

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL AÑO 2016**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Marcos David Martínez Román

Coronel Oviedo – Paraguay

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL AÑO 2016**

MARCOS DAVID MARTINEZ ROMAN

TUTORA: LIC. GRACIELA RODRIGUEZ

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de
la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado
de Médico-Cirujano.**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL AÑO 2016**

Marcos David Martínez Román

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado
de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEDICATORIA

A Dios por darme sabiduría y salud durante todos estos años, por la inmensa misericordia permitiendo culminar con éxito esta etapa de mi vida.

A mi padre Juan Simón Martínez y a mi madre Ilesia Román de Martínez, por todo el amor y apoyo que me brindaron de forma incondicional e incansablemente durante todos estos años. 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. Sin la ayuda de ellos este logro sería imposible, eternamente agradecido con ellos y con el Ser Supremo por regalarme a estas personas como pilares de mi vida.

A mis hermanos por acompañarme y alentarme siempre, complementando el apoyo familiar.

Marcos David Martínez Román



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos y compañeros que formaron parte de este proceso, superando barreras, creando lazos, demostrando perseverancia, valentía y esfuerzo grupal.

A mí querida Facultad de Ciencias Médicas de la UNCA y todo el plantel de docentes y funcionarios por brindarme la oportunidad de crecer juntos y formar parte de esta nueva Familia, con el privilegio de ser egresado de esta casa de estudios.

A mi Tutora de tesis la Lic. Graciela Rodríguez por el acompañamiento y paciencia infinita durante la elaboración de este trabajo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICE

RESUMEN	viii
ABSTRACT	x
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. JUSTIFICACIÓN	7
5. OBJETIVOS	8
6. MARCO TEÓRICO	9
7. MARCO METODOLÓGICO	21
8. RESULTADOS	27
9. DISCUSION	42
10. CONCLUSIÓN	47
11. RECOMENDACIONES	49
12. BIBLIOGRAFÍA	50
13. ANEXOS	53



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de embarazo ectópico según edad n: 52	27
Tabla 2: Distribución de embarazo ectópico según edad del primer contacto sexual n: 52.....	37
Tabla 3. Distribución de embarazo ectópico según días de internación (DDI)..	41



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Distribución según Estado Civil. n=52	28
Grafico 2. Distribución según Procedencia. n=52	29
Grafico 3. Distribución según Profesión. n=52	30
Grafico 4. Distribución según Número de Gestas. n=52	31
Grafico 5. Distribución según Número de Partos vaginales previos. n=52	32
Grafico 6. Distribución según Número de Abortos. n=52	33
Grafico 7. Distribución según Número de Embarazos Ectópicos previos. n=52	34
Grafico 8. Distribución según Número de Cesárea previas. n=52	35
Grafico 9. Distribución según Método Anticonceptivo. n=52	36
Grafico 10. Distribución según motivo de consulta. n=52	38
Grafico 11. Distribución según Localización del Embarazo Ectópico. n=52	39
Grafico 12. Distribución según tratamiento empleado. n=52	40



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico (EE) es definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, siendo la ubicación más frecuente la Trompa de Falopio.

Planteamiento Del Problema: Actualmente el EE es una de las patologías con mayor frecuencia en gineco-obstetricia, contribuyendo al aumento de las tasas de mortalidad materna. Constituyendo un problema de salud pública.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas del embarazo ectópico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social año 2016.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, se utilizaron fichas clínicas de 52 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, los datos fueron analizados con el software Stata 12.0©.

Resultados: La edad promedio fue $30,3 \pm 4,8$ años. Predominaron las solteras con una frecuencia de 19 (36,5%), la mayor parte corresponde a empleadas públicas y privadas representando el 69,2% (34). El mayor porcentaje corresponde a las embarazadas con 2 gestas 44,2% (23). Las nulíparas predominaron en la población de estudio con un 59,6% (31). El 94,2% (49) no presento embarazo ectópico previo. El 53,8% (28) no presentaba ninguna cesáreas previas. El 52,8% (27) no utilizaba ningún anticonceptivo. Edad promedio del primer contacto sexual fue $18,19 \pm 2,7$ años. La trompa es el asiento más frecuente y representa el 82,6%(43). El tratamiento empleado con mayor frecuencia fue el Quirúrgico en el 96,1% (50).

Conclusión: Las variables caracterizadas, coinciden con las bibliografías consultadas.

Palabras claves: Embarazo ectópico, Embarazo tubárico. (Bireme)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy (EE) is defined as the implantation of the blastocyst outside the uterine cavity, the most frequent location the fallopian tube.

Problem Statement: EE is currently one of the most frequent pathologies in the Obstetrics and Gynecology Department, contributing to the increase of maternal mortality rates. In constitutes a public health problem.

Objectives: To describe the clinical and epidemiological characteristics of ectopic pregnancy in the Obstetrics and Gynecology Department of the Instituto de Previsión Social, 2016.

Materials and methods: A descriptive, cross-sectional observational study was carried out. Clinical records of 52 patients diagnosed with ectopic pregnancy were used, the data was analyzed with the software. Stata 12.0©.

Results: The average age was 30.3 ± 4.8 years. Single women predominated with a frequency of 19 (36.5%), the majority corresponds to public and private employees representing 69.2% (34). The highest percentage corresponds to pregnant women with 2 gestations 44.2% (23). Nulliparous women predominated in the study population with 59.6% (31). 94.2% (49) did not have a previous ectopic pregnancy. 53.8% (28) did not presented any previous cesareans. 52.8% (27) did not use any contraceptive. Average age of first sexual contact was 18.19 ± 2.7 years. The Falopio tube is the most frequent seat and represents 82.6% (43). Surgical treatment was realized frequent in 96.1% (50).

Conclusion: The characterized variables coincide with the bibliographies consulted.

Keywords: Ectopic pregnancy. (Bireme)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad endometrial¹, siendo la ubicación más frecuente la Trompa de Falopio².

Actualmente el EE es una de las patologías con mayor frecuencia en gineco-obstetricia y contribuye al aumento de mortalidad materna en un 10 a 15 % de los casos³.

Además de elevar la tasa de mortalidad esta patología daña la salud reproductiva de la mujer, luego de un EE, la posibilidad de que la gestación posterior sea intrauterina es de 50 a 80%, y la de embarazo tubario es de 10 a 25%, constituyendo de esta forma un problema de salud pública^{4, 5}.

La detección precoz del EE es fundamental, siendo los pilares principales para el diagnóstico; la clínica, el laboratorio (B-HCG) y la ecografía. Acompañado de un tratamiento oportuno, mejora el pronóstico de la embarazada⁵.

El EE en la mayoría de los casos se resuelve con cirugía abierta. La otra opción es el tratamiento médico utilizando metrotrexate. En los casos donde el riesgo es menor el manejo es expectante⁶.

El aumento de la incidencia se observó más en países desarrollados, con un incremento de 3 a 4 veces más en las en las últimas dos décadas. A pesar de todos los avances en medicina, en el área de ginecología y obstetricia, las mujeres que poseen antecedentes de EE presentan una fertilidad disminuida. Por ende el objetivo actual de muchos ginecólogos es enfocarse en aplicar técnicas de tratamiento que mejoren la fertilidad posterior al evento de esta patología^{7, 8}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El EE sigue siendo causa de muerte materna como ya se mencionó, es considerado una emergencia dentro de las patologías gineco-obstétricas y el incremento de su incidencia es una problemática, de ahí el interés en conocer las Características de las pacientes con este diagnóstico en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social^{3, 8, 9}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Andrea Rosana Mogrovejo Ávila, en su trabajo titulado “Perfil Clínico y Epidemiológico de las pacientes con Embarazo Ectópico ingresadas en el departamento de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015” entre los datos sociodemográficos más resaltantes hallaron que 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%⁶.

En el trabajo realizado por Espínola GR, “Prevalencia de casos de embarazo ectópico y sus características clínicas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción”, se encontró una prevalencia de 1,47% y entre las características clínicas más resaltantes se observó que el motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal en 14 pacientes (56%), seguido de sangrado genital en 9 casos (36%) y alteración del sensorio en 2 mujeres (8%). La edad gestacional promedio al momento de la consulta fue de $6,5 \pm 1,8$ semanas (entre 4 y 11 semanas). El sitio de localización más frecuente fue el tubárico: 21 pacientes (84%), siendo el lado derecho el más frecuente (15 pacientes)⁷.

Kalbermatter DR y col realizaron una investigación cuyo título “Prevalencia de Embarazo Ectópico en el Servicio De Ginecología Del Hospital Ramón Madariaga”. Los resultados más relevantes fueron: una prevalencia del 2,70%; un promedio de edad de 25,6 y el 53,6% no refería ningún método anticonceptivo⁸.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Fernández C. en el trabajo titulado “El embarazo ectópico se incrementa en el mundo” destacó que el embarazo ectópico es una entidad frecuente dentro de la gineco-obstetricia, que se ha elevado en las últimas décadas, ocasionando muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina en la etapa fértil de la vida⁹.

Martínez A y colaboradores en el trabajo “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, encontraron entre los antecedentes gineco-obstétrico que 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina, con relación a la terapéutica empleada el 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpingectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado¹⁰.

Moya Toneut, C. y colaboradores en su trabajo “Comportamiento del embarazo ectópico”, destacaron que existe una elevada incidencia de EE, en edades entre 20-39 años, con partos anteriores y residentes en zonas urbanas, la localización más frecuente fue tubárica y la cirugía más utilizada fue la salpingectomía¹¹.

“Incidencia, factores de riesgo y características clínico-epidemiológicas de embarazo ectópico. Hospital de Apoyo Camaná 2004 - 2014”, trabajo realizado por Eliana Joanie Montes Lima quien destacó que las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical¹².



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“El Embarazo Ectópico es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de embarazo”¹.

Actualmente, las tasas de mortalidad materna son altas, cada día mueren unas 800 mujeres por causas evitables, relacionadas con la gravidez. 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. Con relación al EE podemos apreciar que la tasa de mortalidad a nivel internacional sigue siendo importante como problemática en salud pública, tal es el caso de Canadá que presenta el 4% de las muertes anuales, y en Estados Unidos (EEUU) 35 por cada 10.000 mujeres⁶.

Desde el punto de vista de la incidencia de esta patología se puede observar que la de raza negra tiene una frecuencia mucho mayor que la de raza blanca. En los países desarrollados la incidencia aumentó tres a cuatro veces en las últimas dos décadas⁴.

En América del Sur, la incidencia de esta patología ha aumentado. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos⁸. En Chile, en 2003, hubo 3.694 egresos por embarazo ectópico, con una tasa de 1,4%⁷.

La tasa de mortalidad varía según los autores, pero es de aproximadamente 4,9 por cada 10.000 embarazos ectópicos en países de América del Sur⁷.

