



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSTGRADOS

POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**Tesis previa a la obtención del
Título de especialista en
Ginecología y Obstetricia**

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTÓPICO INGRESADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014-2015**

Autor: MD. ANDREA ROSANA MOGROVEJO AVILA

Director: DR. NIMROD LUDIM SARMIENTO TAPIA

Asesor: DR. CARLOS EDUARDO ARÉVALO PELÁEZ

Cuenca – Ecuador

2016



RESUMEN

OBJETIVO

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico que acudieron al departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero del 2014 a junio del 2015, y conocer la opinión acerca del impacto que esta patología representa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuali-cuantitativa. La cuantitativa fue en una población de 56 pacientes. Los datos se recolectaron por entrevista directa y se analizaron en el software SPSS versión 2015, y la cualitativa, en 6 pacientes con entrevistas, y se analizaron con el programa ATLAS. ti.

RESULTADOS

La edad mínima fue 15 años, la máxima 45 y la mediana 26. Las gestas fluctuaron entre 1 y 6 y los partos, 1 y 5. La vida sexual inició desde los 13 años hasta los 25. Las parejas sexuales variaron entre 1 y 5. El 30,77% utilizaron alguna vez dispositivo intrauterino. El 4 % manifestaron antecedente de embarazo ectópico, y 89,31% con localización tubárica. El 37,50% de los hallazgos ecográficos fue líquido en el fondo de saco más masa anexial, y el 94,60% recibieron tratamiento quirúrgico. La mayoría de las pacientes tenían ansiedad, acompañado de dolor y sufrimiento, y deseaban que su embarazo culmine satisfactoriamente, y tenían miedo a que su embarazo ectópico se repita.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los resultados clínicos y epidemiológicos concuerdan con los reportados en la literatura, y se acompaña de sufrimiento, dolor y miedo a embarazarse

Palabras Claves: CARACTERISTICAS CLINICAS, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS, FACTORES DE RIESGO, HALLAZGOS ECOGRAFICOS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA - AZUAY



ABSTRACT

OBJECTIVE

Determine the clinical and epidemiological profile of patients with ectopic pregnancy who attended the gynecology department Vicente Corral Moscoso Hospital during January 2014 June 2015, and getting feedback about the impact that this disease represents.

MATERIALS AND METHODS

Qualitative and quantitative study. Quantitative was in a population of 56 patients. Data were collected by direct interview and analyzed using SPSS software version 2015, and qualitative interviews in 6 patients, and analyzed with the ATLAS. Ti program.

RESULTS

The minimum age was 15 years, maximum 45 and the median 26. The feats ranged from 1 to 6 and childbirth 1 and 5. The sexual life started from 13 years to 25. The sexual partners ranged between 1 and 5. The 30.77% ever used intrauterine device. 4% reported a history of ectopic pregnancy, and 89.31% with tubal location. 37.50% of ultrasound findings was liquid at the bottom of most adnexal mass sack, and 94.60% received surgical treatment. Most patients had anxiety, accompanied by pain and suffering, and they wanted their pregnancy culminating successfully, and were afraid to repeat his ectopic pregnancy.

CONCLUSION

Most clinical and epidemiological findings are consistent with those reported in the literature, and is accompanied by suffering, pain and fear of pregnancy

Keywords: CLINICAL, GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC HISTORY, RISK FACTORS, SONOGRAPHIC FINDINGS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA – AZUAY

**ÍNDICE**

	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPITULO I.....	9
1.1 INTRODUCCIÓN	9
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO II	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	12
CAPITULO III.....	20
3.2 OBJETIVO GENERAL	20
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
CAPITULO IV.....	21
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	27
4.6 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos	27
4.7 Plan de análisis.....	28
4.8 Aspectos éticos.....	30
CAPÍTULO V.....	31
5. RESULTADOS	31
Abordajes terapéuticos.....	36
CAPÍTULO VI.....	37
6. DISCUSIÓN	37
CAPÍTULO VII.....	48
7.1 CONCLUSIONES	48
7.2 RECOMENDACIONES	49
8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
9.0 ANEXOS.....	55



DERECHO DE AUTOR

Andrea Rosana Mogrovejo Avila, autor/a de la tesis **“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO INGRESADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014-2015”**, 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 Especialista en Ginecología y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 17 de Febrero de 2016

Andrea Rosana Mogrovejo Avila

C.I: 0301744140



RESPONSABILIDAD

Andrea Rosana Mogrovejo Avila, autor/a de la tesis **“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO INGRESADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014-2015”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 17 de Febrero del 2016

Andrea Rosana Mogrovejo Avila

C.I: 0301744140



AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de estar, vivir y aprender de esta bella profesión y especialidad, guiando mis conocimientos e intervenciones para hacer de mi profesión una herramienta para servir a los demás; a mi familia, de manera especial a mi esposo Rolando y a mi hija María Camila, pilares fundamentales y fieles motivadores de mis sueños, quienes con su paciencia y tolerancia han sido partícipes de llegar a culminar esta etapa muy importante de mi vida.

A las prestigiosas instituciones como el Hospital “Vicente Corral Moscoso” y la Universidad de Cuenca, formadores académicos y prácticos de mi especialidad.

LA AUTORA



DEDICATORIA

Este trabajo investigativo, lo dedico a mi amado esposo Rolando y María Camila hija de mi vida, por todo su amor, apoyo y por darme fuerza y ánimo para salir adelante en esta meta propuesta, a pesar de un sin número de dificultades que se han presentado en este largo y dificultoso camino.

Md. Andrea Rosana Mogrovejo Avila



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. A nivel mundial la incidencia varía entre el 1-2% (1).

La mayoría de los embarazos ectópicos se localizan a nivel de las trompas. Entre las opciones terapéuticas la cirugía es la más empleada en más del 90% de los casos. Otras alternativas son el manejo clínico, el cual generalmente se lo hace con el metotrexate. En los casos menos graves y que cumplan ciertos criterios el manejo es expectante (2).

El embarazo ectópico es la principal causa de mortalidad materna en el primer trimestre de gestación. Además, en algunas mujeres puede ser motivo de una infertilidad permanente debido a los tratamientos radicales que muchas veces se emplean (3)(4).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, las tasas de mortalidad materna son altas, se dice que cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, este hecho es más común en los países en vías de desarrollo en las zonas rurales y en las comunidades más pobres, con mayor frecuencia en mujeres de más edad y jóvenes adolescentes.

Las estadísticas indican de manera general que en el año 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos (5); enfocado a nuestra temática de estudio podemos apreciar que la tasa de mortalidad del embarazo ectópico a nivel internacional tal es el caso de Canadá representa el 4% de las muertes anuales, y en EEUU 35 por cada 10.000 mujeres (6), muy importante conocer además que en nuestro medio la realidad que se expresa durante el año 2008 reportan al embarazo ectópico con un porcentaje del 3.6% de las causas de mortalidad materna (7).

Deberíamos tener en cuenta que la mayoría de las muertes maternas son evitables, partiendo desde el punto de que todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal, y de manera particular evitar los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas.



Lamentablemente como se mencionó ya, la mortalidad materna es más frecuente en mujeres residentes de zonas rurales, quizá se deba a que las zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada, menos acceso a las diferentes áreas que brindan programas preventivos de salud, falta de información y por qué no indicar situaciones adversas ante sus prácticas culturales.

Es importante conocer los antecedentes que caracterizan a las pacientes, así como también sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo, la manera del enfoque dirigido para la misma, tanto en sus medidas complementarias que se utilizan para establecer un diagnóstico, y a través de este la conducta terapéutica tomada, basándose siempre en la función principal de preservar la fertilidad, ya que en algunos casos, el hecho de tratar a una paciente con embarazo ectópico en etapa ya complicada conlleva a tratamientos radicales, y a futuras consecuencias de infertilidad llevando a defectos que influyen en la esfera familiar, sexual, funcional de las mujeres, e incluso a repercusiones económicas.

Conociendo de manera general que el número de casos de embarazo ectópico en nuestra casa de salud es de 50 pacientes por año (8), es necesario conocer todas las características que delimitan a este problema, y así definir: Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico que son atendidas en esta casa de salud; y además conocer cuál es la opinión de las pacientes a cerca de la gravedad de esta patología relacionada con la mortalidad, saber que su gestación deberá culminar y también el hecho de la posible infertilidad como consecuencia de su tratamiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico que acudieron al departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero del 2014 a junio del 2015, y conocer la opinión acerca del impacto que esta patología representa?



1.3 JUSTIFICACIÓN

La razón fundamental de este estudio es obtener la información suficiente de esta patología materna para evitar sobre todo dos hechos fundamentales que implican riesgos para la mujer: el primero la morbilidad y el segundo la posibilidad de una infertilidad permanente. Aspectos que al momento son prioridades para las políticas del Ministerio de Salud Pública a través de la ley de maternidad gratuita.

Con el propósito de evitar las complicaciones que presenta a corto y largo plazo el embarazo ectópico, es necesario tratar de concientizar a todas las mujeres en edad fértil sobre la importancia que radica realizarse los controles tempranos y permanentes de la gestación, pues trabajando en este parámetro se reduciría las tasas de morbilidad y de tratamientos predisponentes a infertilidad secundaria.

Los resultados obtenidos con la investigación serán la evidencia para el análisis de la realidad, específicamente en salud materna, en el manejo clínico y sobre todo para implementar nuevas estrategias de atención primaria de la salud y de atención a nivel hospitalario.

Esta propuesta responde a las líneas de investigación de la Facultad de medicina, específicamente a la línea de salud sexual y reproductiva.

De esta manera pienso que una vez establecidos todos los resultados de este trabajo investigativo, contribuirá a la correcta toma de decisiones y a la formación educativa personal y del equipo de salud.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

El embarazo ectópico sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo, aunque la incidencia se ha mantenido sin cambios, especialmente en los países desarrollados en la última década. Varios factores son responsables de esto, incluyendo un diagnóstico equivocado y la falta de instituir el tratamiento adecuado a tiempo, el objetivo de preservar la fertilidad y reducir al mínimo la morbilidad asociada. Los recientes avances en imagen y biomonitorio han reducido el número de mujeres que se presentan con embarazo ectópico roto. Cualquier intento de reducir las consecuencias de los embarazos ectópicos, se centran en mejorar el diagnóstico del embarazo ectópico no accidentado y el tratamiento basado en la evidencia, que es rentable (9).

La normativa del Ministerio de Salud Pública clasifica en embarazo ectópico no accidentado cuando no existe rotura de la gestación y la paciente esta hemodinamicamente estable, en tanto que el embarazo ectópico accidentado se caracteriza por rotura e inestabilidad hemodinámica (10).

