



Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

**Caracterización de pacientes con embarazo
ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja**

Trabajo de titulación previa a la obtención del
título de Médico General

Autora: Katusca Silvana Cabrera Quevedo

Directora: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Loja-Ecuador

2022

ii. Certificación

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, cada una de las partes del proceso de desarrollo de la tesis titulada **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA”**, bajo la autoría de la Srta. Katusca Silvana Cabrera Quevedo la cual cumple satisfactoriamente los requisitos de fondo y forma, establecidos por la institución para el proceso de obtención del título de Médico General, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto

Loja, 29 de abril del 2022

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**XIMENA PATRICIA
CARRION RUILOVA**

.....
Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

iii. Autoría

Yo, **Katiusca Silvana Cabrera Quevedo**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.



Firmado electrónicamente por:
**KATIUSCA SILVANA
CABRERA QUEVEDO**

Firma:

Autora: Katiusca Silvana Cabrera Quevedo

Cédula de Idendidad: 1150095675

Fecha: 20 de julio del 2022

Correo electrónico: kscabreraq@unl.edu.ec

Teléfono: 0988568825

iv. Carta de autorización

Yo, Katusca Silvana Cabrera Quevedo, autora del trabajo de Titulación titulado: **CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA** como requisito para optar el título de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional (RDI), en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia injustificada del presente trabajo de titulación que sea realizada por terceros.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte días del mes de julio del 2022, firma su autor.



Firmado electrónicamente por:
**KATIUSCA SILVANA
CABRERA QUEVEDO**

Firma: -----

Autora: Katusca Silvana Cabrera Quevedo

Cédula de identidad: 1150095675

Dirección: Av. Isidro Ayora entre Abdón Calderón y Rocafuerte

Correo Electrónico: kscabreraq@unl.edu.ec

Teléfono: 0988568825

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del trabajo de titulación: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dra. Karina Calva Jirón

Vocal: Dr. Juan Cuenca Apolo

Vocal: Dr. Cesar Palacios Soto

v. Dedicatoria

Dedico la presente investigación a mis queridos padres Ángel Cabrera y Silvana Quevedo que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica para poder culminar con mi trabajo.

A mi familia paterna y materna, que han sido participe dentro del transcurso de mi carrera, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

Katusca Silvana Cabrera Quevedo

vi. Agradecimiento

Ha sido un camino muy largo el que me ha llevado a este punto, y muchas las personas que lo han hecho posible, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la institución en la cual culmine mi formación académica, a la Universidad Nacional de Loja que me ha brindado muchas oportunidades para mi crecimiento profesional y humano, agradezco mucho la ayuda de los que me formaron, a mi directora de trabajo de titulación Dra. Ximena Carrión, por guiarme en el desarrollo de la investigación, por su paciencia y dedicación hacia mi persona.

Al Hospital Isidro Ayora de Loja, en especial al departamento de estadística, por abrirme sus puertas y estar prestos siempre a apoyarme con los requerimientos necesarios para mi trabajo de titulación.

A mis padres y hermano que fueron los primeros en apostar por mi hace años, empujándome a ser mejor persona, con su amor, esfuerzo y dedicación me han contribuido en mayor medida para llegar al día de hoy. A mis abuelos y tíos maternos que han sido un pilar fundamental en mi formación académica, especialmente a mi abuelo Luis Quevedo que desde el cielo se ha convertido en una guía fundamental en este proceso. A mis amigos por sus palabras de apoyo y aliento, gracias de todo corazón por estar ahí empujando siempre, en silencio a veces, a gritos otras.

Katiusca Silvana Cabrera Quevedo

vii. Índice de Contenido

i	Portada.....	i
ii	Certificación.....	ii
iii	Autoría	iii
iv	Carta de autorización.....	iv
v	Dedicatoria	v
vi	Agradecimiento	vi
vii	Índice de Contenido.....	0
1.	Título	0
2.	Resumen.....	2
3.	Introducción	4
4.	Marco Teórico	7
4.1.	Embarazo ectópico.....	7
4.1.1.	Definición.	7
4.1.2.	Etiopatogenia	7
4.1.3.	Epidemiología.....	8
4.2.	Factores de Riesgo	9
4.2.3.	Factores de riesgo alto.	9
4.2.4.	Factores de Riesgo Moderado.....	10
4.2.5.	Factores de riesgo bajo.	11
4.3.	Clasificación de embarazo ectópico.....	11
4.3.3.	Embarazo tubárico	12
4.3.4.	El embarazo intersticial	12
4.3.5.	Embarazo extratubárico.....	13
4.3.6.	El embarazo cervical.....	13
4.3.7.	El embarazo ovárico	13
4.3.8.	El embarazo con cicatriz de cesárea previa	14
4.5.	Diagnóstico.....	15
4.6.	Tratamiento.....	16
5.	Metodología	19
5.1.	Enfoque	19
5.2.	Tipo de diseño utilizado	19
5.3.	Unidad de estudio	19
5.4.	Universo y muestra	19

5.4.1. Criterios de inclusión.....	19
5.4.2. Criterios de exclusión.....	19
5.5. Técnicas.....	20
5.7. Procedimiento.....	20
5.8. Equipos y materiales.....	20
5.9. Análisis estadístico.....	20
6. Resultados.....	22
6.1. Resultados para el primer objetivo.....	22
6.2. Resultados para el segundo objetivo.....	23
6.3. Resultados para el tercer objetivo.....	25
7. Discusión.....	26
8. Conclusiones.....	28
9. Recomendaciones.....	29
10. Bibliografía.....	30
11. Anexos.....	33
11.1 Anexo 1 Pertinencia de tema.....	33
11.2 Anexo 2 Designación de director de Trabajo de titulación.....	34
11.3 Anexo 3 Autorización de recolección de datos.....	35
11.4 Anexo 4 Autorización por parte del Hospital Isidro Ayora Loja.....	36
11.5 Anexo 5 Certificación Resumen en Ingles.....	37
11.6 Anexo 6 Formulario de recolección de datos.....	38
11.7 Anexo 7 Base de Datos.....	39
11.8 Anexo 8 Certificado de Correcciones y Observaciones.....	42
11.9 Anexo 9 Proyecto de Tesis.....	43

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Clasificación de embarazo ectópico	11
Ilustración 2: Diagrama de flujo para el estudio del embarazo ectópico de localización incierto	16
Ilustración 3: Dosis e indicaciones del manejo con metrotexato en el EE	17

Índice de tablas

Tabla 1. Caracterización sociodemográficas y clínica de las pacientes con embarazo ectópico en el Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo 2016-2020	22
Tabla 2: Factores de riesgo asociados a las pacientes con embarazo ectópico, en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo 2016 – 2020	23
Tabla 3: Antecedentes Gineco obstétricos como factor de riesgo asociados a las pacientes con embarazo ectópico, en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo 2016 – 2020	24
Tabla 4: Conducta terapéutica aplicada a las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo 2016 - 2020	25

1. Título

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA**

2. Resumen

Embarazo ectópico es una patología que se produce cuando el blastocisto se implanta en un sitio distinto a la cavidad uterina. Constituyéndose una urgencia médica obstétrica, es necesario contar con datos que denoten las características de esta enfermedad, para así tomar conciencia de esta condición e implementar mejores medidas preventivas. El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar a las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja, conocer las características sociodemográficas, identificar factores de riesgos y la conducta terapéutica más frecuente de estas pacientes. Cuenta con un enfoque cuantitativo de corte transversal retrospectivo, cuyo grupo de estudio estuvo constituido por una muestra de 131 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja, periodo 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2020, se aplicó formulario de recolección de datos de nuestra autoría; obteniéndose que el rango de edad que predominó el embarazo ectópico es entre los 20 a 30 años de edad, 72,5% residen en el área urbana, el 38.9 % son estudiantes, el embarazo tubárico fue la localización más frecuente con un 72.5%, los factores de riesgo que más prevalecen en nuestro estudio son el inicio de su vida sexual antes de los 18 años (52.7%), haber tenido dos parejas sexuales (44.3%), consumo de tabaco (20.6%), antecedentes patológicos como gonorrea (14.5%) , infecciones vaginales (30.5%) e intervenciones quirúrgicas en las trompas de falopio respectivamente, la conducta terapéutica más aplicada fue la quirúrgica, siendo la fimbriectomía en un 44.3%.

Palabras Clave: factores de riesgo, Loja, tubárico, conducta terapéutica.

2.1 Abstract

Ectopic pregnancy is a pathology that occurs when the blastocyst implants in a place other than the uterine cavity. Being an obstetric medical emergency, it is necessary to have data that denote the characteristics of this disease, in order to become aware of this condition and implement better preventive measures. The objective of this study was to characterize the patients with ectopic pregnancy treated at the Isidro Ayora Loja Hospital, to know the sociodemographic characteristics, to identify risk factors and the most frequent therapeutic behavior of these patients. It has a retrospective cross-sectional quantitative approach, The research group was focused on all women diagnosed with an ectopic pregnancy (131 cases) at “Isidro Ayora” General Hospital in Loja from January 1st, 2016 to December 31st, 2020; moreover, a form was used as a tool to collect data; Obtaining that the age range that predominates ectopic pregnancy is between 20 to 30 years of age, 72.5% reside in the urban area, 38.9% are students, tubal pregnancy was the most frequent location with 72.5%, The most prevalent risk factors in our study are the beginning of their sexual life before the age of 18 (52.7%), having had two sexual partners (44.3%), tobacco use (20.6%), pathological history such as gonorrhea (14.5%), vaginal infections (30.5%) and surgical interventions in the fallopian tubes respectively, the most applied therapeutic conduct was surgery, being fimbriectomy in 44.3%.

Keywords: risk factors, Loja, tubal, therapeutic conduct.

3. Introducción

El embarazo ectópico (EE) consiste en la implantación de un óvulo fecundado fuera de la capa endometrial del útero, casi todos los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio (97%), sin embargo, también se pueden presentar con menor frecuencia en sitios anatómicos como la región cervical, intersticial o cornual uterinas, cicatriz de histerotomía, ovárica o abdominal (Rivera, Pomés, Diaz, Espinoza, y Zamboni, 2020).

A pesar de las mejoras de diagnóstico y manejo, la ruptura del embarazo ectópico es aún una causa importante de morbilidad relacionada con la gestación, la incidencia varía según la población, esta ha aumentado considerablemente debido a factores de riesgo como la aparición de un EE con la edad avanzada de la madre, el hábito tabáquico, la patología tubárica, el antecedente de infección genital y el uso del DIU como método anticonceptivo, entre otras causas (Logroño, Jorge, y Adriana, 2020).

Aun teniendo en cuenta que la muerte materna causada por embarazo ectópico ha disminuido ostensiblemente debido al entrenamiento de los técnicos facultados para hacer el diagnóstico certero y en tiempo oportuno desde los antecedentes o anamnesis, examen físico y medios complementarios disponibles para el diagnóstico del mismo, este sigue siendo responsable del 10–15 % del total de las muertes maternas (Matos *et al.*, 2018)

La Organización Mundial de la salud se refiere al embarazo ectópico en cifras: la frecuencia es de 1 a 2.6% de todos los embarazos; la mortalidad es de 1 por 1.000 de todos los embarazos ectópicos, la tasa de recurrencia es del 12%. Actualmente, la incidencia del Embarazo Ectópico crece de modo alarmante en todos los países desarrollados (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Suecia, Finlandia, etc.) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Por ejemplo, en los Estados Unidos, la incidencia de embarazo ectópico es del 1,5 al 2%. Las principales razones de esta alta incidencia son la epidemia de ETS y el uso de DIU que comenzó en la década de 1970. En Cuba, el embarazo ectópico sigue provocando un aumento de los casos de mortalidad materna. Se informó hemorragia en el 33% de todas las muertes maternas entre 1985 y 1991, el primer lugar lo ocuparon los embarazos ectópicos complicados representando el 37% de este grupo (Pando, Milo , Pérez, y Peña, 2017). En el Reino Unido, cada año se diagnostican alrededor de 10.000 casos de EP. Las tasas de

incidencia en el Reino Unido (11-1/1000 embarazos) son similares a las de otros países como Noruega (14,9/1000) y Australia (16,2/1000) (Hu Liang *et al.*, 2018)

En Ecuador según INEC las hemorragias obstétricas constituyen un 20% dentro de una de las principales causas de muerte para el año 2014, manifestando a su vez que los embarazos ectópicos se encuentra entre las diez primeras causas de muerte materna en nuestra nación, sin embargo se desconoce una estadística exacta en el país sobre dicho problema de salud, ya que en los resultados que se encuentran en el INEC del Ecuador, el embarazo ectópico está dentro de una gama de problemas de salud en Gineco – obstetricia, por lo que no se encuentra como un diagnóstico puro (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2018).

En lo que cabe del año 2019 el ministerio de salud pública nos detalla que la OMS ha agrupado las causas básicas de muerte durante la segunda semana de embarazo con el fin de facilitar un marco común de comparación internacional, registrándose 25 muertes maternas, predominando las hemorragias con el 28%, siendo el 1% representado por embarazo ectópico roto, seguida de los Trastornos hipertensivos con el 20% y las causas no obstétricas o Indirectas con el 20% (Ministerio de Salud Publica [MSP], 2019).

Este trabajo sobre caracterización de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja, tuvo el objetivo de recoger datos estadísticos de aquellas mujeres que presentaron la patología, en nuestro medio, los estudios respecto al tema son escasos y en el Hospital Isidro Ayora no se han realizado, con la aplicación del presente trabajo se permitirá contar con datos que denoten las características de esta enfermedad, se buscó establecer la asociación de estos factores de riesgo con la ocurrencia de embarazo ectópico en nuestra población, su clínica y tratamiento más adecuado, datos que serían de amplia ayuda para tomar conciencia de esta condición e implementar mejores medidas preventivas y así evitar que esta patología predisponga riesgos en la salud materna y perinatal.

El presente trabajo corresponde a la primera línea de Investigación de la carrera de medicina, correspondiente a salud enfermedad materno infantil en la zona 7 o región sur del ecuador.

El objetivo general del presente trabajo fue Caracterizar a las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2020 y como objetivos específicos: Conocer las características socio demográficas y clínica de las pacientes con diagnóstico de embarazo

ectópico; Identificar factores de riesgo en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, y Conocer la conducta terapéutica más frecuente de las pacientes con embarazo ectópico.

4. Marco Teórico

4.1. Embarazo ectópico

4.1.1. Definición. El embarazo extrauterino o ectópico, deriva del griego *ektopos* que significa “fuera lugar”, es cuando el trofoblasto se implanta en cualquier localización distinta a la cavidad uterina. La mayoría de las veces se implanta en las trampas de Falopio y muy pocas veces en el ovario o en la cavidad peritoneal. En los países en vías de desarrollo como en los desarrollados siguen siendo una amenaza para la vida de las mujeres en gestación (Ramanah, Marguier, Mottet, Magnin, & Riethmuller, 2018).

Para evitar ambigüedades (Elsevier , 2022) indica que “el embarazo ectópico se define por la implantación de un óvulo fertilizado en un sitio que no sea el revestimiento endometrial del útero”.

4.1.2. Etiopatogenia En condiciones normales al ocurrir la ovulación, se forma el cuerpo lúteo, estos procesos están influenciados por hormonas de la adenohipófisis que someten al endometrio a cambios que se conocen como ciclo endometrial, este tiene tres fases: la proliferativa, la secretora y la isquémica o menstrual.

La fecundación ocurre cuando un espermatozoide capacitado penetra en un Ovocito II, se reanuda la segunda división meiótica y ocurre activación metabólica del huevo. La segmentación es el evento donde ocurren divisiones mitóticas sucesivas, pasando por diferentes estadios y se inicia el desarrollo del cigoto. El período ovular, es uno de los principales del desarrollo prenatal y transcurre desde la fecundación hasta la implantación del blastocisto, aproximadamente a los 14 días, esta estructura está constituida por dos grupos celulares, uno interno que originará al embrioblasto y otro grupo celular externo que constituirá el trofoblasto (Aguilar, Miranda, y Quintana, 2017, pp. 299-302).

El embrioblasto se dispone hacia un polo y el trofoblasto externamente se aplana, formando la pared epitelial del blastocisto, la zona pelúcida desaparece y comienza el fenómeno de la implantación. Las células trofoblásticas sobre el polo del embrioblasto comienzan a introducirse entre las células epiteliales de la mucosa uterina al 6to día. La adhesión e invasión del trofoblasto compromete a algunas proteínas de la matriz extracelular, que a su vez actúan regulando la diferenciación del trofoblasto, por lo que existe una interacción entre trofoblasto y endometrio, este último colabora con la formación de la placenta. Hacia los 12 días, el blastocisto se encuentra incluido por completo en el endometrio y por lesión de las sinusoides maternos, al penetrar cada vez más el trofoblasto en el espesor del endometrio, se

establece la denominada circulación útero placentaria (Sadler, 2019). En condiciones normales, el blastocisto se implanta en la pared posterior o anterior del cuerpo del útero, cuya mucosa en fase secretora facilita este proceso.