A pesar del incremento del EE en las últimas décadas, su mortalidad ha disminuido 10 veces en el mismo periodo de tiempo (35,5/10 000 a 3,4/10 000) gracias a los avances diagnósticos y terapéuticos con los que se cuenta en la actualidad⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El Paraguay no está ajeno a esta problemática donde la prevalencia es del 1,47⁷, según el trabajo realizado en el año 2012 en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. Motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2016?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

4. JUSTIFICACIÓN

El EE es considerado la primera causa de muerte por hemorragia de la primera mitad del embarazo. Desde el punto de su incidencia varias investigaciones afirman el incremento del mismo, creando intranquilidad en el ámbito ginecológico^{6, 13}. “Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente, al embarazo ectópico se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto y así lo destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)”⁹.

Por lo antedicho, resulta crucial obtener información acerca de las variables epidemiológicas y clínicas de las pacientes con EE, aportando de esta forma datos actualizados en la población, sabiendo que dicha patología ha sufrido varios cambios en su comportamiento en los últimos años.

La presente investigación tiene como finalidad conocer las características de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acuden al servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS) año 2016, además se propone recabar la información necesaria sobre la patología que afecta a mujeres jóvenes en edad laboral y productiva, de manera a impedir dos hechos fundamentales que implican riesgos para la madre: la morbilidad y la posibilidad de una infertilidad a consecuencia de las complicaciones del EE.

Es importante conocer las características del EE en la población de estudio, de manera a comparar con los datos ya conocidos, con los resultados obtenidos se dará informe a las autoridades responsables de tomar las intervenciones pertinentes, de manera a prevenir posibles complicaciones de esta patología.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

5.1.1 Describir las características clínicas y epidemiológicas del embarazo ectópico en el Servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social año 2016.

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con embarazo ectópico.

5.2.2 Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes con embarazo ectópico.

5.2.3 Establecer las características clínicas de las pacientes con embarazo ectópico.

5.2.4 Describir los hallazgos principales en la ecografía de las embarazadas.

5.2.5 Determinar la terapéutica empleada en las pacientes con embarazo ectópico y los días de internación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Definición

El EE es considerado una emergencia médica, pudiendo causar la muerte de la madre, principalmente por la hemorragia que se produce en los casos severos⁸.

Varios autores definen como la implantación del blastocisto u ovocito fuera de la cavidad uterina¹⁰. La nidación en cualquier otro lugar que no sea en el endometrio de revestimiento de la cavidad uterina se considera EE^{11, 13}.

6.2 Epidemiología

Según la American College of Obstetricians and Gynecologists, la probabilidad de una muerte materna por un EE es mayor que una gestación que culmina en un recién nacido vivo o que se impide de forma provocada. Asimismo, el riesgo de tener un embarazo sin complicaciones más adelante se reduce después de un embarazo ectópico. Sin embargo, si se diagnostica en forma precoz, mejoran tanto la sobrevivencia de la madre como la conservación de su capacidad reproductiva, ya que es la principal causa de muerte materna en los primeros 3 meses de embarazo y representa el 9% de las muertes maternas globales¹⁴.

En las últimas décadas el número de EE se ha incrementado notablemente, así lo afirma el informe de la National Hospital Discharge Survey donde menciona que la incidencia se ha cuadruplicado en los últimos años. Sin embargo el riesgo de muerte disminuyó¹.

En general se calcula que la tasa de incidencia del embarazo ectópico en el mundo está entre 5 a 20 por cada 1000 partos, esta frecuencia está relacionada con la edad de la madre (a mayor edad mayor frecuencia), la población estudiada, siendo más prevalente en la raza negra que en la raza



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

blanca. La epidemiología a nivel internacional refiere que Vietnam presenta 1 en 40, EEUU 16 en 1000 embarazos^{6, 7}.

La gran mayoría de los trabajos publicados mencionan del incremento de la incidencia del EE en los últimos 20 años alrededor de 6 veces más⁶. Este incremento se observa en varios países como es el caso de Suecia que incremento de 5,8 a 11,1/ 1000 embarazos en 15 años, en Gran Bretaña de 3,2 a 4,3/1000 nacidos vivos¹¹.

En cuanto a la edad, se observa una mayor incidencia de EE en el grupo de mujeres con 20 a 29 años. Sin embargo; existe una proporción creciente de EE en mujeres mayores de 35 años quienes tienen ocho veces más chance que los grupos etarios más jóvenes, lo cual significa que el riesgo acumulativo aumenta con el tiempo. Las primeras relaciones sexuales generalmente antes de los 18 años se observa en un alto porcentaje de pacientes con esta patología^{15, 16}.

Las pacientes tratadas con conservación de la trompa por un embarazo ectópico previo tienen 15% riesgo de recurrencia, que es a consecuencia de la alteración tubárica subyacente que llevó al anomalía inicial y a la opción del procedimiento terapéutico realizado¹⁶.

La mortalidad de esta afección ha disminuido principalmente en los países que ha implementado medidas para impedir las enfermedades de transmisión sexual, junto con una reducción del uso de DIU y un aumento del consumo de anticonceptivos hormonales. El riesgo de muerte por EE actualmente es de 1/1000 comparado con el 3,5/1000 en 1970¹¹. “Tiene riesgo relativo de muerte diez veces más alto que el parto y 50 veces mayor que el que un aborto legal”¹⁷.

Una investigación realizada en el año 2011 en la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Nacional de Asunción, arrojo un valor de 1,47% de prevalencia para el EE, que se asemeja bastante a la prevalencia mundial⁷.

6.3 Clasificación del embarazo ectópico

Se lo clasifica según el momento de la implantación en:

Primitivos: el embarazo progresa en el lugar de origen de la implantación.

Secundarios: cuando el huevo se desprende de su ubicación original y se implanta en otro sitio⁹.

Según la topografía anatómica también se puede clasificar en intrauterinos y extrauterinos dependiendo del lugar de implantación⁷.

Teniendo en cuenta a la Trompa de Falopio como referencia se puede dividir en tubáricos o no tubáricos. Toda la biografía consultada coinciden que los casos más frecuentes de embarazo ectópico se ubican en la trompa (96% a 98%) los cuales la mayor parte son ampulares (70%), las restantes ocurren en las fimbrias (11%) y el istmo (12%)¹³.

Entre los no tubáricos están los EE abdominales (1/5000), ováricos (1/7000), que son muy excepcionales¹³.

Según el tiempo evolutivo del cuadro clínico se puede clasificar en¹⁷:

- Agudos (rotura cataclísmica)
- Subagudos (aborto tubárico)
- Crónico (hematocele pelviano)

6.4 Fisiopatología del embarazo ectópico

En el embarazo ectópico también se secreta la hormona gonadotropina coriónica (HCG), similar a una gestación normal, manteniendo el cuerpo lúteo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

que produce estrógeno y progesterona suficientes para producir los cambios maternos en las primeras semanas del embarazo. Esto permite que todo permanezca normal al principio, pues la fecundación ocurrió sin inconvenientes, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio, de manera que el feto no es viable en tal localización y termina por perecer⁹.

Existen factores tubáricos y ovulares que ocasionan la implantación anómala del ovocito fecundado. Con respecto al factor tubárico, varios autores concuerdan que la enfermedad pélvica inflamatoria causa daño a nivel de la estructura endotelial de la Trompa de Falopio, por diferentes mecanismos. Esto ocasiona una disminución de los cilios, generalmente en ambas trompas, provocando una obstrucción con posterior formación de adherencias a órganos de la región. Los cambios en el comportamiento sexual y la mayor precocidad para el primer contacto sexual han incrementado las infecciones de transmisión sexual, como la Clamidiasis, aumentando el riesgo de EPI y posterior embarazo ectópico^{9, 12}.

Las disfunciones hormonales que se producen en el organismo, disminuyen la motilidad de la trompa, ocasionando el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio. El estrógeno y la progesterona son los responsables de la modificar los receptores del musculo liso de la trompa y el útero, la alteración de estas hormonas generan cambios a ese nivel, impidiendo la implantación correcta⁹.

Con respecto a lo que produce la falla en la anticoncepción, el dispositivo intrauterino actúa como cuerpo extraño dentro de la cavidad uterina. Produciendo inflamación a nivel del endometrio, que puede progresar al resto de los órganos de la región, generando cambios en la fisiología y morfología de dichos órganos. Cuando la mujer presenta afecciones a nivel del cuello o la vagina de forma asintomática, en el momento de introducir el DIU esto puede



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

arrastrar la infección propagando a los demás órganos. Otros errores en la técnica de colocación puede llevar a la nidación ectópica al no impedir la fecundación del ovulo¹².

Los procedimientos que alteran la anatomía funcional del útero y la trompa, como el legrado, abortos, cesáreas o el mismo embarazo ectópico previo, condicionan el medio para la implantación anómala¹⁸.

6.5 Cuadro clínico

La forma de presentación clínica es variada, dependiendo de rotura o no del embarazo ectópico. La visita precoz al médico luego de la aparición de los síntomas y contar con medios de diagnóstico de última generación, son los factores que han permitido identificar la patología, antes de la rotura⁷.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La clínica se presenta generalmente entre 6 y 8 semanas de la fecha de la última menstruación, aunque también puede aparecer más tarde, cuando el embarazo es intersticial o cornual¹⁹.

La mayoría de los investigadores al hablar de la clínica del embarazo ectópico agrupan en 3 síntomas principales, al cual se la conoce como la triada clásica del EE: la constituyen el dolor, ginecorragia y amenorrea. El primero suele estar presente en un 95% de los casos, es habitual que no se presente completa esta triada, observándose en menos del 50% de los casos^{7, 8}. Valorar la sintomatología así como los factores de riesgo para el EE, es importante para tomar la conducta de trasladar a la paciente en un servicio de mayor complejidad^{12, 13, 20}.

El dolor puede ser agudo tipo pungitivo, comienza a nivel de hipogastrio o fosas iliacas, de intensidad leve que con el transcurrir del tiempo se torna intensa, tipo cólico. La presencia de sangre en la cavidad peritoneal produce irritación diafragmática que se traduce por la presencia de dolor a nivel del hombro. El dolor al tacto vaginal y el tenesmo rectal suelen estar presentes^{21, 23}. Gran porcentaje de mujeres señalan una amenorrea corta o antecedente de anormalidad menstrual. En ocasiones las pacientes refieren que el sangrado no ha cedido por completo, esto es debido a que la decidua uterina se ha desprendido, por la necrosis del tejido trofoblastico²¹⁻²³.

Según estudios realizados, en cuanto al cuadro clínico, se observó que 20,1% tardaba entre 24 a 48 horas de tiempo luego de la aparición de los síntomas en llegar al hospital¹⁰.

