los casos diagnosticados de embarazo ectópico de acuerdo a las variables en estudio: edad, etnia, procedencia, ocupación, edad gestacional.
- Establecer la distribución de las características clínicas de los casos diagnosticados de embarazo ectópico de acuerdo al sitio de implantación, tratamiento, complicaciones, condición final de la paciente.
- Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en las mujeres ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo de Estudio

Prevalencia.

#### 4.2 Área de estudio

Se realizó en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca en la provincia del Azuay.

#### 4.3 Universo

Historias clínicas de las mujeres diagnosticadas de embarazo ectópico desde el 1 de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2012.

#### 4.4 Criterios de inclusión

Todas las historias clínicas con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico que fueron atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Desde el 1 de enero del 2008 hasta el 31 de diciembre de 2012 cuyas historias clínicas estén correctamente llenas.

#### 4.5 Criterios de exclusión

Las historias clínicas de mujeres que no se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico.

#### 4.6 Definición de las variables

Ver anexo Nro. 2

#### 4.7 Método

Observación.

#### 4.8 Técnica

Se manejó historias clínicas con sus respectivas epicrisis.



#### **4.9 Instrumento**

Para la recolección de información se usó un formulario (Anexo Nro. 1), de donde se extrajeron los datos estadísticos del estudio

#### **4.10 Plan y tabulación de análisis**

Después de la recolección de los datos se prosiguió con la tabulación con métodos de análisis usando el programa Software SPSS y Microsoft Excel para las tablas y gráficos según la necesidad del estudio. Se establecerá diferencia significativa cuando el valor de  $p$  sea menor a 0.05

#### **4.11 Aspectos éticos**

La información que se obtuvo fue usada respetando la privacidad de la población en estudio.

**CAPITULO V****ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS****TABLA N° 1**

**DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>AÑOS</b>	<b>NUMERO DE EMBARAZOS ATENDIDOS</b>	<b>PREVALENCIA (%)</b>	<b>NÚMERO DE HISTORIAS VÁLIDAS PARA EL ESTUDIO POR AÑO</b>
<b>2008</b>	4187	0,57	24
<b>2009</b>	5274	0,51	27
<b>2010</b>	5382	0,48	26
<b>2011</b>	5380	0,81	44
<b>2012</b>	5251	0,74	39
<b>TOTAL</b>	25474		160

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

En la presente tabla se detallan el número de embarazos ectópicos registrados en los años de estudio que abarca este trabajo. Se puede comprobar que de acuerdo a los libros el año 2011 fue el año con mayor número de casos registrados (44), lo que representa un 0.81% de los embarazos atendidos en la institución. Debido a diversos motivos existieron historias clínicas cuyos datos no pudieron ser utilizados para el estudio, a pesar de que constan en los registros del hospital. El número total de las historias válidas por año se describe en la columna final de esta tabla

TABLA N° 2

**EDAD CATEGORIZADA DE MUJERES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

EDADES	Frecuencia	Porcentaje
16 – 19	25	15,63
20 – 23	24	15,00
24 – 27	40	25,00
28 – 31	35	21,88
32 – 35	23	14,38
36 – 39	9	5,63
40 – 43	4	2,50
Total	160	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

En la Tabla N° 2 se aprecia las edades por categorías dependiendo de los valores de la variable, así como diversos porcentajes. De acuerdo con la información que se proporciona, se puede observar que el 25% de las pacientes, se encuentran entre las edad de 24 - 27 años, mientras que el 2.5% representa a las pacientes que comprenden la edad entre 40 y 43 años. Estos datos nos dan a entender que al menos en nuestra institución, los embarazos ectópicos se presentan más comúnmente en la segunda década de vida en contraste con edades superiores. Esto además puede ser debido a que en nuestro país la pirámide poblacional es de base ancha al ser constituida por personas jóvenes y es común el inicio de la vida sexual activa y embarazo en mujeres de temprana edad y adolescentes, como podemos comprobar en el rango de edad de 16-19 años con un 15.63% de los casos estudiados.

TABLA N ° 3

**ETNIA DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 - 2012**

ETNIA	Frecuencia	Porcentaje
BLANCOS	0	0
MESTIZO	157	98,13
AFROECUATORIANO	1	0,63
INDIGENA	2	1,25
Total	160	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La tabla N°3 indica la etnia a las que corresponde las pacientes estudiadas y los diversos porcentajes, de acuerdo con la información que se proporciona observando que el 98,13% es mestizo. El 0,63% representa a las pacientes afro ecuatorianas y el 1.25% son indígenas. No se registraron personas de raza blanca.

