

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes que presentan embarazo ectópico.

JENNIFER MARLENY JAUREGUI GUERRERO

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ginecología y Obstetricia**

Junio 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes que presentan embarazo ectópico.

Estudio descriptivo realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla durante el periodo comprendido entre enero a octubre de 2010.

JENNIFER MARLENY JAUREGUI GUERRERO

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ginecología y Obstetricia**

Junio 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Jennifer Marleny Jauregui Guerrero

Carné Universitario No.: 100016418

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes que presentan embarazo ectópico"**.

Que fue asesorado: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Y revisado por: Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para julio 2013.

Guatemala, 04 de julio de 2013


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 25 de marzo de 2013.

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Dr. Ruiz Cruz:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que la estudiante

Jennifer Marleny Jauregui Guerrero

Carnet Universitario 100016418

Ha presentado el informe final de su investigación para la obtención del grado académico de Maestro en Ginecología y Obstetricia titulado

Caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes que presentan embarazo ectópico.

Estudio descriptivo realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla durante el periodo comprendido entre enero a octubre de 2010.

Y luego de haber incorporado las mejoras pertinentes, considero que cumple con los requisitos normados por la Escuela de Estudios de Postgrado por lo que ha solicitud de la interesada y para los usos legales correspondientes extiendo la presente carta de aprobación para que se autorice continuar con los trámites correspondientes para someterse al examen de tesis de grado

DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
GINECOLOGO
COLEGIADO No. 8434

Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán

Revisor

Coordinador Específico de Postgrados

Hospital Nacional de Escuintla

Guatemala, 25 de marzo de 2013.

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetable Dr. Ruiz Cruz:

Por este medio me dirijo a usted para saludarlo y desearle éxitos al frente de tan digno cargo. El objeto de la presente es para hacer de su conocimiento que la Dra. Jennifer Marleny Jauregui Guerrero ha cumplido con todos los requisitos solicitados por la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para la obtención del grado de Maestría en Ginecología y Obstetricia. Ante tal situación solicito a usted de manera atenta la impresión de la Tesis de la Dra. Jauregui Guerrero.

Agradeciendo la atención prestada a la presente, me suscribo de usted.

Deferentemente


DR. EDGAR F. CHINCHILLA G.
GINECOLOGO
Colegiado No. 9434
Dr. Edgar Fernando Chinchilla Guzmán
Asesor
Coordinador Especifico de Postgrados
Hospital Nacional de Escuintla

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme paso a paso y llevarme por el camino correcto.

A mis padres por ser mis pilares de apoyo, los hombros sobre los cuales puedo descansar y desahogarme, por estar siempre a mi lado, en las buenas y en las malas y por jamás haberme dado la espalda ni haberme dejado atrás.

A mi hermana y mi cuñado quienes con sus consejos, su amor, su apoyo lograron mantenerme en perspectiva.

A mis hijos, por ser ellos mi razón de vida y de todo mi esfuerzo.

A mi esposo, por aceptarme con todo lo que incluye, quererme tanto y darme fuerzas cuando lo necesité.

Al Dr. Edgar Chinchilla y a la Dra. Brenda Montoya por haber visto potencial en mi, haber creído en mi y haberme regalado una segunda oportunidad.

A todos mis compañeros de residencia, de quienes tuve la oportunidad de aprender algo, compartir algo y con quienes soñamos llegar a este punto.

A todos muchas gracias.

ÍNDICE

PÁGINA

RESUMEN

I.	INDRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	4
III.	OBJETIVOS	19
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	20
V.	RESULTADOS	24
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	30
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
VIII.	ANEXOS	37

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁGINA
I. Cuadro No. 1	24
II. Cuadro No. 2	24
III. Cuadro No. 3	24
IV. Cuadro No. 4	25
V. Cuadro No. 5	25
VI. Cuadro No. 6	25
VII. Cuadro No. 7	26
VIII. Cuadro No. 8	26
IX. Cuadro No. 9	27
X. Cuadro No. 10	27
XI. Cuadro No. 11	27
XII. Cuadro No. 12	28
XIII. Cuadro No. 13	28
XIV. Cuadro No. 14	29
XV. Cuadro No. 15	29

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal realizado en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla durante el periodo comprendido entre enero a octubre de 2010, con los expedientes clínicos de las pacientes con sospecha o diagnóstico establecido de embarazo ectópico manejadas en dicho departamento. El objetivo principal fue realizar una caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla. Caracterización que incluye edad, antecedentes ginecoobstétricos, métodos anticonceptivos, tabaquismo y manifestaciones clínicas. Los resultados fueron que en la población estudiada se presentaron más casos en pacientes entre los rangos etáreos de 15-19 y 25-29 años, ambos con un 31.58%; el 90% de las pacientes con esta patología eran alfabetas; en la mayoría de los casos estudiados las pacientes refirieron ser amas de casa, casadas, no fumadoras; el 42% de los expedientes reportaron pacientes con una única pareja sexual; cerca del 50% de las pacientes eran multíparas; el 26.31% de las pacientes tenían antecedente de cirugía pélvica previa; no se vio relación entre la utilización de método anticonceptivo de ningún tipo y el desarrollo de embarazo ectópico. Las conclusiones fueron: 1) Las pacientes que presentan embarazo ectópico en medios como el estudiado son pacientes en etapas tempranas de su vida reproductiva. 2) En medios como el estudiado, las pacientes no tienen una presentación clásica en cuanto a factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico. 3) El síntoma principal es el dolor abdominal. 4) La multiparidad y el antecedente de cirugías pélvicas previas continúan siendo factores de riesgo asociados al desarrollo de embarazo ectópico. 5) El uso de cualquier método anticonceptivo no constituye factor de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico en poblaciones como la estudiada. 6) Es necesario mejorar la recolección de datos al momento de realizar las historias clínicas de las pacientes que se presentan a los servicios ginecológicos.

I. INTRODUCCION

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, siendo el lugar más frecuente la trompa uterina. Es una patología del ámbito de la ginecología y obstetricia que sigue siendo una causa frecuente de muerte en mujeres en edad fértil.

La tendencia actual a incrementar su frecuencia en el mundo se atribuye al aumento de los factores etiopatogénicos relacionados, tales como enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, infertilidad, uso de dispositivo intrauterino, esterilización quirúrgica previa, inicio temprano de vida sexual, múltiples parejas sexuales, cirugía tubárica.(2)

Clínicamente conocemos que es una patología de diagnóstico presumible por la triada clásica de dolor pélvico, sangrado transvaginal y amenorrea; aunque estos no se presentan en la mayoría de los casos, incluso hay una variedad diversa de síntomas y presentaciones atípicas que pueden causar errores en el diagnóstico.

La laparoscopia es el estándar de oro en el diagnóstico del embarazo ectópico, pero por el difícil acceso a esta tecnología seguimos basando el diagnóstico en la clínica, fracción beta de la gonadotropina coriónica humana y la ecografía.