Para Ramanah *et al.* (2018) el proceso fisiológico previamente descrito se encuentra alterado y señala tres procesos alterados:

- Captación del ovocito: el ovocito no es captado por las fimbrias.
- Migración del ovocito: puede ser por causas mecánicas que alteran el músculo liso o las células ciliadas, como: adherencias, deciliación por hábitos tóxicos etc. También pueden ser causas hormonales, un desbalance en las concentraciones de progesterona y estradiol que favorece o retrasan el transporte del ovocito, respectivamente.
- Implantación: alteraciones hormonales no permiten la implantación, el blastocisto se devuelve a las trompas de Falopio.

La etiopatogenia del embarazo ectópico sigue sin estar del todo clara pese a ello (Matos *et al.*, 2018) las resume en obstrucciones anatómicas, anomalías en la motilidad de las trompas o en su función ciliar, concepción anormal y factores quimio tácticos que estimulan la implantación tubárica.

4.1.3. Epidemiología de embarazo ectópico En los países desarrollados en la década de los ochenta la incidencia de embarazo ectópico fue de 100 -175 por año por cada 100 000 mujeres. Para la década de los dos mil alcanzó 95 embarazos ectópicos por año por cada 100 000 mujeres, esta disminución se asoció al uso de los métodos anticonceptivos disponibles en esa época que probablemente disminuyeron las infecciones persistentes por Chlamydia. El último reporte sobre mortalidad materna de Francia refiere nueve muertes (4,2%) entre 2004 y 2006 (Ramanah *et al.*, 2018).

En la actualidad, la muerte materna es un indicador de salud. A nivel mundial el embarazo ectópico representa del nueve al diez por ciento de muertes maternas en el primer trimestre de gestación. Por ende, constituye un verdadero problema de salud pública.

En Ecuador las estadísticas de mortalidad materna reportan que el 13,33% de las madres fallecen cursando el primer trimestre de gestación (MSP, 2018)

Aun en escenarios como países en vías de desarrollo o desarrollados la mortalidad por embarazo ectópico es prevenible.

4.2. Factores de Riesgo

Existe un sin número de factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero es importante aclarar que también puede presentarse en las mujeres sin antecedentes o exposición a ninguno de los factores de riesgo asociados a esta patología.

Los factores de riesgo para embarazo ectópico que se han identificado a lo largo de los años se clasifican en factores de alto, moderado y bajo riesgo.

Existen otros factores de riesgo que se han identificado en las mujeres con embarazo ectópico; sin embargo, aún no se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa.

4.2.3. Factores de riesgo alto.

4.2.3.1. Embarazo ectópico previo. Tener este antecedente aumenta de tres a ocho veces el riesgo de otro embarazo ectópico. Esto está relacionado con la alteración tubárica responsable del primer embarazo, como de la técnica quirúrgica escogida para resolver dicho cuadro (*Tulandi, Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites, 2022*). Para Ramanah et al. (2018) el riesgo de un embarazo ectópico se multiplica de dos a diez veces en mujeres con este diagnóstico previo.

4.2.3.2. Esterilización Tubárica. La tasa de éxito de este procedimiento depende de la técnica empleada, se cree que el uso de coagulación bipolar tiene un riesgo más elevado que otras técnicas, además la coagulación incompleta de la luz de la trompa es el responsable de permitir la fertilización. Aproximadamente un tercio de los fallos en la esterilización tubárica, independientemente de la técnica utilizada, resultan en embarazo ectópico (Liang, Sandoval , Hernández , & Vargas , 2018).

4.2.3.3. Métodos anticonceptivos. Con cualquier método anticonceptivo, la probabilidad de embarazos disminuye y con ello el número de embarazos ectópicos. Sin embargo, al fallar estos métodos anticonceptivos el número relativo de embarazos ectópicos tiende a aumentar.

La tasa de EP en mujeres que usan un DIU es una décima parte de las mujeres que usan ningún método anticonceptivo. Sin embargo, si una mujer que utiliza un DIU queda embarazada, la probabilidad de EP es generalmente mayor que en mujeres que no utilizan anticonceptivos. Aunque la incidencia de EP con dispositivos intrauterinos es sólo alrededor del 4%, se ha visto que los DIU con progesterona aumentan un tanto el riesgo (Liang *et al.*, 2018)

4.2.3.4. Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Los procesos infecciosos ocasionan una alteración anatómica y funcional que afecta mayormente las trompas uterinas constituyendo así un factor de riesgo para embarazo ectópico. (Tulandi, Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites, 2022) menciona que la clamidia y gonorrea son capaces de alterar la función tubárica y causar obstrucción o enfermedad adhesiva pélvica. También menciona a la proteína (PROKR2) producida por clamidia y su relación con una mayor implantación en las trompas de Falopio.

4.2.3.5. Antecedentes de cirugía previa. Los antecedentes de cirugía tubárica están fuertemente asociados al embarazo extrauterino. Según Carvajal y Barriga (2021) la incidencia de esta patología post salpingostomía va desde el 2 al 18 por ciento. Luego de una esterilización tubárica fallida y de la repermeabilización tubárica el riesgo de embarazo ectópico es del 90 y 5 por ciento respectivamente.

4.2.4. Factores de Riesgo Moderado.

Entre los factores de riesgo moderados según la literatura y descritos en detalle por Tulandi (2018) tenemos en primer lugar la infertilidad, misma que aumenta de dos a tres veces la incidencia de embarazo ectópico. El consumo de tabaco en periodo periconcepcional se asocia a un aumento de dos a tres veces el riesgo de embarazo ectópico esto depende siempre de la dosis de consumo. La fisiopatología tras el tabaquismo es que este altera la motilidad tubárica y compromete el sistema inmune, convirtiéndose en un predisponente a enfermedad inflamatoria pélvica.

Numero de compañeros sexuales: La edad precoz en el momento del primer coito y el número de parejas sexuales elevadas durante toda la vida se asocian con riesgo ligeramente mayor de embarazo ectópico, debido a la mayor probabilidad de exposición a infecciones de transmisión sexual (Salcedo, 2018).

4.2.5. Factores de riesgo bajo.

Tecnologías de reproducción asistida (TAR) de todos los embarazos de fecundación in vitro, el uno y dos por ciento de ellos resultaran en embarazo ectópico. Sin embargo, esto varía dependiendo de las características de salud reproductiva de la mujer, por ejemplo, el embarazo ectópico es mayor en aquellas con infertilidad o con antecedentes de tabaquismo. Las técnicas de fertilización asistida que menos embarazos ectópicos originan son la transferencia de embriones congelados. Con las TAR es más frecuente el embarazo heterotópico (Paulson y Salem, 2022).

Edad: Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico. Así tenemos que las tasas más altas de embarazos ectópicos se dan en mujeres en edades mayores a los 35 años (Carvajal & Barriga, 2021)

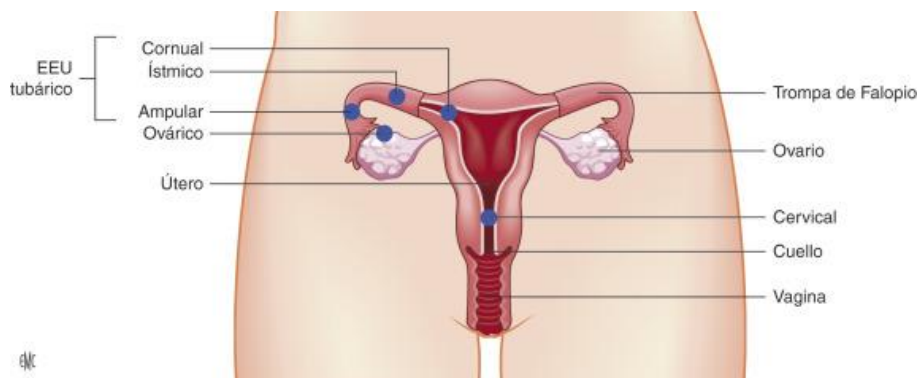
Duchas vaginales: el uso regular de esta técnica de aseo íntimo, puede ser la forma en la que la paciente, inconscientemente, intenta eliminar los síntomas de irritación o flujo vaginal, que a su vez puede indicar infecciones pélvicas subyacentes, incluida los agentes causales de la enfermedad pélvica inflamatoria (Liang *et al.*, 2018).

4.3. Clasificación de embarazo ectópico

El embarazo ectópico se puede clasificar en base al sitio de implantación que presente. Según sitio de implantación pueden ser:

- Embarazo ectópico tubárico: son los más frecuentes e implantan en alguna de las partes anatómicas correspondientes a las trompas de Falopio.
- Embarazo ectópico extratubárico: aunque son de poca incidencia y representan un bajo porcentaje de los embarazos extrauterinos, pueden ser encontrados en el ovario, cavidad peritoneal, cuello uterino o en una cicatriz previa por cesárea.

Ilustración 1: Clasificación de embarazo ectópico



Fuente: (Ramanah, Marguier, Mottet, Magnin, & Riethmuller, 2018)

4.3.3. Embarazo tubárico Aproximadamente el 95% de los embarazos

ectópicos en alguna parte de las trompas Falopio. En orden decreciente dan lugar a:

- Embarazos ampollares (70%)
- Ístmicos (12%)
- Fimbriales (11%)
- Tubáricos intersticiales (2%)

El factor presente en la mayoría de los embarazos tubáricos es la anatomía anormal de las trompas de Falopio que impide o retrasa el paso fisiológico del ovocito fertilizado hacia la cavidad uterina. Factores previamente descritos como las cirugías por embarazo ectópico previo, esterilización quirúrgica previa, infecciones de transmisión sexual o el uso de tecnologías de reproducción asistida han sido fuertemente asociados como causales de embarazo tubárico.

Debido a que la trompa de Falopio carece submucosa, en el embarazo tubárico el óvulo fecundado penetra pronto el epitelio y el cigoto se establece en la capa muscular, que es invadida por el trofoblasto que prolifera con rapidez por ello en un embarazo ectópico, a menudo el embrión o feto está ausente o atrofiado.

Las complicaciones más preocupantes incluyen ruptura y aborto. Por lo general los embarazos tubáricos estallan de manera espontánea, pero en ocasiones el causante de esta ruptura pueden ser el coito o el examen ginecológico bimanual. Un número elevado y no reportado de embarazos ectópicos fallan y se reabsorben espontáneamente, en los últimos años esto ha logrado ser documentado con ensayos altamente sensibles de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (Cunningham, y otros, 2019).

4.3.4. El embarazo intersticial Son muy poco frecuentes, tan solo representan del 1 al 3 por ciento de los embarazos ectópicos. La salpingectomía ipsilateral es el factor de riesgo más específico para embarazo intersticial. Este embarazo extrauterino se produce por la implantación anormal en la porción intersticial de la trompa de Falopio, segmento proximal de la tuba que esta incrustado dentro de la pared muscular del útero. Actualmente es ampliamente denominado como embarazo cornual, aunque no hace mucho tiempo este término se utilizaba únicamente para referirse a embarazos que se implantaban en el cuerno de un útero bicorne o en el cuerno rudimentario de un útero unicornes. Aunque son confundidos con embarazos intrauterinos, sobre todo con el embarazo angular, existen dos formas de diferenciarlos; clínicamente el embarazo intersticial sufre una ruptura muy

temprana y ecográficamente tiene una ubicación excéntrica y un delgado manto miometrial (Tulandi, 2022).

4.3.5. Embarazo extratubárico El embarazo abdominal: es extremadamente raro, representa el 1 % de los embarazos ectópicos y se origina cuando la implantación se da dentro de la cavidad peritoneal. Puede ser primario si la implantación del blastocisto se implanto directamente en la cavidad abdominal o secundario antes de llegar a la cavidad abdominal se encontraba implantado total o parcialmente en otro lugar. Los factores de riesgo se superponen a los del embarazo tubárico; sin embargo, se han descrito factores específicos como lo son infertilidad asociada a alteración tubárica, uso de fertilización in vitro y el consumo de cocaína, aunque no está claro cuál es el mecanismo subyacente. El embarazo abdominal puede ser diagnosticado antes de las 20 semanas (embarazo abdominal temprano) o luego de las 20 semanas (embarazo ectópico avanzado). Cuando es avanzado la mortalidad materna alcanza hasta el 12 por ciento. La presentación clínica es ampliamente variada, puede ser asintomática, simular a un embarazo normal (náuseas, vómitos, dolor abdominal) o puede provocar hemorragia intrabdominal que ponga en riesgo la vida de la paciente. El diagnóstico de esta patología es meramente imagenológico, se puede utilizar ecografía o resonancia magnética, o se diagnostica intraoperatoriamente. Para poner en contexto la dificultad de su diagnóstico, solo el 45 % de pacientes son diagnosticados antes de una cirugía exploratoria. Los embarazos futuros después de un embarazo abdominal son bastante exitosos (Chauhan & Bhalwal, 2022)

4.3.6. El embarazo cervical Representa menos de 1 por ciento de los embarazos ectópicos. En este la implantación ocurre en el revestimiento del canal endocervical. El principal factor de riesgo asociado es el antecedente de legrado y una vez más el uso de tecnologías de reproducción asistida. Contrario a los embarazos extrauterinos descritos previamente, el sangrado vaginal profuso e indoloro es el síntoma más frecuente. El diagnóstico es netamente ecográfico, donde se evidenciará saco gestacional o placenta dentro del cuello uterino y un útero en forma de reloj de arena. El manejo de esta patología, debido a su baja incidencia es aún motivo de debate, por lo que se prefiere el manejo clínico con metrotexato y un seguimiento estricto, solo en caso de que exista un sangrado persistente se optara por majeo quirúrgico. Las posibilidades de que gestaciones posteriores son se repita un embarazo ectópico son bastante elevadas (Tulandi, Embarazo cervical, 2022).

4.3.7. El embarazo ovárico Representa menos del 3 por ciento, el tejido ovárico

resulta el sitio de implantación obvio. Los factores de riesgo de este tipo de embarazo se superponen a los del embarazo ectópico en general. Aunque el diagnóstico puede realizarse por ecografía, en algunos casos únicamente se logra en una cirugía exploratoria. Clínicamente la ruptura a temprana edad gestacional es lo habitual. El manejo principalmente es quirúrgico (Cunningham, y otros, 2019).

4.3.8. El embarazo con cicatriz de cesárea previa En este tipo de embarazo, cada vez con mayor incidencia a nivel mundial, la implantación se da sobre una cicatriz de una histerotomía anterior, cesárea. Es potencialmente mortal si no recibe un manejo adecuado, puede ser causante de una ruptura uterina y la hemorragia posterior. Esta patología es distinta del embarazo ectópico, contrario al criterio de algunas literaturas, debido a que el embarazo con cicatriz de cesárea previa ocurre dentro de la cavidad uterina y puede resultar en un neonato a término, lo que nunca ocurre en el embarazo ectópico (Timor, 2022).

4.4. Presentación clínica

Como premisa debe sospecharse ante cualquier mujer fértil, sexualmente activa, use o no método anticonceptivo y que refiera dolor pélvico y sangrado genital. La clínica del embarazo ectópico puede ser muy variable, puede ser asintomática hasta graves shock hipovolémico por una ruptura o hemoperitoneo masivo.

Clínicamente se pueden presentar:

- Embarazo ectópico no complicado: en mujeres embarazadas con spotting o metrorragia, síntomas de embarazo en una paciente hemodinámicamente estable y sin signos de irritación peritoneal.
- Embarazo ectópico complicado: estas pacientes presentan estallido brusco de la implantación anómala, alrededor de la sexta a octava semana. Se presentan con una triada clásica: amenorrea, dolor hipogástrico y tumor anoxia. El dolor es tipo cólico intenso, unilateral o difuso sumado a signos de irritación peritoneal y shock hipovolémico (Carvajal y Barriga, 2021).

Dependiendo el sitio de implantación existen síntomas específicos que se presentan con mayor frecuencia, como se describen a continuación:

- Embarazo ovárico/tubárico: el dolor abdominal es el síntoma más común
- Embarazo abdominal: las náuseas y los vómitos son más frecuentes, no así el sangrado vaginal y los síntomas de obstrucción intestinal
- Embarazo cervical: el dolor abdominal inferior puede o no estar presente, siempre asociado a sangrado (Elsevier, 2022).

4.5. Diagnóstico

Los embarazos ectópicos tienden a presentarse entre la sexta y novena semana de gestación. La anamnesis y el examen físico carecen de especificidad al momento de diagnosticar embarazo ectópico, muchas de las veces ni si quiera se considera este diagnóstico debido a la imposibilidad de estar embarazada ya sea por información que brinda la paciente o por sus antecedentes (ligadura, uso de anticonceptivos, etc.). Ante la sospecha de esta patología, mujeres con dolor abdominopélvico y sangrado vaginal, se debe realizar una prueba de hCG cualitativa, sea en sangre u orina. Una vez confirmado el embarazo se debe realizar una ecografía transvaginal que puede arrojar los siguientes resultados:

- El embarazo es intrauterino
- Embarazo ectópico definitivo: existe un saco gestacional en una ubicación extrauterina.
- Sugestivo de embarazo ectópico
- Embarazo indeterminado: es decir no es intrauterino, pero no hay hallazgos sugestivos de embarazo ectópico.