Los habitantes de la ciudad de Cuenca, al igual que la mayoría de la población del país, son de etnia mestiza, mientras que los afroecuatorianos e indígenas corresponden grupos étnicos minoritarios, lo que explica la marcada diferencia entre mestizos y demás nacionalidades.

TABLA N° 4

**PROCEDENCIA DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
URBANA	96	60,00
RURAL	56	35,00
NO ESPECIFICA	8	5,00
Total	160	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La tabla N° 4 indica las procedencia de las pacientes. De acuerdo con la información que se proporciona, se puede observar que el 60% de las pacientes, viven en el área urbana. El 35 % representa a las pacientes que viven en el área Rural, 5% no especifica el lugar de procedencia. Es decir que el porcentaje mayor de pacientes atendidas en el periodo 2008 – 2012 proceden del área Urbana de Cuenca y de otras ciudades aledañas.

TABLA N° 5

**OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>OCUPACIÓN</b>	Frecuencia	Porcentaje %
QQDD	74	46,25
EMPLEADA PÚBLICA	4	2,50
EMPLEADA PRIVADA	38	23,75
ESTUDIANTE	28	17,50
TRABAJA POR SU CUENTA	10	6,25
OTRAS	1	0,63
NO ESPECIFICA	5	3,13
Total	160	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca  
**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La tabla N° 5 indica la ocupación de las pacientes y los diversos porcentajes, de acuerdo con la información que se proporciona, se puede observar que el 46.25%, se dedica a realizar los quehaceres domésticos, que corresponde a la mayoría de los casos. El 23.75% representa a las pacientes que laboran como empleadas privadas; 17.5% son estudiantes, 6.25% trabajan por su cuenta, 2.5% son empleadas públicas, 0.63% tiene otro tipo de ocupación, mientras que un 3.13% no especifica su tipo de ocupación.



TABLA N° 6

**EDAD DE GESTACIÓN DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>EDAD GESTACIONAL (en Semanas)</b>	Frecuencia	Porcentaje %
<4	26	16,25
4 – 7	80	50,00
8 – 11	36	22,50
>12	6	3,75
No Especifica edad gestacional	12	7,50
Total	160	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La tabla N° 6 indica la edad Gestacional calculada de las pacientes con embarazo ectópico durante los años que abarcan nuestro estudio. De acuerdo con la información que se proporciona, se puede observar que el 50% de las pacientes, se encuentran entre 4.1-7 semanas de gestación. Mientras que el 3.75% representa a la minoría de las pacientes con >12 semanas de gestación. De los 160 casos analizados, 12 historias clínicas no contaban con el dato de semanas de gestación de embarazo ectópico.

Estos datos nos dan indicios de que en nuestra población, la mayoría de los síntomas de embarazo ectópico se manifiestan de forma más frecuente durante las primeras semanas de gestación, lo cual depende en mayor medida de la localización ectópica, ya que de hallarse implantado en una zona que permita cierto crecimiento embrional, es más factible la aparición de síntomas tardíos.

TABLA N° 7

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>	<b>RECUENTO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Metrorragia	99	61,88
Masa anexial	13	8,13
Dolor Pélvico	145	90,63
Fiebre	3	1,88
Nausea	8	5,00
Vómito	16	10,00
Otras	19	11,88

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La tabla N° 7 indica la edad Gestacional, dependiendo de los valores de la variable, así como diversos porcentajes. De acuerdo con la información que se proporciona, se puede observar que el dolor pélvico es la sintomatología más prevalente dentro de las manifestaciones clínicas con un 90.63%, seguido de las metrorragias manifestada en el 61.88% de mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico en nuestra investigación. En la sección "Otras" se engloban otras manifestaciones clínicas que las pacientes presentaron antes del ingreso a esta casa de salud, tales como cefalea, dolor articular, diarrea, etc.

TABLA N°: 8

**SITIO DE IMPLANTACIÓN DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

<b>SITIOS DE IMPLANTACIÓN</b>	Frecuencia	Porcentaje %
TUBARICO	144	90,00
ABDOMINAL	3	1,88
OVARICO	1	0,63
CERVICAL	6	3,75
NO ESPECIFICA EN LA HISTORIA CLÍNICA	6	3,75
Total	160	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca  
**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La Tabla N° 8 indica los sitios de implantación, de acuerdo al porcentaje y frecuencia. De acuerdo con la información que se proporciona, observamos que el 90% son tubáricos, 1.88% Abdominal, 0.63% ovárico, 3.75% cervicales. Seis historias clínicas de las analizadas no disponen de información específica del sitio de implantación del embarazo ectópico.