A pesar del aumento de la frecuencia observada en los últimos 20 años, la mortalidad se ha visto disminuida, tanto por los avances en los estudios diagnósticos y la mayor disponibilidad de estos, así como por los avances en las diferentes formas de tratamiento, sean medicamentosos o quirúrgicos. Los diagnósticos tardíos y las complicaciones graves, hacen que la cirugía radical siga siendo la principal forma de tratamiento.(5)

En 1999 se publicó un estudio realizado en la provincia de Granma, Cuba, en el cual se hizo un estudio retrospectivo en 256 pacientes que tuvieron el diagnóstico

operatorio de embarazo ectópico; se estudiaron variables como edad, paridad, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, localización y operación realizada, el 37,9 % de las pacientes tenía entre 19 y 24 años y en este grupo de edad el 15,4 % había padecido de inflamación pélvica con diferencias significativas con respecto a otros grupos de edad ($p < 0,01$). Los factores predisponentes que aparecen en los primeros lugares fueron: inflamación pélvica, esterilidad y legrados con el 37,9; 26,6 y 19,5 %, respectivamente. El método más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %). Las principales complicaciones fueron la anemia (62,1 %) y el shock hipovolémico (25,3 %). (3).

En 2006 se publicó un estudio descriptivo en el cual se deseaba describir el perfil epidemiológico del embarazo ectópico en un hospital escuela de Honduras. Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos; la frecuencia se calculó con el total de las pacientes que ingresaron con embarazo ectópico y que se confirmó con la biopsia. Se identificaron 302 embarazos ectópicos de 30,568 embarazos, para una frecuencia de 9.9 por 1000 embarazos. Las pacientes presentaron factores de riesgo: dos o más parejas sexuales (46%), enfermedad pélvica inflamatoria (33%), uso de dispositivo Intrauterino (33%), tabaquismo (10%) y ectópico previo (2.3%) . El diagnóstico se basó en la clínica, gonadotropina coriónica humana y ecografía, en 96, 88 y 42% respectivamente. El 100% de las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente. No hubo muertes maternas por esta causa.(4)

En 2007 se publicó un estudio en el cual se buscaba establecer los factores de riesgo asociados a esta patología, en una población de mujeres chilenas. Se estudió a 50 mujeres con embarazo ectópico y se compararon con 100 puérperas en el mismo período. Los factores de riesgo significativos para embarazo ectópico fueron: antecedentes de cirugía ginecológica, antecedentes de cirugía abdominal, antecedente de DIU al momento de la concepción, número de parejas sexuales, consumo de alcohol. Se concluyó que los factores de riesgo para embarazo ectópico en una población chilena son similares a los descritos en la literatura

internacional; tiene relevancia la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos.(14).

La presente investigación fue realizada utilizando los registros médicos de las pacientes que consultaron por embarazo ectópico al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla en el periodo comprendido entre enero y octubre 2010 realizando para ello una caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico, para determinar así si las características de nuestra población se asemejan a las descritas por la literatura mundial al momento de presentarse esta entidad clínica.

II. ANTECEDENTES

El embarazo ectópico se presenta como un problema mayor de salud en las mujeres en edad reproductiva. Es el resultado del fallo en la fisiología de la reproducción humana, el cual permite que el blastocisto se implante y madure fuera de la cavidad endometrial, que por ultimo puede culminar con la muerte tanto del feto como de la madre. Sin un diagnóstico temprano, el embarazo ectópico puede convertirse en una situación que amenace la vida de las pacientes que lo presentan.

El término embarazo ectópico se deriva de la palabra griega *ektopos* que significa fuera de lugar, y se refiere a la implantación de un ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina, incluyendo las trompas de Falopio, el cérvix, ovarios, región cornual del útero y la cavidad abdominal. Esta gestación implantada de forma anormal crece y toma su fuente sanguínea del sitio de implantación anormal. Conforme la gestación avanza, crea el potencial de ruptura del órgano ya que solo la cavidad uterina esta diseñada para expandirse y acomodar dentro de si a un feto en desarrollo. El embarazo ectópico puede llevar a una hemorragia masiva, infertilidad e incluso la muerte.(9).

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y hacia la mitad del siglo XVIII, era usualmente fatal. John Bard reporto la primera intervención quirúrgica exitosa para tratar un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759.(1).

La tasa de supervivencia a principios del siglo XIX era mínima. Un reporte demostraba que solo 5 pacientes de 30 sobrevivían a una intervención abdominal. De manera interesante, la tasa de supervivencia en pacientes que no fueron tratadas fue de 1 de 3.

A principios del siglo XX, grandes avances en anestesia, antibióticos y transfusiones sanguíneas contribuyeron al descenso en la tasa de mortalidad materna. Durante la primera mitad del siglo, 200-400 muertes de 10 000 casos fueron atribuidos a embarazos ectópicos. En 1970, el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) iniciaron el registro de estadísticas sobre embarazo ectópico, reportando 17 800 casos. Para 1992, el número de embarazos ectópicos aumentó hasta 108 800 casos. Actualmente, sin embargo, la tasa de fatalidad descendió de 35.5 muertes por cada 10 000 casos en 1970 a un 2,6 por cada 10 000 casos.(6).

Factores Predisponentes para Embarazo Ectópico:

Múltiples factores contribuyen al riesgo relativo de padecer un embarazo ectópico. En teoría, cualquier causa que impida la migración de el embrión hacia la cavidad endometrial puede predisponer a una mujer a cursar con un embarazo ectópico. La explicación más lógica para el aumento en la frecuencia de embarazos ectópicos es la infección pélvica previa, sin embargo, muchas pacientes que se presentan con embarazo ectópico no tienen un factor de riesgo identificable. Los siguientes factores de riesgo han sido ligados con el embarazo ectópico(3, 4, 14, 18).

Enfermedad Inflamatoria Pélvica: La causa más común es el antecedente de infección causada por *Chlamydia trachomatis*. Las pacientes con infección por clamidia tienen un rango de presentaciones clínicas, desde cervicitis asintomática hasta salpingitis y una enfermedad pélvica inflamatoria florida. Más del 50% de las mujeres que han tenido esta infección desconocen la fuente. Otros organismos causantes de EIP, como *Neisseria gonorrhoeae*, aumentan el riesgo de embarazo ectópico. Una historia de salpingitis incrementa el riesgo de embarazo ectópico 4 veces. La incidencia de daño tubárico incrementa después de episodios sucesivos de EIP (13% después del 1er episodio, 35% después del segundo, 75% después del tercero).

Historia de embarazos ectópicos previos: Después de un embarazo ectópico, la paciente presenta de 7 a 13 veces más de posibilidades de padecer otro embarazo ectópico. A pesar de esto, una paciente con un embarazo ectópico previo tiene un 50-80% de posibilidades de tener una gestación intrauterina subsecuente, y un 10-25% de probabilidades de un embarazo tubárico en el futuro.

Historia de cirugía tubárica y concepción después de ligadura tubárica: Se ha demostrado que la cirugía tubárica incrementa el riesgo de desarrollar embarazo ectópico. El incremento depende del grado de daño y la extensión de la alteración anatómica. Las cirugías que conllevan un mayor riesgo de embarazo ectópico incluyen salpingostomia, neosalpingostomia, fimbrioplastia, recanalización tubárica y lisis de adherencias peritubaricas y periovaricas.

La concepción después de una ligadura tubárica previa incrementa el riesgo de una mujer de desarrollar un embarazo ectópico. 35-50% de las pacientes que concibieron después de una ligadura tubárica han reportado haber experimentado un embarazo ectópico. El fallo después de la cauterización tubárica bilateral tiene mas posibilidades de producir embarazo ectópico que la ligadura con hilo de sutura, anillos o clips. El fallo se atribuye a la formación de una fístula que permite el paso de los espermatozoides. El embarazo ectópico que sigue a una esterilización tubárica usualmente ocurre 2 o más años después de la esterilización. En el primer año, solo cerca del 6% de las esterilizaciones fallidas resulta en embarazo ectópico.