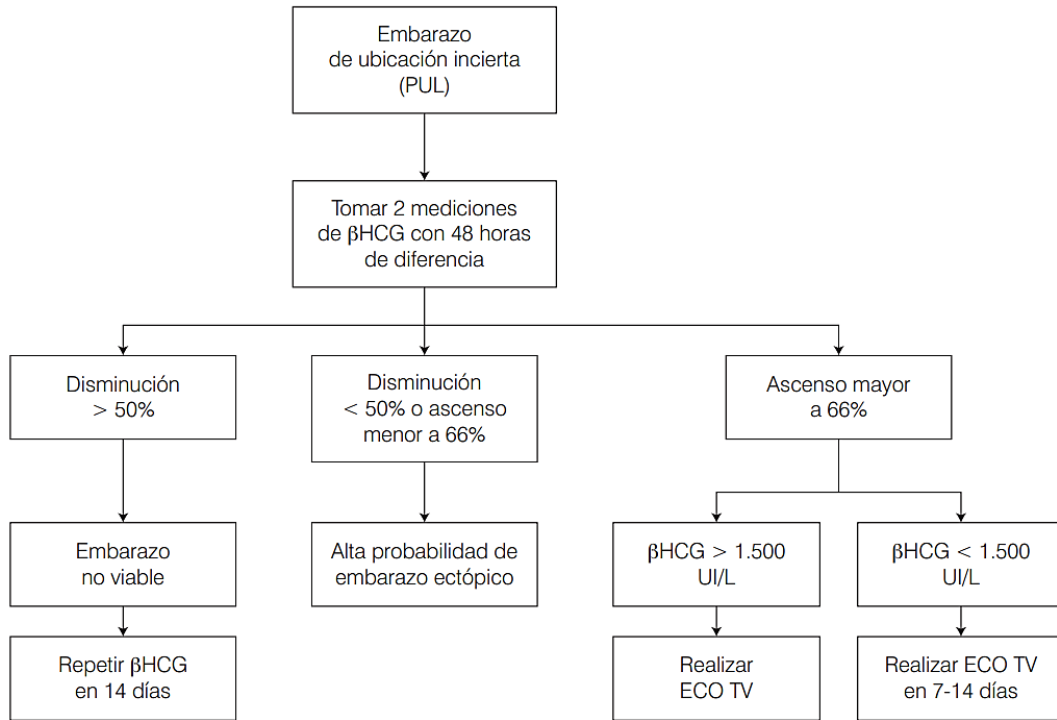
Un embarazo indeterminado ecográficamente y test de embarazo positivo es lo que la literatura denomina como embarazo de ubicación incierta (PUL), este tipo de embarazo puede evolucionar a embarazo uterino en el 40% de los casos, terminar en embarazo bioquímico fallido (69%) o terminar como embarazo ectópico en 14 % de las veces. Para establecer la viabilidad del embarazo se debe hacer una cuantificación sérica de la β -HCG sobre todo para comparar este valor con el umbral de detección de la ecografía. En la actualidad el umbral de detección es de 1500 a 2000 IU/L de β -HCG, en valores superiores se espera que la ecografía distinga un embarazo intrauterino de un ectópico. Si en la medición inicial se encuentran valores bajo este rango se debe realizar una nueva medición a las 48 horas. Si existe un incremento menor al 53% es muy probable que estemos frente a un diagnóstico de embarazo ectópico; sin embargo, esto no es patognomónico ya que en un 8% de los casos aún puede tratarse de un embarazo uterino, por lo que se recomienda repetir una vez más la medición, de allí el termino medición seriada. Otro escenario es que exista un descenso de más de la mitad respecto al valor inicial (descenso $>$ 50%) lo que indica un embarazo no viable. (Cuello , Miranda, y Ralph , 2017)

Para Tulandi (2022) los niveles séricos de β -HCG que muestren un aumento menor al 35% respecto al valor inicial es más consistente para el diagnóstico de embarazo ectópico. Señala que el valor históricamente descrito se basó en un número limitado de pacientes. Además,

recomienda no utilizarse las mediciones de progesterona de manera rutinaria, ya que valores inferiores a los estandarizados simplemente indican un embarazo inviable, sin orientar a un diagnóstico en específico.

En la siguiente figura se muestra un diagrama de flujo del manejo diagnóstico.

Ilustración 2: Diagrama de flujo para el estudio del embarazo ectópico de localización incierta



Fuente: (Cuello , Miranda, & Ralph , 2017)

4.6. Tratamiento.

Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas maternos, salvaguardar la vida de la madre y conservar la fertilidad futura de la paciente. La literatura describe a detalle los que se exponen a continuación.

El manejo expectante: se realiza únicamente un seguimiento ambulatorio indicando a la paciente los signos de alarma que requieren intervención médica urgente. Es muy poco utilizado y se reserva únicamente para pacientes con un nivel de β-HCG menor a 200 mUI/mL, donde este tipo de manejo alcanza una probabilidad de éxito del 88 %.

El manejo medico: está reservado únicamente para pacientes que cumplen con los siguientes criterios:

- Embarazo ectópico ecográficamente confirmado, o de alta sospecha clínica.
- Niveles séricos de β-HCG menores a 5000 mUI/mL

- Saco gestacional menor a 4 cm
- Actividad cardiaca fetal ausente
- Volumen de líquido libre intraperitoneal bajo
- Paciente hemodinámicamente estable

La siguiente figura se indica las dosis e indicaciones del manejo con metrotexato.

Ilustración 3: Dosis e indicaciones del manejo con metrotexato en el EE

	Dosis única	Multidosis
Dosis	Una dosis; repetir si es necesario	Hasta cuatro dosis de ambos medicamentos hasta que la β -hCG sérica disminuya en un 15%
Dosis de medicación		
Metotrexato	50 mg/m ² BSA (1er. día)	1 mg/kg, días 1, 3, 5 y 7
Leucovorina	NA	0.1 mg/kg días 2, 4, 6 y 8
Nivel de β-hCG	Días 1 (línea base), 4 y 7	Días 1 (línea de base), 3,5, y 7
Indicación para dosis adicional	Si el nivel de β -hCG en suero no disminuye en un 15% desde el día 4 al día 7 Menos de 15% de disminución durante la vigilancia semanal	Si el nivel de β -hCG en suero disminuye <15%, administre dosis adicionales; repetir la β -hCG sérica en 48 horas y comparar con el valor previo; máximo hasta cuatro dosis
Vigilancia	Una vez que se alcanza 15% de disminución, luego de niveles de β -hCG sérica semanales hasta indetectable	
Contraindicaciones para el metrotexato		
Sensibilidad a MTX	Embarazo intrauterino	Inmunodeficiencia
Rotura tubárica	Enfermedad de úlcera péptica	Disfunción hepática, renal o hematológica
Lactancia materna	Enfermedad pulmonar activa	

Fuente: (Cunningham, y otros, 2019)

Es importante mencionar al paciente que si el tratamiento fracasa o hay una ruptura inminente es necesaria la intervención quirúrgica de urgencia.

El manejo quirúrgico: se recomienda cuando hay síntomas de ruptura inminente de masa ectópica, el manejo clínico con metrotexato fracasó o se estaba contraindicado.

Los embrazo tubáricos se pueden resolver mediante salpingectomía o salpingostomía laparoscópica (mayor eficacia). Muy a menudo se prefiere la salpingostomía porque puede ofrecer una mejor fertilidad futura, aunque el riesgo de embarazo ectópico posterior es similar (Elsevier , 2022).

Para Ramanah *et al.* (2018) el tratamiento conservador (salpingostomía) está indicada en pacientes jóvenes que desean un embarazo futuro, la trompa afectada esta mínimamente afectada y cuando la trompa contralateral está ausente o presenta afectación anatómica. El tratamiento radical (salpingectomía) se indica cuando la paciente no desea futuros embarazos, la afectación de la trompa es extensa, no es posible lograr una buena hemostasia, existen una alta probabilidad de recidiva de embarazo ectópico y cuando la trompa contralateral esta integra. La laparotomía está indicada cuando existe hemoperitoneo masivo con inestabilidad hemodinámica, cuando existen pacientes multioperadas o alta probabilidad

de encontrar adherencias (contraindicaciones para laparoscopia) y cuando el cirujano es inexperto o el material laparoscópico no está disponible.

5. Metodología

El área de estudio fue el Hospital General Isidro Ayora Loja ubicado en las calles Av. Universitaria e Imbabura, perteneciente a la parroquia Sucre en la ciudad de Loja, el estudio incluyó registros estadísticos recolectados en el área de estadística de dicha localidad

5.1. Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo.

5.2. Tipo de diseño utilizado

Se realizó un estudio descriptivo de tipo observacional, de cohorte transversal retrospectivo.

5.3. Unidad de estudio

Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital General Isidro Ayora Loja.

5.4. Universo y muestra

El Universo (n: 146) estuvo conformado por todas las pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital General Isidro Ayora Loja con diagnóstico de embarazo ectópico durante el periodo 1 de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2020; y la muestra por 131 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, distribuidos de la siguiente manera:

Tamaño de muestra:

n 2016: 24 pacientes

n 2017: 31 pacientes

n 2018: 25 pacientes

n 2019: 37 pacientes

n 2020: 14 pacientes

5.4.1. Criterios de inclusión

Pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia con diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2020 del Hospital Isidro Ayora Loja, con datos de historia clínica completos.

5.4.2. Criterios de exclusión

Pacientes con datos incompletos en la Historia Clínica

5.5. Técnicas

Se aplicó formulario de recolección de información elaborado a conveniencia de la investigadora.

5.6. Instrumentos

- **Historias clínicas:** documento médico legal, archivado en el área de estadística del Hospital General Isidro Ayora, donde constan los antecedentes personales, clínicos, quirúrgicos y conductas terapéuticas realizadas a las pacientes seleccionadas para el presente estudio.
- **Formulario de recolección de información (Anexo 6)** fue diseñado a conveniencia de la investigadora, donde se recogió información detallada sobre las características sociodemográficas, clínicas, factores asociados y plan terapéutico.
- **Plantillas:** Hojas de cálculo de Microsoft Excel diseñadas a conveniencia de la investigadora, de modo que se permitió un uso ágil y organizado de la cantidad de datos obtenidos. Para el presente, se utilizaron cinco modelos de plantillas

5.7. Procedimiento

Una vez definido el tema de estudio, se solicitó la aprobación y pertinencia del proyecto a la dirección de la carrera de medicina Humana. Posteriormente se designó un docente tutor como director de trabajo de titulación quien oriento la búsqueda bibliográfica; bajo el nombre del decano/a de la Facultad de la Salud Humana se solicitó la aprobación oficial para la recolección de datos a dirección del Hospital General Isidro Ayora Loja.

En el área de estadística, bajo supervisión del Ing. José Picoita se seleccionó las historias clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos, se recolecto la información en un formulario de mi propia autoría. Luego se elaboraron las plantillas en el programa Microsoft Excel, una vez organizada la información se analizaron los datos conforme los objetivos planteados.

5.8. Equipos y materiales

- Formulario de recolección de datos
- Computador
- Impresora
- Lápices y esfero grafico

5.9. Análisis estadístico

Los datos se ingresaron a una base de datos, utilizado el programa informático de Microsoft Excel. Para el análisis de las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia

central y dispersión, para las variables cualitativas los datos fueron presentados como frecuencias y porcentajes.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Conocer las características socio demográficas y clínica de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico

Tabla 1. Caracterización sociodemográficas y clínica de las pacientes con embarazo ectópico en el Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo 2016-2020

Edad media	Límite inferior	Límite superior
25.6 años	20.8	30.4
Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	36	27.5
Secundaria	61	46.6
Universitaria	34	26.0
Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	95	72.5
Rural	36	27.5
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	62	47.3
Unión libre	43	32.8
Casada	24	18.3
Divorciada	1	0.8
Viuda	1	0.8
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Servidor publico	25	19.1
Ama de casa	48	36.6
Comerciante	7	5.4
Estudiante	51	38.9
Sitio de implantación	Frecuencia	Porcentaje
Tubárico	95	72.5
Intersticial	22	16.8
Ovárico	14	10.7

Fuente: Registro de Historias Clínicas, Hospital General Isidro Ayora Loja
Elaboración: Katusca Cabrera Q

Interpretación Tabla 1. Se observa que la media de edad en la que se presentó el embarazo ectópico fue a los 25.6 años con una desviación estándar de 4.8, lo que nos deja un intervalo de presentación entre los 20.8 y 30.4 años (tercera década de vida). En el nivel secundario de instrucción fue donde hubo mayor porcentaje de embarazos ectópicos con un 46.6 %, mientras que la instrucción primaria y universitaria presentaron 27.5% y 26 % de embarazos ectópicos respectivamente. El análisis de datos revela que el 72.5 % de las pacientes que presenta esta patología residen en la zona urbana, mientras que un 27.5%

residen en la zona rural. En cuanto al estado civil, en las pacientes solteras (47.3 %) y en unión libre (32.8 %) fue donde más se diagnosticó embarazo ectópico, las pacientes divorciadas y viudas representaron el 2% del diagnóstico. Por último, respecto a su ocupación la tabla muestra que las estudiantes y amas de casa presentaron mayor porcentaje de embarazos ectópicos con un 38.9 y 36.6 por ciento respectivamente. Las mujeres dedicadas al comercio fueron las que presentaron el mínimo porcentaje de embarazos ectópicos con un 5.4 %. En la caracterización clínica, observamos que el embarazo tubárico, se presentó en 95 pacientes, lo que equivale al 72,5% de los embarazos ectópicos. El embarazo intersticial se encontró en un 16.8 % y por último el embarazo ovárico represento un 10.7 %.

6.2. Resultados para el segundo objetivo

Identificar factores de riesgo en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Tabla 2: Factores de riesgo asociados a las pacientes con embarazo ectópico, en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo 2016 – 2020

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo	27	20.6
Alcohol	7	5.4
No refiere	97	74
Inicio de vida sexual activa	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 18 años	69	52.7
Entre 18 y 25 años	58	44.3
Mayor a 25 años	4	3.1
Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Una	47	35.9
Dos	58	44.3
Tres o más	26	19.8
Antecedentes de ETS	Frecuencia	Porcentaje
Gonorrea	19	14.5
Virus de papiloma humano	8	6.1
Enfermedad pélvica inflamatoria	6	4.6
No refiere	98	74.8
Antecedentes ginecológicos	Frecuencia	Porcentaje
Infecciones vaginales	40	30.5
Quistes ováricos	18	13.7
Miomatosis	7	5.3
Endometriosis	2	1.5
No refiere	64	48.9
Antecedentes quirúrgicos pélvicos	Frecuencia	Porcentaje

Salpingectomía/salpingooforectomía	15	11.5
Miomectomía	6	4.6
Legrado	2	1.5
No refiere	108	82.4

Fuente: Registro de Historias Clínicas, Hospital General Isidro Ayora Loja
Elaboración: Katusca Cabrera Q

Interpretación Tabla 2: Las pacientes participes del estudio iniciaron su vida sexual a temprana edad, pues el 52.7 % de ellas lo hizo antes de los 18 años mientras un 44.3 % de ellas inicio entre los 18 a 25 años. En cuanto al número de parejas sexuales, 19.8 % de las pacientes tuvo tres o más; la mayoría de las participes tuvo una o dos parejas sexuales que representa el 35.9 y 44.3 por ciento respectivamente. El 20.6 % de las pacientes consumen tabaco, el 74 % de ellas no refieren ningún habito toxico.

Dentro de los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, 98 pacientes no refirieron alguno. Sin embargo; 19 pacientes reportaron gonorrea, 8 reportaron virus de papiloma humano y 6 de ellas habían sido tratadas previamente por enfermedad pélvica inflamatoria. Los antecedentes ginecológicos que predominaron en las pacientes estudiadas fueron las infecciones vaginales con un 30.5 %, seguido de quistes ováricos con un 13.7 % y miomatosis con un 5.3 %. Para finalizar, la tabla muestra que el 82.4 % de ellas no tienen antecedentes quirúrgicos pélvicos, pero 11.5% de ellas habían sido sometidas a salpingectomía/salpingooforectomía, 4.6 % tenían antecedente de miomectomía y 1.5 % de las participes reporto legrado previo.

Tabla 3: Antecedentes Gineco obstétricos como factor de riesgo asociados a las pacientes con embarazo ectópico, en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo 2016 – 2020

	Rango 0-2		Rango 3-4		Rango >4	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Gestas	100	76.3	23	17.5	8	6.1
Partos	70	53.4	8	6.1	2	1.5
Cesáreas	39	29.7	0	0	0	0
Abortos	12	9.1	1	0.7	0	0
Ectópicos	2	1.5	0	0	0	0

Interpretación tabla 3: Los antecedentes gineco obstétricos, se organizaron por rangos. Así, 100 mujeres tuvieron entre cero a dos gestas previas (76.3%) convirtiéndose en el antecedente predominante. El 53.4% de ellas tuvo entre cero a dos partos mientras que el

29.7% fueron sometidas a cesáreas, seguidas del 9.1% que refirieron entre cero a dos abortos. Finalmente, las pacientes estudiadas presentaron embarazos ectópicos en un 1.5 %.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

Conocer la conducta terapéutica más frecuente de las pacientes con embarazo ectópico.