El sitio de implantación está estrechamente relacionado con la aparición de la sintomatología. La mayoría de los embarazos ectópicos son tubáricos al ser este órgano el encargado de transportar el óvulo fecundado hacia el útero, que es el sitio de implantación normal. Los demás sitios de implantación son poco comunes y en muchos casos son debidos a malformaciones e inflamaciones tubáricas.

TABLA N° 9

**TRATAMIENTO DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

TRATAMIENTO ELEGIDO	Frecuencia	Porcentaje
QUIRURGICO	143	89,38
METROTEXATE	13	8,13
EXPECTANTE	3	1,88
NO SE APLICÓ NINGUN ESQUEMA TERAPEUTICO	1	0,63
Total	160	100%

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca  
**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

La Tabla N° 9 nos indica el tratamiento que se le aplicó a las mujeres que presentaron embarazo ectópico. De acuerdo con la información que se proporciona, observamos que el 89.38% de los casos fueron resueltos de forma quirúrgica. En 8.13% de las pacientes se aplicó Metrotexate. El tratamiento expectante representa un 1.88% de los casos estudiados. En la revisión de las historias clínicas se encontró un caso diagnosticado como embarazo ectópico sin que se llegue a aplicar esquema terapéutico alguno debido a que la paciente solicita el alta antes de que se proceda al mismo. Este caso representa un 0,63% del total de pacientes del estudio.

Debido a que una de las complicaciones que presenta el embarazo ectópico es la hemorragia intraabdominal, la cual pone en riesgo la vida de la paciente, la intervención quirúrgica sigue siendo el método más usado para la corrección de esta patología, con lo que se puede evitar la presencia de esta complicación o corregirla en caso de presentarse. Solo es muy pocos casos seleccionados, generalmente cuando la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y su condición lleva pocas horas, se utiliza en el hospital manejo con metrotexate o expectante

TABLA N°10

**COMPLICACIONES DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

	Frecuencia	Porcentaje
ABORTO TUBÁRICO	20	12,50
ROTURA DE TROMPA GRÁVIDA	15	9,38
NINGUNA	124	77,50
ABANDONA EL SERVICIO	1	0,63
Total	177	100,0

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca  
**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

En la Tabla N° 10 corresponde a las complicaciones que sufrieron las mujeres con embarazo ectópico internadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2008 - 2012. De acuerdo a los datos obtenidos, el aborto tubáricos fue la complicación más usual en las mujeres con embarazo ectópico, con un 12.5% de los casos. En un 77.5% de las historias estudiadas no se evidenció ningún tipo de complicación durante la hospitalización. Un paciente abandono el servicio antes de preceder a tratamiento, lo que corresponde a un 0,63% de la muestra. Estos datos nos indican que la mayoría de los casos de embarazo ectópico son atendidos e identificados a tiempo como para evitar complicaciones que podrían ensombrecer el pronóstico de la gestante.

TABLA N°11

**CONDICION FINAL DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

	Frecuencia	Porcentaje (%)
PACIENTE ESTABLE	157	98,125
PACIENTES INESTABLE	1	0,625
PACIENTE FALLECIDA	0	0
ABANDONA EL SERVICIO	2	1,25
Total	160	100

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANÁLISIS**

En la Tabla N° 11 se representa la condición de las 160 mujeres que presentaron embarazo ectópico en el periodo 2008 – 2012. Como se puede observar, 157 de las pacientes atendidas por esta patología en este periodo fueron dadas de alta de forma estable. Una paciente solicita el alta en mala condición y 2 de ellas abandonan el servicio con pronóstico incierto. Es de destacar que en este periodo de tiempo, no existieron decesos maternos por esta causa.

Esta tabla nos muestra de forma gráfica que los protocolos vigentes para la atención de embarazo ectópico son efectivos, por lo que un gran porcentaje de mujeres atendidas fueron dadas de alta con pronóstico favorable.