Utilización de drogas para aumentar la fertilidad y reproducción asistida: La inducción de la ovulación con citrato de clomifeno o terapia parenteral de gonadotropina ha sido asociada con un riesgo 4 veces mayor de embarazo ectópico en estudios de casos y controles. Este hallazgo sugiere que múltiples óvulos y niveles altos de hormonas pueden ser factores significativos.

Un estudio ha demostrado que las pacientes infértiles con defectos en la fase lútea tienen una tasa estadísticamente mayor de embarazos ectópicos que aquellas pacientes cuya infertilidad es causada por anovulación. El riesgo de embarazo ectópico y heterotópico aumenta dramáticamente cuando las pacientes han utilizado técnicas de reproducción asistida para concebir, tales como la fertilización in Vitro, la transferencia intratubárica de gametos. En un estudio de 3000 embarazos clínicos logrados a través de fertilización in Vitro, la tasa de embarazo ectópico fue de 4.5%, que es mas del doble de la incidencia base. La transferencia intratubárica de gametos puede resultar en gestaciones heterotópicas, en comparación con una incidencia de 1 en 30 000 embarazos por concepción espontánea.

Uso de Dispositivo Intrauterino: La presencia de un dispositivo intrauterino inerte de cobre que contenga progesterona a representado tradicionalmente ser un factor de riesgo para desarrollar embarazo ectópico. Sin embargo, solo el DIU con progesterona tiene una tasa de embarazo ectópico mayor que las mujeres que no utilizan ningún método contraceptivo. El DIU con cobre moderno no incrementa el riesgo de embarazo ectópico. A pesar de esto, si una mujer concibe con un DIU, lo más seguro es que curse con un embarazo ectópico. La incidencia actual de embarazo ectópico con el uso del DIU es de 3-4%.

Edad materna avanzada: La tasa más alta de embarazo ectópico ocurre en mujeres entre 35-44 años. Existe un riesgo 3-4 veces mayor de desarrollar un embarazo ectópico comparado con mujeres de 15-24 años. Una posible explicación involucra la actividad mioeléctrica en las trompas de Falopio, la cual es responsable de la motilidad tubárica. El envejecer puede resultar en una perdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de las trompas de Falopio.

Tabaquismo: El tabaquismo ha demostrado ser un factor de riesgo en el desarrollo de embarazo ectópico. Estudios han demostrado un riesgo elevado 1.6-3.5 veces más elevado que en las mujeres no fumadoras. Una respuesta en

base a la dosis también ha sido sugerida. Basados en estudios de laboratorio con animales y humanos, los investigadores han postulado varios mecanismos por los cuales el tabaquismo puede jugar un rol en el desarrollo de embarazo ectópico. Estos mecanismos incluyen uno o mas de los siguientes: ovulación tardía, motilidad uterina y tubárica alteradas, o inmunidad alterada. A la fecha, ningún estudio ha apoyado un mecanismo específico por el cual el tabaquismo afecte la ocurrencia de embarazo ectópico.

Salpingitis istmica nudosa: La salpingitis istmica nudosa se define como la presencia microscópica de epitelio tubárico en el miosalpinx o cerca de la serosa tubárica. Estos acúmulos de epitelio protruyen a través de la trompa, de manera similar a un pequeño divertículo. Estudios de secciones histopatológicas seriadas de las trompas de Falopio han revelado que aproximadamente 50% de las pacientes tratadas con salpingectomía por embarazo ectópico han evidenciado salpingitis istmica nudosa. La etiología de la salpingitis istmica nudosa no está clara, pero los mecanismos propuestos incluyen postinflamatorios y congénitos, así como cambios tubáricos adquiridos como los observados en la endometriosis.

Otros factores: Otros factores de riesgo asociados con una incidencia incrementada de embarazo ectópico incluyen exposición previa a dietilestilbestrol, un útero con forma de T, cirugía abdominal previa, falla en la contracepción a base de progestágenos solos y ruptura de apéndice.

Epidemiología:

La mayoría de los embarazos ectópicos están localizados en las trompas de Falopio. El sitio más común es la porción ampular de la trompa, con cerca de un 80% de ocurrencia; en siguiente sitio es la región istmica de la trompa (12%), las fimbrias (5%) y las regiones cornual e intersticial de la trompa (2%). Los sitios no tubáricos son raros, con una incidencia de 1.4% de embarazos abdominales, y un 0.2% de embarazos ováricos y cervicales.(19).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico del embarazo ectópico se compone de tres elementos, la historia clínica de la paciente, los hallazgos durante el examen físico y los métodos diagnósticos complementarios.

Clínica:

La triada clínica clásica del embarazo ectópico consta de dolor, amenorrea y hemorragia transvaginal. Desafortunadamente, solo el 50% de las pacientes tiene una presentación típica. Las pacientes pueden presentarse con otros síntomas comunes a los embarazos tempranos, incluyendo náusea, congestión mamaria, fatiga, dolor abdominal bajo, calambres fuertes, dolor de hombro, y dispareunia de apareamiento reciente. Los clínicos astutos deben tener altas sospechas de estar frente a un embarazo ectópico ante cualquier mujer que presente estos síntomas y que se presente con hallazgos físicos de sensibilidad pélvica, útero aumentado de tamaño, masa anexial o dolor.(1,7,8).

Sin embargo hay que recordar, solo el 40-50% de las pacientes con embarazo ectópico se presentan con hemorragia vaginal, 50% tienen una masa anexial palpable, y 75% pueden tener hipersensibilidad abdominal. Aproximadamente 20% de las pacientes con embarazo ectópico están hemodinamicamente comprometidas en la presentación inicial, lo cual es altamente sugestivo de ruptura. Afortunadamente, utilizando las técnicas modernas, la mayoría de embarazos ectópicos pueden ser diagnosticados antes de la ruptura.

Numerosos cuadros pueden presentarse de forma similar a un embarazo ectópico. Las más comunes son apendicitis, salpingitis, quiste simple de ovario roto, aborto espontáneo o amenaza de aborto, torsión ovárica y enfermedades del tracto urinario. Los embarazos intrauterinos con otros problemas abdominales o pélvicos como fibromatosis, deben ser incluidos en los diagnósticos diferenciales.

El diagnóstico de embarazo ectópico requiere la diferenciación de un embarazo intrauterino viable. Esto se hace con el uso de los niveles de gonadotropina coriónica humana en su fracción β , ultrasonido transvaginal y en algunos casos, curetaje uterino. Ya que los niveles de progesterona son típicamente mas elevados en una gestación intrauterina que en una ectópica, y un nivel de progesterona de menos de 5ng/ml pueden descartar un embarazo viable, no hay un valor definitivo que descarte el segundo. Por eso, los niveles de progesterona a menudo no se realizan para el diagnóstico de embarazo ectópico.(5).

Un ultrasonido transvaginal puede confirmar la presencia de una gestación intrauterina de 5.5 semanas en casi todos los casos. Sin embargo, un saco gestacional puede ser identificado en un ultrasonido transvaginal tan temprano como a las 4.5-5 semanas de gestación y un pseudosaco es visible por ultrasonido tan temprano como 5 semanas. Un polo fetal con actividad cardiaca puede ser visto a las 6 semanas de gestación. Sin embargo, porque las pacientes no están siempre seguras de su ultimo periodo menstrual, los niveles de β -HCG son utilizados usualmente para determinar cuando una gestación intrauterina debe ser vista por ultrasonido transvaginal. Los niveles de β -HCG varían entre instituciones, pero rangos de 1500-2500 mIU/ml. Establecer un valor bajo incrementa la sensibilidad de ultrasonido y subunidad al momento de diagnosticar un embarazo ectópico, pero incrementa el riesgo de perder un embarazo intrauterino viable.