Tabla 4: Conducta terapéutica aplicada a las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo 2016 - 2020

Conducta terapéutica (quirúrgica)	Frecuencia	Porcentaje
Fimbriectomía	58	44,3
Salpingectomía	15	11,5
Salpingostomía	43	32,8
Ooforectomía	15	11,5
Total	131	100,0

Fuente: Registro de Historias Clínicas, Hospital General Isidro Ayora Loja

Elaboración: Katusca Cabrera Q

Interpretación Tabla 4: La presente tabla indica la conducta quirúrgica fue aplicada a las 131 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico. Así, observamos que el procedimiento quirúrgico radical como la fimbriectomía se realizó en 58 pacientes equivalente al 44,3%. La salpingostomía se realizó un total de 43 veces y represento un 32,8% de las intervenciones quirúrgicas en estas pacientes. Es importante mencionar que a 26.7% de las pacientes en estudio, a la par con el manejo quirúrgico se les aplico una dosis de metrotexato, no lográndose aclarar si era un tratamiento coadyuvante o se pretendió un manejo clínico inicialmente.

7. Discusión

En la población estudiada el embarazo ectópico se presentó a la edad media de 25.6 años (entre los 20.8 y 30.4 años) y en mujeres con instrucción secundaria en un 46.6 %; esto concuerda con lo encontrado por (Caraguay, 2014) en el hospital provincial general docente de Riobamba, donde la edad media de presentación de embarazo ectópico fue 27 años (entre los 20 y 34 años) y en 52.1 % en mujeres con educación secundaria. En el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca (Nagua y Morales, 2014) identificaron que el 60% de su población reside en zona urbana y el 46,2 % son amas de casa, asemeja lo encontrado en el presente estudio donde el 72.5 % habita en zona urbana, sin embargo, el 38.9 % son estudiantes y el 36.6 % son amas de casa. El sitio de implantación del embarazo tubárico más frecuente a nivel mundial según (Tulandi, 2022) es en la trompa de Falopio (96 %), dentro de nuestra latitud en la vecina ciudad de Cuenca, (Nagua y Morales, 2014) mencionan que con un 90 % el embarazo tubárico es el predominante; esta frecuencia se mantiene en la ciudad de Loja, escenario de este trabajo investigativo, donde el embarazo tubárico representó el 72.5 % de todos los embarazos ectópicos.

Se encontró que el 35.9 % de las pacientes con embarazo ectópico estudiadas tuvieron una pareja sexual, el resto de las mujeres tuvo dos o más parejas sexuales, según afirma (Escobar, Perez, y Martinez, 2017) tener dos o más parejas sexuales aumenta 2.75 veces el riesgo de embarazo ectópico. Además, el 52.7 % de ellas iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, a criterio de (Liang, *et al.*, 2018) tener una relación sexual antes de los 18 años aumenta la probabilidad de múltiples parejas, con ello aumenta el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y por consecuente de embarazo ectópico. Sobre esto último, (Tulandi, 2022) establece que la creciente incidencia de embarazo ectópico está fuertemente asociada con una mayor incidencia de EPI, sin embargo, los resultados de este estudio reflejan que tan solo el 4.6 % de las pacientes tenía como antecedente EPI y contrasta totalmente con los resultados obtenidos en Cuba por (Virelles, Bonet, y Reyner, 2017) donde el 48.5 % de sus 880 pacientes con embarazo ectópico tenían antecedentes de EPI, también contrastan con la población de Riobamba previamente citada, quienes tuvieron EPI como antecedente en un 70.8 por ciento.

Aunque en los antecedentes quirúrgicos pélvicos el presente estudio muestra que el 11.5 %, el 29.7% y el 1.5 % de pacientes se sometieron a salpingectomía/salpingooforectomía, cesárea y legrados respectivamente, la literatura difiere en este hallazgo, pues (Escobar,

Perez, y Martinez, 2017) no lograron demostrar una asociación estadísticamente significativa entre antecedentes quirúrgicos como (cirugías laparoscópicas, legrados uterinos instrumentales, cesáreas) y el embarazo ectópico. En cuanto a los hábitos tóxicos, estos autores concluyeron que el 25% de las pacientes de su estudio que consumían tabaco incrementaron más de 18 veces el riesgo de embarazo ectópico, un resultado porcentual muy próximo al 20.2 % de pacientes fumadoras de la muestra aquí estudiada. Resulta interesante que Escobar y sus colaboradores concluyeron que las cirugías abdominales aumentan 32 veces el riesgo de embarazo ectópico, sin duda una línea investigativa llamativa que escapa a los fines del presente trabajo.

Como se mencionó previamente, en este estudio el embarazo tubárico es el más frecuente con un 72.5 por ciento. La conducta terapéutica aplicada en el hospital General Isidro Ayora Loja fue la quirúrgica, predominando la Fimbriectomía con 44.3% seguida de la salpingostomía que representó el 32,8%. Al comparar con resultados de (Nagua y Morales, 2014) en el Hospital General Los Ceibos de Guayaquil coinciden en que el embarazo tubárico predomina con un 97% pero en esta localidad la conducta quirúrgica más aplicada con un 70% fue la salpingectomía seguida con un 28% por la salpingostomía. Es importante aclarar que todas las pacientes estudiadas fueron manejadas quirúrgicamente, sin embargo, en el 26.7 % de ellas se administró una dosis metrotexato, no lográndose esclarecer, debido a inconsistencias en las historias clínicas, si se pretendió un manejo clínico inicialmente por lo que no se consideró esta variable en este estudio.

8. Conclusiones

Al finalizar la presente investigación sobre “Caracterización de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital General Isidro Ayora”, periodo comprendido entre enero del 2016 a diciembre del 2020, puedo concluir que:

La caracterización sociodemográfica reveló el grupo de edad que presento un porcentaje mayor de embarazo ectópico fueron las que se encontraron entre la edad de los 20.8 a 30.4 años, un número significativo de mujeres con embarazo ectópico son estudiantes seguidas de un porcentaje menor por aquellas que se dedican a los quehaceres domésticos. El presente estudio, al igual que la literatura revisada, concluye que el embarazo tubárico es el predominante, representado aquí el 72.5 % de embarazos ectópicos.

Los principales factores de riesgo que se encontraron asociados en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico fueron según el orden de importancia: el inicio de su vida sexual antes de los 18 años, haber tenido dos parejas sexuales, dentro de los hábitos patológicos consumo de tabaco, finalmente los antecedentes patológicos clínicos que con mayor incidencia aparecieron fueron gonorrea, infecciones vaginales e intervenciones quirúrgicas en las trompas de Falopio respectivamente.

La totalidad de las pacientes estudiadas fueron sometidas a tratamiento quirúrgico, la fimbriectomía fue la cirugía más realizada en el hospital General Isidro Ayora, se realizó 58 veces y represento el 44.3 % de la totalidad de las intervenciones quirúrgicas del grupo de pacientes.

9. Recomendaciones

Implementar nuevas actividades de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, y a su vez fortalecer las ya existentes, brindando información actualizada y adaptada a la población para fomentar conductas sexuales seguras en los adolescentes para así prevenir la adquisición de enfermedades de transmisión sexual que puede dar lugar al desarrollo de embarazo ectópico.

Interactuar y prestar particular atención a aquellos grupos poblacionales en los cuales se presentó con mayor frecuencia el embarazo ectópico, fortaleciendo la educación en dicha población en cuanto a la importancia del control prenatal precoz y reconocer los signos y síntomas de alarma que ameritan consulta médica inmediata, para así determinar factores de riesgo y precisar evitar complicaciones a futuro.

Realizar una buena anamnesis en las pacientes ginecológicas, el presente estudio evidenció carencia de detalles en cuanto hábitos patológico, antecedentes clínicos, quirúrgicos y tratamientos realizados, lo que obligo a descartar algunas historias clínicas, pues no brindaron la información a fin a este trabajo investigativo.

A las futuras generaciones de médicos generales: dar continuidad a esta línea investigativa, pues plantea interrogantes como la asociación de cirugías abdominales, antecedentes obstétricos y métodos anticonceptivos con el embarazo ectópico en la población de la ciudad de Loja.

10. Bibliografía

- Aguilar, A., Miranda, M., & Quintana, A. (2017). La mujer, el ciclo menstrual y la actividad física. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 299-302.
- Bertin, F., Montecinos, M., Torres, P., & Pinto, P. (2019). Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 58.
- Capmas, P., Bouyer, J., & Fernandez, H. (2017). Embarazo Ectópico. *EMC- Tratado de Medicina*, 2.
- Caraguay, J. (2014). *Embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010*. Obtenido de Repositorio Escuela superior Politecnica de Chimborazo: <http://dspace.esoch.edu.ec/handle/123456789/3437>
- Carvajal, J., & Barriga, M. (2021). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Santiago de Chile.
- Chauhan, S., & Bhalwal, A. (25 de Febrero de 2022). *Abdominal pregnancy*. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/abdominal-pregnancy?search=embarazo%20ectopico&topicRef=5481&source=see_link#H128512755
- Cuello, M., Miranda, V., & Ralph, C. (2017). *Ginecología General y Salud de la Mujer*. Chile.
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Spong, C. (2019). *Williams Obstetricia*. Mexico: McGraw-Hill.
- Duran, L., Hernandez, M., & Iznaga, O. (2019). Embarazo ectópico abdominal. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Información Científica*, 542-543.
- Ecuador, M. d. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Quito-Ecuador: Impreso en Quito - Ecuador.
- Elsevier. (21 de Abril de 2022). *Embarazo Ectópico*. Obtenido de ClinicalKey: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-8c42a70d-53ab-4969-b6fd-0a7ee886ec71#terminology-heading-5
- Escobar, B., Perez, C., & Martinez, H. (2017). Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social*, 278.
- Estacio Gonzales, M. E. (2013). Factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico. *Factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico*. Universidad de San Martín de Porres, Lima-Perú.
- Liang, H., Sandoval, J., Hernández, A., & Vargas, J. (23 de Noviembre de 2018). *Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico*. Obtenido de Medographic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>

- Logroño, D., Jorge, R., & Adriana, C. (2020). Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. *Revista Metro Ciencia*, 58-65.
- Matos, H., Rodríguez, O., Estrada, G., Martínez, M., Saap, A., & Osorio, M. (2018). Caracterización de embarazo ectópico. *Revista Información Científica*, 1107-1108.
- Moya, C., Rodríguez, O., Rangel, I., Méndez, A., Arechavaleta, J., & Moya, N. (2019). Embarazo ectópico ovárico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 98.
- MSP. (15 de agosto de 2018). *Mortalidad evitable, gaceta de muerte materna SE 32*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-32-MM.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/GACETA-SE-12_2019.pdf
- Nagua, D., & Morales, C. (2014). *Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca durante el periodo 2008-2012*. Obtenido de Repositorio Institucional Universidad de Cuenca : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20237>
- OMS. (16 de febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Pando, E., Milo, C., Pérez, Y., & Peña, M. (2017). Caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el Hospital Abel Santamaria, 2016-2017. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 128-132.
- Paulson, R., & Salem, W. (1 de Abril de 2022). *Tecnología de reproducción asistida: embarazo y resultados maternos*. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/assisted-reproductive-technology-pregnancy-and-maternal-outcomes?search=reproduccion%20asistida%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4
- Ramanah, R., Marguier, I., Mottet, N., Magnin, C., & Riethmuller, D. (1 de Septiembre de 2018). *Embarazo Ectópico*. Obtenido de ClinicalKey: <https://www.clinicalkey.es#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X18914402>
- Rivera, C., Pomés, C., Diaz, V., Espinoza, P., & Zamboni, M. (2020). Actualización del enfrentamiento y manejo de localizaciones poco frecuentes del embarazo ectópico. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 710.
- Sadler, T. W. (2019). *Embriología Médica*. Mexico: Wolters Kluwer.
- Salcedo Escobar, V. (2018). Tesis para optar el grado académico de: Mestrero en Medicina. *Factores Epidemiológicos y su incidencia a asoxiados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho*. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú.

- Sánchez Ruiz, E., Peinado Rodenas, J., Castillo Cadañas, A., & Paucar, E. (2017). Embarazo cornual roto. ¿Por qué no debemos olvidar al embarazo como causa de dolor abdominal? *Revista Ginecología y Obstetricia Mex*, 635-636.
- Timor, I. (19 de Abril de 2022). *Embarazo con cicatriz de cesárea*. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/cesarean-scar-pregnancy?search=embarazo%20ectopico&topicRef=5481&source=see_link#H3850662006
- Tulandi, T. (03 de Junio de 2022). *Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites*. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H3
- Tulandi, T. (9 de Febrero de 2022). *Embarazo cervical*. Obtenido de UpToDate: https://www.uptodate.com/contents/cervical-pregnancy?search=embarazo%20ectopico&topicRef=5481&source=see_link#H11
- Vargas, V. M., Hernández Fierro, M., Quintana, V., & Tovar Rodriguez, J. (2017). Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología* , 339-340.
- Virelles, A., Bonet, R., & Reyner, S. (2017). Factores relacionados con el embarazo ectópico. *Revista Medica Granma*, 16.

11. Anexos

11.1 Anexo 1 Pertinencia de tema



unl

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0155 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Katusca Silvana Cabrera Quevedo
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de Marzo de 2020

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA”**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Ximena Carrión, Docente de la Carrera, una vez revisado y analizado, el proyecto mencionado el mismo cumple con los requisitos establecidos, por lo que, se emite la **PERTINENCIA** en cuanto a su coherencia y organización para su ejecución, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Dra. Tania Cabrera.

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo, Secretaria Abogado;

NOT

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.2 Anexo 2 Designación de director de Trabajo de titulación



UNL

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0156 CCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Ximena Carrión
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 05 de Marzo de 2020

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted con el fin de comunicarle que ha sido designado como director (a) de tesis del tema: **"CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA"**, autoría de la Srta. **Katiusca Silvana Cabrera Quevedo**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

11.3 Anexo 3 Autorización de recolección de datos



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0169 CCM-FSH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de Marzo de 2020

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESSARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne en conceder su autorización para la **Srta. Katusca Silvana Cabrera Quevedo**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para acceder a las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Área de Gineco-Obstetricia; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación: **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA”**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Ximena Carrión**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal en institucional.

Atentamente,

Dra. Tania Cabrera.

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo.

NOT

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.4 Anexo 4 Autorización por parte del Hospital Isidro Ayora Loja

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Hospital General Isidro Ayora
Dirección Asistencial

Oficio Nro. MSP-CZ7-HIAL-DIRA-2020-0080-O

Loja, 11 de marzo de 2020

Asunto: RESPUESTA A: Oficio UNL solicitando autorización para desarrollo de trabajo de investigación de la Srta Katusca Silvana Cabrera Quevedo

Gestora Académica de la Carrera de Medicina
Tania Verónica Cabrera Parra
En su Despacho

De mi consideración:

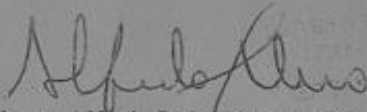
Por medio del presente y en atención a lo solicitado mediante *Oficio N°0169-DCM-FSH-UNL*; se autoriza para que la Srta. Katusca Silvana Cabrera Quevedo, realice en este hospital su trabajo de tesis: "CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA". Se recomienda a la estudiante coordinar con el Ec. José Picoita, Responsable de Admisiones HIAL.

En atención al memorando número MSP-CZ7-HG-HIAL-2020-1124-M, suscrito por el Sr. Ing. Byron Guerrero J., Gerente del HIAL, me permito manifestar que es Pertinente la ejecución de la propuesta de investigación. Salvo su mejor criterio; sugiero, se autorice; a la vez, sugiero la actividad se coordine con Responsable de Admisiones HIAL.

Por medio del presente remito para conocimiento, verificación y trámite que corresponda de acuerdo a Oficio N°0169-DCM-FSH-UNL suscrito por la Dra Tania Cabrera Gestora Académica de la Carrera de Medicina, solicitando autorización para desarrollo de trabajo de investigación de la Srta Katusca Silvana Cabrera Quevedo de la tesis: "CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA". Anexa Propuesta de trabajo de Investigación

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Obstra. Alfredo Isaias Vera Barzola
DIRECTOR MÉDICO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA



*Medicina
16-03
11/03/2020*

Dirección: Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Código Postal: 110103 / Loja - Ecuador
Teléfono: 593-7-2570-540 ext.: 7210 - www.instituciones.msp.gob.ec/cz7/

Lenín



EL GOBIERNO DE TODOS

11.5 Anexo 5 Certificación Resumen en Ingles



Lic. Mónica Guarnizo Torres.
SECRETARIA DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del trabajo de titulación denominado "CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA", de la estudiante KATIUSCA SILVANA CABRERA QUEVEDO, con cédula de identidad No. 1150095675, egresada de la Carrera Medicina Humana, de la Facultad de la Salud Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 29 de junio de 2022

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE B.L.C.