TABLA N° 12

**FACTORES DE RIESGO DE LAS MUJERES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL PERIODO 2008 – 2012**

	Frecuencia	Porcentaje %	Razón de Prevalencia	Razón de p
Tabaquismo	2	1,25	0,0127	< 0,0001
Coito antes de los 18 años	46	28,75	0,4035	< 0,0001
Edad > 35 años	11	6,875	0,0738	< 0,0001
Embarazo ectópico previo	18	11,25	0,1268	< 0,0001
Cirugía pélvica previa	30	18,75	0,2308	< 0,0001
Fracaso método anticonceptivo	16	10	0,1111	< 0,0001
Tratamiento de fertilidad	2	1,25	0,0127	< 0,0001

**Fuente:** Historias Clínicas - Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca

**Elaboración:** Los Autores

**ANALISIS:**

En la Tabla N° 12 se indican los Factores de riesgo, de las mujeres que presentan embarazo ectópico y su frecuencia. De acuerdo con la información que se proporciona, observamos que de las 160 historias clínicas que se pudo obtener datos, 2 de ellas consumían tabaco con regularidad, dando una razón de prevalencia de 0,0127. El coito antes de los 18 años nos muestra un 0.4035 de razón de prevalencia. Las madres cuya edad al momento del embarazo ectópico fue mayor a 35 años, indican una razón de prevalencia de 0.0738. El factor de riesgo de embarazo ectópico previo nos da una razón de prevalencia de 0.1268. El fracaso de algún método anticonceptivo nos muestra una razón de prevalencia del 0.111. El tratamiento de fertilidad nos da una razón de prevalencia de 0.0127. Con



ayuda del cálculo del valor de  $p$  podemos decir que en todos los factores de riesgo estudiados, existió diferencia estadísticamente significativa.

Con los valores antes mencionados es posible comprobar que los factores de riesgo analizados no tienen mayor significancia en cuanto a que su presencia o no influyen de forma positiva con la manifestación de embarazo ectópico en nuestra población. De los factores expuestos, el coito antes de los 18 años es el que más peso tiene sobre la aparición de implantación embrional extrauterina con una probabilidad 0.4 veces superior a la población general de producir embarazo ectópico.



## CAPITULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

La presente investigación fue para determinar la prevalencia de embarazo ectópico, las características clínicas y factores de riesgo para el mismo durante el periodo 2008 – 2012 en el Hospital Vicente Corral Moscoso (H.V.C.M) de Cuenca. Los datos para este estudio fueron recolectados de las historias clínicas almacenadas en el departamento de estadística del mismo hospital. El estudio comprendió un universo de 177 historias clínicas de mujeres con el diagnóstico, de las cuales 160 historias clínicas fueron útiles para el estudio, atendiendo a los criterios de exclusión antes expuestos.

Se determinó que de los años de estudio que abarca esta investigación, en el año 2011, de 5380 embarazos atendidos, el 0.81% fueron embarazos ectópicos, siendo este el año en el que más casos se presentaron con casos. Además de acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, comprobamos que el rango de edad en el que es más frecuente en nuestro medio el embarazo ectópico es entre los 24-27 años, con una frecuencia del 25%. Valores altos también se hallan entre los rangos de 28 a 31 años (21.88%). Llama la atención que exista un alto porcentaje de madres adolescentes (15.63%) en las cuales se presenta esta condición.

La bibliografía actual, manifiesta que el embarazo ectópico tiene una alta incidencia en las personas de escasos recursos socioeconómicos, especialmente de zonas rurales y de preferencia mujeres de raza negra. [11] De acuerdo a nuestro estudio, en nuestra población un 60% de los casos de las mujeres estudiadas proceden de zona urbana y un 35% de ellas de zonas rurales, siendo la gran mayoría de las mujeres amas de casa. Cabe mencionar que los siguientes grupos poblacionales que presentaron embarazo ectópico fueron en orden de frecuencia, personas con un trabajo como servidores privados y estudiantes, es decir, personas con ingresos



fijos. Además, según su origen étnico el 98.13% de pacientes son de raza mestiza. Los datos mencionados tienen contraste con la bibliografía y con varios estudios consultados, uno de ellos realizado en el 2012 en los Estados Unidos, en el que el 47% de las pacientes son afroamericanas, 41% son de raza blanca y el restante 12% engloba otras etnias, incluyendo la raza mestiza [29].

El embarazo ectópico es diagnosticado en el primer trimestre del embarazo, siendo las semanas de gestación más comunes de la sexta a la décima. [12] Del estudio pudimos constatar que un 50% de mujeres con la patología se encontraban dentro de la semana 4.1 a la 7 de gestación cuando fueron diagnosticadas, y el segundo rango más numeroso abarca las 7.1 a 11 semanas de gestación. Estos datos nos muestran que los resultados en nuestro establecimiento de salud se asemejan a los autores consultados.