Con el uso de radioinmunoanálisis y antisuero específico a β -hCG, los niveles pueden ser detectados en el suero a 1 mUI / ml y en la orina a 20 mUI / ml. Esto permite la cuantificación precisa de β -hCG y permite a los médicos a seguir con precisión las tendencias de la β -hCG. Tradicionalmente, un incremento de al menos un 66% más de 2 días confirmar la presencia de un embarazo en desarrollo normalmente. Sin embargo, más contemporánea curvas de β -hCG han determinado que algunos embarazos viables tienen un poco más lento el aumento de los niveles de β -hCG, con un 99 percentil demostró ser un aumento del 53% en

2 días. Esta es la tasa de aumento de los valores de β -hCG inferiores a 10000 mUI / ml. Raros casos de gestaciones intrauterinas se han observado con aumento de los niveles de β -hCG de 35% en 2 días. Sin embargo, β -hCG aumentan los niveles de manera similar a un embarazo normalmente en desarrollo en el 21% de los embarazos ectópicos, por lo que la ecografía sigue siendo una importante parte de las tareas de diagnóstico, cuando β -hCG alcanza los niveles de corte discriminatorio. En el 85% de los embarazos anormales, hay aumento anormal de los niveles de β -hCG o una meseta a β -hCG. Una rápida disminución de la β -hCG, que se define como una disminución del 21-35% (dependiendo de los niveles iniciales) durante 2 días, es más indicativa de un aborto involuntario. Sin embargo, la disminución de los niveles de β -hCG también puede ser visto en la solución de gestación ectópica. Es importante seguir semanal los niveles de β -hCG en estos pacientes hasta que son indetectables. En pacientes con aumento anormal β -hCG los niveles, una gestación intrauterina anormal debe ser diferenciada de un embarazo ectópico.(5).

Si β -hCG los niveles están por encima del valor de corte discriminatorio, una prueba de ultrasonido se deben realizar. El uso de la ecografía transvaginal, un embarazo intrauterino debe considerarse cuando los niveles de β -hCG son superiores a 2000 mUI / ml. Es importante evaluar los anexos incluso cuando un embarazo intrauterino es considerado para evaluar de una gestación heterotópica. Cuando un embarazo intrauterino no se visualizan y un extraovárico, una masa ovarica no quística se ve en la ecografía, este hallazgo tiene una sensibilidad que van de 84 a 90% y una especificidad del 94-99% para la gestación ectópica. La mayoría (57,9 %) de las gestaciones ectópicas vistas en la ecografía se presentan como una masa homogénea con el resto se presenta como una masa, con un anillo hiperecoico alrededor de un saco gestacional (20,4%) o un saco gestacional con un polo fetal y con o sin actividad cardíaca (13,2%).

Embarazos ectópicos pueden causar la formación de un saco pseudogestacional en el endometrio, que es una colección de líquido en la cavidad endometrial

causada por el sangrado de la decidua endometrio. Un saco pseudogestacional está situado en el centro mientras que un verdadero saco gestacional es a menudo excéntrica de ubicación, pero los dos pueden ser confundidos por ultrasonido. Otros hallazgos ultrasonográficos vistos con gestaciones ectópicas incluyen un cuerpo lúteo, que se considera en el mismo lado que la gestación ectópica en el 70-85% de los casos. Por otra parte, la presencia de sangre en la pelvis se ve en aproximadamente el 30% de gestaciones ectópicas y puede ser el resultado de la ruptura de trompas o las fugas de sangre de la trompa de Falopio. Cuando un no viable gestación ha sido confirmado, pero su ubicación no ha sido determinado por ultrasonido, una dilatación y legrado (D & C) se debe realizar. Dos de estas situaciones se producen cuando la hCG es discriminatoria por encima de la zona y no el embarazo intrauterino ha sido visualizado o en el caso de aumento anormalmente de los niveles de β -hCG como parte de la pesquisa de embarazo ectópico. En ambos casos, un examen histológico se debe realizar en cavidad uterina evacuada para buscar la presencia de vellosidades coriónicas. Si vellosidades coriónicas son identificados, el diagnóstico es anormal una gestación intrauterina, que es tratada por la D & C. Si vellosidades coriónicas no están presentes en el examen histológico, el diagnóstico de embarazo ectópico se ha hecho y el tratamiento debe derivarse. Sin embargo, hay casos en los que el examen histológico del espécimen no es fácilmente disponible o pueden ser poco fiables. En estos casos, antes del tratamiento de un embarazo ectópico se inicia, una cuantitativa β -hCG debe realizarse antes de la D & C y un segundo nivel debe destacarse 12-24 h más tarde. El nivel de β -hCG debería disminuir por lo menos en un 15% en este momento si un embarazo intrauterino fue evacuado. En la mayoría de los casos de un embarazo intrauterino no viable, el descenso es más drástico. Si la β -hCG no disminuye después de que el contenido del útero se han eliminado, el diagnóstico de un embarazo ectópico se puede hacer y tratados en consecuencia. Una vez más, es importante seguimiento semanal de β -hCG hasta que los niveles son indetectables para confirmar la resolución del embarazo.(10).

Tratamiento Médico:

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico. Funciona mediante la inhibición de la síntesis de purinas y pirimidinas y, por tanto, interfieren con la síntesis de ADN. El metotrexato afecta a células de rápida división y detiene la mitosis. En gestaciones ectópicas, que evita la proliferación de las células del citotrofoblasto. Esto se traduce en disminución de trofoblasto β -hCG producción, con la consecuente disminución de la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo.

En la década de 1980, el metotrexato se utilizó por primera vez para tratar embarazos ectópicos. Un estudio realizado por Stovall et al., Publicado en 1989, se describe el tratamiento ambulatorio de embarazo ectópico con metotrexato. En este protocolo, una leucovorine 'rescate' se utilizó. Leucovorine es ácido folínico y permite una dosis mayor de methotrexate a ser utilizados por la mitigación de algunos de sus efectos secundarios. En este protocolo, lo que se conoce como la dosis múltiple metotrexato protocolo, el metotrexato se administra en una dosis de 1 mg / kg por vía intramuscular en los días 1, 3, 5 y 7. Leucovorine es administrado a una dosis de 0,1 mg / kg por vía intramuscular en los días 2, 4, 6 y 8. En el protocolo multidosis, hasta cuatro dosis de metotrexato se dan hasta el β -hCG los niveles de disminución en un 15% en dos días consecutivos. β -hCG niveles son seguidos semanalmente hasta que sean menos de 15 UI / L. Un segundo curso de metotrexato puede darse después del 1 de semana si β -hCG o aumentar los niveles de meseta. El estudio de Stovall et al. informó de una tasa de éxito de 90% la utilización de este protocolo.(11, 12).