Los síntomas habituales del embarazo también están presentes en un 10 a 25% de las pacientes, como son las náuseas, vómitos y aumento de la sensibilidad mamaria. Otras manifestaciones menos frecuentes que aparecer son la lipotimia, vértigo, tenesmo rectal y expulsión de la caduca^{12, 21}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El examen físico del abdomen ayuda bastante para saber si el EE esta en evolución o está roto, los signos más frecuentes se detectan con la palpación donde se observa signo de rebote positivo y sensibilidad superficial positiva, en caso de ruptura. Pero la ausencia de estos signos no descarta la presencia de EE^{12, 21}.

Al inicio del cuadro el dolor se ubica en la parte inferolateral y es más leve, cuando la rotura está presente, el inicio del dolor es brusco e intenso, secundario al hemoperitoneo, generalizándose a todo el abdomen¹².

En el examen ginecológico se puede observar el signo de Frenkel positivo en el 75% de los casos, y masa palpable anexial en el 50% de los casos.⁷ La presencia de sangre en el fondo de saco de Douglas suele producir en las embarazadas cambios en el hábito defecatorio, y en casos de ser en gran cantidad produce síntomas vasovagales¹³.

Todo embarazo que no evolucione normalmente, se debe descartar embarazo ectópico, la presencia de B-HCG ya sea en orina o en plasma, es un marcador biológico de embarazo ectópico. Cuando resulta positivo corresponde al médico determinar si se trata de una gestación normal o anormal, a través de otros métodos auxiliares de diagnostico²².

Otros procedimientos

El legrado o curetaje es un procedimiento quirúrgico que consiste en la dilatación del cérvix con dilatadores mecánicos o farmacológicos (prostaglandinas), a continuación se realiza un raspado de las paredes del útero con curetas de metal²⁴.

El legrado uterino es raramente necesario para la certificación diagnóstica de un EE. El tejido trofoblástico extraído mediante legrado uterino nos permite distinguir entre embarazo intrauterino y EE. Su uso, sin embargo, está limitado por la interrupción del posible embarazo normal. Además, puede



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

dar falsos negativos ya que en un 20% de los legrados realizados en abortos electivos no se muestran vellosidades coriónicas¹⁹.

La especuloscopía es útil para observar la hemorragia procedente de la cavidad uterina y síntomas sugerentes de EE cervical (aumento de tamaño del cuello, color violáceo, y dolor en el cuello uterino ante el tacto vaginal)¹².

Embarazo Ectópico no Complicado: suele limitarse al primer trimestre pudiendo reabsorberse por completo. Los síntomas son variables, al examen físico se tacta un cérvix poco doloroso y el tamaño del útero no coincide con el tiempo de amenorrea. Suele presentar una tumefacción unilateral limitada, ovoidea, pequeña que orienta a EE⁹.

Embarazo Ectópico Complicado: se denomina al cuadro de la rotura de la trompa y el hemoperitoneo con cambios en los signos vitales y descompensación hemodinámica¹¹. Es la forma clínica más fácil de diagnosticar pero es la que pone en riesgo la vida incluso causando la muerte materna⁹.

6.6 Diagnósticos Diferenciales

Varias son las patologías que pueden simular un Embarazo ectópico, por eso siempre es importante tener en cuenta esta enfermedad. Para hacer un diagnóstico certero, es necesario ser ordenado, conociendo la clínica de forma conjunta con la semiología, para poder diferenciar las demás patologías que se citan más abajo. En el examen físico del abdomen, si en la palpación profunda el examinador se percata de una masa anexial, puede corresponder a un quiste del cuerpo amarillo. Entre otras se citan; la rotura del bazo, del hígado y la lesión de un vaso importante del abdomen, el aborto incompleto, anexitis aguda, enfermedades pélvicas inflamatorias, quiste de ovario complicado, cálculos renales, diverticulitis, torsión ovárica, endometriosis, que son excluidas con la presencia de un test positivo de embarazo^{19, 21}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La apendicitis aguda ha sido considerada, junto con el EE como los grandes simuladores de la cirugía y la ginecología en mujeres en edad reproductiva. Para el diagnóstico se debe confirmar la ubicación de la implantación, para lo cual se utiliza la ultrasonografía, en caso de dudas se resuelve con laparoscopia o laparotomía.²¹

6.7 Estudios Complementarios para el Diagnóstico de Embarazo Ectópico

Para llegar al diagnóstico oportuno del EE es sumamente importante realizar una anamnesis adecuada, reconocer la triada clásica, formada por dolor, amenorrea, metrorragia⁶. A continuación se debe dosificar la fracción beta de la gonadotropina coriónica (HCG), con un valor de 1500 UI/L más una imagen ecográfica de masa anexial sólida o líquida libre en el fondo de saco es sugestiva de EE, y con valores mayores de 2400 UI/L sin imagen ecográfica de saco a nivel del útero se debe pensar en gestación ectópica^{6,9}.

Aparte de la HCG, se citan otros marcadores como la proteína C reactiva, alfa feto proteína del saco vitelino, Ca 125 que se utiliza marcador en caso de ruptura de la trompa. La proteína c plasmática cuyo dosaje es para el pronóstico del embarazo, por último se encuentra la relaxina, producida por el cuerpo lúteo, el cual se encuentra disminuido en el EE¹⁷.

Ecografía

Con los avances tecnológicos que se cuentan actualmente y la formación en ecografía obstétrica, se puede diagnosticar por imagen un EE en etapas cada vez más tempranas. Con un ecógrafo de alta resolución y utilizando el zoom para magnificar las regiones a ser evaluada: sobre todo la cavidad endometrial y las zonas de los anexos. A pesar de todo ello, hasta un 15-35% de las gestaciones ectópicas no se ve por ecografía¹⁴.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Son signos sospechosos de embarazo ectópico:

1. Un útero vacío, principalmente si el endometrio está grueso.
2. Presencia de un falso saco dentro del útero.
3. Signo del doble halo en la trompa.
4. Visualización de un saco gestacional que no esté dentro del útero: con presencia de vesícula vitelina e incluso, a veces, de embrión. Es el único diagnóstico de certeza que se realiza por ultrasonografía.
5. Doppler color positivo en los dos casos anteriores.
6. Líquido en el espacio de Douglas en mayor cantidad de lo habitual¹⁴.

Está demostrada que la ultrasonografía transvaginal es la más recomendada por su superioridad respecto a la ecografía abdominal. La ecografía transvaginal de alta resolución, han revolucionado el diagnóstico y ha permitido el diagnóstico precoz y preciso del EE, antes de la aparición de los síntomas, pudiendo identificar un embarazo intraútero en una gestación de 5.5 semanas menstruales con una exactitud cercana al 100%.^{15, 16}.

Con respecto al valor predictivo positivo, el Doppler sin color en el caso de ecografía abdominal es de solo 47%, elevándose a 85% cuando se agrega color. La ultrasonografía tiene elevada especificidad siendo esta 100% y la sensibilidad 87%. La especificidad disminuye a 85% para observar masas parauterinas, y si se observa líquido en el fondo de saco de Douglas disminuye aún más, llegando esta a 25% de especificidad¹⁷.

También se pueden aplicar métodos invasivos como la culdocentesis o punción del Douglas, la laparoscopia y la laparotomía exploradora, estos generalmente se utilizan cuando se sospecha de una EE complicada. La laparoscopia es una herramienta importante y actualmente es el Gold estándar para el diagnóstico y tratamiento⁹.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6.8 Tratamiento

La elección de manejo del EE muestra un rango de uso de tratamiento médico conservador hasta la utilización de cirugía radical. El suceso global del manejo conservador es del orden del 95%, aunque un 21% de las embarazadas requieren de algún otro procedimiento adicional²⁵.

Una vez realizado el diagnóstico, varios puntos influyen para la decisión de tratar un EE médicamente o quirúrgicamente. Si la mujer está inestable, se recomienda realizar el tratamiento quirúrgico inmediato, ya sea por laparotomía o laparoscopia¹⁶.

Actualmente la videolaparoscopia ha reemplazado a la cirugía abierta en este tipo de abordaje, y debe ser el tratamiento de primera elección en pacientes estables hemodinámicamente y sin contraindicación, se utiliza para el diagnóstico y tratamiento, siendo importante valorar que el paciente cumpla los siguientes criterios para el procedimiento; que exista la sospecha de EE, signos vitales dentro de rango, hemoglobina mayor a 10mg, etc^{6, 17}.

Cuando la madre tiene deseos de conservar la fertilidad, se realiza la salpingotomía lineal o la salpingocentesis seguido de la aplicación de metotrexate intramuscular¹⁷.

Metotrexate ha sido el método más exitoso del manejo médico del embarazo ectópico y usualmente es el de primera elección. “En el esquema de multidosis, el metotrexate 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)”¹⁶.

El tratamiento expectante del EE: Una revisión de 10 publicaciones en la cual se demuestra la eficacia global de la conducta en embarazadas seleccionadas del 70%. Las tasas de éxito varían del 48 al 100% en función de los diferentes criterios de inclusión de cada estudio. La conducta expectante se



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

basa en el principio de que muchos embarazos ectópicos tempranamente evolucionan hacia una desintegración espontánea; está principalmente indicado en pacientes: con embarazos ectópicos pequeños (sin actividad cardíaca fetal; masa anexial menor de 2 cm de diámetro), con niveles en sangre de B-HCG en descenso o menores de 1.000 mUI/ml y de progesterona menores de 25 ng/ml, sin síntomas, con deseo genésico, y con la Trompa de Falopio íntegra^{14, 19}.

En el estudio realizado en Paraguay se encontró que el tratamiento de elección fue el quirúrgico (22 casos); recurriendo al tratamiento médico en solo tres oportunidades⁷.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio y diseño general

Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

7.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión

7.2.1 Universo

Pacientes con embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

7.2.2 Selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron a la totalidad de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, año 2016.

7.2.3 Unidad de análisis

Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2016.

7.2.4 Criterios de inclusión

Ficha clínica de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acudieron al servicio de gineco-obstetricia de enero a diciembre del 2016.

7.3 Variables de Estudio

Características sociodemográficas: edad, estado civil, procedencia, profesión.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Antecedentes gineco-obstétricos: gestas, abortos, partos, cesáreas, embarazo ectópico previo, utilización de métodos anticonceptivos, edad del primer contacto sexual.

Características clínicas de las pacientes: motivo de consulta

Hallazgo ecográfico: localización del embarazo.