Para el diagnóstico de embarazo ectópico, se asume una triada clásica la cual consta del dolor abdominopélvico, metrorragia y masa anexial (5) (26). En nuestro trabajo del total de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico, el 90.63% presentó dolor abdominopélvico, 61.88% metrorragia y solo el 8.13% masa anexial. Como podemos observar no se mantienen estas características en las mujeres de nuestro estudio debido a que no siempre estará presente una masa anexial como parte de la sintomatología de esta enfermedad.

El embarazo tubárico comprende del 95 al 98% de todos los sitios de implantación de un embarazo ectópico [23]. Comparado con el presente estudio se evidenció en un 90% de los casos implantación a nivel tubárico; 0,63% de los casos implantación ovárica; 3.75% cervical y 1.88% abdominal. Estos datos nos indican a que como al igual que con los autores referidos, si se mantiene en un alto porcentaje el embarazo a nivel de trompas uterinas. Además es notorio el alto porcentaje de embarazos ectópicos cervicales (6%) hallados en nuestro estudio.

Por el estado en que se presentan los casos a consulta, la mayoría se resuelven de manera quirúrgica ya que es el procedimiento más práctico, especialmente para evitar complicaciones graves tales como la hemorragia abdominal. [26] El índice de éxito con el uso del metrotexate bordea el 91% dependiendo en un estudio realizado en 350 mujeres. [27] Comparados con un estudio realizado en Chile en el año 2008 con 70 casos y en el cual el tratamiento quirúrgico se realizó en el 95,7% de ellos [30], nuestro trabajo al igual que el estudio antes citado demuestra que el tratamiento quirúrgico sigue siendo el camino más utilizado para la resolución de la patología (89.38%), seguido del metrotexate (8.13%) y conducta expectante (1.88%), estos dos últimos procedimientos terapéuticos que además son utilizados en condiciones especiales.

Cuando nos referimos a las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo ectópico, nuestro estudio demostró que la mayoría de casos (77.5%) no presentaron complicación en el servicio hospitalario y que dentro de los que si las tuvieron, el aborto tubárico (12.5%) superó a la rotura de trompa grávida (9,38%), indicándonos que los valores encontrados si concuerdan con la literatura revisada para la elaboración de esta trabajo.

Con respecto a las condiciones finales de los pacientes estudiados, encontramos que de 160 mujeres, el 98.12% salieron del servicio hospitalario en forma estable, seguidos de los 2 pacientes que abandonaron el servicio, 1 paciente inestable que representó el 0.6% y no hubieron fallecimientos reportados. La teoría menciona que en los últimos años debido al aumento de controles prenatales, el número de embarazos ectópicos en referencia a mortalidad han disminuido considerablemente. [1] Esto que encaja con nuestra trabajo ya que como se pudo observar, casi todas las pacientes tuvieron una condición estable al momento del alta.

Finalmente, indicar que según la literatura, dentro de los factores de alto riesgo para presentar embarazo ectópico se encuentran: cirugía correctiva de trompas y esterilización (cirugía pélvica previa), embarazo ectópico



previo, fracaso en métodos anticonceptivos, coito antes de los 18 años y tabaquismo. [5] [17] [18] [19] El coito en edades tempranas se encuentra como factor de riesgo leve en otras investigaciones. [22] En nuestro trabajo se ha evidenciado como factores de riesgo de mayor a menor según su prevalencia: el coito antes de los 18 años (0.40), cirugía pélvica previa (0.23), embarazo ectópico previo (0.12) y fallo en la anticoncepción (0.11). En un estudio realizado en Nigeria en el año 2012, con 215 mujeres con embarazo ectópico, se indica un 8.8% de pacientes con cirugía pélvica previa, un 3.4% de pacientes con embarazo ectópico previo, un 1% con fallo de método anticonceptivo, un 43.4% de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria previa. Como se puede notar comparando este estudio, al igual que en el nuestro, la cirugía pélvica previa es un factor de riesgo importante para ectopicidad. Llama la atención que en el estudio consultado, la enfermedad pélvica inflamatoria es un factor de riesgo elevado, mientras que en el nuestro no se pudieron recoger datos de esta enfermedad. En nuestro trabajo se indica que el coito antes de los 18 años, estaría formando parte de un factor de riesgo leve dentro del Hospital Vicente Corral Moscoso.

## CAPITULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES:

- La prevalencia de mujeres diagnosticadas de embarazo ectópico fue de 0.76%.
- De acuerdo a la edad, las mujeres de 24 a 27 años con, tuvieron la mayor prevalencia (25%) de presentar un embarazo ectópico.
- En nuestro hospital, es importante también la prevalencia de embarazos ectópicos dentro del grupo de las adolescentes, que en nuestro estudio alcanzó el 15.63% del total de pacientes
- Con respecto a la etnia se encontró que el 98,13% de mujeres con embarazo ectópico fueron de raza mestiza.
- La procedencia urbana en pacientes con embarazo ectópico fue del 60%.
- La principal ocupación de la mujeres diagnosticadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de embarazo ectópico fueron los quehaceres domésticos con 46.25%
- En el rango de 4.1 a 7 semanas de gestación fue donde más se presentaron casos de embarazo ectópico con un 50%
- Dentro de la sintomatología, dentro de las características clínicas encontradas en el diagnóstico de embarazo ectópico y que forman parte de la triada clásica diagnóstica descrita en la bibliografía, la metrorragia (61.88%) y el dolor pélvico (90.63%) siguen teniendo alto valor diagnostico según nuestro estudio, no así la masa anexial que solo se presentó en el 8,13%



- La trompa de falopio fue el lugar más preferente de implantación del ovulo fecundado (73.13%)
- La mayoría de casos fueron resueltos de forma quirúrgica (89.38%)
- El tratamiento con metrotexate (8.13%) y el expectante (1.88%) son utilizados en pocas ocasiones.
- De las pocas complicaciones que existieron el aborto tubárico tuvo mayor frecuencia (12.5%), casi en su totalidad la condición final de los casos fue estable (98.12%)
- El principal factor de riesgo encontrado en nuestro estudio fue el coito antes de los 18 años con una prevalencia de 0.40.
- Los factores de riesgo analizados por nuestro estudio no tienen una importancia mayor respecto a su participación en la manifestación de embarazo ectópico en nuestra población.



## CAPITULO VIII

### 8.1 ANEXOS

#### ANEXO N° 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO  
ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO DE LA CIUDAD  
DE CUENCA, DURANTE EL PERÍODO 2008 – 2012”**

**FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS  
CLÍNICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL  
MOSCOSO.**

**FORMULARIO No:** \_\_\_\_ **Nombre del recolector** \_\_\_\_\_

**HISTORIA CLÍNICA No:** \_\_\_\_\_

**1. EDAD (AÑOS).**

**2. PROCEDENCIA (Marque con una X)**

- Urbana.
- Rural.
- No se indica

**3. OCUPACIÓN (Marque con una X)**

- QQDD
- Empleada pública
- Empleada privada
- Estudiante
- Trabaja por cuenta propia
- Otras.
- Sin Especificar

Especifique \_\_\_\_\_

**4. ETNIA. (Marque con una X)**

- Blanco.
- Mestizo.
- Afroecuatoriano.
- Indígena.
- Otra.

Especifique \_\_\_\_\_

**5. EDAD DE GESTACIÓN. (En semanas)**

- < 4
- 4 - 7
- 8 - 11.
- >12.

**6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

- Metrorragia.
- Masa anexial.
- Dolor pélvico.
- Fiebre.
- Nausea.
- Vómito.
- Otra.

Especifique \_\_\_\_\_

**7. SITIO DE IMPLANTACIÓN.**

- Tubárico.
- Abdominal.
- Ovárico.
- Cervical.

**8. TRATAMIENTO.**

- Quirúrgico.
- Metrotexate.
- Expectante.
- Ninguno

**9. FACTORES DE RIESGO.**

- Tabaquismo.





- Coito antes de los 18 años.
- Edad >35 años.
- Embarazo ectópico previo.
- Cirugía pélvica previa.
- Uso de dispositivo intrauterino.
- Tratamiento de fertilidad.

**10. COMPLICACIONES.**

- Aborto tubárico.
- Rotura de trompa grávida.
- Ninguna

**11. CONDICIÓN FINAL DE LA PACIENTE.**

- Paciente estable.
- Paciente inestable.
- Paciente fallecida.
- Abandona el Servicio