11.6 Anexo 6 Formulario de recolección de datos

Título: "Caracterización de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja"

1. NUMERO DE HC: _____

2. EDAD: _____

3. LUGAR DE RESIDENCIA

Urbano Rural

4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

5. OCUPACIÓN _____

6. HABITOS PATOLOGICOS

Alcohol

Tabaquismo

Otros _____

7. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

8. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

Uno

Dos

Tres o mas

9. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS

Preservativo

Anticonceptivos orales

Inyectables

Implante subdérmico

DIU

Esterilización tubárica

No usa

10. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

EPI

Gonorrea

Sífilis

VIH/SIDA

VPH

Otra _____

No refiere

11. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Endometriosis

Miomatosis

Quistes ováricos

Infecciones vaginales

Ninguna

Otra: _____

No refiere

12. ANTECEDENTES DE CIRUGÍA PÉLVICA PREVIA

Histeroscopia

Legrado

Salpingectomia/Salpingooforectomia

Miomectomía

Otra _____

No refiere

13. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Gestas

Partos

Abortos

Cesáreas

Nacidos vivos

Óbito Fetal

Ectópicos

14. SITIO DE IMPLANTACIÓN DEL EMBARAZO ECTOPICO

Tubárico

Intersticial

Abdominal

Ovárico

Cervical

Otros: _____

15. CONDUCTA TERAPEUTICA

▪ Tratamiento farmacológico

▪ Tratamiento quirúrgico

11.7 Anexo 7 Base de Datos

BASE DE DATOS																	
Codigo	[Edad]	[Residenc]	[Instrucc]	[Ocupac]	[Estcivil]-esta	[Habtoxic]	[edrelse]	[nparesex]-M	[metantic]	[antets]-A	[antginec]	[ancipelvc]	[antobst]-Antecedentes Obstetricos	[sitimpee]	[ttofarma]-Tratam	[ttoquirg]-Tratamiento qu	
CEE-HIAL-001	25	1	secundaria	estudiante	soltera		4	17	2	2	7	6	6 1.-gestas 3/ 2.- partos 2/ 4.- cesareas 1 /5.-	1		fimbrectomia izquierda	
CEE-HIAL-002	20	2	primaria	ama de casa	soltera		4	15	2	1	7	6	6	0	2	metrotexato 50mg	salpingostomia derecha
CEE-HIAL-003	17	1	secundaria	estudiante	soltera		4	14	2	1	7	4	6	0	1	metrotexato 50mg	fimbrectomia derecha
CEE-HIAL-004	32	1	universitaria	empleada publica	union libre		4	22	3	2	7	4	6 1.-gestas4/2.- partos2/4.- cesarea 1/3.- abo	1		salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-005	35	1	universitaria	comerciante	casada		2	19	3	5	2	3	6 1.-gestas 3/2.- partos2/4.-cesareas 1/5.- na	1		fimbrectomia izquierda	
CEE-HIAL-006	19	1	secundaria	estudiante	soltera		4	18	1	1	7	6	6	0	1	metrotexato 50mg	fimbrectomia derecha
CEE-HIAL-007	24	1	universitaria	estudiante	soltera		4	20	1	1	7	6	6 1.- gestas 2/4.- cesareas 2/5.- nacidos vivos	1		salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-008	28	1	universitaria	ama de casa	union libre		4	22	2	2	5	4	6 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	1		fimbrectomia derecha	
CEE-HIAL-009	27	1	secundaria	ama de casa	union libre		4	24	2	2	7	4	6 1.-gestas 3/2.-partos 2/ 4.- cesareas 1/5.- na	4		ooforectomia derecha	
CEE-HIAL-010	26	1	secundaria	comerciante	casada		2	23	1	1	7	6	6 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	1	metrotexato 50mg	salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-011	26	1	universitaria	estudiante	union libre		4	25	1	3	7	4	6 1.- gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	2	metrotexato 50mg	salpingostomia izquierda	
CEE-HIAL-012	14	2	primaria	estudiante	soltera		4	14	1	1	7	6	6	0	2	metrotexato 50mg	salpingostomia derecha
CEE-HIAL-013	30	1	secundaria	ama de casa	casada		2	15	3	5	2	6	6 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	2		salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-014	21	1	universitaria	estudiante	soltera		4	19	1	1	7	6	6	0	1	metrotexato 50mg	salpingostomia derecha
CEE-HIAL-015	20	2	secundaria	estudiante	soltera		4	16	2	7	7	4	6	0	1		salpingectomia derecha
CEE-HIAL-016	22	1	secundaria	estudiante	soltera		4	20	1	7	7	6	6	0	1		fimbrectomia izquierda
CEE-HIAL-017	25	2	primaria	ama de casa	union libre		4	24	1	1	2	4	6 1.- gestas1/2.- partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	1		salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-018	29	1	universitaria	empleada publica	union libre		1	17	3	3	2	4	6 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	1	metrotexato 50mg	salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-019	26	1	primaria	ama de casa	soltera		4	18	2	2	7	4	6 1.-gestas 2/2.-partos 2/5.- nacidos vivos 2	1		salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-020	19	1	secundaria	comerciante	soltera		4	16	1	1	7	6	6	0	1	metrotexato 50mg	salpingostomia izquierda
CEE-HIAL-021	35	1	primaria	ama de casa	casada		4	20	3	7	1	2	4 1.- gestas6/2.- partos 3/ 3.- abortos 2/ 5.- ni	4		ooforectomia izquierda	
CEE-HIAL-022	37	1	secundaria	ama de casa	casada		2	15	3	1	5	4	6 1.-gestas2/2.- partos 1/4.- Cesareas 1 5.- Ni	1		salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-023	28	2	secundaria	ama de casa	union libre		4	24	2	7	7	6	6 1.- gestas1/2.- partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	1	metrotexato 50mg	fimbrectomia izquierda	
CEE-HIAL-024	27	1	universitaria	ama de casa	union libre		4	22	2	2	5	4	6 1.- gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1		salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-025	28	2	universitaria	empleada publica	soltera		2	18	2	1	2	6	6 1.-gestas5/2.- partos 3/ 3.- abortos 2/ 5.- ni	1		fimbrectomia derecha	
CEE-HIAL-026	24	1	universitaria	estudiante	soltera		4	15	2	2	7	3	6 1.-gestas1/4.- cesareas 1 / 5.- nacidos vivo	1	metrotexato 50mg	fimbrectomia izquierda	
CEE-HIAL-027	21	2	secundaria	estudiante	soltera		4	13	1	1	7	4	5	0	1	metrotexato 50mg	fimbrectomia derecha
CEE-HIAL-028	29	1	primaria	ama de casa	casada		2	13	3	7	7	6	6 1.- gestas2/4.- cesareas 2 / 5.- nacidos vivo	4		ooforectomia derecha	
CEE-HIAL-029	22	1	secundaria	ama de casa	union libre		4	15	3	7	7	4	6	0	1		fimbrectomia izquierda
CEE-HIAL-030	29	2	secundaria	estudiante	union libre		1	27	1	1	2	4	6 1.- gestas5/2.- partos 5/ 5.- Nacidos vivos 5	4		ooforectomia derecha	
CEE-HIAL-031	22	1	universitaria	estudiante	union libre		4	15	1	1	7	3	6	0	1	metrotexato 50mg	salpingectomia derecha
CEE-HIAL-032	14	2	primaria	estudiante	soltera		4	13	1	7	7	4	6	0	2		salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-033	24	1	primaria	estudiante	soltera		4	18	4	1	7	4	6	0	2		salpingostomia izquierda
CEE-HIAL-034	23	1	primaria	ama de casa	soltera		4	15	2	1	7	6	6	0	1		salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-035	26	1	secundaria	empleada publica	casada		4	23	1	3	5	3	3 1.- gestas 2/4.- cesareas 2/5.- nacidos vivos	4		ooforectomia derecha	
CEE-HIAL-036	27	2	secundaria	empleada publica	casada		2	15	3	2	7	3	5 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	1		salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-037	27	1	universitaria	empleada publica	union libre		4	16	2	3	2	6	6 1.-gestas 3/2.-partos 2/ 4.- cesareas 1/5.- ni	4		ooforectomia izquierda	
CEE-HIAL-038	26	1	secundaria	ama de casa	union libre		2	18	2	1	1	6	6 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	1	metrotexato 50mg	salpingostomia izquierda	

CEE-HIAL-039	25	1 primaria	estudiante	soltera	4	21	1	1	7	6	6 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	1	salpingectomia derecha		
CEE-HIAL-040	30	1 primaria	ama de casa	union libre	1	14	4	1	7	5	2 1.-gestas4/2.- partos 3/3.- abortos 1/ 5.- NI	1 metrotexato 50mg	salpingostomia izquierda		
CEE-HIAL-041	35	1 universitaria	empleada publica	union libre	4	19	2	3	7	3	6 1.-gestas2/4.- cesareas 2 / 5.- nacidos vivo	2	salpingectomia derecha		
CEE-HIAL-042	36	1 universitaria	empleada publica	casada	2	22	2	6	7	3	3 1.-gestas1/4.- cesareas 1 / 5.- Nacidos vivo	1 metrotexato 50mg	salpingostomia izquierda		
CEE-HIAL-043	30	2 primaria	estudiante	soltera	4	23	2	1	7	6	6 1.-gestas6/2.- partos 3/ 3.- abortos 2/ 5.- ni	2 metrotexato 50mg	salpingostomia izquierda		
CEE-HIAL-044	26	1 primaria	estudiante	soltera	4	17	2	1	7	6	6 1.-gestas2/2.- partos 1/4.- Cesareas 1 5.- NI	4	ooforectomia derecha		
CEE-HIAL-045	29	2 universitaria	empleada publica	casada	4	24	2	2	2	2	4 1.-gestas 2/4.- cesareas 2/5.- nacidos vivos	1 metrotexato 50mg	salpingostomia derecha		
CEE-HIAL-046	17	2 primaria	estudiante	soltera	4	15	1	1	7	6	6	0	1	salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-047	25	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	18	2	5	7	4	3 1.-gestas 3/2.- partos2/4.-cesareas 1/5.- na	1	salpingectomia derecha		
CEE-HIAL-048	23	1 universitaria	estudiante	soltera	4	17	2	2	7	4	6 1.-gestas1 / partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	1	salpingectomia izquierda		
CEE-HIAL-049	31	1 universitaria	empleada publica	casada	2	15	3	5	2	1	6 1.-gestas 3/ 2.- partos 2/ 4.- cesareas 1/5.-	2 metrotexato 50mg	salpingostomia derecha		
CEE-HIAL-050	24	2 secundaria	ama de casa	union libre	4	16	2	1	7	4	6 1.-gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	salpingectomia derecha		
CEE-HIAL-051	23	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	14	3	7	7	6	6 1.-gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	salpingectomia izquierda		
CEE-HIAL-052	22	1 universitaria	estudiante	soltera	4	19	1	7	7	6	6	0	1	salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-053	27	1 secundaria	estudiante	soltera	4	19	2	1	2	4	6 1.-gestas3/2.- partos 2/ 3.- abortos/ 5.- nac	4	ooforectomia izquierda		
CEE-HIAL-054	21	1 universitaria	estudiante	soltera	4	20	1	1	7	4	6	0	1	salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-055	19	2 secundaria	estudiante	union libre	4	14	2	7	7	4	6	0	1	salpingectomia derecha	
CEE-HIAL-056	25	1 secundaria	estudiante	soltera	4	18	2	1	7	6	6	0	1	fimbrectomia derecha	
CEE-HIAL-057	27	1 secundaria	comerciante	soltera	2	15	3	2	1	4	6 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	1 metrotexato 50mg	fimbrectomia izquierda		
CEE-HIAL-058	27	2 primaria	ama de casa	union libre	4	22	2	7	7	3	6 1.-gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	2	salpingectomia izquierda		
CEE-HIAL-059	22	1 secundaria	estudiante	soltera	4	20	1	7	7	6	6	0	1	metrotexato 50mg	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-060	24	1 secundaria	estudiante	soltera	4	17	2	7	7	6	6	0	1	fimbrectomia izquierda	
CEE-HIAL-061	35	1 universitaria	empleada publica	union libre	2	14	3	1	2	2	4 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	4	ooforectomia derecha		
CEE-HIAL-062	37	1 primaria	ama de casa	casada	1	21	2	1	2	2	4 1.-gestas 3/2.-partos 2/ 4.- cesareas 1/5.- ni	4	ooforectomia derecha		
CEE-HIAL-063	30	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	16	2	2	7	3	3 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	1 metrotexato 50mg	fimbrectomia izquierda		
CEE-HIAL-064	26	2 secundaria	comerciante	union libre	4	13	3	1	7	6	6 1.-gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 1	1 metrotexato 50mg	salpingectomia derecha		
CEE-HIAL-065	29	1 universitaria	empleada publica	casada	4	15	2	1	7	6	6 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	1	fimbrectomia derecha		
CEE-HIAL-066	17	2 primaria	estudiante	soltera	4	16	1	7	7	6	6	0	1	fimbrectomia izquierda	
CEE-HIAL-067	25	2 secundaria	ama de casa	union libre	4	23	1	1	7	6	6 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	1 metrotexato 50mg	salpingectomia derecha		
CEE-HIAL-068	23	1 universitaria	estudiante	soltera	4	19	2	1	7	6	6	0	1	salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-069	31	1 universitaria	empleada publica	casada	2	17	4	5	2	3	3 1.-gestas4/ partos 4/ 5.- nacidos vivos 4	4	ooforectomia derecha		
CEE-HIAL-070	32	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	15	2	3	5	3	6 1.-gestas 3/ 2.- partos 2/ 4.- cesareas 1/5.-	4	ooforectomia izquierda		
CEE-HIAL-071	28	1 secundaria	ama de casa	union libre	2	25	2	1	7	2	4 1.-gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1 metrotexato 50mg	salpingectomia izquierda		
CEE-HIAL-072	22	1 universitaria	estudiante	soltera	4	20	1	1	7	6	6	0	1	fimbrectomia derecha	
CEE-HIAL-073	19	2 secundaria	estudiante	soltera	4	18	1	7	7	6	6	0	2	salpingectomia izquierda	
CEE-HIAL-074	27	2 primaria	ama de casa	union libre	1	15	3	2	7	4	6 1.-gestas 3/2.- partos2/4.-cesareas 1/5.- na	1 metrotexato 50mg	fimbrectomia izquierda		
CEE-HIAL-075	27	1 secundaria	comerciante	union libre	4	17	2	1	7	4	6 1.-gestas 1/ 4.- cesareas 1/ 5.- nacidos vivc	1 metrotexato 50mg	fimbrectomia derecha		
CEE-HIAL-076	16	1 secundaria	estudiante	soltera	4	16	1	7	7	6	6	0	1	metrotexato 50mg	fimbrectomia izquierda
CEE-HIAL-077	25	2 secundaria	ama de casa	union libre	4	19	2	1	7	6	6	0	1	fimbrectomia derecha	
CEE-HIAL-078	27	1 universitaria	estudiante	soltera	4	15	3	3	7	4	6 1.-gestas6/2.- partos 3/ 3.- abortos 2/ 5.- ni	1	fimbrectomia izquierda		