Una dosis única de protocolo fue desarrollado posteriormente. Se observó en estudios previos que dar una dosis única de metotrexato podría mejorar el cumplimiento del paciente sin disminuir su eficacia. Por lo tanto, el protocolo llegó a ser conocido como el de una dosis única de metotrexato protocolo, como la mayoría de los pacientes sólo reciben una sola dosis de la medicación. En este protocolo, el metotrexato se administra en una dosis de 50 mg/m² el día 1. Una segunda dosis se administra en el día 7 si β -hCG valores no disminuirá por lo

menos en un 15% entre los días 4 y 7. β -hCG niveles son seguidos semanalmente hasta que sean indetectables. Un artículo de Lipscomb et al. informó que el 20% de los pacientes sometidos a este protocolo será necesario más de un ciclo de tratamiento. El tiempo medio de la resolución del embarazo ectópico fue de 35 días, pero puede llevar hasta 109 días. No hay leucovorin de rescate utilizados en el presente protocolo. Después de un diagnóstico inicial, los ultrasonidos son por lo general no se repiten. La gestación ectópica puede llegar a aumentar en tamaño después del tratamiento con metotrexato, que puede deberse a la formación de hematoma.

Antes de dar el metotrexato, un hemograma, pruebas de función hepática y creatinina debe controlarse. En un paciente con antecedentes de enfermedad pulmonar, una radiografía de tórax debe obtenerse debido al riesgo de neumonitis intersticial terapia con metotrexato. Contraindicación absoluta para la terapia de metotrexato es una paciente hemodinamicamente inestable, una paciente que este dando lactancia materna, padece de inmunodeficiencia, enfermedad hepática o el alcoholismo, enfermedad pulmonar activa, úlcera péptica y enfermedades hematológicas, insuficiencia renal o disfunción hepática. Contraindicaciones relativas son una gestación ectópica 3,5 cm de tamaño mayor, y la presencia de actividad cardíaca fetal. Estas contraindicaciones están relacionadas con la eficacia del metotrexato, así como sus efectos secundarios. El metotrexato es generalmente bien tolerado en dosis dado para tratar el embarazo ectópico. Altas dosis de metotrexato se ha asociado con la supresión de la médula ósea, hepatotoxicidad, estomatitis, fibrosis pulmonar, alopecia reversible, fotosensibilidad y morbilidad febril. El efecto secundario más frecuente es leves elevaciones de las transaminasas hepáticas. Los pacientes que recibieron metotrexato debería dejar de vitaminas prenatales o ácido fólico.(10, 12).

Durante el tratamiento con metotrexato, β -hCG puede llegar a los niveles de aumento o meseta entre los días 1 y 4 antes de que empiecen a disminuir. Este se piensa que es debido a la syncytiotrophoblasts que seguir para producir β -hCG

después de metotrexato tratamiento. Otro fenómeno observado durante el tratamiento con metotrexato es transitoria dolor abdominal, que puede ocurrir 3-7 días después del inicio del tratamiento y pueden durar de 4-12 h. Esto puede ser debido a un sangrado de trompas, la formación de un hematoma o un aborto de trompas. También es importante para descartar la rotura de trompas, lo cual sería una indicación para una intervención quirúrgica. Las indicaciones clínicas para la cirugía son el dolor abdominal que es grave y persistente más allá de las 12 h, hipotensión ortostática o disminuyendo los valores de hematocrito. Más allá de los signos clínicos de fracaso del tratamiento, otros signos que indican posible fracaso metotrexato incluyen un aumento o una meseta de β -hCG, que se produce después de la primera semana de tratamiento.

La eficacia de diferentes protocolos de metotrexato ha sido investigado. En 12 estudios, que incluyeron 338 pacientes que se sometió a una variable de dosificación de la terapia de metotrexato, la terapia en la que fue titulada en función de β -hCG los niveles, la tasa de éxito de la terapia de metotrexato fue de 93%. Por otra parte, sobre el seguimiento de histerosalpingograma (HSG), Las trompas de Falopio permeabilidad fue de 75%. La posterior tasa de fecundidad fue de 58% y el 7% de los pacientes tenían una repetición de embarazo ectópico. En 32 estudios de 1626 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica conservadora de embarazo ectópico, tanto las tasas de éxito y posterior tasas de fecundidad fueron similares. Esto se compara con siete estudios de 393 pacientes que se sometió a la dosis única de metotrexato de protocolo, con un 87% con una solución satisfactoria de los embarazos ectópicos. De estos pacientes, 8% requirió una segunda dosis de metotrexato. Seguimiento de HSG demostró permeabilidad tubárica en el 81% de los pacientes. De los pacientes que desean fertilidad, el 61% tuvo un embarazo intrauterino demostrado y el 8% tenía una repetición de embarazo ectópico. Esto sugiere disminución de la eficacia de una dosis única de metotrexato protocolo, en comparación con el protocolo multidosis, mientras que la eficacia del protocolo multidosis es similar a la de la cirugía conservadora laparoscópica.(8, 9).

En otro ensayo de 100 pacientes que compararon la terapia con metotrexato salpingostomía laparoscópica, el 86% de los pacientes que recibieron una o dos dosis de metotrexato fueron tratados con éxito. En los pacientes sometidos a la salpingostomía laparoscópica, el 72% fueron tratados con éxito con la cirugía sola y el 20% metotrexato postoperatorio necesario para la persistencia de trofoblasto. Post-tratamiento de la permeabilidad tubárica tasas fueron similares en ambos médicos y los pacientes tratados quirúrgicamente. Un estudio realizado por Pereira Dias espera a los resultados de fertilidad en 74 mujeres que desean el embarazo que ha sufrido tanto la terapia multidosis metotrexato o salpingostomía laparoscópica para el embarazo ectópico y encontró las tasas de embarazo a los 18 meses a ser 36 y 43%, respectivamente. Post-tratamiento las tasas de fecundidad no parecen ser diferente en los pacientes sometidos a cirugía médica o la gestión de un embarazo ectópico.

Un meta-análisis de Barnhart, Que aguarda en 26 estudios y de un solo frente a múltiples protocolos de dosis de metotrexato, encontró que el uso de una dosis única de metotrexato protocolo se asoció con una mayor significativamente las tasas de fracaso. Cuando referencia β -hCG los niveles y la presencia de actividad cardíaca fetal fueron controladas, la única dosis de metotrexato tuvieron casi cinco veces mayor tasa de fracaso (OR: 4,75). Pequeños estudios han propuesto que las tasas de éxito para el manejo médico del embarazo ectópico con una sola y de múltiples dosis son comparables. Sin embargo, los pequeños estudios son suficiente y, a menudo, dar lugar a un error de tipo 2: no rechazar la hipótesis nula que dos terapias son diferentes cuando en realidad son. En conjunto, el fracaso del tratamiento con dosis única es menos el 50% más alto que multidosis (RR: 1,5, IC 95%: 0,44-5,01) y tanto como 135% superior al evaluar los estudios publicados después de que el meta-análisis (OR: 2,35; 95% CI: 0.92-7.70, $p = 0,06$). Dada la baja tasa de éxito de la dosis única de metotrexato protocolo, una de dos dosis de metotrexato protocolo fue desarrollado con la esperanza de tener un más efectivo régimen que no era demasiado oneroso. En este protocolo, la primera dosis de

metotrexato se administra el día 1 y una segunda dosis se administra en el día 4. Una tercera dosis se administra en el día 7 sólo si la β -hCG nivel no disminuyó en un 15% entre los días 4 y 7 días. Este protocolo no requiere más visitas a las oficinas que la dosis única de protocolo y, sin embargo, se ofrecen dos dosis de metotrexato en la primera semana del protocolo. Las dos dosis de metotrexato protocolo se demostró ser seguro y bien tolerado en un estudio de 100 pacientes. Se necesitan más estudios para determinar las tasas de éxito global.(12, 14).