El embarazo ectópico se caracteriza por la implantación del ovocito fecundado fuera de la cavidad uterina; es una de las causas de disminución de la reproducción; común entre las 6 y 10 semanas de gestación; mayormente ocurre en multíparas solteras de 35 y 44 años. La epidemiología a nivel internacional refiere que en Jamaica se presenta 1 de 28 embarazos, y 1 en 40 en Vietnam, en EEUU 16 en 1000 embarazos; en Canadá como causa de mortalidad materna representa el 4% de 20 muertes anuales, y en EEUU 35 por cada 10.000 mujeres (11).

Durante el año 2005, en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" citan como la décima causa de morbilidad al embarazo ectópico con un número de 87 casos en relación a 5735 pacientes que representa el 1.4% (12).

Es necesario citar los parámetros que caracterizan a la paciente tanto demográficos como sus antecedentes ginecoobstétricos para poder establecer en este estudio cuales de estos son más frecuentes y se relacionan mayormente con esta entidad.



Es así que en una descripción de 78 pacientes con embarazo ectópico en el hospital SAN JUAN DE DIOS DE CALI, durante el año 2005-2006, reporta que la edad de presentación fue entre 14 y 38 años, con una mediana de 26, el 11,5% entre 10 y 19 años y el 83,4% tenían entre 20 y 34 años; en relación al estado civil 28 pacientes eran solteras, 46 con unión libre, 2 casadas y 1 paciente separada; en relación a la escolaridad básica secundaria representaba 19 pacientes, seguido de primaria con 13 pacientes, bachillerato completo 8 y 4 con tecnología (13).

En el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Perú, durante los años 2008-2010, un estudio citado por Edwin Yglesias Cánova, de 215 casos de embarazos ectópicos la edad de mayor afectación fue 28, la mayoría de las pacientes convivientes en un 55.2%, sin ocupación 72.8%, y con grado de instrucción secundaria completa 58.3%; en relación a la paridad el 75% de las pacientes eran nulíparas y apenas el 12% multíparas; de estas pacientes el 24.6% tuvo su primera relación sexual a los 15 años o menos, el 61.2% la tuvo entre los 16 y 19 años, y el 14.2% a los 20 años o más (14).

Al mencionar los factores de riesgo como característica de este estudio son varios, pues las investigaciones actuales reportan lo siguiente: durante el período de octubre 2002-febrero 2003 en la Maternidad del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, 50 mujeres con embarazo ectópico, de las cuales 31 mujeres consumían tabaco, 28 alcohol, y en relación a los antecedentes presentaron: cirugía ginecológica 11, abdominal 14, cesárea 15, procesos inflamatorios pélvicos 6, infertilidad 11, embarazo ectópico previo 5; pacientes con más de 2 parejas sexuales 19, uso de Dispositivo intrauterino en la concepción 12, DIU en algún momento de su vida 24, Anticonceptivos orales 6 (15).

Otro estudio realizado en el hospital Base de Los Ángeles, de enero a diciembre de 2008, de 70 pacientes con esta patología el 90% no usaban ningún método de anticoncepción, 4,3% usaban anticonceptivos orales y 5,7% usaban dispositivos intrauterinos; el 85,7% no tenía antecedentes de cirugías previas, el 10% tenía antecedentes de salpingectomía anterior y el 1,4% presentaba apendicectomía, colecistectomía o una cesárea, además el 5,7% tenía antecedentes de proceso inflamatorio pélvico, 18,5% tabaquismo, 12,9% de abortos previos, y 14,3% de embarazo ectópico anterior (16).



De la misma manera se publica el estudio realizado sobre los factores de riesgo del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" durante enero de 2005 a diciembre de 2007 con 447 pacientes, la edad de mayor presentación fue 20 a 29 años, las primeras relaciones sexuales fueron antes de los 18 años, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %; la enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, y el dispositivo intrauterino un 28,4 % (17).

El Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad McGill, Montreal QC 2011, cita que de 365 mujeres, 18 mujeres tuvieron un embarazo ectópico comparando con un embarazo intrauterino representado por 347 casos, en el cual la incidencia de la Fertilización In Vitro para embarazo ectópico fue de 4,9%, indica además que el hábito de fumar no afectó la incidencia de embarazo ectópico en esta población y que la cirugía previa para la endometriosis son factores de riesgo para el mismo (18).

La sintomatología que caracteriza a esta patología es variable pues depende del grado de complicación de la misma; el estudio realizado en el hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de 179 casos de embarazos ectópicos desde 2000 hasta 2007; las manifestaciones clínicas estuvieron representadas por, el dolor pélvico y amenorrea 47,48 %, amenorrea, dolor y sangrado genital 20,67 % (19).

Cito también un estudio integrado por 172 pacientes en el hospital "América Arias" desde el 1998 hasta el 2000; en el cual las manifestaciones clínicas más características fueron el dolor abdominal en el 98,9%, el sangrado vaginal con un 79,9 %, amenorrea el 68,1 % y síntomas de embarazo 12,2%; sin embargo reportan que en 55 casos 31,9 % no se presentó la tríada de dolor, amenorrea y sangrado; los hallazgos físicos más comunes fueron el tacto vaginal doloroso 98,3%, palidez cutánea mucosa 50,6 % y contractura abdominal 44,3 %, el 23,9 % con un shock y el 4,1 % con pérdida de conciencia (20).

Es interesante citar la presentación de un caso en el año 2012, publicado por Arturo Molina Sosa y colaboradores, en el hospital de Gineco-obstetricia Molina de México, sobre una paciente con embarazo ectópico con cicatriz de dos cesáreas anteriores, en quien dieron tratamiento a base de metotrexate, sin embargo ante el fracaso del



mismo, se empleó como terapéutica la histerectomía; pues en esta paciente asumiría que su paridad pudo haber estado satisfecha, pero esta ocurrencia en mujeres sin gestaciones previas sería una situación muy importante a considerar, de esta manera los autores de este estudio concluyen que el diagnóstico temprano sigue siendo la mejor opción para disminuir la morbilidad y mortalidad materna derivadas de este problema (21).

Para establecer el diagnóstico de esta patológica existen varias herramientas, las actuales e importantes consisten en realizar una anamnesis adecuada, valorar la clínica con su triada clásica formada por amenorrea, dolor y/o metrorragia, además establecer un diagnóstico ecográfico que con cifras de β -hCG superiores a 1000 UI/L debería visualizarse un saco gestacional intrauterino en tanto que una β -hCG 1500 UI/L con una imagen ecográfica de masa anexial sólido/quística y/o líquido libre en el fondo de saco de Douglas es muy sugestiva de gestación ectópica y una cifra de β -hCG 2400 UI/L sin imagen ecográfica de saco intrauterino se trata casi con seguridad de una gestación ectópica; mediciones de progesterona cuyos valores si se sitúan entre 5 ng/ml y 25 ng/ml la posibilidad de que se trate de una gestación viable intraútero es del 98%, si los valores son < 5 ng/ml muy probablemente se trata de una gestación no evolutiva (22).

En el año 2010, Ignacio Cabrera Samith y colaboradores, citan un estudio realizado en el hospital Base de Los Ángeles, con 70 casos de embarazo ectópico cuyo diagnóstico ecográfico mostró la presencia de una masa anexial en un 64,3%, después líquido libre en el fondo de saco de Douglas y la imagen de pseudosaco intrauterino, ambos con una frecuencia del 10% (23).

Entre el periodo de Julio del 2009 – 2011, en una revisión a cerca del diagnóstico ecográfico del embarazo ectópico de 200 casos, todos fueron sometidos a una ecografía transvaginal, este estudio informa que el endometrio mostró un grosor de 10,1 mm en 152 casos, un hematosalpinx en el 71%, el tamaño fue de 30,5 mm, encontrándose en el 64,5%, un saco gestacional ectópico con embrión en el 4,5%, y que en 51 casos no se observaron signos ecográficos patológicos y concluyen informando que la ecografía transvaginal es el método de elección en el diagnóstico de embarazo ectópico, excluir las mediciones de la BHCG (24).



Conocidas las características de la enfermedad, y correctamente establecido su diagnóstico, la conducta terapéutica que se establezca dependerá de los hallazgos presentados tanto clínicamente como de sus exámenes complementarios.

En la actualidad, la cirugía laparoscópica ha reemplazado a la cirugía abierta en este tipo de abordaje, y debe ser el tratamiento de elección en pacientes adecuadamente seleccionadas y hemodinámicamente estables; la cuernostomía a diferencia de la resección cornual, es una cirugía menos agresiva, que produce en general menor sangrado, pero ambas, deben ser realizadas por cirujanos con experiencia en suturas y nudos endoscópicos, de lo contrario existe un alto riesgo en el control de la hemostasia, que puede tener resultados catastróficos para la paciente; además el tratamiento médico, tanto con metotrexate sistémico y especialmente las inyecciones locales, son una buena alternativa de tratamiento, especialmente en localizaciones tubarias, pero tiene el inconveniente de hospitalizaciones más prolongadas, efectos colaterales más frecuentes y mayor tasa de fracasos, sobre todo en localizaciones no habituales (25).

En el tratamiento médico con metotrexate, se realiza con diferentes técnicas de aplicación: vía sistémica, mediante dosis repetidas o mediante una sola dosis, y la vía local mediante inyección directa. Puede usarse como tratamiento primario, tratamiento de ectópico persistente después de salpingectomía, profilaxis por sospecha de persistencia de productos de la concepción, después de tratamiento conservador quirúrgico y en casos inusuales de ectópico. El folinato cálcico (leucovorin) es útil como antídoto del MTX, lo cual permite dosis más altas de MTX al prevenir algunos de sus efectos secundarios y conservar células normales y prevenir toxicidad celular. En el esquema de multidosis, el MTX se administra 1 mg/ Kg /día intramuscular los días 1,3, 5,7, y leucovorin como sal de calcio los días 2, 4, 6 y 8 (0,1mg/Kg intramuscular). Se puede administrar un segundo tratamiento si existe aumento o meseta en dos valores consecutivos de dosificación de fracción B de GCH; el esquema de dosis única utiliza 50mg/m², vía inyección intramuscular, y no utiliza leucovorin, la dosis se puede repetir después de una semana, si la dosificación de fracción B de GCH no disminuye por lo menos 15% entre el día 4 y 7 después del tratamiento, las pacientes deben monitorizarse semanalmente después del tratamiento, con dosificación de fracción B de GCH hasta que no se detecte, la



efectividad del MTX fue revisada por Pisarka y cols. basados en 12 estudios con 20 pacientes cada uno, y concluyeron que el tratamiento con MTX es efectivo en el 78 a 96% de las pacientes; el 78% mostró permeabilidad tubaria postratamiento, el 65% que intentó embarazo subsecuente tuvo éxito y el 13% repitió el ectópico. El MTX ha sido usado en localizaciones cervicales, intersticiales, ováricas y abdominales, con resultados de hasta 80 a 90% de éxito (18).