Tratamiento recibido, días de internación (DDI)

7.3.1 Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Escala
Características Sociodemográficas				
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad cronológica de la paciente que se encuentra en la ficha clínica	Numérica en Años
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Viuda 5. Divorciada
Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo	Lugar de residencia registrada en la ficha clínica	1. Rural 2. Urbana
Profesión	Cualitativa nominal	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado	Ocupación registrada en la ficha clínica	1. Ama de casa 2. Empleada pública 3. Empleada privada 4. Estudiante 5. Otra



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Antecedentes Gineco-Obstétricos				
Gesta	Cuantitativa discreta	Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del parto	Número total de embarazos registrados en las fichas clínicas	Numérica
Aborto	Cuantitativa discreta	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de las 20 semanas de gestación	Número de abortos previos registrados en las fichas clínicas	Numérica
Parto vaginal	Cuantitativa discreta	Es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de expulsión del bebé del útero por el canal del parto	Número de partos vaginales previos registrados en las fichas clínicas	1. Nulípara 2. Primípara 3. Secundípara 4. Tercípara 5. Multípara
Cesárea	Cuantitativa discreta	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto	Número de cesáreas previas registradas en las fichas clínicas	Numérica
EE previo	Cuantitativa discreta	El EE se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina	Numero de EE registrados en las fichas clínicas	Numérica
Métodos anticonceptivos	Cualitativa nominal	Los métodos anticonceptivos son diferentes maneras de prevenir embarazos	Método utilizado registrado en la ficha clínica	1.Oral 2.Inyectable 3.Barrera 4.DIU 5.Ninguno 6.Otros
Primer contacto sexual	Cuantitativa	Edad de la primera relación sexual	Edad de la primera relación sexual	Numérica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Características clínicas				
Motivo de Consulta	Cualitativa discreta	Razón por la cual acude al servicio la paciente	Motivo de consulta registrados en las fichas clínicas	1. Dolor abdominal 2. Hemorragia
Hallazgos Ecográficos				
Localización del EE	Cualitativa discreta	Lugar donde se implantó el embrión	Lugar de implantación del embrión donde indica el informe ecográfico, correlación con ficha operatoria de las pacientes intervenidas quirúrgicamente	1. Trompa Derecha 2. Trompa Izquierda 3. Ovario 4. Cérvix 5. Corneal 6. Abdominal
Terapéutica				
Tratamiento	Cualitativa discreta	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio	Tratamiento clínico o quirúrgico registrado en la ficha clínica	1. Médico 2. Quirúrgico 3. AMEU
DDI	Cuantitativa discreta	Estadía del paciente dentro del nosocomio	Días de internación registrado en la ficha clínica	Numérica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7.4 Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos

La recolección de la información se realizó mediante una ficha de recolección de datos, que cuenta con los siguientes apartados (ver anexo 1):

- I. Variables socio demográficas (edad, estado civil, profesión)
- II. Antecedentes gineco-obstétricos (número de gestas, número de abortos, numero de parto vaginal, número de cesáreas, número de embarazo ectópico previo, método anticonceptivo utilizado)
- III. Características clínicas (motivo de consulta)
- IV. Hallazgos ecográficos (localización del EE)
- V. Terapéutica (médico o quirúrgico)
- VI. Días de internación (en números)

Todos los datos fueron recolectados por el autor. Posteriormente fueron transferidos a la planilla del software Microsoft Excel 2010© y analizado con software Stata 12.0©.

7.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Se realizó la notificación correspondiente a través de la dirección del Hospital Central Instituto de Previsión Social, en cuya nota se solicitó el permiso de a dicha institución para acceder a la base de datos para la realización del presente trabajo.

En todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos, así como la igualdad y la justicia en el manejo de los mismos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Plan de análisis

Se realizó el análisis de los datos cualitativos en tablas de frecuencia porcentual y los datos cuantitativos en medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el software Stata 12.0©.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. RESULTADOS

Para el presente estudio se incluyeron a 52 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Tabla 1: Distribución de embarazo ectópico según edad n= 52

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
19 – 28 años	18	34,6%
29 – 38 años	31	59,7%
39 – 48 años	3	5,7%
Total	52	100%

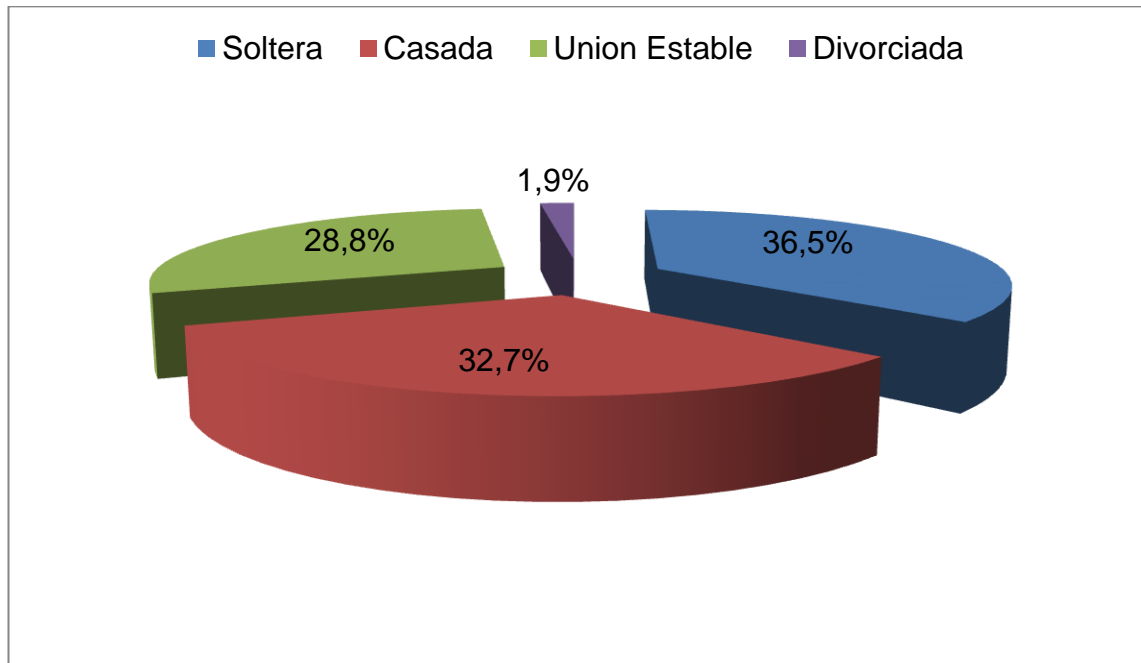
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

La edad promedio de las pacientes con este diagnóstico fue $30,3 \pm 4,8$ años, con un límite menor de 19 años y mayor de 42 años. El mayor porcentaje se observó entre los 29 – 38 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 1. Distribución según Estado Civil. n=52



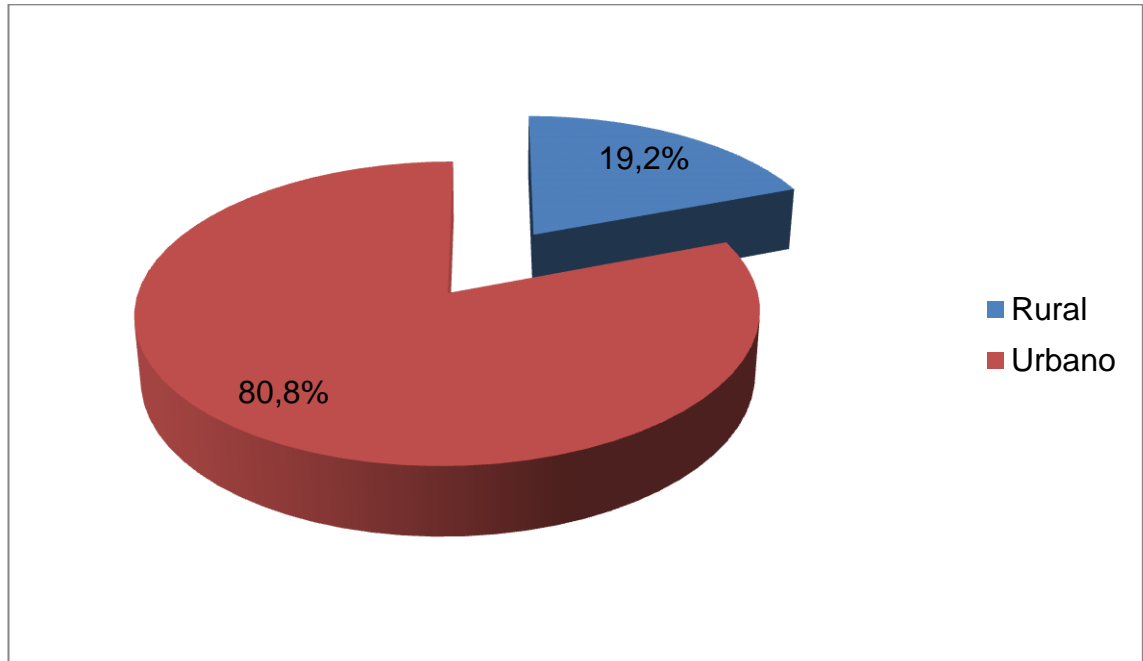
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

Teniendo en cuenta el estado civil de las embarazadas predominan las solteras con una frecuencia de 19 (36,5%), las casadas con una frecuencia de 17 (32,7%), las que tiene unión estable presentan 15 (28,8%), y las divorciadas 1 (1,9%).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 2. Distribución según Procedencia. n=52



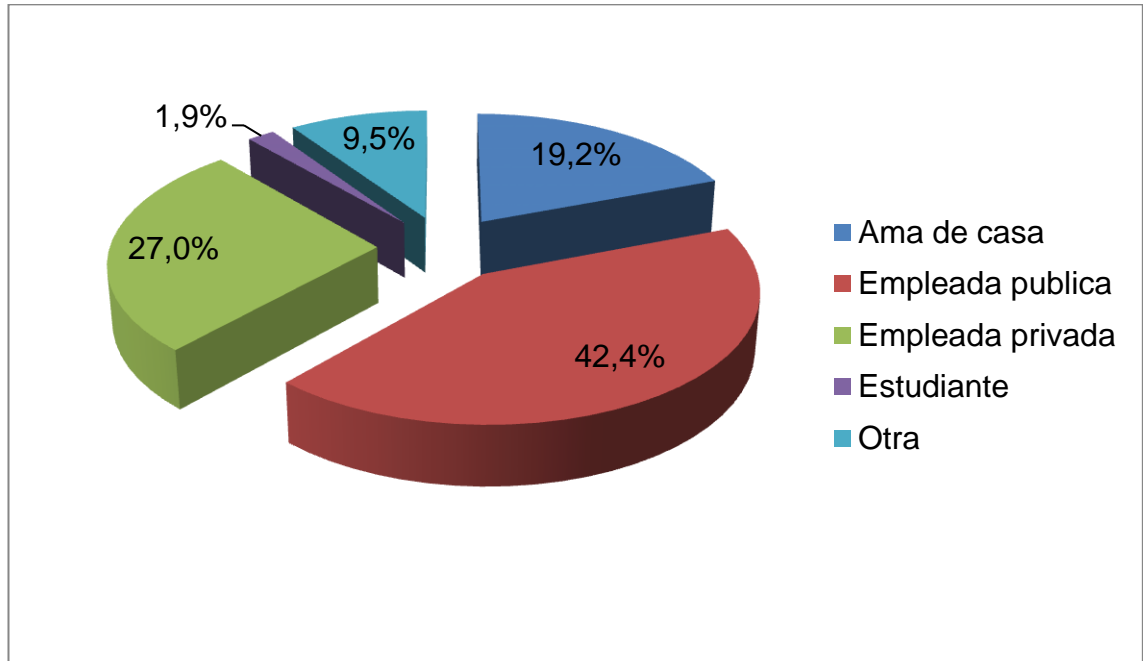
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