**ANEXO N° 2**
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
<b>EDAD</b>	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Número de años cumplidos.	16 - 19 20 - 23 24 - 27 28 - 31 32 - 35 39 - 39 40 o más
<b>ETNIA</b>	Colectivo que se identifica a sí mismo y por otros en función de ciertos elementos comunes, como idioma, religión, tribus, características físicas.	Referencia de la paciente en la historia clínica	Blancos Mestizos Afroecuatorianos Indígenas. Otros.
<b>PROCEDENCIA</b>	Lugar del cual proviene la paciente.	Referencia de la paciente en la historia clínica	Rural. Urbano. No específica
<b>OCUPACIÓN</b>	Trabajo, oficio, empleo o actividad regular de la paciente, remunerada o no.	Referencia de la paciente en la historia clínica	Quehaceres Domésticos Empleada pública Empleada privada Estudiante Trabaja por cuenta propia Otras Sin Especificar
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.</b>	Signos y síntomas presentados y referidos respectivamente por la paciente.	Signos Síntomas	Metrorragia Masa anexial Dolor pélvico Fiebre Nausea Vómitos Otros
<b>EDAD GESTACIONAL</b>	Tiempo transcurrido desde la concepción del feto hasta el momento de referencia	Semanas de gestación	< 4 4.1 - 7 8 - 11 >12 Sin Especificar
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	Características o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad	Antecedentes médicos y hábitos de la paciente detallados en la historia clínica	Tabaquismo Coito antes de los 18 años Edad mayor de 35 años Embarazo ectópico previo Cirugía pélvica previa Uso de dispositivo intrauterino Tratamiento de fertilidad
<b>SITIO DE IMPLANTACIÓN</b>	Lugar de fijación del óvulo fecundado	Reporte ecográfico o quirúrgico de la historia clínica	Tubárico Abdominal Ovárico Cervical Sin especificar



<b>TRATAMIENTO</b>	Conjunto de medios de curación o alivio de una patología	Referencia en la historia clínica	Quirúrgico Metrotexate Expectante Ninguno
<b>COMPLICACIONES</b>	Condición no habitual que agrava un diagnóstico médico	Referencia en la historia clínica	Aborto tubárico Rotura de trompa grávida Ninguna
<b>CONDICIÓN FINAL DE LA PACIENTE</b>	Estado de la paciente al momento del alta	Referencia en la historia clínica	Paciente estable Paciente inestable Paciente fallecida Abandona el servicio

## 8.2 BIBLIOGRAFÍA

- [1] A. Pérez Sánchez, *Obstetricia*, 4 ed., Mediterraneo, 2011, pp. 511 - 529.
- [2] J. Botella Llusía y J. Clavero Núñez, *Tratado de Ginecología*, 14 ed., Ediciones Díaz de Santos, 1993, pp. 391 - 399.
- [3] Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), «Causas de Defunciones (Nacional),» 2010. [En línea]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/defunciones.html#app=12fd&c777-selectedIndex=1>. [Último acceso: 22 Marzo 2013].
- [4] A. Kurjak y F. Chervenak, *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*, 2 ed., Editorial Médica Panamericana, 2009, pp. 230 - 243.
- [5] G. Cunningham, K. Leveno, S. Bloom, J. Hauth, D. Rouse y C. Spong, *Williams Obstetricia*, 23 ed., McGraw-Hill, 2011, pp. 28 - 29, 36 - 41.
- [6] H. Rouvière, A. Delmas y V. Delmas, *Anatomía Humana: descriptiva, topográfica y funcional*, vol. II, Elsevier España, 2005, pp. 629 - 666.
- [7] The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, «Ectopic Pregnancy,» 2009. [En línea]. Disponible en: [www.acog.org/publications/patient\\_education/sp155.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/sp155.cfm). [Último acceso: 19 Marzo 2013].
- [8] A. Reece y J. C. Hobbins, *Obstetricia Clínica*, 3 ed., Editorial Médica Panamericana, 2010, pp. 161 - 176.
- [9] V. S. Tayal, H. Cohen y H. J. Norton, «Outcome of Patients with an Indeterminate Emergency Department First-trimester Pelvic Ultrasound to Rule Out Ectopic Pregnancy,» 2004. [En línea]. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecomonlinelibrary.wiley.com/whalecom0/doi/10.1197/j.ajem.2004.03.017/pdf>. [Último acceso: 19 Marzo 2013].
- [10] B. Enríquez, L. Fuentes, N. Gutiérrez y M. León, «Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico,» *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 29, nº 3, 2003.