En el año 2002, el Dr. Francisco Bueno y colaboradores, en el hospital Clínico San Borja Arriaran en Chile, reportan 102 casos de embarazos ectópicos; en el cual de 21 casos de EE no complicados 13 recibieron metotrexato y 8 fueron manejados con tratamiento expectante, 3 casos se complicaron requiriendo cirugía y con una tasa de éxito para ambos tratamientos del 85,71% (26).

Hansa Dhar y colaboradores, en el año 2011 en el hospital de Nizwa, de 60 casos de embarazo ectópico, indican que la tasa de éxito de la terapia de dosis de metotrexato fue del 65% y que el 35% necesitaron la intervención quirúrgica, pues el tiempo medio de resolución de embarazo ectópico fue de 32 días para una dosis única y 58 días para la repetición de segunda tercera dosis, no reportan efectos secundarios importantes y la fertilidad con éxito de 30% en el primer año seguido de 13,3% en el segundo año y una tasa de infertilidad secundaria de 11,6% (27).

Parichehr Kimiaei y colaboradores reportan que de 185 pacientes con embarazo ectópico, la administración intramuscular de una dosis única de metotrexate (50mg/m²) se llevó a cabo para medir los predictores de fracaso o resistencia al tratamiento que requiere intervención quirúrgica, 20 pacientes que recibieron una sola dosis de MTX fallaron a la respuesta, 6 indicaron efectos, el resto de los casos, concluyen informando que para encontrar contraindicaciones relativas de tratamiento con MTX debe ser considerado en el tamaño de saco gestacional (28).

Mavrelos D y colaboradores en el hospital de London, durante el año 2013, refieren que 339 pacientes, fueron diagnosticadas de embarazo ectópico tubárico, de estas 165 recibieron tratamiento expectante, 104 casos fueron resueltos sin ningún tipo de intervención quirúrgica, y las mujeres con manejo expectante fallido fueron tratados por salpingectomía laparoscópica y ninguno de ellos requiere una transfusión de sangre (29).



Para el abordaje terapéutico se debe tener un diagnóstico fiable; pues plantear un tratamiento que conlleve falta de fertilidad, representa para la mujer un dilema muy grande y atrae muchas consecuencias para el núcleo de la sociedad que en este caso es la familia; para algunas mujeres, la maternidad es una forma importante de su imagen, para otras, es su máximo anhelo e incluso existen mujeres que no necesariamente quieren convertirse en madres, pero son conscientes de las expectativas sociales en torno a la maternidad.

El estudio realizado en Pakistán de abril a mayo de 2008 refieren que la infertilidad es un problema mundial para millones de parejas, los países de bajos ingresos tienen tasas particularmente altas, de hasta el 30%, evalúan a 12 mujeres y 8 hombres que experimentan la falta de hijos, pues para las mujeres, la maternidad no es sólo una fuente de estatus y poder, es la única vía para garantizar su seguridad civil, además estas se enfrentan a consecuencias más severas como la psicosocial, social, emocional y física de tener hijos que los hombres. Ellas experimentaron abuso, la exclusión y la estigmatización a nivel de pareja, familiar y social, mientras que los hombres sólo experimentaron menor burla de sus amigos. Las mujeres buscaban cesar los tratamientos de infertilidad invasivos, mientras que la mayoría de los hombres asumieron que no había nada malo en sí mismos. Este estudio pone de relieve la forma en que los roles y normas de género dan forma a las experiencias asociadas con la falta involuntaria de hijos para los hombres y las mujeres (30).

De esta manera, una publicación basada en los de datos de Medline, que abarca artículos relacionados al tema que establecieron contacto personal con algunos centros de investigación y atención de pacientes infértiles, tales como el Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción (CEGYR) y el Centro San Isidro, en Buenos Aires; y, en Santiago, las clínicas Las Condes y Las Nieves; se ha incluido también a las bibliotecas de las universidades chilenas para recolectar tesis de alumnos de psicología en el tema, en este estudio se reporta la prevalencia de los sentimientos reportados por pacientes infértiles, se ha encontrado lo siguiente: sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada,



miedo, pérdida de la libido, impotencia, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión, e ideación suicida (31).



CAPÍTULO III

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico que acudieron al departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2014-2015 y conocer la opinión de las mismas acerca del impacto que representa esta patología.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.3.1 Describir las principales variables de estudio: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación.
- 3.3.2 Describir las variables ginecoobstétricas: gestas, abortos, partos, cesáreas, inicio de la vida sexual activa, número de parejas sexuales.
- 3.3.3 Describir los factores de riesgo: embarazo ectópico previo, antecedente de cirugía pélvica, uso de anticonceptivos, tabaquismo.
- 3.3.4 Describir los principales hallazgos ecográficos
- 3.3.5 Describir las características clínicas de la patología: edad gestacional, sitio de afectación, sintomatología clásica, complicaciones como fallecimiento y tratamiento radical.
- 3.3.6 Determinar los principales abordajes terapéuticos tanto clínicos como quirúrgicos.



CAPÍTULO IV

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio mixto cuali-cuantitativo, la parte cuantitativa fue un estudio de casos, y lo cualitativa se realizó a través de entrevistas a profundidad.

4.2 Área de estudio

El presente estudio se realizó en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, el cual está ubicado en la provincia del Azuay, cantón Cuenca, el mismo que fue fundado a mediados del siglo XVI, es una casa de salud de segundo II nivel de atención y de cuarto nivel de complejidad, es el único sanatorio público de este nivel de la ciudad de Cuenca y único a nivel zonal en ofrecer atención en ciertas especialidades, se encuentra, consta de las 4 especialidades básicas como es cirugía, ginecología, pediatría, y clínica, además subespecialidades correspondientes a cada área, forma parte del sistema de referencia y contra-referencia y atiende las 24 horas del día; el departamento de ginecología cuenta con 14 camas, obstetricia con 30 camas y el área de emergencia ginecológica con 2 camas, en promedio se asiste 1840 partos al año (32).

4.3 Población de estudio

Se investigó a la población con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico por la clínica, ecografía y medición de BHCG.



4.4 Operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Tiempo	Años	< 34 35 – 39 ≥40
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes establecidos ante la ley	Situación determinada por relaciones familiares	Tipo de situación que se registra ante la ley	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada
Nivel de instrucción	Es el grado académico alcanzado por una persona en una institución de educación formal	Nivel de grado académico alcanzado	Tipo de grado	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Trabajo que desempeña una persona para ganar el sustento diario	Trabajo de desempeña	Tipo de trabajo	QQDD Emp. publica Emp. privada Estudiante
Antecedente de gestaciones	Número de embarazos que ha tenido la paciente	Número de embarazos	Número	1 2-4 ≥ 5

**Operacionalización de variables**

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Antecedente de aborto</i>	Número de abortos que ha tenido la paciente diagnosticado por un médico o personal del equipo de salud.	Número de abortos	Número	0-2 ≥ 3
<i>Antecedente de cesárea</i>	Número de cesáreas que ha tenido la paciente	Número de cesáreas	Número	0-1 2 ≥ 3
<i>Inicio de la vida sexual activa</i>	Edad de la primera relación sexual manifestada por paciente	Edad de la primera relación sexual	Edad	≤ 18 19-35 ≥ 35
<i>Número de Parejas sexuales</i>	El número de personas con las que la paciente ha tenido relaciones sexuales	Número de personas sexuales	Número	1 ≥ 2
<i>Antecedente de embarazo ectópico previo</i>	Antecedente manifestado por la paciente de haber presentado un embarazo ectópico previamente.	Antecedente de embarazo ectópico	Tipo de antecedente	Si No
<i>Antecedente de cirugía pélvica anterior</i>	Antecedente manifestado por la paciente de haber sido intervenida quirúrgicamente por alguna patología pélvica	Antecedente de intervención quirúrgica	Tipo de antecedente	Si No

**Operacionalización de variables**

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Antecedente de uso de anticonceptivos hormonales orales o inyectables</i>	Antecedente manifestado por la paciente de haber sido usuaria de anticonceptivos hormonales orales o inyectables en el último año.	Antecedente de uso de hormonas orales o inyectables	Tipo de antecedente	Si No
<i>Antecedente de uso de anticonceptivos hormonal de depósito como el implante</i>	Antecedente manifestado por la paciente de haber sido usuaria de anticonceptivos hormonales de depósito en el último año	Antecedente de uso de hormonas de depósito	Tipo de antecedente	Si No
<i>Antecedente de uso de anticonceptivos como el dispositivo intrauterino</i>	Antecedente manifestado por la paciente de haber sido usuaria de anticonceptivos como el dispositivo intrauterino en el último año	Antecedente de uso de dispositivo intrauterino	Tipo de antecedente	Si No
<i>Antecedente de tabaquismo</i>	Antecedente manifestado por la paciente sobre el consumo de tabaco actualmente o en algún momento de su vida	Consumo de tabaco	Tipo de antecedente	Actualmente o en algún momento de su vida Nunca

**Operacionalización de variables**

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Hallazgos ecográficos</i>	Lectura del informe de los hallazgos encontrados en el diagnóstico ecográfico	Reporte de hallazgos ecográficos	Tipo de informe	Líquido libre en fondo de saco de Douglas Masa anexial Pseudosaco Otros
<i>Diagnóstico de edad gestacional al momento de la entrevista</i>	Tiempo de gestación contando desde la fecha de la última menstruación hasta el momento de la entrevista	Tiempo de gestación	Semanas	< 6 6 – 10 > 10
<i>Localización anatómica del embarazo ectópico</i>	Visualización de la localización del embarazo ectópico durante el procedimiento quirúrgico	Localización del embarazo ectópico	Tipo de localización	Tubárico Cornual Abdominal Ovárico Cervical Heterotópico
<i>Triada clásica de sintomatología del embarazo ectópico</i>	Síntomas y signos manifestados por la paciente sugerentes de embarazo ectópico: dolor amenorrea y sangrado	Síntomas y signos sugerentes de embarazo ectópico	Tipo de síntoma y signo	Dolor hipogástrico Amenorrea Sangrado transvaginal
<i>Fallecimiento</i>	Pérdida de la vida de la gestante como consecuencia de la rotura del mismo	Pérdida de la vida	Tipo de consecuencia	Si No

**Operacionalización de variables**

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Tratamiento radical</i>	Conducta terapéutica establecida para pacientes no candidatas para recibir tratamiento médico ni expectante, afectando su fertilidad futura	Conducta terapéutica	Tipo de conducta	Salpinguectomía Oforectomía
<i>Tratamiento expectante</i>	Conducta terapéutica que necesita seguimiento muy cercano y bajo ciertas condiciones	Conducta terapéutica	Embarazo tubario no accidentado Estabilidad hemodinámica BHCG > 1000 Masa > a 35 mm	Si No
<i>Tratamiento farmacológico</i>	Opción terapéutica mediante administración de diversos fármacos	Opción terapéutica	Embarazo tubárico no accidentado Estabilidad hemodinámica BHCG > 6000 Masa > 40mm	Si No
<i>Tratamiento quirúrgico</i>	Conducta terapéutica mediante aplicación de diversas técnicas quirúrgicas	Conducta terapéutica	Paciente que no cumpla los criterios para tratamiento expectante o farmacológico.	Salpinguectomía Salpingostomía Ordeñamiento tubárico Oforectomía Fimbriectomía



4.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

1. Pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico que ingresan al departamento de ginecología del hospital "Vicente Corral Moscoso".