Con respecto a la procedencia de las embarazadas 42 (80,8%) corresponden a zonas urbanas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 3. Distribución según Profesión. n=52



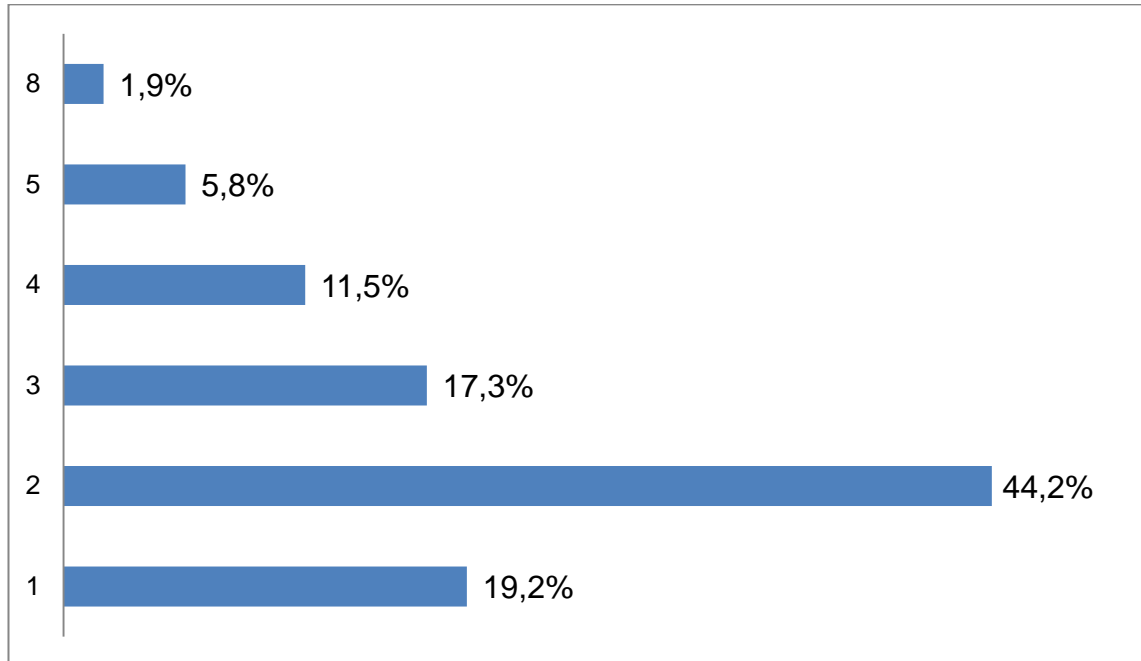
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

Entre las profesiones encontradas en la investigación, la mayoría eran empleadas públicas o privadas en un 69,4% (34), 19,2% (10) corresponde a ama de casas y solo 1,9% (1) estudiante.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 4. Distribución según Número de Gestas. n=52



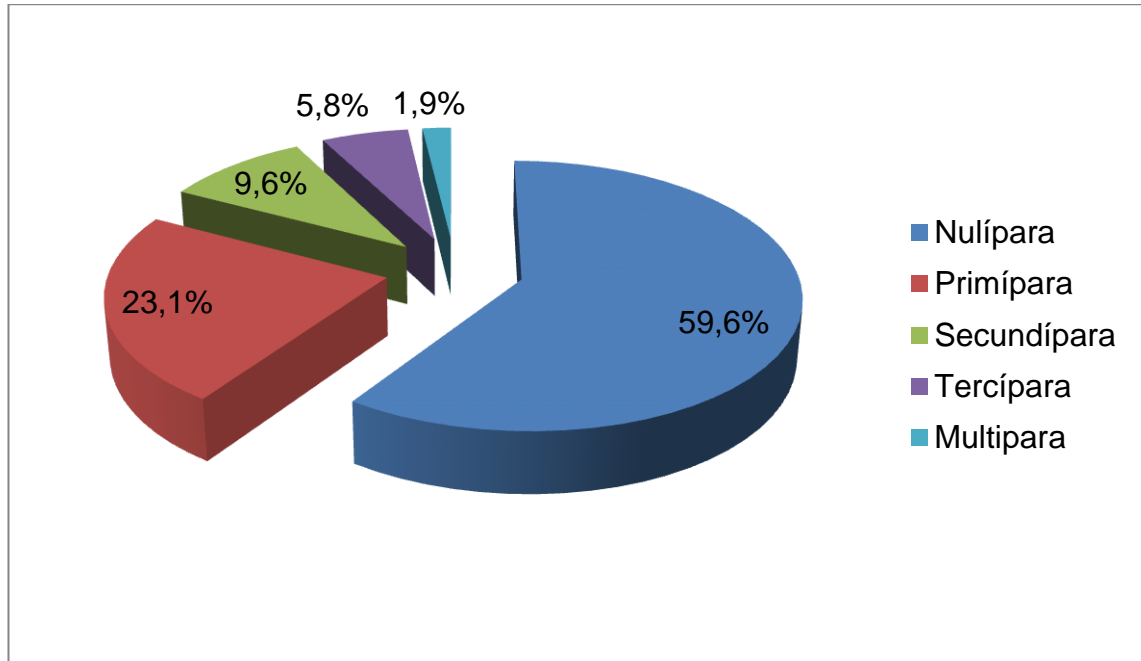
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

El mayor porcentaje corresponde a las embarazadas con 2 gestas cuyo porcentaje es 44,2% (23), le sigue las embarazadas con 1 gesta con 19,2% (10), luego con 3 gestas que corresponde al 17,3% (9), las embarazadas con más de 3 gestas representan el 19,2% (10) de los datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 5. Distribución según Número de Partos vaginales previos.
n=52**



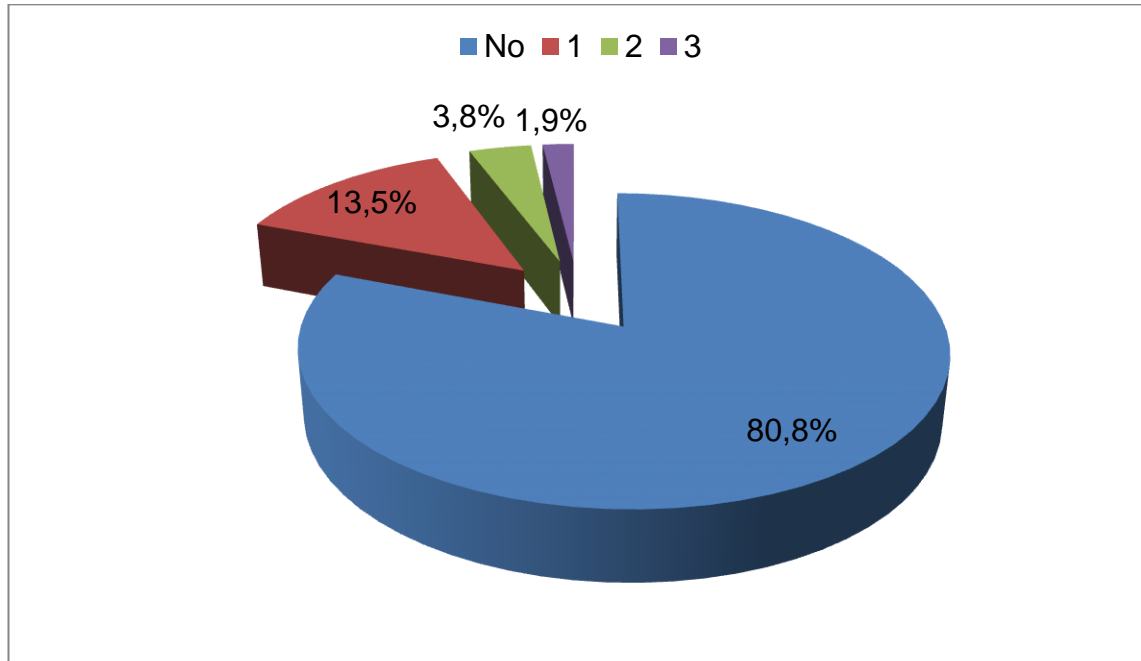
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

Las nulíparas predominaron en la población de estudio con un 59,6% (31), las primíparas le siguen con un 23,1%(12), el resto de la población entre 2-5 partos vaginales representan el 17,3% (9) de las embarazadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 6. Distribución según Número de Abortos. n=52



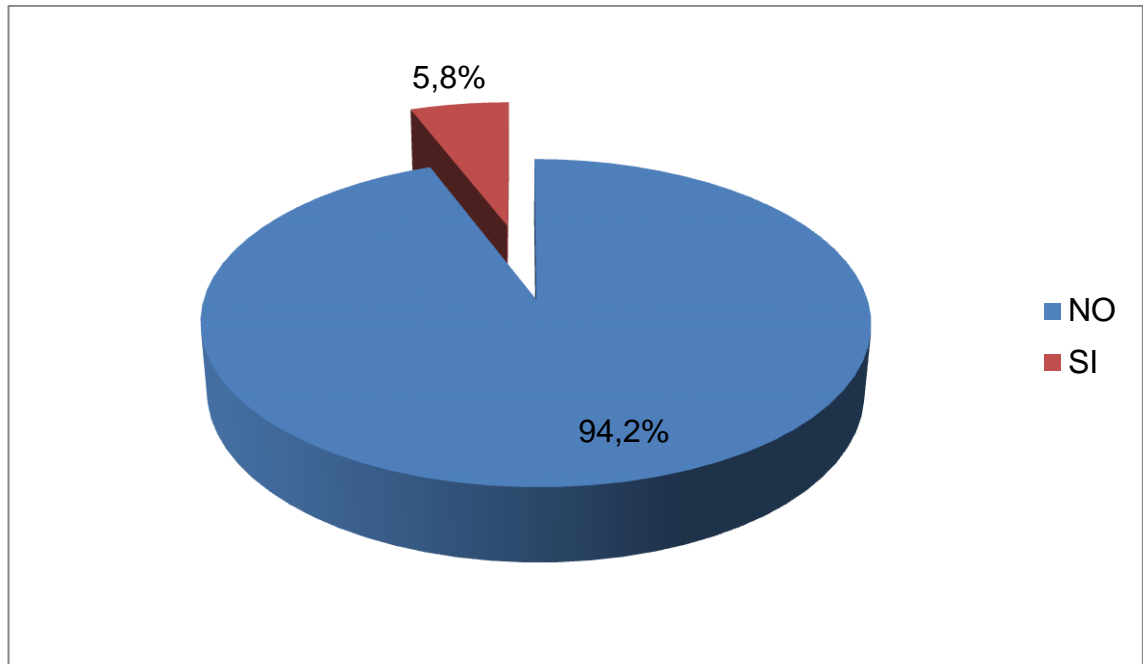
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