CEE-HIAL-091	27	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	15	3	2	7	4	3 1.-gestas 2/4.- cesareas 1/ nacidos vivos 1/	1	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-092	25	1 secundaria	estudiante	soltera	4	21	2	1	7	6	6 1.- gestas 1/2.-partos 1/5.- nacidos vivos 2	1	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-093	24	1 secundaria	estudiante	soltera	2	18	2	1	7	6	6 1.- gestas1/ partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	2	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-094	24	1 primaria	estudiante	soltera	4	17	1	1	7	4	6 1.- gestas 1/ partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-095	23	2 primaria	ama de casa	soltera	4	22	1	1	7	6	6 1.- gestas 1/ 4.- cesarea 1/ 5.- nacidos vivo	2	metrotexato 50mg salpingostomia izquierda
CEE-HIAL-096	26	1 secundaria	empleada publica	casada	4	23	2	3	5	3	3 1.- gestas 2/2.- partos 1/ 4.- cesareas 1	1	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-097	27	2 secundaria	empleada publica	casada	2	17	1	2	7	3	3 1.- gestas 1/7.- ectopicos 1	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-098	27	1 universitaria	empleada publica	union libre	2	16	2	3	2	6	6 1.- gestas 3/ 2.- partos 2/ 4.- cesareas 1/ 5.-	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-099	26	2 secundaria	ama de casa	union libre	4	16	3	1	1	6	6 1.-gestas 2/2.-partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-100	25	1 primaria	estudiante	soltera	4	19	2	1	7	6	6 1.- gestas 1/ 2.- partos 1/ 5.- nacidos vivos :	1	salpingostomia izquierda
CEE-HIAL-101	30	2 primaria	ama de casa	union libre	4	22	4	1	7	5	2 1.-gestas4/2.- partos2/4.- cesarea 1/3.- abo	2	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-102	27	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	18	3	3	7	3	3 1.- gestas 3/2.- partos2/4.-cesareas 1/5.- na	1	metrotexato 50mg fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-103	25	1 secundaria	estudiante	soltera	4	17	1	1	7	6	6 1.- gestas 1/ 4.- cesareas 1/ 5.- nacidos vivc	1	metrotexato 50mg fimbriectomia izquierda
CEE-HIAL-104	24	1 primaria	estudiante	soltera	4	17	2	1	7	6	6 1.- gestas 2/4.- cesareas 2/5.- nacidos vivos	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-105	20	1 primaria	estudiante	soltera	4	16	1	1	7	6	6	0	1 salpingectomia derecha
CEE-HIAL-106	28	2 secundaria	ama de casa	casada	1	24	2	7	2	4	6 1.-gestas 3/2.-partos 2/ 4.- cesareas 1/5.- ni	1	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-107	26	1 secundaria	empleada publica	union libre	2	16	1	1	7	6	6 1.-gestas 2/ 2.- partos 1/5.- nacidos vivos /	2	metrotexato 50mg salpingestomia derecha
CEE-HIAL-108	26	1 secundaria	empleada publica	soltera	4	17	2	2	5	6	6 1.- gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-109	25	1 secundaria	estudiante	union libre	4	16	1	3	7	6	6 1.- gestas 3/2.- partos2/4.-cesareas 1/5.- na	2	metrotexato 50mg fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-110	23	1 primaria	estudiante	soltera	4	20	1	3	2	6	6 1.- gestas1/ partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	2	salpingostomia izquierda
CEE-HIAL-111	27	2 primaria	ama de casa	soltera	4	22	2	1	7	4	6 1.- gestas 3/ 2.- partos 2/ 4.- cesareas 1/ 5.-	2	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-112	25	2 primaria	ama de casa	soltera	4	17	1	1	7	6	6 1.- gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-113	25	1 secundaria	estudiante	soltera	4	16	2	2	7	6	6 1.- gestas 2/2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-114	24	1 primaria	estudiante	soltera	4	20	2	2	7	6	6 1.- gestas1/ partos 1/ 5.- nacidos vivos 1	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-115	27	1 secundaria	ama de casa	union libre	2	15	2	1	7	6	3 1.- gestas3/2.- partos 2/ 3.- abortos/ 5.- nac	2	metrotexato 50mg salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-116	26	1 universitaria	empleada publica	soltera	4	19	2	1	7	6	6 1.- gestas2/ 2.- partos 2/ 5.- nacidos vivos 2	1	metrotexato 50mg fimbriectomia izquierda
CEE-HIAL-117	25	1 primaria	empleada publica	soltera	4	20	1	1	7	6	6 1.- gestas 1/ 2.- partos 1/ 5.- nacidos vivos :	1	salpingectomia derecha
CEE-HIAL-118	17	1 primaria	ama de casa	casada	4	15	1	2	7	6	6	0	1 fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-119	28	2 universitaria	empleada publica	soltera	2	18	2	1	2	6	6 1.- gestas1/2.- partos 1/5.- NV 1		fimbriectomia izquierda
CEE-HIAL-120	24	1 universitaria	estudiante	soltera	4	15	2	2	7	3	6	0	1 fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-121	21	2 secundaria	estudiante	soltera	4	13	1	1	7	4	5 1.- gestas1/2.- cesarea 1/5.- NV 1	1	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-122	29	1 primaria	ama de casa	casada	2	13	3	7	7	6	6 1.-gestas6/2.- partos 3/ 3.- abortos 2/ 5.- ni	2	fimbriectomia izquierda
CEE-HIAL-123	22	1 secundaria	ama de casa	union libre	4	15	3	7	7	4	6 1.- gestas2/2.- partos 1/4.- Cesareas 1 5.- N'	1	fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-124	29	2 secundaria	estudiante	union libre	1	27	1	1	2	4	6 1.- gestas1/2.- partos 1/ 5.- NV 1	1	salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-125	22	1 universitaria	estudiante	union libre	2	15	1	1	7	3	6	0	1 fimbriectomia derecha
CEE-HIAL-126	14	1 primaria	estudiante	soltera	4	14	1	7	7	4	6 3.- abortos 1	1	salpingectomia derecha
CEE-HIAL-127	37	1 universitaria	empleada publica	divorciada	2	18	4	4	7	3	3 1.- gestas4/2.- partos 3/3.- abortos 1/ 5.- NV	1	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-128	37	1 primaria	ama de casa	viuda	2	17	2	3	5	4	3 1.- gestas2/4.- cesareas 2 / 5.- NV 2	4	ooforectomia derecha
CEE-HIAL-129	33	1 universitaria	comerciante	union libre	4	16	1	3	7	2	4 1.- gestas1/4.- cesareas 1 / 5.- NV 1	1	metrotexato 50mg salpingectomia izquierda
CEE-HIAL-130	37	1 primaria	ama de casa	casada	4	18	2	2	1	4	6 1.- gestas5/2.- partos 5/ 5.- NV 5	1	metrotexato 50mg salpingectomia derecha
CEE-HIAL-131	20	2 secundaria	estudiante	union libre	4	15	2	1	7	4	6	0	2 ooforectomia izquierda

11.8 Anexo 8 Certificado de Correcciones y Observaciones



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Loja, 15 de julio de 2022

CERTIFICACIÓN

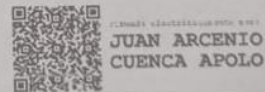
Los miembros del tribunal de Tesis de la postulante **Katiusca Silvana Cabrera Quevedo**, con cédula de identidad: 1150095675 y autora de la Tesis titulada: **“CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA”**, bajo la dirección de la Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp., **CERTIFICAMOS** que la postulante antes mencionada cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada para lo cual autorizamos la publicación del trabajo de Tesis en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.

Atentamente:

Dra. Karina Calva Jirón
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



Dr. Juan Cuenca Apolo
VOCAL DEL TRIBUNAL



Dr. Cesar Palacios Soto
VOCAL DEL TRIBUNAL



11.9 Anexo 9 Proyecto de Tesis

**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud
Medicina Humana**



Proyecto de Tesis

Tema

**Caracterización de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el
Hospital Isidro Ayora Loja**

Autor:

Katusca Silvana Cabrera Quevedo

Loja – Ecuador

Año

2020

1. TEMA

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

2. PROBLEMÁTICA

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina. Esta implantación y desarrollo fuera de su lugar normal determina siempre trastornos a corto o largo plazo, constituyendo así una emergencia obstétrica.

El peligro de muerte en un embarazo extrauterino es mayor que el de la gestación que culmina en un producto vivo o que es terminado intencionalmente; además las posibilidades de que un nuevo embarazo llegue a feliz término disminuyen después de una gestación ectópica. Sin embargo, con los diagnósticos más tempranos hay mayor posibilidad de que la madre sobreviva y conserve su capacidad reproductiva (Capmas, Bouyer, & Fernandez, 2017, págs. 2-3)

La Organización Mundial de la salud se refiere al embarazo ectópico en cifras: la frecuencia es de 1 a 2.6% de todos los embarazos; la mortalidad es de 1 por 1.000 de todos los embarazos ectópicos, la tasa de recurrencia es del 12%. Actualmente, la incidencia del Embarazo Ectópico crece de modo alarmante en todos los países desarrollados (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Suecia, Finlandia, etc.). En los EE.UU., por ejemplo, se tiene una cifra aproximada entre 80.000 a 90.000 casos. Se inculpan como causas principales de esa mayor incidencia la epidemia de enfermedades de transmisión sexual iniciada en la década de los 70 y el empleo de DIU (OMS, 2018).

En Ecuador según INEC las hemorragias obstétricas constituyen un 20% dentro de una de las principales causas de muerte para el año 2014, manifestando a su vez que los embarazos ectópicos se encuentra entre las diez primeras causas de muerte materna en nuestra nación, sin embargo se desconoce una estadística exacta en el país sobre dicho problema de salud, ya que en los resultados que se encuentran en el INEC del Ecuador, el embarazo ectópico está dentro de una gama de problemas de salud en Gineco – obstetricia, por lo que no se encuentra como un diagnóstico puro (MSP, 2018)

El no aplicar los cuidados necesarios para el manejo y diagnóstico temprano de embarazo ectópico elevará el riesgo de complicaciones y por ende de morbilidad y mortalidad en las pacientes. es necesario realizar un diagnóstico oportuno que permita tener con claridad el conocimiento acerca de las principales complicaciones que se presentan en la mujer embarazada ya que pone en riesgo la salud reproductiva debido a que puede presentarse una disminución o una pérdida total de la fertilidad; además de ser un riesgo para la vida de la madre.

3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico representa una entidad frecuente dentro de Ginecoobstetricia, siendo una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad materna según lo revisado en distintas bibliografías a pesar incluso de las mejoras y actualizaciones en su diagnóstico, pues el número de casos ha aumentado de manera notable durante las últimas décadas, estos casos se manifiestan por la presencia de factores de riesgos que pueden estar presentes o no en nuestro medio.

Es de vital importancia que la atención a los grupos vulnerables debe ser fortalecida para que las pacientes interioricen la importancia de mantener una sexualidad responsable, evitando las relaciones sexuales precoces y desprotegidas, que se eleve el nivel de salud evitando los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, para lograr disminuir su morbilidad y mortalidad, es preciso un diagnóstico oportuno y precoz, esto dependerá de una adecuada educación de la población sobre sus principales aspectos clínicos, los mismos que deben ir en conjunto con un sistema de salud eficiente, el mismo que se inicia desde el nivel primario de salud hasta el hospitalario.

El Embarazo Ectópico se perfila como un problema de salud pública por lo que, es necesario contar con datos que denoten las características de esta enfermedad, datos que serían de amplia ayuda para tomar conciencia de esta condición e implementar mejores medidas preventivas, por todo lo expuesto, me parece de gran interés hacer hincapié en el tema sobre caracterización de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el área de Gineco Obstetricia del hospital Isidro ayora Loja, buscar establecer la asociación de estos factores de riesgo con la ocurrencia de embarazo ectópico en nuestra población, su clínica, diagnóstico temprano y tratamiento más adecuado, su conocimiento evitaría que esta patología predisponga riesgos en la salud materna y perinatal. La vigilancia de la embarazada es primordial a fin de evitar que la gestación salga de los límites fisiológicos.

Si esto sucediese, al menos que sean descubiertos en sus fases primarias para ofrecer de manera oportuna la atención adecuada y evitar complicaciones futuras.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Caracterizar a las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja en el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2019

4.2. Objetivos específicos

- Conocer las características socio demográficas y clínica de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
- Identificar factores de riesgo en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
- Conocer la conducta terapéutica más frecuente de las pacientes con embarazo ectópico.

MARCO TEÓRICO

5.1 Generalidades

El Embarazo ectópico si bien es una entidad clínica relativamente poco frecuente, Cabezas (2015) afirma “A pesar de todo eso es una de las complicaciones más importantes producidas durante el embarazo, siendo una causa importante de mortalidad materna en el primer trimestre de embarazo a nivel mundial, especialmente en países en vía de desarrollo” (p.41).

Existen varios tipos de embarazos ectópicos, siendo los más frecuentes el embarazo ectópico tubárico y el embarazo ectópico ovárico.

Estos a su vez, según su gravedad pueden ser no complicados y complicados. Los principales factores de riesgo para un embarazo ectópico son las infecciones de transmisión sexual, malformaciones uterinas y los antecedentes de embarazos ectópicos, actualmente se considera que la edad de gestación de la madre es un factor importante en la formación de productos ectópicos. (Matos, y otros, Caracterización de embarazo ectópico, 2018, págs. 1107-1108)

Virelles, Bonet, & Santiesteban (2017) establecen “El embarazo ectópico es considerado como una verdadera emergencia médica, ya que de evolucionar sin tratamiento puede derivar en rotura tubárica con la consiguiente hemorragia interna, peritonitis y dolor abdominal” (pág. 17).

Cuando se presenta el embarazo ectópico, los síntomas son los mismos iniciales del embarazo, como sensibilidad mamaria o náuseas. Otros síntomas pueden ser: sangrado vaginal anormal, lumbago, cólico leve a un lado de la pelvis, amenorrea, dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis. Si se presenta ruptura, los síntomas pueden empeorar y producir desmayos o sensación de desmayo, presión intensa en el recto, presión

arterial baja, dolor en el área de los hombros y dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen. (Williams, 2015, pág. 880)

En las pruebas y exámenes para diagnosticar el embarazo ectópico, es cuando el nivel sanguíneo de la hormona gonadotropina coriónica (hCG) no está elevado. En un embarazo normal la hCG aumenta un 53% en dos días, mientras que en el embarazo ectópico este incremento es menor, pero también puede permanecer estable o disminuir. En pacientes con cifras menores a 1.500 UI/L se realiza control en 48 horas y se repite ecografía una vez los valores alcancen este nivel. Si la hormona hCG va en descenso, se continúa la cuantificación de la hormona hasta su desaparición (López, Bergal, & López, 2014, pág. 4).

El embarazo ectópico es potencialmente mortal y no es viable hasta el nacimiento (a término). Por lo tanto, el tratamiento consiste en extraer las células en desarrollo para salvar la vida de la madre. Si el área donde se desarrolla el embarazo ectópico se rompe, puede llevar a que se presente sangrado y shock. El tratamiento para el shock incluye: transfusión sanguínea, líquidos por vía intravenosa, oxígeno, elevar los miembros inferiores; si hay una ruptura, se lleva a cabo una cirugía para detener la pérdida de sangre y extraer el producto de la concepción. En algunos casos, es posible que se tenga que extraer la trompa de Falopio. (Williams, 2015, pág. 805)

Si el embarazo ectópico no ha presentado ruptura, el tratamiento incluye: cirugía, medicamento que termine el embarazo y vigilancia cuidadosa. La probabilidad de un embarazo exitoso después de un embarazo ectópico depende de la edad de la mujer y de si ya ha tenido hijos (Hu Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2018, págs. 33-34).

5.2 Anatomía: Desarrollo del Embrión

Está definido por diferentes autores que el ciclo ovárico, es un proceso de maduración con carácter cíclico. Al ocurrir la ovulación, se forma el cuerpo lúteo, estos procesos están influenciados por hormonas de la Adenohipófisis. Este ciclo somete al endometrio a

cambios: el ciclo endometrial, que tiene tres fases: proliferativa, secretora e isquémica o menstrual.

La fecundación ocurre cuando un espermatozoide capacitado penetra en un Ovocito II, se reanuda la segunda división meiótica y ocurre activación metabólica del huevo. La segmentación es el evento donde ocurren divisiones mitóticas sucesivas del cigoto, pasando por diferentes estadios y se inicia el desarrollo del cigoto. El período ovular, es uno de los principales del desarrollo prenatal y transcurre desde la fecundación hasta la implantación del blastocisto, aproximadamente a los 14 días, esta estructura está constituida por dos grupos celulares, uno interno que originará al embrioblasto y otro grupo celular externo que constituirá el trofoblasto (Aguilar, Miranda, & Quintana, 2017, págs. 299-302).

El embrioblasto se dispone hacia un polo y el trofoblasto, externamente se aplana, formando la pared epitelial del blastocisto, la zona pelúcida desaparece y comienza el fenómeno de la implantación.

Las células trofoblásticas sobre el polo del embrioblasto comienzan a introducirse entre las células epiteliales de la mucosa uterina al 6to día. La adhesión e invasión del trofoblasto compromete a algunas proteínas de la matriz extracelular, que a su vez actúan regulando la diferenciación del trofoblasto, por lo que existe una acción mutua entre trofoblasto y endometrio, quien colabora con la implantación y contribuye a formar la placenta (Iagman, 2012, págs. 37-38).

En condiciones normales, el blastocisto se implanta en la pared posterior o anterior del cuerpo del útero, cuya mucosa se encuentra en fase secretora.

Entre los 11 y 12 días, el blastocisto se encuentra incluido por completo en el endometrio y por lesión de las sinusoides maternas al penetrar cada vez más el trofoblasto en el espesor del endometrio, llenan de sangre las lagunas que se habían

formado en el trofoblasto, por lo que se establece la circulación "útero placentario", desde una etapa tan temprana (Iagman, 2012, pág. 43)

Hacia el décimo tercer día, se forman las vellosidades primarias y la solución de continuidad del endometrio cicatrizó, pero a veces hay una pequeña hemorragia en el sitio de implantación por aumento del flujo sanguíneo hacia las lagunas, este sangrado coincide con el día 28 del ciclo menstrual por lo que puede confundirse con la menstruación.

5.3 Definición

El embarazo ectópico, es aquel embarazo que se desarrolla en cualquier localización distinta a la cavidad uterina, es un término aceptado de la palabra griega ektopos que significa fuera de lugar, y constituye una condición médica seria, que no solo puede generar secuelas graves en la vida reproductiva femenina, incluyendo el embarazo ectópico recurrente y la infertilidad; sino que también es una causa importante de morbilidad y mortalidad asociada con el riesgo de ruptura y hemorragia intrabdominal, por lo que se requiere un diagnóstico temprano y una rápida intervención médica para lograr disminuir las tasas de morbimortalidad materna por esta patología (López, Bergal, & López, 2014).

Después de la fecundación y el tránsito por las trompas de Falopio, lo normal es que el blastocisto se implante en el recubrimiento endometrial de la cavidad uterina. La implantación en cualquier otro sitio se considera ectópica y representa el 1 a 2% de todos los embarazos en el primer trimestre en Estados Unidos (Guerrero, Rivas, & Martínez, 2014, pág. 84)

Casi 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los diversos segmentos de la trompa de Falopio y dan lugar a embarazos fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales. El 5% restante de los embarazos ectópicos no tubáricos se implantan en el ovario, cavidad peritoneal, cuello uterino o sobre la cicatriz de una cesárea previa. En ocasiones, un

embarazo múltiple incluye un producto de la concepción con implantación uterina normal y uno con implantación ectópica (Williams, 2015, pág. 377)

Por lo general se lo define como cualquier embarazo que se implanta fuera de la cavidad uterina siendo el responsable de la primera causa de muerte en embarazadas en el primer trimestre.

Representa el 2% de todos los embarazos y el 97% de ellos se producen en la trompa de Falopio; dentro de ésta, el 70% se localizan en la ampolla, 12% en la fimbria, 11% en el istmo, 2.4% son cornuales. Otros sitios son ovario con 3.2%, peritoneo 1.3% y cérvix menos del 1% (Hernán-Guerrero, 2016, págs. 30-34).