Criterios de Exclusión

1. Pacientes que ingresen al departamento de ginecología y no deseen dar la información requerida para las variables de estudio; y para el estudio cualitativo pacientes con enfermedades mentales o que se nieguen a ser entrevistadas.

4.6 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

Se socializó el tema a las autoridades de esta casa de salud, con el objetivo de que se permita recolectar toda la información de manera directa de la paciente.

Las pacientes que llegaban a esta casa de salud ingresaban al departamento de emergencia ginecológica, donde se les diagnosticaba de embarazo ectópico por medio de ecografía realizada por el equipo de imagenología y también a través de medición de BHCG en laboratorio propio de la institución.

Luego se daba traslado a la paciente al departamento de ginecología, una vez asignada su habitación, se realizaba la recolección de datos por medio de un formulario que consistía de las siguientes preguntas: edad, estado civil: soltera casada unión libre viuda divorciada; nivel de instrucción: analfabeta primaria secundaria superior; ocupación: QQQD empleada pública empleada privada estudiante; antecedentes ginecoobstétricos: gestas, partos, cesárea inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales; factores de riesgo: embarazo ectópico previo, cirugía pélvica anterior, uso de anticonceptivos hormonales orales inyectables, dispositivos intrauterinos y de depósito como el implante, hábito tabáquico: Ha consumido tabaco anterior o actualmente y nunca; hallazgos ecográficos: líquido libre en fondo de saco de Douglas, masa anexial, pseudosaco; diagnóstico de la edad gestacional en la escala de < 6 6-10 y > de 10 semanas; localización del embarazo ectópico: trompa, cuerno, ovario, abdomen, cérvix y heterotópico; sintomatología: dolor abdominal amenorrea y sangrado transvaginal; complicaciones: fallecimiento y tratamiento radical incluyendo salpinguectomía y oforectomía; opciones terapéuticas: tratamiento



expectante farmacológico y quirúrgico dependiendo de las condiciones que presente la paciente.

La partecualitativa, consistió en una evaluación rápida y participativa, centrada en el análisis del discurso de mujeres que acudieron al departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, se realizaron entrevistas a profundidad para lo cual se elaboró guías de preguntas semi-estructuradas.

El lugar donde se realizaron las entrevistas se determinó en función de los siguientes criterios: comodidad, privacidad y seguridad para las pacientes.

Se realizaron 6 entrevistas a profundidad a mujeres con embarazo ectópico previo al alta. Los discursos fueron analizados con relación al concepto de culminación del embarazo, posible infertilidad y el riesgo de muerte.

4.7 Plan de análisis

Para el análisis se debió en primera instancia distinguir el tipo de variable, y se procedió al cálculo de las mediciones siguientes mediante el programa SPSS v15.

Para las variables categóricas (nivel de instrucción, estado civil, ocupación, cirugía pélvica anterior, embarazo ectópico previo, uso de anticonceptivos, tabaquismo, hallazgos ecográficos, sintomatología clásica, complicaciones como fallecimiento y tratamiento radical, opciones terapéuticas: tratamiento expectante farmacológico y quirúrgico) determinamos las siguientes mediciones: frecuencia, porcentajes y tabla de distribuciones.

Para las variables discretas (edad, gestas, abortos, partos, cesáreas, inicio de la vida sexual activa, número de pareja sexuales, edad gestacional) determinamos valores mínimos, máximos, mediana y tabla de distribución.

Para la investigación cualitativa se organizó primero la fase de reflexión que está formada por la identificación del tema y preguntas a investigar, la fase de planteamiento donde se seleccionó de un contexto, una estrategia, preparación del investigador, escritura del proyecto, una fase de entrada con selección de informantes y casos, realización primeras entrevistas y observaciones una fase de recogida productiva y análisis preliminar, una fase de salida del campo y análisis intenso y por último una fase de escritura.



Las pacientes que participaron en el estudio fueron escogidas por la investigadora, en el momento en que estuvieron hospitalizadas, se les explicó a cerca del estudio y una vez que firmaron el consentimiento se les invitó al cuarto de revisiones el mismo que tiene características de ser cómodo, privado y silencioso.

Se realizó una presentación de la autora del trabajo investigativo; además con el objetivo de crear una relación médico paciente adecuada, basada en la confianza íntegra, primero se conoció el nombre para llamarla por el mismo, la edad y el estado civil.

Se les realizó entrevistas a profundidad de 30 minutos aproximadamente, con preguntas no dirigidas, el entrevistador guió la conversación con la paciente en caso de que esta se desvíe del tema, para ello se utilizó una guía de preguntas, se grabaron en un dispositivo móvil y se transcribió el audio a texto, esta información fue procesada y analizada utilizando el programa informático de análisis cualitativo ATLAS.ti. A través de códigos, memos e interpretaciones se identificaron los aspectos principales que se desean conocer.

La meta de nuestro estudio fue conocer la opinión de las pacientes ante su diagnóstico de embarazo ectópico, tomando en cuenta 1. Los pensamientos y sentimientos de las pacientes en relación a la oportunidad brindada de ser madre, si puede recordar cuando supo que estaba embarazada, si dijo a alguien, que le paso por su cabeza, que ocurrió para que esto sucediera, y su contrario el hecho de que por su actual estado de salud se tenga que terminar el curso de su embarazo. 2. Los pensamientos y sentimientos de las madres en relación a la posible infertilidad como consecuencia del tratamiento radical que podrían recibir, incluyendo temores, preocupaciones, esperanzas, sus aparentes causas. 3. Los pensamientos y sentimientos de las madres al conocer su riesgo de muerte ante complicaciones graves que se hubiese presentado al ser portadoras de esta enfermedad, conocer su reacción, la necesidad de sentir compañía.

Se procedió a recolectar la información a través de las siguientes preguntas:

¿En el diario vivir una de las metas más importantes para las mujeres es el ser madre, me puede usted, explicar que sintió al conocer este hecho?



¿Al saber la situación complicada de su salud actualmente, Usted ha recibido el apoyo de sus familiares?

¿Se la ha explicado a usted, sobre su situación, pues esta patología tiene un sinnúmero de posibles causas, sin embargo cuál cree usted que pudo haber sido la principal?

¿Lamentablemente esta enfermedad en sus etapas complicadas como son los casos que por lo general se presentan, la mayoría reciben tratamientos radicales, es decir procedimientos que a lo largo del tiempo será una causa que disminuya la posibilidad de tener hijos, cuál es su pensamiento a cerca de esta realidad?

¿Cuál es su manera de pensar frente a la conducta de que se debe terminar el embarazo que estaba cursando?

¿Esta patología, en algunas mujeres es una causa muy importante de mortalidad, si ese hubiese sido el caso en usted, que me podría decir al respecto?

4.8 Aspectos éticos

En la presente investigación se garantizó los derechos de las pacientes a conocer en detalle el propósito del presente estudio, se les brindó la posibilidad de participar o no en el estudio y de retirarse cuando lo consideren necesario. Como constancia de su aceptación de participar en el estudio, firmaron un consentimiento informado (Ver anexo 2).

No se realizó durante la investigación ningún procedimiento que pueda causar daño a la paciente. Se le brindó al final de la evaluación información relacionada a la condición de su salud estudiada, las indicaciones necesarias para que se modifiquen los factores negativos y, en el caso de necesitar valoraciones adicionales, se solicitó la interconsulta a la especialidad correspondiente.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Características del grupo de estudio

El grupo etario de mayor frecuencia corresponde al de < 34 años, con una edad mínima de 15 años, una máxima de 45 y una mediana de 26. El estado civil entre casada y unión libre representa el 71,50%. El nivel de instrucción estuvo representado por la secundaria 46,40% seguida de la primaria 37,50%. Y en relación a la ocupación la mayoría de las pacientes se dedicaban a quehaceres domésticos 55,40% (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del grupo de estudio según las variables socio-demográficas, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2015

VARIABLE	FRECUENCIA (56)	PORCENTAJE
Grupo etario		
<34	48	85,71
35-39	66	10,70
≥ 40	2	3,60
Estado civil		
Soltera	15	26,80
Casada	17	30,40
Unión libre	23	41,10
Divorciada	1	1,80
Nivel de instrucción		
Primaria	21	37,50
Secundaria	26	46,40
Superior	9	16,10
Ocupación		
QQDD	31	55,40
Empleada pública	4	25,00
Estudiante	11	19,70

Fuente: directa

Elaboración: Md. Rosana Mogrovejo Avila



Antecedentes Gineco-obstétricos

El número de gestaciones de las pacientes fluctuó entre el rango de 2-4 (55,35%), con un máximo de 6, un mínimo de 1 y una mediana de 1. El número de partos estuvo alrededor de 0-1 (69,64%) con un máximo de 5, un mínimo de 1 y una mediana de 1. En relación a las cesáreas la mayoría de las pacientes tenían entre 0-2 (96,42%) con un máximo de 3. Para el número de abortos un máximo de 2. El inicio de la vida sexual activa la mayoría manifestaron que fue antes de los 18 años con una edad mínima de 13, una máxima de 25 y una mediana de 17. El mayor número de parejas sexuales fue ≥ 2 con un mínimo de 1, un máximo de 5 y una mediana de 2 (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución del grupo de estudio según los antecedentes Gineco-obstétricos, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2015

VARIABLE	FRECUENCIA (56)	PORCENTAJE
Gestas		
1	24	42,85
2-4	31	55,35
≥ 5	1	1,78
Partos		
0-1	39	69,64
2-4	16	28,57
≥ 5	1	1,78
Cesáreas		
0-2	54	96,42
≥ 3	2	3,57
Inicio de la vida sexual activa		
≤ 18	36	76,59
19-35	11	23,40
Número de parejas sexuales		
1	14	32,55
≥ 2	29	67,44

Fuente: directa

Elaboración: Md. Rosana Mogrovejo Avila



Factores de riesgo

El antecedente de embarazo ectópico estuvo presente en el 4% de la población. En el 32,30% de los casos manifestaron haber presentado algún tipo de cirugía pélvica anterior de las cuales la esterilización tubárica se presentó 5,40% y la recanalización tubárica en el 3,60%. Fueron usuarias de anticonceptivos el 99,96%, de la cual el 53,85% uso métodos orales e inyectables, el 15,38% anticonceptivo de depósito (implante) y el 30,77% uso el dispositivo intrauterino. Y el 4% de todas las pacientes manifestaron hábito tabáquico (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución del grupo de estudio según los factores de riesgo, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2015

VARIABLE	FRECUENCIA (56)	PORCENTAJE
Embarazo ectópico previo	2	4,00
Cesárea	9	16,10
Recanalización tubárica	2	3,60
Quistectomía ovárica	2	3,60
Salpingostomía	1	1,80
Esterilización tubárica	3	5,40
Miomectomía	1	1,80
Antecedente de uso de anticonceptivos hormonales orales o inyectables	14	53,85
Antecedente de uso de anticonceptivo hormonal de depósito como el implante	4	15,38
Antecedente de uso de anticonceptivos como el dispositivo intrauterino	8	30,77
Antecedente de tabaquismo	4	7,14

Fuente: directa

Elaboración: Md. Rosana Mogrovejo Avila



Hallazgos ecográficos

El hallazgo ecográfico más frecuente fue la presencia de líquido en fondo de saco de Douglas más una masa anexial en el 37,50% de los casos, seguido de líquido en fondo de saco sin ningún otro hallazgo en el 26,80%(Tabla 4).