Con respecto al número de aborto previo el 80,8% (42) no presento aborto previo, el 13,5% (7) presentaron 1 aborto previo y 5,7% (3) presentaron más de 1 aborto previo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 7. Distribución según Número de Embarazos Ectópicos previos. n=52



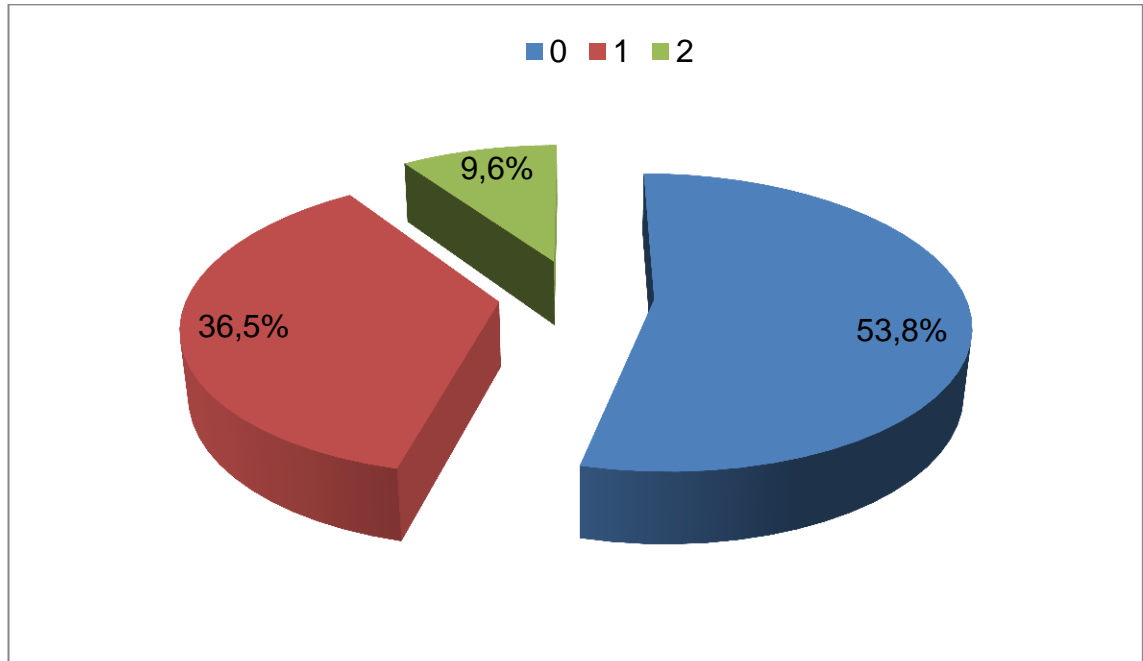
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

El 94,2% (49) de las embarazadas no presentaron embarazo ectópico previo y 5,8%(3) ya presentaban antecedentes de embarazado ectópico.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 8. Distribución según Número de Cesárea previas. n=52



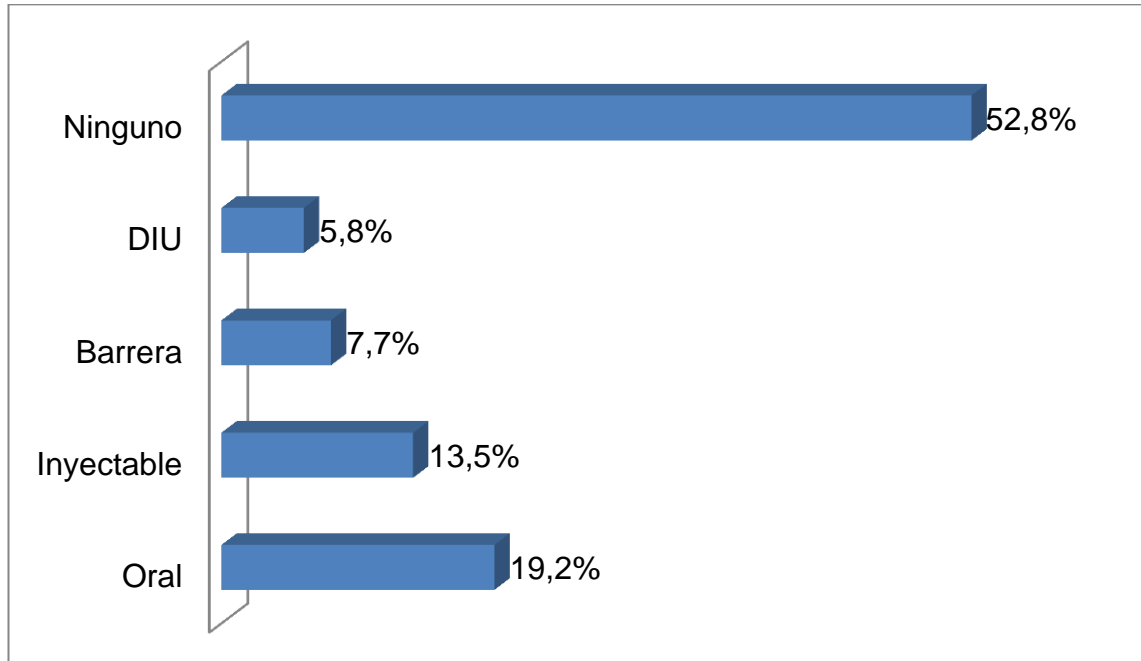
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

En cuanto al número de cesáreas previas el 53,8% (28) no presentaba ninguna, el 36,5%(19) presentaron una cesárea previa y el 9,6% (5) presentaban 2 cesáreas previas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 9. Distribución según Método Anticonceptivo. n=52



Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

Con respecto al método anticonceptivo que utilizaban las embarazadas, podemos observar que el 52,8% (27) no utilizaba ningún método, el 19,2% (10) utilizaba anticonceptivos Orales, 13,5% (7) utilizaban Inyectable, el método de barrera representa 7,7%(4) y las que utilizaban dispositivo intrauterino corresponde a 5,8%(3).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 2: Distribución de embarazo ectópico según edad del primer contacto sexual n= 52

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
15 – 19 años	44	84,6%
20 – 24 años	6	11,6%
25 – 29 años	2	3,8%
Total	52	100%

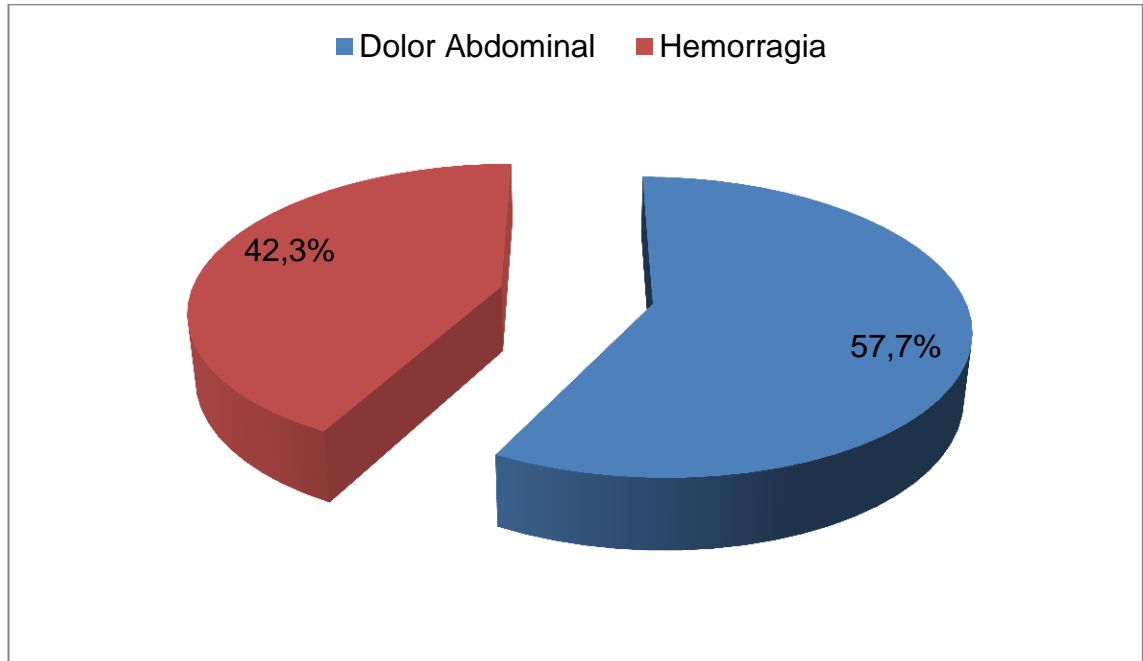
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

La edad promedio de las pacientes de su primer contacto sexual fue $18,19 \pm 2,7$ años con un límite menor de 15 y mayor de 29 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 10. Distribución según motivo de consulta. n=52