5.4 Epidemiología de embarazo ectópico

La muerte materna es un indicador del desarrollo económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud. La (OMS, 2018) afirma:

En el mundo se producen aproximadamente 500 000 muertes maternas, de las cuales 25% corresponde a muertes por hemorragias, principalmente posparto, 19% corresponde a muertes por toxemia, 19% a infecciones, 13% a aborto y 9% a parto obstruido. En América Latina, el panorama es similar.

En otros países como en Perú (Guevara-Ríos, 2015), afirma que “cada día mueren dos mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio no son predecibles, pero pueden ser tratadas eficazmente; por lo tanto, la gran mayoría de las muertes maternas es evitable” (pág. 25).

En Ecuador las cifras MSP detallan que al trimestre de gestación al momento de fallecimiento el 40%, de las madres fallecen cursando su tercer trimestre de gestación; el 20% de las madres fallecen con un embarazo a término; el 13,33% de las madres fallecen cursando el primer trimestre de su gestación; el 17,78% de las madres fallece en el curso del

segundo trimestre de gestación. El 8,89% son madres que fallecen en el puerperio más de los 43 días de postparto (MSP, 2018)

El embarazo ectópico es la principal causa de mortalidad materna durante el primer trimestre, lo que representa el 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo.

El riesgo de morir por un embarazo extrauterino es mayor que por el embarazo que termina en un hijo nacido vivo o que se interrumpe de forma intencional. Sin embargo, si se diagnostica en forma oportuna, mejoran tanto la supervivencia de la madre como la conservación de su capacidad reproductiva, siendo así aún resulta difícil determinar la frecuencia real de embarazos ectópicos, ya que algunos de ellos (especialmente los embarazos ectópicos no complicados) pueden llegar a reabsorberse sin mayor sintomatología (Virelles, Bonet, & Reyner, 2017, pág. 16)

En los diferentes países y estadísticas, las cifras varían según los grupos de riesgo y el origen de los datos. Por motivos aún no totalmente establecidos, los embarazos ectópicos son cada vez más frecuentes en el mundo.

5.5 Etiopatogenia

Cualquier factor que afecte a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones favorecerá la implantación ectópica.

Todas las situaciones que predisponen al desarrollo de un embarazo ectópico tienen en común la producción de una lesión del epitelio tubárico y/o la interferencia en la movilidad de las trompas. El embrión anormalmente implantado presenta anomalías y se interrumpe espontáneamente en el 80% de las gestaciones ectópicas. El aborto tubárico espontáneo ocurre en la mitad de los casos (Duran, Hernandez, & Iznaga, 2019, págs. 542-543)

El embarazo ectópico más frecuente es el tubárico. Se ha descrito que muchos casos de embarazo ectópico se dieron por interrupción precoz de la migración del óvulo fecundado

los que se resuelven por reabsorción espontánea, sin presentar la sintomatología típica de un embarazo ectópico, sin embargo, esto no es lo más frecuente. Lo más común es que el embarazo continúe hasta llegar al segundo o tercer mes, observándose una implantación del huevo en diversas localizaciones como en nivel de la trompa de Falopio, las vellosidades invadirán el endosálpinx, en la pared tubárica hasta alcanzar la región peritoneal, esto se acompaña de una proliferación vascular y de hematosálpix que puede afectar la trompa contralateral y llegar hasta la parte más distal de la trompa, exactamente entre la pared y la serosa. (Hu Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2018, pág. 30)

5.6 Factores de Riesgo

Están presentes en el 25-50% de las pacientes con embarazo ectópico, en general existe una variedad de factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero es importante tener en cuenta que los embarazos ectópicos también pueden presentarse en las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo.

El embarazo ectópico es multifactorial, hasta el 50% de las mujeres con EE no tienen riesgos identificables es decir no son necesariamente independientes entre sí, y los reconocidos tienen una variación en cuanto a las tasas, que depende de la población en particular. En última instancia, las condiciones que retrasan o impiden el paso del embrión a través de la trompa y dentro de la cavidad uterina, pueden conducir a la implantación ectópica. (Cabezas, 2015, pág. 45)

Los mecanismos subyacentes de riesgo de implantación extrauterina siguen sin estar del todo claros; sin embargo, estos pueden incluir: 1) obstrucción anatómica, 2) anomalías en la motilidad de las trompas o en la función ciliar, 3) concepción anormal, y 4) factores quimio tácticos que estimulan la implantación tubárica. (Matos, y otros, Caracterización de embarazo ectópico, 2018, pág. 1011)

Los factores de riesgo para EE que tienen suficiente consistencia se clasifican en alto, moderado y bajo riesgo, existen otros factores de riesgo menos comunes, pero que han sido asociados con EE

5.6.1 Factores de riesgo alto

Embarazo ectópico previo: El antecedente de un embarazo ectópico previo refleja la suma de todos los factores de riesgo conocidos y desconocidos.

La patología tubárica es probablemente la vía común para un embarazo ectópico de novo o recurrente. Tener un EE se asocia con infertilidad futura, sin embargo, hay mujeres que logran quedar embarazadas, de las cuales hasta el 25% tienen otro embarazo ectópico, mientras que el 80% de las gestaciones subsecuentes son intrauterinas. La elección del tratamiento para tratar esta condición modula riesgos generales, por ejemplo, las tasas de embarazo ectópico recurrente después de una dosis única de metotrexate, salpingectomía y salpingostomía lineal, son aproximadamente 8%, 9.8% y 15.4% respectivamente (Escobar, Perez, & Martinez, 2017, pág. 278).

Esterilización Tubárica: Otro factor de riesgo es la falla en la esterilización tubárica, la cual depende de la técnica empleada, se cree que el uso de coagulación bipolar tiene un riesgo más elevado que otras técnicas, además, se piensa que la coagulación incompleta de la luz de la trompa, con un canal de endosálpinx persistente, es el responsable de permitir la fertilización. Según estimativos, cerca de un tercio de los fallos en la esterilización tubárica, independientemente de la técnica utilizada, resultan en embarazo ectópico (Hu Liang, Sandoval, Hernández, & Vargas, 2018, pág. 31)

Método Anticonceptivo DIU: Con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye porque también disminuye el número de

embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos el número relativo de embarazos ectópicos aumenta.

La probabilidad de embarazo ectópico en mujeres que utilizan DIU es una décima parte de las mujeres que no usan ninguna forma de planificación, sin embargo, si una mujer se embaraza utilizando el DIU, la probabilidad de EE es generalmente más alta que en las mujeres que no usan anticonceptivos. Aunque la incidencia de embarazo ectópico con DIU es cercana al 14%, se ha encontrado que los dispositivos con progesterona aumentan el riesgo, respecto a los de cobre que aparentemente tienen un riesgo mínimo (Virelles, Bonet, & Reyner, 2017, pág. 18)

Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica: El proceso inflamatorio a consecuencia de una infección en los órganos pélvicos determinará una alteración anatómica y funcional de mayor impacto a nivel de las trompas uterinas lo que representa un riesgo para embarazo ectópico.

Un estudio realizado en 415 mujeres con EPI demostrada por laparoscopia; determinó además que el riesgo de obstrucción tubárica tras recurrencia aumentaba significativamente siendo del 13% después de un episodio, 35% después de dos y 75% con un tercer episodio. La *Chlamydia trachomatis* es importante en la lesión tubárica y posterior gestación a este nivel al obtenerse un cultivo positivo en el 7 al 30% de los casos (Barrantes, 2015, págs. 106-107)

5.6.2 Factores de Riesgo Moderado

Infertilidad: El riesgo de embarazo ectópico se duplica aproximadamente en las mujeres estériles. La asociación entre esterilidad e infección pélvica y enfermedad tubárica previa ofrece una explicación evidente. Los fármacos inductores de la ovulación involucran un mayor riesgo, aunque se desconoce si la responsabilidad depende de factores tubáricos

coexistentes no identificados o de las características endocrinas alteradas de los ciclos estimulados. (Estacio Gonzales, 2013).

Infecciones por chlamydia: El primer encuentro sexual antes de los 18 años de edad, amplía la probabilidad de múltiples parejas, y a su vez incrementa el riesgo de infección pélvica por Chlamydia, especialmente en mujeres menores de 25 años de edad, lo que, a su vez, acrecienta las posibilidades de desarrollar EE. Las infecciones por Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae aumentan cuatro veces las posibilidades de embarazo extrauterino. Cada episodio sucesivo aumenta sustancialmente las probabilidades, debido al daño que se produce en la acción de los cilios, la obstrucción de las trompas y las adherencias pélvicas (Lorente, Mauriz Guerra, & Cedeño Llorente, 2013, págs. 217-219)

Tabaquismo: El riesgo de embarazo ectópico se duplica como mínimo en las mujeres fumadoras. Éste aumenta alrededor de 50% en las ex fumadoras y las que fuman poco (1-9 cigarrillos al día) y se eleva de forma progresiva con un consumo diario más intenso.

Siendo este su vez un riesgo modificable, se asocia con el deterioro progresivo de la movilidad de las trompas de Falopio, alteraciones de la inmunidad e incluso retrasos de la ovulación. La movilidad anormal de las trompas puede retardar el paso del embrión a medida que se desplaza a través de la trompa. Las alteraciones en la inmunidad probablemente predisponen a enfermedad pélvica inflamatoria y daños en las trompas; se estima que las fumadoras tienen un riesgo 3.5 veces mayor EPI que las no fumadoras. (Escobar, Perez, & Martinez, 2017, págs. 281-282)

El deterioro funcional debido al daño de la actividad ciliar, puede estar relacionado con la cicatrización del endosálpinx, y tal vez con lesiones que ocasionan distorsión anatómica de las trompas.

Numero de compañeros sexuales: La edad precoz en el momento del primer coito y el número de parejas sexuales durante toda la vida se asocian con riesgo ligeramente mayor

de embarazo ectópico, debido a la mayor probabilidad de exposición a infecciones de transmisión sexual. (Salcedo Escobar, 2018)

5.6.3 factores de riesgo bajo

Técnicas de Fertilización Asistidas: Tienen entre 5 al 7% de los casos embarazos ectópicos que es significativamente superior a las halladas en embarazos espontáneos; asociados a varias circunstancias como: inducción de ovulación, el lugar de la transferencia embrionaria, el volumen del medio de cultivo que condiciona un reflujo hacia la trompa. Es importante recalcar que estas técnicas se vinculan también con los aún más raros embarazos heterotópicos y aumentan la incidencia de los ectópicos de localización intersticial, cervical y abdominal (Escobar, Perez, & Martinez, 2017, pág. 279)

Edad: Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico. Así tenemos que las tasas más altas de embarazos ectópicos se dan en mujeres en edades entre los 35 y 44 años de edad.

Las mujeres de más de 35 años de edad tienen una tasa de EE que es 8 veces mayor que la de pacientes más jóvenes. La ocurrencia de casos en las mujeres menores de 18 años es un tanto inconsistente, mientras que la mayor incidencia de embarazo ectópico en las mujeres mayores es constante en muchas poblaciones de diferentes países. Cifras nacionales muestran que, en promedio, este fenómeno se presenta con mayor frecuencia en pacientes que tienen una media de 26 años, este argumento encuentra sustento en estudios internacionales, que evidencian un menor número de casos de EE en adolescentes (Guerrero, Rivas, & Martinez, 2014, págs. 89-90)

Duchas vaginales: Las duchas vaginales regulares, pueden ser un indicativo de los intentos de eliminar los síntomas de irritación o flujo vaginal, que a su vez puede reflejar un mayor riesgo de infecciones pélvicas; la EPI a su vez aumenta el riesgo de embarazo ectópico (Escobar, Perez, & Martinez, 2017, págs. 277-279).

5.7 Clasificación de embarazo ectópico

Según sitio de implantación:

EE tubárico: La implantación en la trompa es necesario destacarla por ser la localización más frecuente (96-98 %), de preferencia en la trompa derecha y en la variedad ampular (65-80 %) que puede terminar en un aborto tubárico, seguido en orden de frecuencia por la porción ístmica (20-13 %), que generalmente ocasiona la rotura tubárica, la variedad infundibular (13-5 %) es muy rara y excepcionalmente (3-2 %) se implanta a nivel intramural (intersticial o cuerno uterino), considerado por algunos estudiosos, como EE no tubárico, que puede evolucionar hacia el estallamiento, con hemorragia y alta mortalidad. Estas localizaciones, a su vez constituyen las formas clínicas del EE tubárico (Capmas, Bouyer, & Fernandez, 2017, pág. 2).

EE no tubárico: constituye una rareza y se presenta en orden de frecuencia: los abdominales (1,3 %), los ováricos (0,5 %) y los cervicales (0,1 %), pero no dejan de ser peligrosos.

5.7.1 Embarazo tubárico

Casi 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los diversos segmentos de la trompa Falopio y dan lugar a embarazos fimbriales, ampollares, ístmicos o intersticiales.

En muchos casos de embarazo ectópico tubárico existen algunas anomalías anatómicas subyacentes en la trompa de Falopio. Las cirugías por un embarazo tubárico previo, para restauración de la fecundidad o para esterilización confieren el riesgo más alto de implantación tubárica (Williams, 2015, págs. 377-378).

Como la trompa de Falopio carece de una capa submucosa, en el embarazo tubárico el óvulo fecundado penetra pronto el epitelio. El cigoto se establece cerca o dentro de la capa muscular, que en la mayoría de los casos es invadida por el trofoblasto que prolifera con rapidez. En un embarazo ectópico, a menudo el embrión o feto está ausente o atrofiado.

Los resultados del embarazo tubárico incluyen rotura, aborto tubárico o fracaso del embarazo con resolución. En caso de rotura, los productos de la concepción que se expanden e invaden la trompa pueden desgarrarla en cualquiera de varios sitios, como regla, si la trompa se rompe en las primeras semanas, lo más probable es que el embarazo se localice en la porción ístmica (Williams, 2015, pág. 378).

5.7.2 Embarazo intersticial

El embarazo intersticial se produce por la implantación del saco gestacional, en el segmento de la tuba uterina que atraviesa la pared muscular del útero adyacente al ligamento redondo.

Dicho segmento de la trompa uterina presenta un diámetro medio de 0,7 milímetros y longitud de 1 a 2 centímetros, atravesando el miometrio, por lo cual, esta sección relativamente gruesa, tiene una capacidad significativamente mayor para expandirse que segmentos distales de la trompa. La razón anterior explica por qué el embarazo intersticial podría permanecer asintomático hasta 7 a 16 semanas de gestación. Por otro lado, la intensa vascularización de la zona, a expensas de la rama ascendente de la arteria uterina, anastomosándose con arterias ováricas, provoca que la ruptura sea con hemorragia de mayor cuantía (Bucarey, Frugone, NeedhamT, Zamora, & Apará, 2015, pág. 86).

Así, la detección temprana y un alto índice de sospecha son cruciales para reducir la potencial morbilidad y la mortalidad asociada a este cuadro.

Los factores de riesgo para un embarazo ectópico de este tipo son el antecedente de una enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de una cirugía pélvica, malformaciones uterinas, el uso de técnicas de reproducción asistida y la salpingectomía unilateral, este último factor de riesgo es específico de estos embarazos ectópicos (Sánchez Ruiz, Peinado Rodenas, Castillo Cadañas, & Paucar, 2017, págs. 635-636).

La clínica de la gestación intersticial varía desde gestantes asintomáticas a la presencia de dolor pélvico, metrorragia y shock. Hoy en día, la medición de subunidad beta gonadotrofina coriónica humana y la ultrasonografía transvaginal favorecen un diagnóstico precoz.

Con la TVS y la prueba de β -hCG sérica, el embarazo intersticial ya puede diagnosticarse de inmediato en muchos casos, aunque el diagnóstico puede ser difícil. En el examen ecográfico, estos embarazos se ven similares a un embarazo intrauterino de implantación excéntrica, sobre todo en un útero con una anomalía de estructuras del conducto de Müller (Williams, 2015, pág. 388).

Los criterios que ayudan a la diferenciación incluyen: útero vacío; saco gestacional que se ve separado del endometrio y >1 cm separado del borde lateral de la cavidad uterina, y un manto delgado, <5 mm, de miometrio que rodea al saco.

El tratamiento quirúrgico con resección corneal o cornuostomía puede realizarse por laparotomía o laparoscopia, según la estabilidad hemodinámica de la paciente y la capacidad del cirujano. Con cualquiera de estas técnicas, la inyección intramiometrial de vasopresina durante el procedimiento limita la pérdida sanguínea quirúrgica; debe vigilarse la concentración de β -hCG después de la operación para descartar el trofoblasto remanente. En la resección cornual se extirpa el saco gestacional y el miometrio cornual circundante mediante una escisión en cuña (Bertin, Montecinos, Torres, & Pinto, 2019, pág. 58)

El tratamiento conservador es posible realizarlo solamente en casos con diagnóstico ecográfico precoz, embrión sin latidos, sin signos de complicación y estabilidad hemodinámica.

Este tratamiento conservador, puede realizarse con uso de metotrexato, estudios han demostrado efectividad del 94% con el metotrexato sistémico en dosis de 50 mg/m² BSA. Sin embargo, debemos tener presente que tampoco está exento de riesgos o

efectos secundarios, se han descrito desde gastritis, mucositis, dermatitis, alopecia hasta inmunosupresión, dicho riesgo se minimiza con el uso de monodosis, tal como ha sido demostrado para embarazos tubáricos (Williams, 2015, pág. 388).