Tabla 4. Distribución del grupo de estudio según los hallazgos ecográficos y características de la patología, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2015

VARIABLE	FRECUENCIA (56)	PORCENTAJE
Hallazgos ecográficos		
Líquido en fondo de saco y masa anexial	21	37,50
Líquido en fondo de saco Masa anexial	15	26,80
Líquido en fondo de saco y pseudosaco	2	3,60
Hemoperitoneo	1	1,80

Fuente: directa

Elaboración: Md. Rosana Mogrovejo Avila



Características clínicas de la patología

La edad gestacional que más presentaron las pacientes fue entre 6 y 10 semanas de gestación 51,50%. La trompa de Falopio fue el lugar de implantación de mayor frecuencia 89,31%, En relación a la sintomatología la triada clásica de dolor hipogástrico, amenorrea y sangrado transvaginal estuvo presente en el 35,70% de los casos. Y la complicación que se registró en la mayoría de las pacientes fue el tratamiento radical en el 87,50% y la salpinguectomía representó un 92,45% (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución del grupo de estudio según las características clínicas de la patología, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2015

VARIABLE	FRECUENCIA (56)	PORCENTAJE
Edad gestacional		
< 6 semanas	20	38,40
6-10 semanas	32	51,50
Localización del embarazo ectópico		
Tubárico	50	89,31
Ovárico	4	7,10
Cornual	3	3,60
Sintomatología clásica		
Dolor hipogástrico, amenorrea y sangrado	20	35,70
Dolor hipogástrico y amenorrea	16	28,60
Dolor hipogástrico	10	17,90
Dolor hipogástrico y sangrado	8	14,30
Amenorrea y sangrado	2	3,60
Complicaciones		
Tratamiento radical	49	87,50

Fuente: directa

Elaboración: Md. Rosana Mogrovejo Avila



Abordajes terapéuticos

El porcentaje de las pacientes que cumplieron con las condiciones de recibir tratamiento expectante fue del 2%, tratamiento farmacológico se empleó en el 3,60% de los casos y el tratamiento quirúrgico fue la conducta terapéutica más empleada 94,60%, el procedimiento que más se realizó fue la salpinguectomía en el 92,45% de las pacientes (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución del grupo de estudio según los abordajes terapéuticos: clínicos y quirúrgicos, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2014-2015

VARIABLE	FRECUENCIA (56)	PORCENTAJE
Tratamiento expectante	1	2,00
Tratamiento farmacológico	2	3,60
Tratamiento quirúrgico		
Salpinguectomía	49	92,45
Ordeñamiento tubárico	1	1,89
Salpingostomía	1	1,89
Fimbriectomía	1	1,89
Oforectomía	1	1,89

Fuente: directa

Elaboración: Md. Rosana Mogrovejo Avila



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

El estudio de Guerra y cols., en Cuba con 256 pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico, al analizar la edad se identificó que el 37,9% de las pacientes tienen entre 19 y 24 años de edad, de las cuales cerca del 15,4% de las mujeres manifestaron haber tenido algún episodio de enfermedad pélvica. Entre los factores predisponentes identificados por los autores están la inflamación pélvica, esterilidad y legrados con el 37,9%; 26,6 y 19,5% respectivamente. Entre las complicaciones observadas en las mujeres con embarazo ectópico estuvieron la anemia 62,1% y el shock hipovolémico con el 25,3% (33).

El análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico realizado por Cabrera y cols., en Chile con una muestra de 70 pacientes, determinó que el promedio de edad materna fue de 30,6 años. Aproximadamente el 78,6% de las mujeres eran multíparas y el 90% no utilizaron ningún método anticonceptivo. En el 85,7% de las mujeres no se identificaron antecedentes de cirugías previas. Según el tipo de patología ginecológica, el 5,7% tuvo antecedentes de procesos inflamatorios pélvicos, 18,5% manifestaron ser fumadoras, en el 12,9% hubo historia de abortos previos y; un dato interesante, el antecedente de embarazo ectópico anterior en el 14,3% de mujeres. En el 95,7% de pacientes el manejo quirúrgico fue la primera opción. Las complicaciones se observaron en el 78,6% de las pacientes, siendo la principal el hematosalpinx (34).

Martínez y cols., en Perú afirman que por cada 49 partos se presenta un embarazo ectópico. Según la revisión de 348 historias clínicas de mujeres diagnosticadas de embarazo ectópico, el promedio de edad es de 29,2 años, 28,5% de las pacientes fueron solteras, 65,6% de las pacientes manifestó tener más de una pareja sexual y 25,9% fueron nulíparas. El 25,9% de las pacientes tuvo antecedentes quirúrgicos de legrado uterino o aspiración manual endouterina; manifestaron tener antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria el 22,1%, y 33,8% de las mujeres utilizaban el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. En relación al tiempo promedio de amenorrea este fue de $6,8 \pm 2,1$ semanas y la sintomatología principal fue el dolor abdominal en el 97,9%. La ecografía transvaginal demostró tumor anexial en 70,7%



de los casos. En el 94,8% de los casos el tratamiento fue quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. El principal procedimiento quirúrgico realizado fue la salpingectomía total en el 67,6%. La localización más frecuente fue la tubárica en el 94,5%, especialmente en la región ampular (35).

El embarazo ectópico, es una patología que se presenta cada vez con mayor frecuencia a nivel mundial, debido sobre todo a los cambios en el comportamiento de la vida sexual de los jóvenes que afectan su salud reproductiva (36).

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. (2) Es considerado una verdadera emergencia médica (37).

En nuestro estudio se analizan 56 casos de embarazo ectópico que fueron atendidos en el Departamento de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Según la literatura, en los Estados Unidos el 2% de todos los embarazos del primer trimestre son ectópicos. La frecuencia varía según las publicaciones de 1/49, 1/152 1/298 (38).

Este estudio muestra que las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico tienen un promedio de edad de 27 años. Cifra que se corresponde con otros estudios como el de Cabrera y cols., en Chile quienes determinaron que el promedio de edad en las mujeres con embarazo ectópico es de 30,6 años (33) Para Martínez y cols., en Perú según la revisión de 348 historias clínicas de mujeres diagnosticadas de embarazo ectópico, el promedio de edad es de 29,2 años. En cambio en el estudio de Sánchez y cols., en Cuba la edad de las mujeres con embarazo ectópico estuvo entre los 26 a 35 años (39). Nosotros, determinamos que el 85.71% de las pacientes atendidas tienen edades menor a 34 años.

De acuerdo a los estudios el embarazo ectópico es responsable del 3 a 4% de las muertes asociadas a la gestación, de las cuales el 90% son a causa de hemorragias (40).

Se observó en este estudio que la localización más frecuente del embarazo ectópico fue a nivel de las trompas de Falopio en un 89%, en menor frecuencia se localizó a nivel cornual y ovárico. Nuestros resultados concuerdan con la mayoría de estudios publicados, que afirman que la localización más frecuente del embarazo ectópico es la tubárica (41) (2). De acuerdo a la revisión de 203 casos por Villanueva y cols., los embarazos ectópicos más frecuentes son los tubáricos 97,04%, ampulares 47,72%,



ístmicos 29,44%, intersticiales 7,11%, fimbricos 4,06% y en 11,67% de los casos no se precisó la ubicación (42). Para Revel y cols., el embarazo ectópico localizado en las trompas de Falopio es dos veces más común con la fertilización in vitro comparado con la concepción natural (43).

La principal sintomatología por la que las pacientes acudieron al especialista en este estudio es el dolor en un 60.70% de las pacientes, y en menor porcentaje lo hicieron por amenorrea o sangrado. De hecho este resultado es similar al de Mórigan y cols., quienes afirman que el dolor es el síntoma más frecuente en el 93,5% de las mujeres, la ocurrencia de sangrado transvaginal es del 67,5%, con un tiempo promedio de amenorrea de 7,33 semanas (44).

La triada de dolor abdominal, amenorrea y sangrado se presenta en el 67,5% de las pacientes según el estudio de Martínez (45), este valor es menor, con un porcentaje del 35,1% según el estudio de Sánchez (32). En nuestro estudio el diagnóstico clínico más frecuente en las pacientes fue dolor, amenorrea y sangrado en el 35,7% de las pacientes.

En cuanto al perfil médico de las pacientes, la mayoría no tienen antecedentes patológicos, manifestaron vivir en unión libre el 41,1%, con un nivel de educación de secundaria el 46,4% y en un alto porcentaje, 55,4% se dedican a los quehaceres domésticos. Mientras que dentro de los antecedentes mórbidos el 32,3% de las pacientes manifestaron haberse sometido a alguna cirugía pélvica anterior. Entre los procedimientos quirúrgicos que se realizaron están las cesáreas, recanalización de trompas, quistectomía, salpingostomía, miomectomía y cirugías para la obstrucción tubárica bilateral. Los procedimientos quirúrgicos abdominopélvicos, son responsables en muchos casos de desarrollar adherencias o procesos inflamatorios, lo cual provoca alteración de los oviductos. Aproximadamente el 9 % había tenido cirugías a nivel de trompas, procedimiento que ha sido considerado como factor de riesgo para embarazo ectópico. Y se demuestra que el 67,90% no manifestó tener antecedentes de procedimientos quirúrgicos.