Varios pretratamiento características han sido estudiados para determinar si afecta a la tasas de éxito del metotrexato tratamiento; concretamente, β -hCG nivel de presentación, nivel de progesterona, el tamaño de la gestación, la presencia o ausencia de actividad cardíaca fetal y la presencia de sangre libre en la pelvis. Un estudio de Lipscomb et al. de 360 mujeres miró en ciertas características pretratamiento de los pacientes y su correlación con las tasas de éxito del tratamiento. El único resultado significativo en el análisis de regresión fue el éxito inicial de β -hCG nivel, con una gran disminución de éxito del tratamiento (68,2%) observado en pacientes con β -hCG en los niveles de exposición superior a 15000 mUI / ml. La presencia de líquido en la cavidad peritoneal o el tamaño de la gestación ectópica no se asoció con una disminución de la tasa de éxito. Un estudio más reciente demostró que las primeras β -hCG de niveles superiores a 5000 mUI / ml se asocian significativamente con la disminución de éxito las tasas para las mujeres tratadas con la dosis única de protocolo.

Cirugía

La tradicional intervención quirúrgica practicada por un embarazo ectópico es una laparotomía exploradora con salpingectomía. Hoy en día, muchos pacientes con embarazos ectópicos que requieren tratamiento quirúrgico son tratados con una salpingectomía laparoscópica o salpingostomía. Sin embargo, si un paciente presenta en shock hipovolémico con una ruptura de embarazo ectópico, la laparotomía y salpingectomía siguen siendo el tratamiento de elección. Laparoscopia tiene las ventajas de la estancia hospitalaria más corta, más corto el tiempo de recuperación postoperatoria y reduciendo el costo en comparación con

la laparotomía. Nos sería más probable para llevar a cabo una salpingectomía laparoscópica en lugar de una salpingostomía en las siguientes circunstancias: hemorragia no controlada, embarazo ectópico recurrente en la misma trompa de Falopio, un embarazo ectópico superior a 5 cm o gravemente dañados trompa de Falopio. En otros casos, una salpingostomía puede ser apropiado. Una incisión longitudinal se deberán efectuar en la frontera antimesenterica de la trompa de Falopio. Esto puede ser realizado con una aguja unipolar. Los productos de la concepción debe ser removido de la trompa de Falopio con el lavado de alta presión de riego. Cualquier sangrado de la trompa de Falopio puede ser controlada con el uso de electrocirugía por fulguración. La incisión en la trompa de Falopio puede curar por segunda intención o puede ser suturadas cerrado. En una revisión de nueve estudios que comparaban la salpingostomía laparoscópica con salpingectomía, no hubo una diferencia significativa en los siguientes, la tasa de embarazo intrauterino (aproximadamente el 50%). Sin embargo hubo un aumento de la tasa de repetición de embarazo ectópico en el grupo de salpingostomía (10 vs 15%). Otro estudio sugiere que puede haber una mayor tasa de fecundidad posterior de los pacientes sometidos a la salpingostomía en lugar de salpingectomía.(6).

Después de 5-20% de salpingostomias realiza en el transcurso de los embarazos ectópicos, es la persistencia de tejido trofoblástico. Todos los pacientes sometidos a la salpingostomía necesidad de seguir semanal con β -hCG hasta que los niveles son indetectables a causa de este riesgo. Si β -hCG niveles meseta o aumentar, una persistente embarazo ectópico se diagnostica. Esto puede ser tratado con metotrexato. Hay un mayor riesgo de embarazo ectópico persistente si la salpingostomía se realizó a muy temprana edad gestacional, si el tamaño del embarazo ectópico fue inferior a 2 cm o en pacientes con alto inicial de β -hCG.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

- Caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla. Caracterización que incluye:
 - Edad de paciente
 - Antecedentes ginecoobstetricos
 - Antecedentes de cirugías pélvicas
 - Antecedente de embarazo ectópico previo
 - Métodos anticonceptivos
 - Hábitos
 - Manifestaciones clínicas (dolor, hemorragia, amenorrea)

IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 TIPO DE DISEÑO: descriptivo ya que se llevó a cabo una caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla.

4.2 POBLACION: las pacientes que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Regional de Escuintla con sospecha o diagnóstico establecido de embarazo ectópico.

4.3 SUJETO DE ESTUDIO: El sujeto de estudio lo constituyeron los expedientes clínicos de las pacientes con sospecha o diagnóstico establecido de embarazo ectópico.

4.4 MUESTRA: se trabajó con la totalidad de las pacientes que presentaron embarazo ectópico.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico
- Pacientes con o sin enfermedades crónicas de base.
- Pacientes entre 15 y 45 años de edad.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Expedientes clínicos incompletos.
- Pacientes referidas de otros centros ya con la resolución del embarazo ectópico.
- Pacientes que hayan sido manejadas en otros departamentos del hospital y que tengan como hallazgo incidental transoperatorio un embarazo ectópico.

4.7 CUADRO DE OPERACIONABILIDAD DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento	Lo anotado en el expediente	Cuantitativa	numérica	Años cumplidos
Caracterización clínico-epidemiológica	Determinación de los atributos clínico epidemiológicos de una persona, cosa o situación de modo que se distinga claramente de los demás.	Lo anotado en el expediente expresado como positivo	cualitativa	Nominal	-Edad de paciente -Antecedentes ginecoobstetricos -Antecedentes de cirugías pélvicas -Antecedente de embarazo ectópico previo -Métodos anticonceptivos -Hábitos -Nivel socio-económico - Manifestaciones clínicas
EMBARAZO ECTOPICO	Es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pélvica o abdominal	Si No	Cualitativa	Nominal	a) Si b) No

4.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Los datos fueron recolectados a través de una boleta que el investigador llenó basándose en los datos encontrados en los expedientes de las pacientes que ingresaron al departamento de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de embarazo ectópico.

En esta boleta se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: edad, escolaridad, ocupación, estado civil, hábito de fumar, antecedente de embarazo ectópico, antecedente de cirugías pélvicas, antecedentes ginecoobstétricos, métodos de planificación familiar y manifestaciones clínicas que presentaba la paciente. (Ver anexo No. 1).

4.9 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO:

Los expedientes que cumplieron los criterios de selección fueron incluidos en el estudio. Se realizó una búsqueda dirigida con el propósito de identificar los principales factores de riesgo para esta patología como son antecedentes ginecoobstétricos, cirugías previas, infecciones del tracto genitourinario, toxicomanías (tabaquismo), tipo de método de planificación familiar, etc.. Posteriormente se consultó su expediente clínico para determinar el cuadro clínico que cada paciente presentaba, así como el diagnóstico de ésta.

Con los datos que se obtuvieron se llenaron hojas de recolección de información, los cuales se vaciaron a un formato estadístico para su interrogatorio y posteriormente análisis.

Se efectuó un análisis estadístico basándose en el programa EXCEL y se presentan los resultados en cuadros y gráficas pertinentes para cada parámetro.

4.10 CONSIDERACIONES ETICAS:

En este estudio se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos de los expedientes clínicos, no se realizó ninguna intervención en el manejo de estas pacientes. No se solicitó consentimiento informado ya que únicamente se utilizaron datos de las papeletas sin aclarar la identidad de las pacientes.

