



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**NIVEL DE PREGRADO**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“EL EMBARAZO ECTÓPICO Y SU RELACIÓN CON LA  
INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO EN LAS  
USUARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA  
DE LOJA EN LOS MESES DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

**Autor:**

**Jaime Eliazar Alberca Castillo**

**Directora:**

**Dra. Mg. Sc. Betty Carrión Gordillo**

**Loja – Ecuador**

**2010**

# *Certificación*

**Dra. Mg. Sc- Betty Carrión G.**

**Docente del Área de Salud**

***Certifica:***

*Haber revisado y corregido la tesis “EL EMBARAZO ECTÓPICO Y SU RELACIÓN CON LA INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO EN LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN LOS MESES DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008” de autoría de Jaime Eliazar Alberca Castillo, misma que reúne los requisitos que exige el Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación.*

**Atentamente:**

.....

**Dra. Mg. Sc. Betty Carrión Gordillo**  
**Docente del Área de la Salud Humana**

## *Autoría*

Las opiniones, conceptualizaciones, conclusiones y recomendaciones, así como los resultados y análisis vertidos en el presente trabajo de investigación son de exclusiva responsabilidad del autor.

Jaime Alberca Castillo

# **AGRADECIMIENTO**

*Doy gracias a Dios por sus bendiciones y por estar junto a mí siempre, a mis padres, Jaime y Carmita por su cariño, comprensión y apoyo sacrificado constante sin condición ni medida.*

*A la Universidad Nacional de Loja y a los docentes del Área de la Salud Humana, por darme la oportunidad de aprender y forjarme como profesional.*

*Un agradecimiento especial a mi directora de tesis Dra. Mg. Sc. Betty Carrión Gordillo, por su asesoramiento constante, paciencia y buen criterio.*

*A mis compañeros de clases, por brindarme su amistad y compañía en esta trayectoria de aprendizaje y conocimientos.*

*Jaime Alberca Castillo*

## ***Dedicatoria***

*Dedico esta tesis a Dios padre celestial y divina pureza que guía y bendice cada uno de los pasos que doy, a mis padres Jaime y Carmita, quienes son mi fuerza, mi razón de ser, mis guías constantes cada día de mi vida, gracias por enseñarme a luchar y no dejarme vencer en la vida, por brindarme su amor, cariño y apoyo incondicional durante toda mi carrera, por sus buenos y sabios consejos que me supieron orientaron a tomar las mejores decisiones y por creer siempre en mí.*

*A mis hermanitas Maritza y Nivia por su amor, cariño y apoyo incondicional.*

*Jaime Alberca Castillo*

# ÍNDICE

<b>Tema .....</b>	<b>i</b>
<b>Certificación.....</b>	<b>ii</b>
<b>Autoría,.....</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>iv</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>v</b>
<b>Índice.....</b>	<b>vi</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Summary.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Revisión de literatura.....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>20</b>
<b>Presentación de resultados.....</b>	<b>22</b>

<b>Discusión.....</b>	<b>34</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>35</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>37</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>38</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>40</b>

## **I. RESUMEN**

El presente estudio se realizó con el fin de determinar el embarazo ectópico y su relación con la incidencia, etiología y diagnóstico en las usuarias atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital provincial “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja. Se trata de un estudio clínico retrospectivo que incluyó la evaluación de las historias clínicas de 30 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidos durante el periodo de Enero a Diciembre del 2008. Al finalizar esta investigación los resultados encontrados demostraron que el 0,70 % corresponde al número de pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo ectópico, además se demostró que la edad predominante de las pacientes que padecieron esta patología está comprendida entre los 18 a 22 años, siendo el factor predisponente más relevante el uso de dispositivos intrauterinos.

Además se pudo comprobar que la laparotomía exploratoria en un 70 % fue el método de elección en el manejo de esta patología. Resultados que permiten mejorar la calidad y calidez de atención hacia el grupo de personas que presenten esta patología.



## II. Summary

This study was conducted to determine the ectopic pregnancy and its relationship to the incidence, etiology and diagnosis amongst patients attending the obstetrics / gynecology services at the provincial hospital "Isidro Ayora" in the city of Loja.

This is a retrospective clinical study included assessing the medical records of 30 patients diagnosed with ectopic pregnancy treated during the period from January to December 2008. Upon completion of this investigation the results obtained showed that 0.70% is the number of patients admitted with a diagnosis of ectopic pregnancy, also showed that the predominant age of the patients who suffered from this disease is between 18-22 years, with the most important predisposing factor using intrauterine devices. In addition it was found that exploratory laparotomy in 70% was the method of choice in the management of this condition. Results that improve the quality and warmth of attention to the group of persons having this condition.