El tabaquismo estuvo presente en el 7,14% de mujeres estudiadas, antecedente importante, debido a que se lo considera un factor de riesgo para embarazo ectópico,



además se conoce que afecta a la inmunidad y a la motilidad de las trompas uterinas. El 13% de mujeres en el estudio de Mórigan y cols., fueron fumadoras (46).

Cerca del 46,40% de las pacientes en nuestro estudio refirieron que utilizan algún método anticonceptivo, siendo los anticonceptivos inyectables los más utilizados 53,85%. El 30,77% de las pacientes usó o usaba un DIU al momento de ser diagnosticadas de embarazo ectópico, cifra superior a la de otros estudios cuyos valores varían entre 18 y 26% (39). La probabilidad de embarazo ectópico cuando los dispositivos intrauterinos fallan aumenta considerablemente (47). Entre las principales causas de incremento del embarazo ectópico están la enfermedad pélvica inflamatoria, en nuestro estudio las pacientes no manifestaron antecedentes de este problema de salud. Otro factor de riesgo importante, es el antecedente de embarazo ectópico previo con un OR de 2,98 según el estudio de Barnhart. (48), en nuestro estudio se puede observar que el 4% de las pacientes tenían este antecedente.

Para Urrutia y cols., los principales factores de riesgo de embarazo ectópico son los antecedentes de cirugía ginecológica, antecedentes de cirugía abdominal, uso de DIU al momento de la concepción, número de parejas y el consumo de alcohol (4).

Las semanas de gestación que con mayor frecuencia presentaban las pacientes al momento de realizar el diagnóstico fue entre seis y diez semanas, datos bastante similares a los de otros estudios, que señalan que el diagnóstico se hace entre la sexta y octava semana de embarazo (32) (49).

El diagnóstico de embarazo ectópico en nuestro estudio se basó en tres pilares, la clínica, la ecografía obstétrica y los valores de BHCG (50). La prueba ecográfica se realizó a todas las pacientes. Entre los hallazgos sugerentes de embarazo ectópico de la ecografía se encontró principalmente la presencia de líquido en el fondo de saco y masa anexial en el 37,50% de las pacientes, después esta la presencia de líquido en el fondo de saco 26,80% y en menores frecuencias también se observó masa anexial 23,30% y hemoperitoneo 1,80%.

Casi todas las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico fueron manejadas con un tratamiento quirúrgico, siendo el tratamiento médico y el expectante muy poco utilizados, sobre todo se tuvo en cuenta el riesgo potencial de ruptura del embarazo ectópico.



El tratamiento quirúrgico se realizó cuando existieron signos de ruptura, niveles de B-HCG mayores a 5.000 UI/L, necesidad de realizar laparoscopia para confirmar el diagnóstico y cuando se sospechó la presencia de un embarazo heterotópico (51), o también la presencia de una masa anexial mayor de 4 cc y / o hemoperitoneo > 50-100 cc. La imposibilidad de un buen control ambulatorio y contraindicación al tratamiento médico también fueron criterios importantes (2).

En nuestro estudio el 94% de los casos fueron manejados quirúrgicamente; esto debido a que la mayoría presentó riesgo inminente de ruptura o sintomatología grave. En menor frecuencia el tratamiento farmacológico 4% y expectante también fue utilizado en el 2%.

La decisión de realizar una salpingostomía o una salpingectomía aún es controversial. En el Hospital Vicente Corral Moscoso a casi la totalidad de las pacientes se les realizó salpingectomía. A una paciente fue necesario realizarle una fimbriectomía, a otra paciente una ooforectomía y a otra paciente ordeñamiento. Para Fernández y cols., el pronóstico de fertilidad en estas pacientes es sombrío, el tratamiento destinado a conservar la trompa, se puede realizar si el diagnóstico es seguro y rápido; mientras más temprano se realice el diagnóstico, la probabilidad de conservar la trompa aumenta y con esto la fertilidad futura de la mujer (52).

Otra opción para tratar el embarazo ectópico es el manejo médico, que consiste en la administración de diversos fármacos, entre los cuales el más utilizado es el metotrexate, que es un antagonista del ácido fólico, que inhibe la síntesis de ADN y la reproducción de células con alta actividad proliferativa, como son las células trofoblásticas, neoplásicas y las embrionarias. Esta alternativa es preferida cuando las condiciones de las pacientes permiten hacer un seguimiento de corto y largo plazo, condiciones clínicas con un hemograma y función hepática normal y los valores de la B-HCG son menores de 5000UI/L y no existe evidencia de ruptura (53). Esta opción terapéutica fue utilizada en el 4% de las pacientes que acudieron con diagnóstico de embarazo ectópico en este estudio.

Una tercera opción de tratamiento es el manejo expectante, siempre que haya la posibilidad de un seguimiento inmediato, los valores de la B-HCG sean menores de



1500UI/L, no haya sospecha de ruptura uterina y la B-HCG disminuya a las 48 horas (47). En una paciente, en nuestro estudio fue posible aplicar esta opción terapéutica.

La asociación de la ecografía, la culdocentesis y la clínica permite un alto grado de certeza diagnóstica. Para las mujeres infértiles y nulíparas se recomienda la cirugía conservadora (54). Una vez que se sospeche de embarazo ectópico es importante la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos (4).

La sintomatología del embarazo ectópico es inespecífica y generalmente se presenta con sangrado genital, muchas veces precedido de un trastorno menstrual y dolor, que constituyen los principales motivos en la consulta ginecológica. Algunos aspectos que siempre se deben tener en cuenta: la no existencia de amenorrea no excluye la posibilidad de embarazo ectópico, la pérdida sanguinolenta vaginal es uno de los síntomas más frecuentes, el dolor es un rasgo muy importante, el tacto vaginal es fundamental; pero su aparente normalidad no excluye la posibilidad de embarazo ectópico (55).

La mayoría de factores de riesgo para el embarazo ectópico son susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud (56).



¡Qué no me pase nada malo! ¡No quiero algo grave! ... ya no quiero sufrir más.

Rosana Mogrovejo.

Se complementa este estudio mediante el abordaje cualitativo del problema que implica el diagnóstico del embarazo ectópico para una mujer. Para comprender el impacto que tiene el diagnóstico de embarazo ectópico se analizaron tres categorías principales: el sentir de las mujeres ante la necesidad de terminar el embarazo de forma inmediata, la posibilidad de una infertilidad como consecuencia del tratamiento y el riesgo de muerte. El propósito del análisis cualitativo es el describir algunas categorías que han sido definidas previamente como las preocupaciones, fertilidad, estado de ánimo, posibles causas, apoyo familiar y las expectativas a futuro. Se realizaron un total de 6 entrevistas a profundidad. Las mujeres en su mayoría estuvieron en la fase de recuperación posterior a la intervención quirúrgica o tratamiento médico para el embarazo ectópico. Las entrevistas fueron transcritas y luego codificadas y analizadas mediante categorías de acuerdo al propósito de la investigación. Para el proceso del análisis se optó por describir las opiniones de las mujeres en base al contenido expresado por ellas en las entrevistas.

El propósito de estudio fue describir las vivencias de las maternas después de haber sido informadas que tienen un embarazo ectópico el mismo que debe ser terminado por que sus vidas están en peligro de forma inmediata.

La mayoría de mujeres entrevistadas piensan que son responsables de alguna manera del problema que están viviendo. Aunque desconocen las causas por las que sus embarazos no fueron normales, hay un fuerte pensamiento religioso que acompaña al proceso de aceptación. — Yo digo que lo que me paso, es porque Dios quiso...

Se piensa que el embarazo ectópico es consecuencia de un descuido y la falta de cuidados — Porque la mayor parte de culpa es mía, saber que estuve a tiempo cuando mi mama me dijo hazte ver y nunca quise —, otra de las pacientes entrevistadas manifestó que probablemente era consecuencia de haberse ligado, y que por eso no podía tener hijos, — me arrepiento de haberme ligado, es que uno nunca sabe lo que va a pasar —. El sentimiento de sentirse responsables es frecuente en la mayoría de



mujeres — Yo, pienso de que no pueden culparme de nada, porque simplemente no fue mi culpa —.

Ante la gravedad del diagnóstico y la necesidad de iniciar de inmediato un tratamiento para salvarle la vida a la mujer expresaron una profunda tristeza y pena. Es un hecho que la mayoría de madres no aceptan, porque consideran que es una vida que lamentablemente tienen que terminar, si desean seguir viviendo. Para algunas de las mujeres el tener otros hijos fue la razón que más argumentan les ayuda a seguir adelante, a seguir viviendo.

En todas las pacientes el miedo fue un factor que estuvo presente desde el inicio, y que para muchas no es fácil de superar. A pesar de que ya recibieron tratamiento y que su condición mejoró, manifestaban que tienen temor de que les vuelva a pasar en los próximos embarazos. —No pensé que iba a correr algún riesgo.... dicen que es peligroso.... que si se revienta... y si no venía al hospital hasta me pude morir.... Entonces si me da miedo—.

Para algunas es un estigma que no creen que lo superaran en un corto tiempo. Y, quisieran de alguna manera aislarse para comprender las razones y el porque les paso. —Llorar en silencio sin que nadie me vea....

En algunos casos, el embarazo no estaba planificado. Manifestaron que utilizaban algún método anticonceptivo para no tener hijos, y que a pesar de ello se quedaron embarazadas. En otros casos, el embarazo era producto de la planificación y el deseo de la pareja y, en todas de la familia. Una de las pacientes manifestó que tuvo que hacerse un tratamiento muy costoso y complejo, y que jamás esperaba que su embarazo debiera terminar. —Triste de que no puede tener al bebe, de verle llorar a mi esposo—, —imagínese si yo consumí tantas drogas para darme otra oportunidad, ahora con una trompa es imposible si antes era imposible con dos imagínese ahora con una sola, difíciles las posibilidades....

Como consecuencia de la experiencia vivida, la actitud que toman es negarse a quedarse nuevamente embarazadas, por la posibilidad de que les vuelva a pasar nuevamente, y que no puedan tener más hijos. El temor a no poder tener más hijos es alto en todas las pacientes. —Yo creí que no iba a tener más hijos y me puse a



llorar...—No sé si pueda tener hijos o no. — Estoy negándome a volver a embarazarme, creo que Dios ya no me quiere dar más hijos...

A pesar de las molestias que les obligaron a acudir en busca de atención médica, ninguna de las pacientes se imaginaba que podían ser tan graves sus dolencias. — Estaba feliz de la vida, hasta que me vine a hacer una ecografía y me dijeron que era un embarazo ectópico—.

Cuando se enteraron que estaban embarazadas su mayor deseo era continuar con el embarazo; sin embargo, por el riesgo inmediato de que los síntomas se agraven y el riesgo para sus vidas, todas aceptaron someterse a un tratamiento. —Siento mucha tristeza, porque, ya, si él bebe estaba... claro que no era planeado, yo recién ayer me enteré que estaba embarazada y es una vida, es algo de uno, un hijo es de uno... — Tristeza, porque no pude tener a mi bebe; y alegría, porque Dios me está dando otra oportunidad de vida....