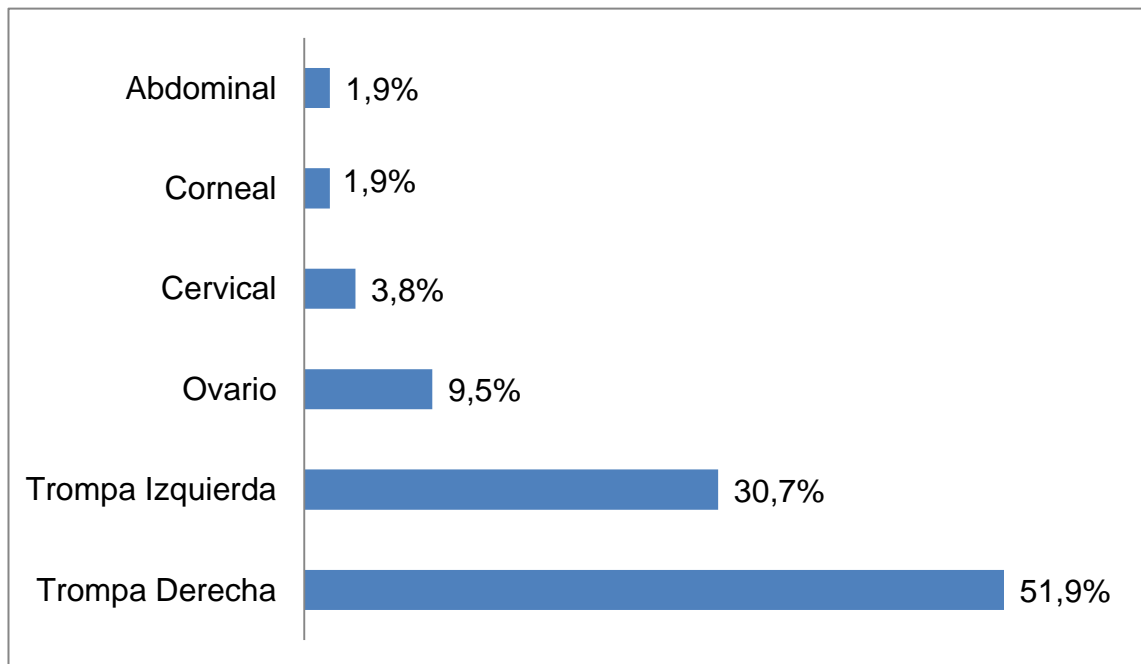
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

El motivo de consulta más frecuente corresponde al dolor abdominal con una frecuencia de 30 (57,7%) y en segundo lugar la hemorragia con un frecuencia de 22 (42,3%).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Grafico 11. Distribución según Localización del Embarazo Ectópico.
n=52**



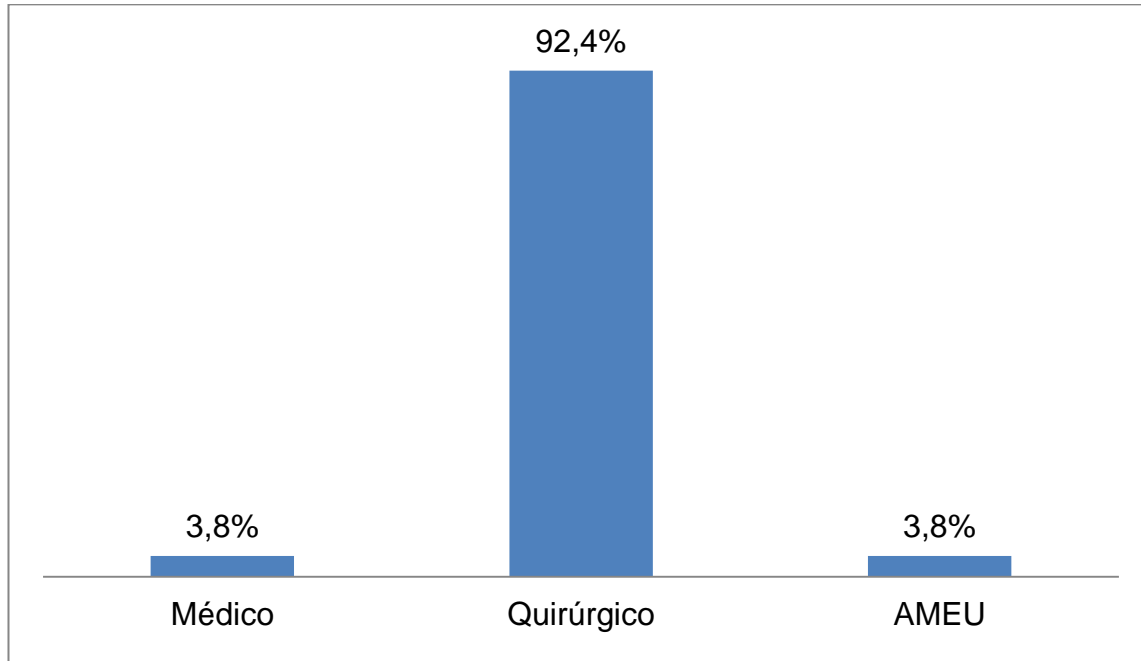
Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

En cuanto a la localización se puede observar que la trompa es el asiento más frecuente y representa el 82,6% (43), le sigue la localización ovárica que corresponde a 9,5% (5), y el 7,9% restante corresponde a las localizaciones cervical, corneal y abdominal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 12. Distribución según tratamiento empleado. n=52



Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

El tratamiento empleado con mayor frecuencia fue el Quirúrgico en el 96% (50) de los casos, de las cuales 2 se realizaron aspiración manual endouterina (AMEU), solo 4% (2) recibieron tratamiento médico.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 3. Distribución de embarazo ectópico según días de internación (DDI). n=52

DDI	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3,8%
2	24	46,2%
3	16	30,8%
≥4	10	19,2%

Fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Central del Instituto de previsión social año 2016.

En cuanto a los días de internación de las pacientes la mayoría permanecían en el nosocomio por 2 días, con un rango mínimo de 1 día y máximo de 9 días. El promedio fue de $3 \pm 1,6$ días.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. DISCUSION

Las pacientes incluidas en el estudio realizado sobre EE en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social muestran características sociodemográficas, gineco-obstétricas, clínicas y epidemiológicas semejantes y al mismo tiempo distintivo, dentro de lo ya descrito para el EE en investigaciones nacionales e internaciones.

Según varias investigaciones se admite un aumento de la frecuencia de EE en el mundo con relación a la década del 70, hasta 5 veces más comparando con la actualidad²⁶.

En el presente trabajo realizado con fichas clínicas de 52 mujeres diagnosticadas con Embarazo Ectópico durante el año 2016 se encontró un promedio de edad $30,3 \pm 4,8$ años, con un rango etario entre 19 y 42 años. Cifra que es bastante similar a varios estudios como el de Paula Celis M col., publicado en el 2017 en Chile con un promedio de edad de 30.6 ± 5.2 años, entre otros²³.

Con respecto al estado civil, en este estudio se observó que el 36% eran solteras, 33% casadas y 29% unión libre, sin embargo en el estudio de Yglesias Cánova, E. Realizado en Perú en el año 2011 las pacientes en Unión libre presentaron mayor frecuencia con 55,2%, seguida de las solteras con 31%⁵. Al igual que el trabajo realizado por Kalbermatter D donde predominan las pacientes que se encuentran en unión libre⁸.

La procedencia mayoritaria fue de zonas urbanas con 81% que se corresponde con el trabajo de Martínez M y col. realizado en el Hospital de Clínicas, donde la mayoría de las pacientes eran de la capital del País¹⁸.

En el trabajo de Mogrovejo A. se destaca, con respecto a la ocupación de las pacientes, la mayoría se dedicaban a quehaceres domésticos 55,40% y



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

el 19% correspondía a estudiantes⁶, en este estudio en cambio la ocupación de mayor frecuencia corresponde a las empleadas públicas y privadas con una frecuencia de 69,2% y las estudiantes representan solo el 1,9% de la población.

Entre los antecedentes gineco-obstétricos encontrados en este estudio; con respecto al número de gesta la mayoría de las embarazadas tenían más de una gesta en un 82,7%, así como afirma el trabajo de Cabrera Samith, I y col. con una cifra de 78,6%², otros estudios también presentan con mayor frecuencia embarazadas múltiparas⁴.

Con respecto a los antecedentes de partos vaginales que presentaban las embarazadas, las nulíparas predominaron en la población de estudio del presente trabajo con una frecuencia de 59,6%, las primíparas le siguen con un 23%, como el estudio realizado en Perú con 215 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico las nulíparas y primíparas resultaron ser más frecuente con una cifra de 61,4%⁵. Así también el trabajo realizado en la Universidad de Cuenca, los valores encontrados para nulípara y primíparas son cercanas al encontrado en este estudio⁶. Sin embargo en el estudio realizado por Kalbermatter y col. la frecuencia fue mayor para las múltiparas con una frecuencia de 75%⁸. Valores encontrados en el trabajo de Moya Toneut demuestran que a frecuencia de paridad fue liderada por las primíparas 61,4 % de los EE, seguidas por las secundíparas 18,6 %¹¹.

Pajares E y col. en el estudio realizado en el Hospital Regional Cajamarca, con una muestra de 76 pacientes, hallaron que el 18% presento al menos un aborto previo¹³. En la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica y Cátedra de Clínica Obstétrica-Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, UNA, Asunción, Martínez M y col. realizaron un estudio con 143 pacientes con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico donde el 38% de las pacientes presentaron antecedentes de aborto¹⁸. El número de aborto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

previo encontrado en este estudio fue de 13,5% para 1 aborto previo y 5,7% presentaron más de 1 aborto previo, datos que se acercan bastante a las literaturas encontradas.

Cabrera Samith y col. en su trabajo titulado Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico con una muestra de 70 pacientes encontraron 14,3% de embarazo ectópico anterior², en el trabajo de Hernández J y col, también se encontró una cifra similar de 16,7% para EE previo³. Sin embargo en este estudio se encontró una cifra menor de pacientes con antecedentes de embarazo ectópico, llegando solamente al 5,8%. En el trabajo de Mogrovejo con una muestra de 56 el resultado fue similar al presente estudio con una frecuencia de 4%⁶. Porcentaje bastante superior presentó el estudio realizado por Montes EJ con un valor de 19.2%¹².

En torno al número de cesárea previa cabe señalar que 46,1% presentaron al menos una cesárea como antecedente no siendo concordante con los hallazgos descritos en otro estudio nacional¹⁵. Así también los estudios realizados a nivel internacional presentan valores menores con relación a este trabajo, llegando solo a cifras del 30%²⁰.

Cabe destacar, respecto al método anticonceptivo, que más del 50% de las embarazadas no contaban con un método de planificación familiar, el cual coincide con algunas literaturas descriptas², entre los más utilizados podemos observar que los ACO (anticonceptivos Orales) presentan mayor frecuencia, y las que utilizaban dispositivo intrauterino corresponde a la menor cantidad de pacientes. Existe discrepancia entre los autores para considerar hasta qué punto el dispositivo intrauterino puede influenciar en la incidencia del ectópico⁴.

El 40% de las pacientes del estudio realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Perú empleaba al menos un método anticonceptivo, siendo el método de barrera el más utilizado, en menor frecuencia el



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

dispositivo intrauterino 4,1%⁵, en otros estudios el hormonal Inyectable fue el más frecuente¹³. Demostrando de esta forma que los métodos anticonceptivos varían en algunos trabajos y en otros coinciden con el presente estudio.

Al analizar la edad promedio del primer contacto sexual, la mayoría de los estudios coinciden que entre 15 – 19 años ocurre la sexarquia^{5, 6, 13, 20}, valor que se asemeja al encontrado en el presente estudio, con un promedio de 18,19 ± 2,7 años. Otros autores encontraron que en su gran mayoría las pacientes presentaban relaciones sexuales antes de los 15 años, como es el caso de Hernández J en un trabajo realizado en Cuba³.