### III. INTRODUCCION

El embarazo ectópico es una de las principales causas de muerte en el primer trimestre del embarazo en el mundo, siendo una preocupación común en las mujeres recién embarazadas.<sup>1</sup> Existe cierto número de factores de riesgo que llevan a un daño y a una disfunción tubárica, los cuales son generalizados en factores mecánicos y factores funcionales; los factores de riesgo mecánicos son cirugías tubáricas previas, esterilización quirúrgica, embarazo ectópico previo, enfermedad pélvica inflamatoria y cirugía abdominal, entre los factores de riesgo funcionales están el uso de DIU, hábito de fumar, consumo indiscriminado de anticonceptivos orales, fertilización in vitro.

Es por ello que la tendencia mundial del embarazo ectópico tiende a aumentar en el mundo, con alta probabilidad de complicaciones maternas y riesgo de embarazo ectópico subsecuente con posibilidad de esterilidad de las pacientes y mortalidad materna, el presente trabajo tiene la finalidad de evaluar mediante la observación la presentación actual del embarazo ectópico en nuestro hospital, donde desarrollamos nuestras destrezas, habilidades y capacidades de atención al paciente; con la finalidad de relacionarlas con las estadísticas mundiales y ubicar la población que día a día manejamos en este contexto.

Entendiéndose que si bien es una patología que en el diario desempeño de las funciones del médico residente y especialista es poco frecuente no ha tenido una

---

<sup>1</sup> (www.Cunningham G.et al. 2006)

actualización del cómo se presenta y sus diferentes variables relacionadas con la edad de la población, la paridad y cirugías ginecológicas previas, y otros factores.

Para el presente trabajo investigativo se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal en el Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital “Isidro Ayora de Loja” durante el año 2008; para el mismo se revisaron todas las historias clínicas de las usuarias que fueron diagnosticadas definitivamente de embarazo ectópico, lo que permitió establecer, la incidencia, el grupo de edad más frecuente, los factores predisponentes y de riesgo, su manejo diagnóstico, localización anatómica y su resolución clínico quirúrgica.

Con la información se ha analizado sus variables, y se ha comparado con otros estudios, lo que permitió tener conclusiones y plantear recomendaciones, apoyado en una bibliografía ampliamente revisada.

## IV. REVISIÓN DE LITERATURA

### CONCEPTO

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina normal. La localización más frecuente ocurre a nivel **tubárico**; también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias.<sup>2</sup>

### CLASIFICACION:

**Tubárico:** Cuando se implanta en una de las Trompas de Falopio, ocurre el 99% de los casos. Según el lugar donde se implante el embarazo tubárico puede ser:

- Fímbrico.
- Ampular.
- Itsmico.
- Intersticial.

**Uterino:** Cuando se implanta en el útero, pero fuera de la cavidad endometrial, puede ser:

---

<sup>2</sup> JAIME BOTERO. Obstetricia y Ginecología; Edición 8

WILLAMS, Obstetricia, Editorial Mc Graw Hill, Edición 22

- Cornual.
- En divertículo.
- Intramural.

**Cervical:** Cuando se implanta en el cuello del útero.

**Intraovárico:** Cuando se implanta en el ovario.

**Intraligamentario:** Cuando se implanta en el ligamento ancho.

El embarazo ovárico es excepcional. <sup>3</sup>Se discute la ocurrencia del embarazo abdominal primario, pero se acepta la implantación secundaria de un aborto tubárico.

## **ETIOLOGÍA**

Está determinada por todos aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Se pueden distinguir entre:

**A / FACTORES TUBULARES:** pueden ser debidos:

---

<sup>3</sup> JAIME BOTERO. Obstetricia y Ginecología; Edición 8,

WILLAMS, Obstetricia, Editorial Mc Graw Hill, Edición 22,

**a. Enfermedad inflamatoria pélvica:** dentro de ella la causada por la salpingitis gonocócica y la TBC genital (asintomáticas en el 80-90% de casos), y las salpingitis postabortivas. Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis.

**b. Cirugía tubárica contra la infertilidad y cirugía conservadora de ectópico previo.**

**c. Cirugía tubárica para la esterilidad permanente;** sobre todo si es por electrocoagulación.

**d. Endometriosis Tubárica;** favorece la nidación precoz.

**e. Anomalías congénitas;** hipoplasias (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.

**f. Alteraciones funcionales del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar;** debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubárico.

**B / FACTORES OVULARES:** aquellos que conducen a la:

**a. Nidación precoz del huevo:** <sup>4</sup>bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.

**b. Transmigración:** se ha sugerido la posibilidad de la Hipermigración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. Dicha Hipermigración puede ser:

- Hipermigración externa: cuando la trompa homolateral está ocluida.
- Hipermigración interna: cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.