Para algunas de las mujeres entrevistadas, la decisión de terminar con el embarazo estuvo acompañado también del deseo de no tener más hijos, fundamentalmente por el temor de un nuevo embarazo ectópico. —Yo lo que quiero es que me corten las dos para ya no tener riesgo de nada.....porque; Yo, como sé... o estoy segura si luego me vuelve a pasar lo mismo....entonces, sí me da preocupación....

El apoyo familiar es un factor, que a muchas de las mujeres, les ayudó a aceptar y decidir recibir el tratamiento para terminar con el embarazo. —Si he tenido, la unión de toda mi familia....

Las mujeres entrevistadas manifestaron satisfacción de estar vivas y deseos de mejorar los cuidados ante futuros embarazos para tratar de prevenir que algo similar les vuelva a pasar. —Aprendí a ser más dura, a madurar y, saber que la vida no es como siempre la tenemos... que tarde o temprano se nos termina—.

Que no me pase nada malo, no quiero algo grave,... ya no quiero más sufrir...

En todas las mujeres que manifestaron sentir miedo y tristeza, angustia de pensar que en un futuro no puedan embarazarse y que ante la gravedad de los síntomas podían haber muerto le produjo un profundo sufrimiento. Esta realidad ha sido estudiada por diferentes autores que tratan de construir una teoría que explique de cierta manera “Un modo de vida con sufrimiento después de la pérdida de un embarazo” (57).



Según los resultados del estudio de Cote-Arsenault y cols., al analizar el impacto de la pérdida de un embarazo y el sentido de bienestar experimentado por las mujeres se observó que estas pérdidas se caracterizan por emociones guardadas, un nivel de ansiedad alto acerca de la gestación, lo cual marca el progreso de los nuevos embarazos en términos de desarrollo fetal y seguridad, y las maneras individuales de luchar o afrontar estas dificultades sea mediante la selección o la evasión de esos comportamientos. De hecho, las mujeres que han experimentado estos problemas se benefician de las intervenciones que ayudan a disminuir el nivel de ansiedad en futuros embarazos (58).

Para Kersting la pérdida de un embarazo es un evento traumático. Los predictores del desarrollo de un sufrimiento que se agrava después de una pérdida son la pérdida de apoyo social, dificultades en las relaciones preexistentes, actitudes ambivalentes y un aumento de la percepción de la realidad del embarazo. Este sufrimiento se agrava o incrementa cuando se termina la gestación por no ser viable. Los estudios han demostrado que los hombres y las mujeres muestran diferentes patrones de sufrimiento, que pueden potencialmente exacerbarse en una relación. Esta bastante claro que la pérdida prenatal tiene un gran impacto psicológico (59).

Debido a que la pérdida del embarazo es típicamente repentina e inesperada, los padres usualmente no tienen tiempo de anticiparse al dolor o de prepararse a sí mismos para los cambios. A diferencia de otras formas de pérdida de un embarazo, un embarazo ectópico no es un evento insospechable.

El sufrimiento o el dolor es un proceso profundamente personal el cual nunca sigue un curso predecible. Entre las principales reacciones ante la pérdida de un ser a menudo se observa un deterioro temporal de las actividades diarias, aislamiento de las actividades sociales, pensamientos inadecuados, y sentimientos de ansias y desolación que pueden continuar por un período de tiempo largo. A pesar de que el sufrimiento es un fenómeno natural, no patológico, puede conducir a desarrollar una serie de problemas donde el sufrimiento se torna crónico (60).

Una vez que se hace el diagnóstico de embarazo ectópico, los padres están confrontados con la decisión de necesariamente y de forma obligatoria terminar el embarazo. Hay un poco tiempo entre el diagnóstico y la terminación del embarazo,



generalmente es una emergencia médica. Después de terminar el embarazo, algunos aspectos importantes deben ser analizados y; oportuna y adecuadamente comunicados a las pacientes y familiares.

La pérdida de un infante durante el embarazo puede claramente agravar el malestar de la mujer y modificar las relaciones con su pareja. No se debe olvidar los impactos que este suceso también produce en el padre.

El concepto de maternidad prevalece en la mayoría de mujeres como un hecho biológico, natural, básico para la realización personal de las mujeres. Este hecho deriva en una situación cultural para las mujeres de cuidar a sus hijos, a diferencia de los hombres .

De acuerdo al estudio de Bansen y cols., las mujeres que perdieron un bebe durante la gestación perciben que tienen un apoyo inadecuado, continúan luchando para aceptar sus sentimientos, muchas de ellas se sienten responsables por los fracasos en la gestación, algunas continúan experimentando dolor que los asocian como una amenaza a sus vidas (61).

En conclusión, debido al alto impacto emocional que provoca en la mujer un embarazo ectópico es importante el monitoreo psicoterapéutico y el apoyo que se le dé durante la etapa crítica. Las mujeres que han experimentado una pérdida perinatal se benefician de intervenciones que ayuden a disminuir el nivel de ansiedad.

Todas las gestantes en este estudio manifestaron que la familia fue un pilar para superar la adversidad del momento, y el apoyo y compromiso de sus parejas les ayudo a aceptar y superar el problema. Las mujeres comparten mucho más de lo que se piensa con sus parejas y generalmente se sienten comprendidas y apoyadas.

Los padres que han pasado por la pérdida de un embarazo previo generalmente necesitan de apoyo en un embarazo subsecuente (62). Las mujeres que tienen uno o más hijos tienen un mayor grado de sufrimiento en relación a las mujeres que no tienen hijos. Generalmente las pacientes con mayor edad son las que experimentan niveles mayores de sufrimiento y son también las que mejor valoran el apoyo de un profesional para superar la crisis (63)



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- 1 El grupo etario más predominante es de pacientes menores de 34 años (85,71%) con edad mínima 15, máximo 45; viven en unión libre el 41,10%; y tienen un nivel de instrucción de secundaria el 46,40%; y se dedican a los quehaceres domésticos el 55,40%.
- 2 La gestaciones de las pacientes fluctuó entre el rango de 2-4 (55,35%), el número de partos alrededor de 0-1 (69,64%); el inicio de la vida sexual activa en la mayoría de las pacientes fue antes de los 18 años (76,53%) con una edad mínima de 13 y máxima de 25, y el número de parejas sexuales fue entre 2 y más con el 67,44%.
- 3 El 4% tuvieron antecedente de embarazo ectópico, el 5,40% presentaron antecedente de esterilización tubárica (5,40%) y recanalización tubárica el (3,60%), el 7,14% con antecedente de tabaquismo.
- 4 El principal motivo de consulta fue el dolor (60,70%) y el dolor y sangrado (30,40%).
- 5 El hallazgo ecográfico más frecuente fue la presencia de líquido en fondo de saco de Douglas más una masa anexial en el 37,50%, seguido de líquido en fondo de saco sin ningún otro hallazgo en el 26,80%
- 6 La edad gestacional que más se presentó fue entre 6 y 10 semanas (51,50%), la localización tubárica fue la localización más común (89,31%), la triada clásica de dolor hipogástrico amenorrea y sangrado transvaginal estuvo en el 35,70% y la complicación más registrada fue el tratamiento radical en el 87,50% representada por la salpinguectomía (92,45%).
- 7 El tratamiento quirúrgico fue el abordaje terapéutico más empleado 94,60% y tratamiento farmacológico 3,60%.
- 8 Existe un alto nivel de ansiedad acompañado de dolor y sufrimiento, lo cual marca para muchas mujeres el deseo futuro de tener hijos. La experiencia vivida es profundamente traumática sin un apoyo profesional excepto el alivio que tienen de los familiares



7.2 RECOMENDACIONES

- 1 Se debe continuar con la capacitación y entrenamiento de los médicos en los diferentes niveles de atención para identificar a tiempo un embarazo ectópico y evitar sus complicaciones; el empleo de los diferentes métodos diagnósticos y la aplicación de las diferentes opciones de tratamiento deben estar acordes al nivel de evidencia actual, y deben considerar el deseo de gestaciones futuras de las pacientes.
- 2 En el manejo de las pacientes con embarazo ectópico es necesario que se brinde apoyo psicológico para mejorar la recuperación de las pacientes y evitar temores y secuelas psicológicas que se puedan prolongar en el tiempo con creencias y acciones que repercutan en la salud de la mujer y en la convivencia familiar.
- 3 Es necesario que se continúen con nuevas investigaciones para determinar los principales factores de riesgo para embarazo ectópico en las pacientes que acudan al Hospital Vicente Corral Moscoso, que permitan mejorar los programas de promoción y prevención de salud materna, detectar de forma temprana los embarazos de riesgo y brindar la atención adecuada para prevenir consecuencias fatales como es la mortalidad materna.



8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera O. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2002;28(3):0-0.
2. Ectópico EDE. Embarazo ectópico. cited 2015 Oct 17.
3. Koch E. Epidemiología del aborto y su prevención en Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(5):351-60.
4. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuvan L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72 (3):154-9.
5. OMS - Mortalidad materna, 2010
6. Orazulike NC, Konje JC. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Womens Health Lond Engl.* 2013 Jul;9(4):373-85.
7. Vanesa Bustamante, Mortalidad materna en los servicios públicos del Ecuador, 2011.
8. Departamento de estadística, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2012
9. León W, Yépez E, Nieto M. Componente Normativo Materno CONASA. MSP - CONASA; 2008, cited 2015 Oct 28.
10. Pérez A. Embarazo ectópico. *Mediterraneo;* 2011. 511-527 p.
11. Ortega M. Consulta del recién nacido en el servicio de urgencia. *Rev Chil Pediatría.* 2004;75(3):270-4.
12. Cuero-Vidal OL. Description of ectopic pregnancy at the Hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, 2005-2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2008 Dec;59(4):304-9.
13. Cánova EY. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión: Callao, Perú. 2008-2010. *Rev Peru Epidemiol.* 2011;15(3):8-6.
14. S U, Teresa M, Poupin B L, Alarcón A P, Rodríguez C M, Stuvan R L. Embarazo ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72(3):154-9.
15. Cabrera Samith I, Perales C I, Romero A G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: hospital base de los ángeles. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(2):96-100.



16. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2010 Mar;36(1):36–43.
17. Abdulaziz Al-Turki H, Abdulaziz Al-Turki H. Trends in Ectopic Pregnancies in Eastern Saudi Arabia, Trends in Ectopic Pregnancies in Eastern Saudi Arabia. 2013 Feb 25, cited 2015 Oct 28.
18. Terán Dávila J. Metotrexate y conducta expectante en el embarazo ectópico no roto. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* 2002 Sep;62(3):161–74.
19. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. *Rev Cuba Enferm.* 2003 Dec;19(3):0–0.
20. Sosa AM, Aguilar OC, Hernández MAA, Reyes RE. Falla del tratamiento conservador con metotrexato en un embarazo ectópico cervical. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80(5):348–54.
21. Creus M, Sánchez S. Diagnóstico y tratamiento de la gestación ectópica. ICGON Hospital Clínic Barcelona. 2007, cited 2015 Oct 28.
22. Cabrera Samith I, Perales C I, Romero A G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital base de los Ángeles. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(2):96–100.
23. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2010 Mar;36(1):36–43.
24. Zarhi T. J, Campaña E. C, Brito M. R, Stuardo A. P, Schalper P. J. Manejo laparoscópico conservador de embarazo cornual. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(1):36–41.
25. M C, Luz M de la, Javier S, María R. Consideraciones éticas sobre el uso de metotrexate en el embarazo tubario (ET). *Acta Bioethica.* 2012 Nov;18(2):147–53.
26. Bueno N. F, Sáez C. J, Ocaranza B. M, Conejeros R. C, Vaccarezza P. I, Borquez V. P, et al. Tratamiento medico del embarazo ectòpico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67(3):173–9.
27. Dhar H, Hamdi I, Rathi B. Methotrexate Treatment of Ectopic Pregnancy: Experience at Nizwa Hospital with Literature Review. *Oman Med J.* 2011 Mar;26(2):94.
28. Dr. Oscar Chango, Ministerio de salud pública - Coordinación zona de salud 6, Mayo 2014.



29. Kimiaei P, Khani Z, Marefian A, Gholampour Ghavamabadi M, Salimnejad M, Kimiaei P, et al. The Importance of Gestational Sac Size of Ectopic Pregnancy in Response to Single-Dose Methotrexate, The Importance of Gestational Sac Size of Ectopic Pregnancy in Response to Single-Dose Methotrexate. *Int Sch Res Not Int Sch Res Not*. 2013 May 14, cited 2015 Oct 28.
30. Mumtaz Z, Shahid U, Levay A. Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reprod Health*. 2013;10:3.
31. Palacios E, Jadresic E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2000 Apr;38(2):94–103.
32. Dra. Caroline Chang Campos, Dr. Ernesto Torres Terán editores. *Componente Normativo Materno Ecuador*; 2008.
33. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Masías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 1999;25(1):66–70.
34. Cabrera Samith I, Perales I, Romero G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Angeles. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(2):96–100.
35. Guadalupe M, Iván Á, Mascaró Rivera YS, Méjico Mendoza SW, del Castillo M, Francisco J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2013;59(3):171–6.
36. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. *Rev Cuba Enferm*. 2003 Dec;19(3):0–0.
37. Cunningham FG, Williams JW. *Obstetricia de Williams*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2011.
38. Sánchez Casas Y, González Lucas N, Valera Valero C, Fernández Rodríguez F. Consideraciones diagnósticas del embarazo ectópico. *Arch Méd Camaguey*. 2003 Apr, cited 2015 Oct 26.
39. Berg CJ, Callaghan WM, Syverson C, Henderson Z. Pregnancy-related mortality in the United States, 1998 to 2005. *Obstet Gynecol*. 2010 Dec;116(6):1302–9.



40. Lugio Villanueva JM, Díaz Ledesma L, Cáceres Chu E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. *Rev Medica Hered.* 2005;16(1):26–30.
41. Pérez CB. Embarazo cervical. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62(4):261–7.
42. Revel A, Ophir I, Koler M, Achache H, Prus D. Changing etiology of tubal pregnancy following IVF. *Hum Reprod.* 2008 Apr 11;23(6):1372–6.
43. Ortiz F, Quevedo CE, Muñoz VF, Castro SA, Rubio MZ, Soriano M, et al. Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico, serie de 77 casos. *Bol Med UAS.* 2006;2(13):9–12.
44. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The lancet.* 2006;367(9516):1066–74.
45. Bouyer J. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France. *Am J Epidemiol.* 2003 Feb 1;157(3):185–94.
46. Bajo J, Melchor J, Mercé L. Embarazo ectópico. Concepto y clasificación. Estudio de sus diversas formas. Editorial SEGO; 2007.
47. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril.* 2006 Jul;86(1):36–43.
48. Vela SML, Díaz RP, Jomarrón HP, Pérez I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. Ectopic pregnancy, its behavior in the years 2000-2010. *MEDICIEGO.* 2012, cited 2015 Oct 17
49. Addi M, Artacho JS-C, Repiso JAN. Embarazo Ectópico. *Rev Elect Medynet* Cited 2015 Oct 17.
50. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet Lond Engl.* 2005 Aug 13;366(9485):583–91.
51. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2011;37(1):84–99.
52. Martínez Cuevas M, Martínez Nuzarelló O, Wattiez CR, López Fernández R. Embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 1998;24(1):13–7.



53. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Embarazo ectópico y atención primaria de salud. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 1998;14(2):111–2.
54. Yong, Chávez AOT. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico Risk Factors Associated with Ectopic Pregnancy. 2013, cited 2015 Oct 17.
55. Van P. Conversations, coping, & connectedness: a qualitative study of women who have experienced involuntary pregnancy loss. *Omega*. 2012;65(1):71–85.
56. Côte-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1999 Jun;28(3):274–82.
57. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012 Jun;14(2):187–94.
58. Torres S, Sequeira S. Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras [Internet]. Instituto Nacional de la Mujer; 2006, cited 2015 Oct 17.
59. Bansen SS, Stevens HA. Women's experiences of miscarriage in early pregnancy. *J Nurse Midwifery*. 1992 Apr;37(2):84–90.
60. Black RB. Women's voices after pregnancy loss: couples' patterns of communication and support. *Soc Work Health Care*. 1991;16(2):19–36.
61. O'Leary J. Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2004 Feb;7(1):7–18.
62. Cuisinier MC, Janssen H, Timmers L, Hoogduin CA. [Grief work an support experienced during abortion and stillbirth]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1990 Dec 8;134(49):2395–9.
63. Cuisinier MC, Kuijpers JC, Hoogduin CA, de Graauw CP, Janssen HJ. Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1993 Dec 30;52(3):163–8.



9.0 ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTÓPICO INGRESADAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO DURANTE EL 2014-2015**

El presente formulario tiene como objetivo recolectar información acerca del embarazo ectópico para realizar el trabajo investigativo planteado.

Por favor dígnese en marcar con una x la información proporcionada por la paciente y en caso de desglose de la pregunta la indicación es la misma.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: _____ NÚMERO DE FORMULARIO: _____

Edad _____ años	Nivel de instrucción Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>
Estado civil Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>	Ocupación Estudiante <input type="checkbox"/> QQDD <input type="checkbox"/> Empleada pública <input type="checkbox"/> Empleada privada <input type="checkbox"/>

Antecedentes Gineco-Obstetras Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ cesáreas _____
Inicio de la vida sexual activa Edad primera relación sexual _____ años Número de parejas _____

Factores de riesgo	
Embarazo ectópico previo si _____ no _____	Cirugía pélvica anterior si _____ no _____ ¿Qué tipo de cirugía? _____
Hábito tabáquico	Uso de anticonceptivos



Actualmente o en algún momento de su vida _ Nunca _____	Si _____ no _____ Orales – inyectables _____ Implante _____ Dispositivo intrauterino _____
--	---

Caracterización del embarazo ectópico	
Edad gestacional _____ (SG)	Ubicación:
Diagnóstico clínico	Trompa _____
Dolor _____	Abdominal _____
Amenorrea _____	Ovárico _____
Sangrado otros _____	Cervical _____
	Heterotópico _____
Diagnóstico clínico	Diagnóstico ecográfico
Dolor _____	Líquido libre en fondo de saco _____
Amenorrea _____	Masa anexial _____
Sangrado otros _____	Pseudo saco intrauterino _____
	Otros _____

Tratamiento	Complicaciones
Expectante _____	Tratamiento radical _____
Farmacológico _____	Muerte _____
Quirúrgico _____	

Observaciones:

Nombre del encuestador: _____



ANEXO 2

GUIA PARA ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD DEL ESTUDIO CUALITATIVO.

1. Presentación de la autora del trabajo investigativo.
2. Con el objetivo de crear una relación médico paciente adecuada, basada en la confianza integral, primero se conocerá su nombre para llamarla por el mismo, su edad, su estado civil.
3. Se procederá a recolectar la información a través de las siguientes preguntas:

AREA PERSONAL

1. ¿La situación que atraviesa le crea preocupación?
2. ¿Cuáles son los sentimientos que pasan por su mente?
3. ¿Tiene ideas positivas o negativas frente a este problema y cuáles son?
4. ¿Cómo está su estado de ánimo?
5. ¿Siente temor a la situación que está atravesando?
6. ¿Cómo está su autoestima?
7. ¿Ha necesitado ayuda en esta situación?
8. ¿Cuáles son sus metas e intereses personales?

IMPACTO SOCIAL

1. ¿Siente el apoyo de sus familiares?
2. ¿Se siente querida por las personas que son importantes en su vida?
3. ¿Cómo es la relación con su familia?
4. ¿Cuál es el grado de participación de su pareja, padre, madre?
5. ¿Cómo ha sido la actitud de sus amigos y familiares frente a esa situación?

**ANEXO 3****CONSENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD DE CUENCA
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del Investigador: Md. Andrea Rosana Mogrovejo Avila.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a mujeres que cumplen los criterios de inclusión del estudio, que acuden con diagnóstico de Embarazo Ectópico, al Área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso y que se les invita a participar en la investigación de: PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DEL EMARAZO ECTÓPICO, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2014-2015.

Se está investigando las características clínicas, demográficas de las pacientes ingresadas con este diagnóstico, además conocer la opinión de las pacientes, acerca del impacto que representa el embarazo ectópico, tomando en cuenta la necesidad de culminar su gestación, la posible infertilidad como consecuencia de su tratamiento y la muerte en caso de complicación.

Su participación es totalmente voluntaria. No implica gastos económicos de su parte así como tampoco recibirá remuneración alguna por participar. Usted puede elegir si participar o no. Si usted decide no participar, su decisión no influirá en la calidad de atención que recibirá en esta casa de salud.

He sido informada e invitada a participar en la investigación, en la que tomaran datos registrados de la historia clínica creada, y mediante una entrevista a profundidad conocerán opiniones de diversos aspectos relacionados a esta patología.

Entiendo que no se realizarán procedimientos o intervenciones en mi persona que pongan en riesgo mí. También sé que no voy a recibir ningún tipo de remuneración o recompensa por participar. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar en la investigación y; entiendo que tengo derecho de retirarme en cualquier momento sin que esto afecte en ninguna manera mi cuidado médico en este hospital.

Nombre de paciente:

Fecha:.....