4.11 RECURSOS

❖ HUMANOS

- o Investigador
- o Asesor metodológico

❖ FÍSICOS

- o Expediente Clínico
- o Lápices, lapiceros, hojas, calculadoras, computadoras (hardware y software), impresora, tinta, reglas.

V. RESULTADOS

I. EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 1

Rango Etéreo	Porcentaje
15-19	31.58
20-24	21.05
25-29	31.58
30-34	5.26
mayor de 34	10.53
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

II. ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 2

Escolaridad	Porcentaje
Alfabeta	89.47
Analfabeta	10.53
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

III. OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTARON AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 3

Ocupación	Porcentaje
Ama de casa	94.74
Oficios Domésticos	5.26
Oficinista	0
Estudiante	0
Otros	0
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

IV. ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTARON AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 4

Estado Civil	Porcentaje
Casada	42.11
Soltera	26.32
Unión de Hecho	31.57
Divorciada	0
Viuda	0
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos.

V. TABAQUISMO EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTARON AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 5

Tabaquismo	Porcentaje
Si	5.26
No	94.74
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

VI. ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ACTUAL QUE CONSULTAN AL DEPTO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 6

Antecedente de Embarazo Ectópico	Porcentaje
Si	5.26
No	94.74
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

VII. ANTECEDENTE DE CIRUGÍAS PÉLVICAS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

TABLA No. 7

Antecedente de Cirugías Pélvicas	Porcentaje
Uterinas	15.79
Ováricas	0
Tubáricas	5.26
Vesicales	0
Ureterales	0
LPE	5.26
Ninguna	73.69
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

VIII. NÚMERO DE EMBARAZOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 8

No. De Embarazos	Porcentaje
Primero	31.58
Segundo	21.05
Tercero	26.32
Cuarto	15.79
Quinto o más	5.26
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

IX. NÚMERO DE PARTOS EUTOCICOS SIMPLES EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 9

No. De Partos Eutocicos Simples	Porcentaje
Ninguno	42.11
Uno	15.79
Dos	26.32
Tres	10.52
Cuatro	5.26
Cinco o más	0
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

X. NÚMERO DE CESÁREAS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 10

No. De Cesáreas	Porcentaje
Ninguna	84.21
Una	5.26
Dos	10.53
Tres	0
Cuatro o más	0
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

XI. ANTECEDENTE DE ABORTOS EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICIA DEL HNRE

Cuadro No. 11

Antecedente de abortos	Porcentaje
Si	10.52
No	89.48
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

XII. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICA DEL HNRE

Cuadro No. 12

No. De parejas sexuales	Porcentaje
Una	47.37
Dos	31.58
Tres	15.79
Cuatro o más	5.26
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

XIII. MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO POR LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICA DEL HNRE

Cuadro No. 13

Método Anticonceptivo	Porcentaje
Ninguno	73.68
Injectable	15.8
ACOS	0
Implantes	0
DIU	0
AQV	5.26
Preservativo	5.26
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

XIV. MANIFESTACIONES CLÍNICAS PRESENTADAS POR LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTARON AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICA DEL HNRE

Cuadro No. 14

Manifestaciones Clínicas	Frecuencia
Dolor abdominal	19
Amenorrea	5
Hemorragia Vaginal	6

Fuente: instrumento de recolección de datos

XV. PRESENCIA DE PRUEBA DE EMBARAZO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO QUE CONSULTAN AL DEPTO. DE GINECOOBSTETRICA DEL HNRE

Cuadro No. 15

Prueba de Embarazo	Porcentaje
Presente	68.42
Ausente	31.58
Total	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Debido a que el embarazo ectópico representa una patología cuya incidencia se ha ido incrementando en los últimos 20 años debido al aumento de factores de riesgo a los cuales están expuestas las pacientes sexualmente activas, y que, en caso sea mal o tardíamente diagnosticada puede presentar una morbilidad bastante alta, el objetivo de este estudio fue realizar una caracterización clínico-epidemiológica de las pacientes que consultan por esta patología en nuestro medio, medio que en determinadas áreas y entornos socioculturales puede variar respecto a las características presentadas de forma general a nivel mundial, y así tener una perspectiva real de quienes son nuestras pacientes, los factores de riesgo a los que se encuentran expuestas y la forma en la cual puedan ser captadas previo a presentarse con esta patología para así evitar la morbilidad que conlleva.

En este estudio se evaluaron los expedientes clínicos de todas las pacientes quienes durante los meses de enero a octubre del año 2010 fueron atendidas en el Depto. de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Escuintla y que llenaran los criterios de inclusión.

Puede observarse que, a diferencia de lo reportado en la literatura, la cual indica que las pacientes de 35 años o más son las pacientes que presentan más frecuentemente embarazos ectópicos, en la población estudiada se presentaron más casos en pacientes entre los rangos etáreos de 15-19 y 25-29 años, ambos en igual porcentaje. Llama también la atención que casi el 90% de las pacientes con esta patología fueron catalogadas como alfabetas, siendo para este estudio alfabetas aquellas personas que saben leer y escribir como mínimo, mientras que la literatura reporta que estos casos son más frecuentes en pacientes analfabetas y de estrato socioeconómico bajo. Sin embargo, a este respecto no debemos olvidar el entorno socioeconómico de la mayoría de pacientes de nuestro medio, las cuales viven, en su mayoría en niveles considerados de pobreza y la educación que presentan se limita a algunos años cursados del nivel primario.

Otro dato curioso es el hecho de que la mayoría de los casos estudiados las pacientes refirieron ser amas de casa, casadas, no fumadoras, características que también las diferencian de las observadas y reportadas en la literatura mundial, ya que estas características no presentan por sí solas factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico, ya que se toman como factores de riesgo de alto riesgo como sexoservidoras, pacientes solteras y con hábito tabáquico, estando este último ampliamente demostrado que provoca una hipomotilidad en las trompas uterinas y por ende una deficiente movilización del óvulo fecundado hacia la cavidad uterina.

En lo referente a los antecedentes gineco-obstétricos podemos observar que, en primer lugar, cerca del 42% de las pacientes refirieron haber tenido una única pareja sexual y un 31% dos parejas sexuales, estos datos también contrastan con

la literatura mundial y los diferentes estudios realizados en otras latitudes, ya que la promiscuidad sexual se considera factor de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico, ya que las pacientes con múltiples parejas sexuales están más expuestas a padecer enfermedades de transmisión sexual, las cuales están directamente relacionadas con la incidencia de embarazos ectópicos. Sin embargo en nuestro medio no parece ser el caso, debe hacerse la salvedad que se desconoce el número de compañeros sexuales de las parejas de las pacientes, sin embargo este es un dato que no se pudo obtener.

En cuanto a la paridad, la literatura reporta que las pacientes multíparas son las más propensas a presentar un embarazo extrauterino, criterio que parece cumplirse en la población estudiada, ya que cerca del 50% de las pacientes se encontraba cursando con su tercera o cuarta gesta.

La vía de resolución de los embarazos previos no parece influir en la aparición de un embarazo ectópico, ya que se esperaría que la mayoría de las pacientes con esta patología tuviesen partos resueltos por vía alta, pero la mayoría de las pacientes han sido resueltas vía baja. Tampoco parece haber relación entre el antecedente de abortos previos y el embarazo ectópico.