- [11] K. R. Niswander, *Obstetricia: Práctica Clínica*, 1 ed., Editorial Reverte, 1987, pp. 139 - 150.
- [12] R. Shannon, I. Casikar, K. Barnhart y G. Condous, «Serum biomarkers for ectopic pregnancy diagnosis,» 2012. [En línea]. Disponible en: <http://hinari-gw.who.int/whalecominformahealthcare.com/whalecom0/doi/pdf/10.1517/17530059.2012.664130>. [Último acceso: 19 Marzo 2013].
- [13] J. Shaw, S. Dey, H. Critchley y A. Horne, «Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy,» *Human Reproduction Update*, vol. 16, nº 4, pp. 432 - 444, 2010.
- [14] A. Spiliopoulou, V. Lakiotis, A. Vittoraki, D. Zavou y D. Mauri, «Chlamydia trachomatis: time for screening?,» *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 11, nº 9, pp. 687-689, 2005.
- [15] M. Weigert, D. Gruber, E. Pernicka, P. Bauer y W. Feichtinger, «Previous tubal ectopic pregnancy raises the incidence of repeated ectopic pregnancies in In Vitro fertilization-embryo transfer patients,» *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, vol. 26, nº 1, pp. 13-17, 2009.
- [16] R. Lyons, E. Saridogan y O. Djahanbakhch, «The effect of ovarian follicular fluid and peritoneal fluid on Fallopian tube ciliary beat frequency,» *Human Reproduction*, vol. 21, nº 1, pp. 52-56, 2006.
- [17] United Nations Development Programme, United Nations Population Found, Word Health Organization, «Long-term reversible contraception: Twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C,» *Contraception*, vol. 56, nº 4, pp. 341 - 352, 1997.
- [18] X. Xiong, P. Buekens y E. Wollast, «IUD use and the risk of ectopic pregnancy: A meta-analysis of case-control studies,» *Contraception*, vol. 52, nº 1, pp. 23 - 24, 1995.
- [19] H. Boortz, D. Margolis, N. Ragavendra, M. Patel y B. Kadell, «Migration of Intrauterine Devices: Radiologic Findings and Implications for Patient Care,» *Radiographics: the journal of continuing medical education in*

- radiology*, vol. 32, nº 2, pp. 335 - 352, 2012.
- [20] B. Pier, A. Kazanjian, L. Gillette, K. Streng y R. Burney, «Effect of cigarette smoking on human oviductal ciliation and ciliogenesis.,» *Fertility and Sterility*, vol. 99, nº 1, pp. 199-205, 2013.
- [21] C. Schippert y et al., «The risk of ectopic pregnancy following tubal reconstructive microsurgery and assisted reproductive technology procedures,» *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 285, nº 3, pp. 863-871, 2012.
- [22] X. Molina, J. Narváez, J. Ñauta, M. Rodríguez y B. Vega, Normas en Obstetricia, 1 ed., Universidad de Cuenca, 2008, pp. 81 - 88.
- [23] R. Schwarcz, R. H. Fescina y C. A. Duverges, Obstetricia, 6 ed., Editorial El Ateneo, 2005, pp. 215 - 220.
- [24] N. Kadar, B. Caldwell y R. Romero, «A method of screening for ectopic pregnancy and its indications.,» *Obstetrics and gynecology*, vol. 58, nº 2, pp. 162 - 166, 1981.
- [25] M. Sowter y C. Farquhar, «Ectopic pregnancy: an update.,» *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, vol. 16, nº 4, pp. 289 - 293, 2004.
- [26] V. Sivalingam, W. Duncan, E. Kirk, S. Lucy y A. Horne, «Diagnosis and management of ectopic pregnancy.,» *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, vol. 37, nº 4, pp. 231 - 240, 2011.
- [27] G. Lipscomb, M. McCord, T. Stovall, G. Huff, G. Portera y F. W. Ling, «Predictors of Success of Methotrexate Treatment in Women with Tubal Ectopic Pregnancies,» *The New England Journal of Medicine*, vol. 341, nº 26, pp. 1974 - 1978, 1999.
- [28] K. Cleland, E. Raymond, J. Trussell, L. Cheng y H. Zhu, «Ectopic pregnancy and emergency contraceptive pills: a systematic review.,» *Obstetrics and Gynecology*, vol. 115, nº 6, pp. 1263-1266, 2010.
- [29] Katherine E. Dillon, Vasileios D. Sioulas, Mary D. Sammel, Karine Chung, Peter Takacs, M. Alka Shaunik, Kurt T. Barnhart, «How and when human chorionic gonadotropin curves in women with an ectopic pregnancy mimic other outcomes: differences by race and ethnicity»



*Fertility and Sterility*, vol. 98, nº 4, pp. 911-916, 2012. [En línea].  
Disponibile en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3731034/>  
[Último acceso: 10 Marzo 2014].

- [30] Cabrera Samith, Ignacio; Perales C, Iván; Romero A, Germán.,  
«Análisis epidemiológico y clínico del Embarazo Ectópico: Hospital  
Base de Los Ángeles - Chile» *Revista Chilena de Ginecología y  
Obstetricia*, vol. 75, nº 2, pp. 96-100, 2008. [En línea]. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-  
75262010000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000200004&script=sci_arttext) [Último acceso: 10 Marzo  
2014].