Para conocer la clínica con la cual acuden las pacientes con diagnóstico probable de EE, se utilizó el motivo de consulta registrado en la historia clínica, resultando ser más frecuente el Dolor abdominal en un 58%, seguido de hemorragia por vagina con un frecuencia de 42%. Concuerda bastante el trabajo realizado por Espínola en el hospital Nacional de Itagua que presenta cifras muy similares al estudio⁷, en otras investigaciones todas las pacientes presentaron dolor abdominal y más de la mitad presentó sangrado vaginal^{5, 10}.

Con respecto a los hallazgos ecográficos, todas las investigaciones revisadas coinciden que la localización más frecuente del EE es la trompa de Falopio², existiendo pequeñas diferencias en porcentaje pero siempre predomina dicha localización^{4, 5}. Este trabajo no fue la excepción presentando una frecuencia de 82,6%, de las cuales la trompa derecha corresponde al 62%. El trabajo de Espínola con una muestra de 25 pacientes se correlaciona bastante al presente estudio presentando cifras muy similares en la trompa, predominando también el lado derecho⁷, llama la atención la presencia de EE a nivel del ovario que corresponde a 9,5% coincidiendo con el estudio de Yglesias col. realizado en Perú⁵.

Ocasionalmente se encontró a nivel cervical, corneal y abdominal representando el menor porcentaje así como otros estudios revisados^{7, 12}.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El tratamiento empleado con mayor frecuencia fue el Quirúrgico en el 96,1% de los casos, coincidiendo con los trabajos publicados a nivel nacional y en latinoamerica^{1, 7}. Todos los casos de tratamiento quirúrgico fueron a través una laparotomía exploradora, no registrándose ningún caso por cirugía video laparoscópica. Solo 3,8% recibieron tratamiento médico, sin embargo el estudio realizado por Urrutia, M y col., señala una cifra mayor para la utilización de tratamiento médico, correspondiendo está al 16%¹⁸. El tratamiento médico de esta patología en los casos no complicado es una alternativa según varios autores²³.

Al analizar los días de internación promedio fue de $3 \pm 1,6$ días, cifra que es bastante similar al estudio realizado en Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, donde se encontró un valor de $3,6 \pm 3$ días⁷. El rango mínimo que se encontró es de 1 día y máximo de 9 días, concordando de esta forma con estudios realizados a nivel nacional⁷. Valores más elevados encontró en su investigación Martínez Al y col., trabajo realizado en Hospital Nacional Arzobispo Loayza¹⁰.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

10. CONCLUSIÓN

Al evaluar las características sociodemográficas de las pacientes con Embarazo Ectópico, se encontró que el grupo de edad más frecuente fue de 19-28 años.

Predominaron las solteras, seguidas de las casadas, la mayoría residen en zonas urbanas.

Teniendo en cuenta la ocupación que realizaban, un gran porcentaje eran empleadas públicas o se dedicaban a los quehaceres domésticos (ama de casa).

Al describir los antecedentes gineco-obstétricos se resalta que la mayoría de las pacientes estaban cursando su segundo embarazo, con un gran porcentaje de nulíparas, siendo el promedio de edad del primer contacto sexual a los 18 años.

El aborto previo se encontró en pequeño porcentaje de pacientes, así también, el embarazo ectópico previo, siendo este último aún menor. En mayor proporción se encontró el antecedente de cesáreas previas, llegando casi a la mitad de la población.

La falta de utilización de métodos anticonceptivo fue predominante en la población, y de las que utilizaban la mayoría optaban por los anticonceptivos orales.

Con respecto a la clínica, la mayoría de las pacientes acudían al hospital por dolor abdominal, y en menor proporción hemorragia por vagina.

Entre los hallazgo ecográficos, resalta que la ubicación más frecuente fue la Trompa de Falopio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El tratamiento empleado con mayor frecuencia fue el quirúrgico, solo 3 pacientes recibieron tratamiento médico. No se registró ningún caso de cirugía videolaparoscopia. Los días de internación en el Hospital fueron aproximadamente 3 días en la mayoría de los casos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. RECOMENDACIONES

Se recomienda poner énfasis a una mayor educación y promoción en salud reproductiva, a todas las mujeres en edad fértil. En vista que es una patología que aparece en el primer trimestre del embarazo es importante que puedan reconocer cualquier tipo de emergencia en medicina, y así también sobre los síntomas del EE, con el objetivo de que acudan lo antes posible a un centro médico donde se le pueda brindar la ayuda correspondiente.

Implementar un mecanismo de seguimiento a largo plazo de las pacientes con embarazo ectópico, de manera a conocer la evolución y si la paciente conserva la fertilidad posterior al procedimiento realizado.

Cumplir con las normas de llenado completo de las historias clínicas. Así también con los informes operatorios, de laboratorio e imágenes que quedan archivados. Con el fin de recolectar datos más completos y poder realizar otras investigaciones.

Capacitar al personal médico para la realización de los tratamientos que se preconizan actualmente, como es la cirugía por videolaparoscopia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Escobar B, Pérez CA, Martínez H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;55(3):278-85.
2. Cabrera I, Perales I, Romero G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Ángeles. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010;75(2):96-100.
3. Hernández J, Valdés M, Torres AO. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Medisur. 2013;11(6):647-655.
4. Zapata DA, et al. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Año 2011. Revista Cubana de Tecnología de La Salud. 2013;4(1).
5. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Revista Peruana de Epidemiología. 2011;15(3):1-6.
6. Mogrovejo A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015. [tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de medicina; 2016
7. Espinola GR. Embarazo ectópico. Rev. Nac. (Itauguá). 2012;4 (2):23-29.
8. Kalbermatter DR, Franco MG, Álvarez NG, Arrabal CR. Prevalencia de Embarazo Ectópico En El Servicio De Ginecología Del Hospital" Ramón Madariaga" De Posadas, Misiones. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007;6(167):8-11.
9. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011;30(1):84-99.
10. Martínez AI, Mascaró YS, Méjico SW, Mere JF. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013;59(3):171-176.
11. Moya C, Pino FV, Borges R, Aguiar R, Olano T, Espinosa ML. Comportamiento del embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2013;39(3):236-248.
 12. Montes EJ. Incidencia, factores de riesgo y características clínico epidemiológicas de embarazo ectópico. Hospital de apoyo Camaná, 2004-2014 [tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
 13. Pajares EJ. Perfil obstétrico, características clínico quirúrgicas y métodos de apoyo al diagnóstico utilizados en pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Regional Cajamarca, 2011-2012 [tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de Ciencias Médicas; 2013
 14. Luis V. Embarazo ectópico en el hospital regional docente materno infantil El Carmen en el año 2015 [tesis]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2016
 15. Moreno C. Yomar J. Embarazo ectópico, factores de riesgo Maternidad Mariana de Jesús año 2015 [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; 2016
 16. Carlos B. Factores relacionados al embarazo ectópico en altura en el hospital nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo en el periodo 2014 [tesis]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2016
 17. Ibarra C. editor. Ginecología Avances Diagnósticos y Terapéutico. Primera edición. Paraguay: EFACIM; 2005.
 18. Martínez M, et al. Embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 1998;24(1):13-17.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

19. Rezza RA, Meneses MÁ. Estudio epidemiológico y clínico de embarazo ectópico en el Hospital El Carmen-Huancayo. 2007-2010 [tesis]. Perú: Universidad Nacional del Centro Del Perú. Facultad de Medicina Humana; 2011
20. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stiven L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2007;72(3):154-159.
21. Prieto R, Sarduy MR, Díaz B, Reyes GA, Del Valle O, Molina L. Comparación de embarazos ectópicos tubarios y cirugía laparoscópica por incisión transversal con la incisión longitudinal. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017;43(1):1-15.
22. Molina A. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 2007;75(9):539-48.
23. Celis P, Fuentes F, Migueles D, Doren A, Tratamiento médico del embarazo ectópico no complicado; experiencia del hospital regional de talca. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2017;82(1):46 – 50.
24. Núñez J, Romero R, González, G. Embarazo ectópico en el Hospital Manuel Noriega Trigo: 20 años después. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2014;74(2):103-111
25. Parodi MR, Monteiro A, Di Trápani N, Torrado C. Imagenología ginecológica e intervencionista trabajo: diagnóstico y tratamiento de embarazo ectópico cervical. Revista de Imagenología, 2017;20(2):60-64.
26. González T, Suero S, Musa M, Montano JJ, Almora CL. Diagnostico ultrasonográfico del Embarazo Ectópico como urgencia Gineco-obstétrica. Revista Ciencias Médicas. 2011;15(3):73-80.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13. ANEXOS

ANEXO N°1: Ficha de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



Características Clínicas Epidemiológicas de pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social Año 2016

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
El presente cuestionario consta con cuatro páginas y cuenta con 16 variables que fueron clasificadas en 5 categorías.		
		Marca con una X
I. <u>Características Sociodemográficas</u>		
1. Edad (Numérico en Años)		
2. Estado Civil	1 Soltera	
	2 Casada	
	3 Unión Libre	
	4 Viuda	
	5 Divorciada	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

3. Procedencia	1 Rural	
	2 Urbana	
4. Profesión	1 Ama de casa	
	2 Empleada publica	
	3 Empleada Privada	
	4 Estudiante	
	5 Otra	
II. <u>Antecedentes gineco-obstetricos</u>		
5. Numero de Gestas	1	
	2	
	3	
	≥ 4	
6. Número de Abortos	1	
	2	
	3	
	≥ 4	
7. Numero de Parto Vaginal	1 Nulípara	
	2 Primípara	
	3 Secundípara	
	4 Tercípara	
	5 Multípara	
	6 Gran multípara	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. Numero de Cesáreas	1	
	2	
	3	
	≥ 4	
9. Número de Embarazo Ectópico previo	1	
	2	
	3	
	≥ 4	
10. Método Anticonceptivo:	1 Oral	
	2 Inyectable	
	3 Barrera	
	4 DIU	
	5 Ninguno	
	6 Otros	
11. Edad del Primer contacto sexual (Numérico en años)		
III. <u>Características Clínicas</u>		
13. Motivo de Consulta	1 Dolor Abdominal	
	2 Hemorragia	
IV. <u>Hallazgos ecográficos</u>		
13. Localización del embarazo ectópico	1 Trompa de Falopio Derecha	
	2 Trompa de Falopio Izquierda	
	3 Ovárico	
	4Cervical	
	5 Corneal	
	6 Abdominal	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

V. <u>Terapéutica</u>		
15. Tratamiento Recibido	1 Médico	
	2 Quirúrgico	
	3 AMEU	
16. DDI (Numérico en días)		