Es importante señalar que como estas mujeres casi siempre tienen concentraciones iniciales más altas de β -hCG sérica al momento del diagnóstico, casi siempre se requiere vigilancia más prolongada.

5.7.3 Embarazo Abdominal

Los embarazos ectópicos abdominales son raros y representan solo 1% de todos los embarazos ectópicos puede implantarse en un lugar inusual.

El saco gestacional de un embarazo abdominal generalmente se implanta en la pelvis o en áreas sumamente vasculares como el hígado, el bazo y el mesenterio y la morbilidad y mortalidad maternas de un embarazo abdominal pueden ser altas. El riesgo de mortalidad materna de un embarazo ectópico abdominal es siete a ocho veces mayor que el riesgo de un embarazo tubárico (Jimenez Puñales, y otros, 2015, pág. 339).

El embarazo ectópico abdominal puede ser primario o secundario. Para restablecer su diagnóstico, el embarazo ectópico abdominal primario debe cumplir con los criterios de Studdiford: 1) Ambas trompas y ovarios deben estar en condiciones normales, sin evidencia de lesión reciente; 2) No debe haber evidencia de fístula uretero peritoneal; 3) El embarazo debe relacionarse exclusivamente con la superficie peritoneal en un estadio bastante temprano, para excluir una implantación secundaria (Vera Pérez, Ortiz, & Piñeiro, 2016, págs. 410-411).

En esta afección las posibilidades de vida para el feto son muy escasas porque ocurre momificación o maceración cuando el feto alcanza cierto tamaño, de ahí que 85% de ellos fallezca. Sin embargo, la mayoría de estos embarazos son secundarios y son, por lo general,

secundarios a la rotura de un embarazo en la trompa o a un aborto tubárico con implantación posterior en el abdomen.

Los factores de riesgo de un embarazo ectópico abdominal son similares a los de un embarazo ectópico tubárico: antecedente de infección pélvica, anomalías congénitas, endometriosis, embarazo ectópico previo, operación uterina previa y técnicas de reproducción asistida. El embarazo ectópico abdominal no tiene relación aparente con la edad de la paciente ni con la paridad, puede surgir en cualquier momento de la vida sexual de multíparas y nulíparas (Miranda Ruiz & Goyes Ortega, 2015, pág. 75).

El diagnóstico puede ser difícil. Primero, es posible que los síntomas sean inexistentes o vagos.

Las pruebas de laboratorio casi nunca proporcionan mucha información, aunque es probable la determinación, en orina, de la fracción de hCG (gonadotropina coriónica humana > 25m UI/L); en el diagnóstico se confirma mediante la cuantificación sérica de la fracción beta de HCG y mediante la valoración ultrasonográfica de la pelvis ante la ausencia de saco gestacional. En el examen clínico es posible palpar posiciones fetales anormales, o el cuello uterino se encuentra desplazado (Williams, 2015, pág. 389).

El manejo del embarazo abdominal cuando se diagnostica en el primer trimestre, la cirugía laparoscópica es la opción, la embolización arterial selectiva preoperatoria ayudar a prevenir la hemorragia durante los intentos de eliminar la placenta; pero no se recomienda; cuando está implantado en zonas vascularizadas, por riesgo de hemorragia incontrolable; el control de estas es más fácil por laparotomía. En contraste con los embarazos ectópicos de trompas, la terapia con metotrexato primaria de las primeras gestaciones ha tenido un éxito mínimo. Esto puede ser debido a la edad gestacional más avanzada en la que se descubren

estos embarazos (Vargas, Hernández Fierro, Quintana, & Tovar Rodriguez, 2017, págs. 339-340).

Sin embargo si es evidente que la placenta puede retirarse en forma segura o si ya existe hemorragia en el sitio de implantación, la extracción se comienza de inmediato. Cuando es posible, deben ligarse primero los vasos sanguíneos que nutren la placenta (Williams, 2015, pág. 389).

Los embarazos abdominales, se interrumpen al momento del diagnóstico, la posibilidad de un recién nacido sano es pobre y los riesgos de complicaciones maternas alto; si el feto es viable se extrae por laparotomía.

La conducta expectante para ganar madurez fetal se ha intentado y ha tenido éxito en algunos casos; pero, el enfoque óptimo para la extracción del feto no se ha determinado; con facilidad, principalmente para el manejo de la placenta, se prefiere el manejo conservador dejado la placenta in situ, o la intervención activa mediante embolización arterial o administración de metotrexate para acelerar la involución placentaria. Los niveles de hCG disminuyen en los primeros meses después del parto, se necesita años para que la masa placentaria sea absorbida. Las complicaciones a largo plazo en relación con los cambios inflamatorios causados por la placenta necrótica incluyen la formación de abscesos, sepsis, hemorragia tardía, obstrucción intestinal o ureteral, fístula que involucra vísceras abdominales, y dehiscencia de la herida. Estas complicaciones se producen a pesar de la pérdida del flujo vascular intraplacentario. Se ha planteado la hipótesis de que la administración de metotrexato provoca la rápida destrucción de la placenta abdominal, lo que resulta en la acumulación de una gran cantidad de tejido necrótico (Vargas, Hernández Fierro, Quintana, & Tovar Rodriguez, 2017, pág. 339).

Esto proporciona un medio favorable en el que las bacterias del colon pueden crecer, y aumenta la frecuencia de las complicaciones maternas. El enfoque alternativo es para ligar el suministro de sangre de la placenta y luego tratar de extraer la placenta; pero, existe el riesgo de hemorragia incontrolable y es necesario otras medidas.

5.7.4 Embarazo Ovárico

El Embarazo ectópico ovárico es muy poco frecuente y según la literatura representa el 0,5-3% de todos los embarazos ectópicos.

La implantación ectópica del óvulo fecundado en el ovario es rara y se diagnostica cuando se cumplen cuatro criterios clínicos, delineados por Spiegelberg (1878): 1) la trompa ipsilateral está intacta y distinta del ovario; 2) el embarazo ectópico ocupa el ovario; 3) el embarazo ectópico está conectado con el útero por el ligamento uteroovárico, y 4) puede demostrarse tejido ovárico en el examen histológico entre el tejido placentario (Moya, y otros, 2019, pág. 98).

Se ha postulado algunas teorías para el embarazo ectópico como la implantación del blastocisto en el cuerpo lúteo, impedimento de la transportación del ovulo por adherencias, cambios en la superficie ovárica por decidualización que favorece la implantación y por último la presencia de un foco endometriósico que facilita el implante.

La expresión clínica más frecuente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal y amenorrea, con o sin metrorragia asociada. Dada la vascularización ovárica, la aparición de hemoperitoneo con inestabilidad hemodinámica es más frecuente que en el embarazo ectópico tubárico. Los factores de riesgo que las pacientes muestran para la presencia de un embarazo ectópico ovárico son similares a los del embarazo ectópico tubárico con mayor frecuencia asociado a usuarias de dispositivo intrauterino, por otro lado, también las pacientes sometidas a técnicas de fertilización *in vitro* con transferencia de embriones, tienen mayor incidencia de embarazo ectópico ovárico de 3-11% (Moya, y otros, 2019, pág. 103)

Aunque no existen criterios ecográficos específicos para el diagnóstico de ectópico ovárico, típicamente se suele visualizar como una imagen econegativa intraovárica con halo hiperrefringente alrededor. Es muy raro objetivar la vesícula vitelina o el polo embrionario, debiendo hacer siempre el diagnóstico diferencial con la presencia de un cuerpo lúteo, un quiste hemorrágico, o un endometrioma. De hecho, la visualización de esta imagen típica con un útero vacío, hace pensar más en un cuerpo lúteo, una gestación incipiente, un ectópico tubárico o un aborto, que en un ectópico ovárico (Williams, 2015, pág. 390),

En cuanto al tratamiento, el quirúrgico es hoy día el más indicado. El método laparoscópico para atender esta patología se ha incrementado en los últimos años, en detrimento de la laparotomía. Lo más recomendable es remover el embarazo ectópico y mantener el tejido ovárico ipsilateral para preservar la fertilidad; la ooforectomía se reserva para los casos con complicaciones (Bazán Ruiz, Anchayhua, Muchin, & Castillo, 2015, pág. 497).

5.7.5 Embarazo ectópico cervical

El embarazo ectópico cervical (EEC) representa menos del 1 % de la totalidad de las gestaciones ectópicas, y es un fenómeno excepcional que sucede en 1 de cada 2 500 a 18 000 embarazos.

Se conoce que la etiología de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores refieren factores relacionados. Se menciona la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, que causa su ingreso al canal cervical antes de poder anidar. El daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical. Además, refiere que la edad avanzada y la multiparidad podrían resultar en incompetencia del orificio cervical interno (Tamayo, Couret Cabrera, & García Sánchez, 2015, pág. 114).

El cuadro clínico depende del sitio de implantación se manifiesta con hemorragia transvaginal de leve a grave con relación a la altura en el canal cervical. A mayor altura, más síntomas porque la erosión de los vasos sanguíneos por el trofoblasto es mayor.

Sin embargo (Moya, Saavedra, Galloso, & Moré, 2019) señalan “Factores de riesgo asociados son: síndrome de Asherman, cesárea previa, exposición a dietilestilbestrol, dispositivo intrauterino, leiomiomatosis, anomalías estructurales y fertilización *in vitro*” (pág. 76).

Su diagnóstico temprano permite realizar tratamientos conservadores, en general con éxito.

(Tamayo, Couret Cabrera, & García Sánchez, 2015)(como se citó en Ushakov, Kung, 1997) describen criterios de clasificación ultrasonográfica del embarazo cervical que son: 1) Saco gestacional en el endocérnix; 2) Presencia de una parte del canal intacto entre el saco y el orificio cervical externo; 3) Invasión local del tejido endocervical por el trofoblasto; 4) Visualización de estructuras embrionarias o fetales en el saco gestacional ectópico y, especialmente, la demostración de actividad cardíaca; 5) Cuidad uterina vacía; 6) Decidualización endometrial; 7) Útero en “reloj de arena” (págs. 114-115).

El tratamiento del embarazo cervical puede ser médico o quirúrgico. En muchos centros, incluido el de los autores, el metotrexato se ha convertido en la terapéutica de primera línea en mujeres estables.

Con el protocolo de metotrexato intramuscular en dosis única, suele usarse una dosis de 50 a 75 mg/m². Para las mujeres en las que hay actividad fetal detectable, puede administrarse una inyección intracardiaca fetal guiada por ecografía de 2 ml (2 meq/ml) de solución de cloruro de potasio. Si la concentración de β -hCG no disminuye más del 15% después de una semana, puede aplicarse una segunda dosis de metotrexato. Como adjunto al tratamiento médico o quirúrgico, se ha descrito la

embolización de la arteria uterina, ya fuera como respuesta a la hemorragia o como procedimiento profiláctico. En caso de hemorragia, también puede colocarse una sonda de Foley 26F con un globo de 30 ml en el conducto cervical, y se infla a para lograr la hemostasia mediante taponamiento vascular, también permite vigilar el drenaje uterino. El globo permanece inflado por 24 a 48 h y se desinfla de manera gradual a lo largo de varios días (Williams, 2015, pág. 391).

El legrado con aspiración es muy favorable en los casos raros de embarazo heterotópico compuesto por un embarazo cervical y uno uterino deseado. Si se planea el legrado cervical, la hemorragia transoperatoria puede reducirse con la embolización arterial uterina preoperatoria, con la ligadura de las ramas descendentes de las arterias uterinas, con la inyección de vasopresina o con un cerclaje colocado en el orificio cervical interno para comprimir los vasos nutricios (Williams, 2015, págs. 391-392).

6. METODOLOGÍA

a. Tipo de estudio

Se realiza un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo de tipo observacional, de cohorte transversal retrospectivo.

b. Área de estudio

Servicio de Gineco obstetricia del hospital isidro ayora de la Ciudad de Loja

c. Período

Revisión de historias clínicas desde el 1 de enero 2019 al 31 de diciembre del 2019

d. Universo y Muestra

Quedará constituido por Todas las pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia con diagnóstico de embarazo ectópico durante el periodo 1 de enero del 2019 al 30 de junio del 2019 del Hospital Isidro Ayora

• Criterios de inclusión

- Pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia con diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo de 1 enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019 del Hospital Isidro Ayora.

• Criterios de exclusión

- Pacientes con datos incompletos en la Historia Clínica.

e. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta su muerte.	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adolescencia Temprana 2. Adolescencia Tardía 3. Adulthood Temprana 4. Adulthood Media 	≤ 14 15 a 19 20 a 24 25 a 29 30 a 34 ≥ 35
Nivel de Instrucción	Conjunto de conocimientos adquiridos durante la vida de estudio de una persona	Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Universitario (Tercer Nivel) 4. Universitario (postgrado) 	Sí No Sí No Sí No Sí No
Lugar de Residencia	Puede tratarse del lugar o domicilio en el que se reside	Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Área Rural 2. Área Urbana 	Sí No Sí No
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.	Social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quehaceres Domésticos 2. Comerciante 3. Estudiante 4. Empleada Pública 	Sí No Sí No Sí No Sí No
Antecedentes patológicos	Atributos o Características que confiere a la persona un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad.	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tabaquismo 2. Alcoholismo 3. Otros 	Sí No Sí No
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad de inicio de relaciones sexuales en años	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de 18 años 2. Entre 18 y 25 años 3. Después de 25 años 	Si No Si No Sí No
Número Parejas sexuales	Número de parejas sexuales en el último año	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno 2. Dos 3. Tres o más 	Sí No Sí No Sí No

Métodos anticonceptivos usados	Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas.	Biológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preservativo 2. Anticonceptivos orales 3. Inyectables 4. Implante subdérmico 5. DIU 6. Esterilización tubárica 7. No usa 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Si No</p>
Antecedente de enfermedad de transmisión Sexual	La paciente ha sido diagnosticada con alguna Enfermedad de transmisión sexual	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. EPI 2. Gonorrea 3. Sífilis 4. VIH/SIDA 5. VPH 6. Otra 7. Ninguna 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Si No</p>
Antecedentes ginecológicos	Diagnóstico clínico, imagenológico o quirúrgico de alguna patología ginecológica	Biológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endometriosis 2. Miomatosis 3. Quistes ováricos 4. Infecciones vaginales 5. Ninguna 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p>
Antecedente de cirugía pélvica previa	A la paciente le han realizado sido alguna cirugía pélvica previamente diferente a la cesárea o al pomey	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Histeroscopia 2. Laparoscopia 3. Legrado Salpingectomia/ Salpingooforectomia 4. Miomectomía 5. Otra 6. Ninguna 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
Antecedentes Obstétricos	Resultado final de las gestaciones previas al embarazo actual	Biológica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestas 2. Partos 3. Abortos 4. Cesáreas 5. Nacidos vivos 6. Óbito Fetal 7. Ectópicos 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Si No</p>
Sitio de Implantación del embarazo ectópico	Lugar de fijación del ovulo fecundado	Biológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tubárico 2. Intersticial 3. Abdominal 4. Ovárico 5. Cervical 6. Otros 	<p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>

Conducta Terapéutica	Conjunto de medios de curación o alivio de una patología	Biológica	1. Tratamiento farmacológico 2. Tratamiento quirúrgico	Si No Si No Si No

7. Métodos e instrumentos de recolección

- **Métodos:**

Se realizará revisión de historias clínicas con diagnóstico de embarazo ectópico y se recogerá información de historias clínicas que cumplan criterios de inclusión y exclusión.

- **Instrumentos:**

Hoja de recolección de información.

- **Procedimiento:**

Previa a la pertinencia, aprobación y la asignación de director de tesis se solicitará por oficio el permiso al Hospital Isidro Ayora para realizar el estudio, posteriormente se cumplirá con el cronograma para hacer la recolección de información y posterior tabulación y análisis de los datos obtenidos

- **Plan de tabulación y análisis**

Posterior a la recolección de datos se realizará un análisis y tabulación de la información para presentarla se tabulará en misma frecuencia y porcentaje las cuales se relacionarán con las variables de estudio

8. CRONOGRAMA

TIEMPO	2020																2021																															
	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo											
Actividad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Revisión bibliográfica	■	■	■	■																																												
Elaboración del proyecto					■	■	■	■	■																																							
Proceso de aprobación del proyecto									■	■	■																																					
Recolección de datos													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																			
Tabulación de la información																									■	■																						
Análisis de datos																											■	■																				
Redacción de primer informe																																	■	■														
Revisión y corrección de informe final																																					■	■										
Asignación del tribunal																																									■							
Presentación de informe final																																													■	■		

9. PRESUPUESTO

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Pasaje de bus urbano	450	0,60	270,00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas	3	3.50	10,50
Esferos y lápices	Esfero y lápices	4	0.40	1,60
Impresiones a blanco/negro	Frasco de tinta	2	10,00	20,00
Impresiones a colores	Frasco de tinta	2	10,00	20,00
CD en blanco	CD	2	0.50	1,00
Internet	Internet de casa mensual	6	27,00	162,00
Anillados	Libro	7	1,50	15,00
Empastados	Libro	5	8,00	40,00
EQUIPOS				
Computador	Portátil	1	800,00	800,00
Impresora	Impresora	1	400,00	400,00
Memoria Flash	Flash	2	8,00	16,00
Sub total				1756,10
Imprevistos 10%				175,61
Total				1931,71