De las pacientes estudiadas, el 26.31% tenían el antecedente de una cirugía pélvica, incluidas uterinas, tubáricas o laparotomías exploradoras, encontrándose una fuerte asociación entre la aparición de embarazo ectópico y el antecedente de cirugías a este nivel. Puede considerarse como causante de esta relación las posibles adherencias a nivel de órganos pélvicos que estas cirugías pueden provocar.

A diferencia de lo reportado en la literatura mundial, que describe a las usuarias de DIU como pacientes con alta propensión al desarrollo de un embarazo extrauterino, en nuestro medio las pacientes que presentan mayor número de embarazos ectópicos son pacientes que no utilizan ningún método de planificación familiar.

Referente a las manifestaciones clínicas que presentan las pacientes con embarazo ectópico podemos ver que la totalidad de ellas refiere dolor abdominal, siendo este el motivo de la consulta a los servicios de Gineco-Obstetricia, menos de la mitad de las pacientes consulta por amenorrea o hemorragia vaginal como síntoma principal.

Como puede observarse pues, las pacientes en medios como el estudiado son pacientes que no presentan las características "clásicas" de una paciente que pueda cursar con un embarazo ectópico, sin embargo debe mencionarse que existe la posibilidad de que muchas de estas faltas de concordancia con los datos mundiales se deban a omisiones voluntarias de información por parte de las pacientes debido al entorno sociocultural y religioso al cual pertenecen. Además la pareja y su comportamiento sexual también constituyen un factor indirecto de

riesgo, el cual no puede ser analizado en este estudio, ya que es información que no se recolecta.

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. Las pacientes que presentan embarazo ectópico en medios como el nuestro son pacientes en etapas tempranas de su vida reproductiva.
- 6.1.2. En medios como el estudiado, las pacientes no tienen una presentación clásica en cuanto a factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico, por lo que se hace necesario investigar a profundidad las causas que conducen a que estas pacientes, aparentemente con pocos factores de riesgo presenten esta patología.
- 6.1.3. El síntoma principal, y el cual constituye el principal motivo de consulta a los servicios ginecológicos es el dolor abdominal.
- 6.1.4. La multiparidad y el antecedente de cirugías pélvicas previas continúan siendo factores de riesgo asociados al desarrollo de embarazo ectópico, incluso en medios como el nuestro, que no cumple con la presentación clásica.
- 6.1.5. El uso de cualquier método anticonceptivo no constituye factor de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico en poblaciones como la estudiada.
- 6.1.6. Es necesario mejorar la recolección de datos al momento de realizar las historias clínicas de las pacientes que se presenten a los servicios ginecológicos.

6.2. RECOMENDACIONES

- 6.2.1. Mejorar la calidad de la recolección de datos al momento de la realización de las historias clínicas.
- 6.2.2. Elaborar un buen plan educacional para impartir en aquellas pacientes que acudan a un servicio ginecológico por cualquier causa y que al momento de la anamnesis se considere en riesgo de desarrollar un embarazo ectópico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alan DeCherney y otros, Ectopic Pregnancy, Ginecología y Obstetricia, volumen 1, capítulo 69, 2004.
2. Ankum. Willem, Diagnosing suspected ectopic pregnancy, British Medical Journal, 321: 1235-1236, Inglaterra, noviembre 2000.
3. Barbara Enriquez y otros, Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 29 (3):50-55, 2003.
4. Brayer, J, Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive analysis based on a large case-control, population based. Am J epidemiol. 2003; 157, pp 185 -94.
5. Carlos Guerra Verdecia y otros, Factores de Riesgo relacionados con el Embarazo Ectópico, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 25 (1):66-70, 1999
6. Chapron C, Querlen, Laparoscopic Treatment of Ectopic Pregnancies: A One Hundred Case Study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001, 41
7. Dunia Cuestas-Monge y otros, Perfil Epidemiológico del Embarazo Ectópico en el Hospital Escuela, Revista Médica de los Post Grados de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Honduras 29(3), 2006.
8. Francisco Bueno N y otros, Tratamiento médico del Embarazo Ectópico, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 67 (3): 173-179, 2002.
9. Figueroa Solana, María Isabel, Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico, Ginecol Obstet Mex 2005 20(2): 10-30.
10. Gary H. Lipscomb y otros, Nonsurgical Treatment of Ectopic Pregnancy, The New England Journal of Medicine, 343 (18), 2000.
11. Heather Murria y otros, Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy, Canadian Medical Association Journal, 173: 905-912, 2005.
12. Heriberto Rodea y otros, Embarazo ectópico roto sin mortalidad: acciones clave, Revista Cirujano General 28 (3): 144-147, 2006.
13. Jennifer Kulp y otros, Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management, Women's Health, 4(1): 79-87, 2008.
14. José Luis Troncoso y otros, Tratamiento médico del Embarazo Ectópico; evaluación prospectiva de la fertilidad, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 67 (5): 354-359, 2002.
15. Kurt Barnhart y otros, Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy, Womens Health 4(1): 78-87, 2008.
16. Lipscomb, Gary, Medical Therapy for Ectopic Pregnancy, Semin Reprod Med, 25 (2): 93-98, 2007.
17. Luglio Villanueva, Jesús y otros, Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002, Revista Médica Herediana, 16 (1): 26-30, 2005.

18. María Teresa Urrutia y otros, Embarazo Ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 72(3): 154-159, 2007.
19. Maribella Fernandez Suarez y otros, Embarazo Ectópico: correlación de algunos factores, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 22(1): 40-43, 1996.
20. Mirtha Martínez Cuevas y otros, Embarazo Ectópico, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 24(1):13-17, 1998.
21. Montoya, Oscar, Diagnóstico de Embarazo Ectópico por Ultrasonido, Revista Médica Hondureña, 53: 213-214, 1999.
22. Salvador Solano y otros, Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico: estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC, Anales Médicos, 50(2): 58-61, 2005.
23. Sepilian, Vicken, Ectopic Pregnancy, Semen Reprod Med, 30(5): 140-172, 2007.
24. Tay, J.I., y otros, Ectopic Pregnancy, British Medical Journal, 321: 1235-1250, 2000.
25. Thomas A. Molinaro y otros, Ectopic Pregnancies in Unusual Locations, Semen Reprod Med, 25(2): 123-130, 2007.

VIII. ANEXOS

Anexo No. 1

CUESTIONARIO DE EMBARAZO ECTOPICO

1. EDAD:
2. ESCOLARIDAD:
3. OCUPACION:
4. ESTADO CIVIL:
5. TABAQUISMO: si () no () Numero de cigarrillos al dia:
6. ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO: si() no ()
7. ANTECEDENTE DE CIRUGIAS PELVICAS:
OVARIOS TROMPAS UTERINAS, UTERO,
VEJIGA URETERES, COLON E INTESTINO
8. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:
a. GESTA PARTOS ABORTOS CESAREAS
b. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
9. METODO DE PLANIFICACION:
a. HORMONALES
 1. INYECTABLES
 2. ORALES
b. DIU
c. OCLUSION TUBARIA BILATERAL
10. MANIFESTACIONES CLINICAS:
a. Dolor abdominal SI NO
b. Amenorrea SI NO
c. Sangrado transvaginal SI NO
11. PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE
a. presente SI NO
b. ausente SI NO

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA DE LAS PACINTES QUE PRESENTAN EMBARAZO ECTÓPICO, ESTUDIO DESCRIPTIVO REALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL DE ESCUINTLA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y OCTUBRE DE 2010” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.