**c. Técnicas de Reproducción Asistida (TRA):** debido a la hiperestimulación ovárica y a las implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones.

---

<sup>4</sup>Vasilev S, Sauer M: Diagnosis and modern surgical management of ovarian pregnancy.

Carter J, Ekuan J, Kallins G: Laparoscopic diagnosis and excision of an intact pregnancy. J Rep Med 1993

Algunos autores afirman que la implantación ectópica está estrechamente ligada a la insuficiencia del cuerpo lúteo, y que esta insuficiencia es un factor patogénico común a muchas anomalías de la reproducción, entre ellas algunas cromosomopatías y abortos. La ovulación retrasada como causa de una hipermadurez preovulatoria se considera común denominador en la etiología de estas entidades.

### **FACTORES DE RIESGO:**

<sup>5</sup>Las alteraciones patológicas tubáricas demostradas, como el antecedente de cirugía, infección pelviana o la endometriosis, constituyen los factores de riesgo más sólidos del embarazo ectópico. Recogemos a continuación los antecedentes más importantes:

1. Antecedentes de inflamaciones pélvicas, sobre todo a Chlamydia Trachomatis y Neisseria gonorrhoeae
2. Operaciones sobre las trompas
3. Embarazo ectópico anterior
4. Esterilización tubárica

---

<sup>5</sup> Serryn R, Kermmans G, Cuvelier C: Unroutured primary ovarian pregnancy.

Modawi O: Primary twin pregnancy with ovarian endometriosis. J Obstet Gynecol Br Emp 2005



5. Pacientes con dispositivos intrauterinos
6. Tomadoras de anticonceptivos por vía oral
7. Embarazo por técnicas de reproducción asistida
8. Fumadoras

Se puede sospechar la presencia de un embarazo ectópico en toda mujer que presente como factores predisponentes:

- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Anormalidades anatómicas de las trompas
- Cirugía previa en las trompas
- Masas tumorales extrínsecas que compriman las trompas.
- Anomalías del cigote.
- Endocrinopatías
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Embarazo ectópico anterior
- Anticonceptivos con gestágenos en dosis bajas
- Técnicas de fecundación asistida

- Fumadoras.

### **Síntomas y Signos**

- Dolor abdominal
- Hemorragia vaginal
- Amenorrea
- Dolor en el hombro
- Debilidad mareo o desmayo

**Dolor abdominal:** se presenta en un 96 % de casos. Se lateraliza en una de las fosas iliacas (unilateral), puede ser de tipo espasmódico, de intensidad variable, contigua o intermitente, y no suele irradiarse.

**Hemorragia vaginal:** se da en un 76 % de los casos, es posterior al inicio del dolor. La sangre es oscura, sin coágulos y en menor cantidad que una menstruación normal, aunque suele ser confundida con ella.

**Amenorrea:** puede faltar ya que la paciente confunde la hemorragia vaginal con la regla. Si la mujer la refiere, no suele ser mayor de 6-8 semanas.

Rara vez se expulsa el molde decidual del útero, y los síntomas de gestación suelen estar presentes.

<sup>6</sup>Al examen pélvico se encuentra el útero blando, congestivo y discretamente aumentado de volumen. Existe dolor al movilizar el útero. Puede palparse una masa para uterina redondeada y blanda, y el fondo de saco de Douglas puede estar prominente (hematocele pelviano).

**Dolor en el hombro:** La sangre de la trompa desgarrada puede acumularse debajo del diafragma (el área entre el tórax y el estómago). Esta acumulación puede producir dolor que se percibe en el hombro.

**Debilidad, mareo o desmayo:** Estos síntomas pueden ocurrir debido a la pérdida de sangre.

#### **DIAGNOSTICO:**

**Historia Clínica:** en la mayoría de casos (75-85%) la paciente acude con un retraso menstrual de 7-8 semanas, y presenta el cuadro clínico descrito anteriormente. el cuadro clínico revela especial interés, sobre todo cuando se presenta en una paciente con alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Embarazo ectópico previo.

---

<sup>6</sup> Vasilev S, Sauer M: Diagnosis and modern surgical management of ovarian pregnancy.

Carter J, Ekuan J, Kallins G: Laparoscopic diagnosis and excision of an intact pregnancy. J Rep Med 1993

- Enfermedad inflamatoria pélvica a repetición.
- Portadora de DIU.
- Tuberculosis pulmonar.
- Tratada por infertilidad.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Cirugía abdominal previa.
- Cirugía tubárica previa.
- Endometriosis.

#### **PRUEBAS DIAGNOSTICAS:**

Pruebas comunes de embarazo: son positivas en un 90 % de los casos.

Dosaje de B-HCG (Gonadotropina Corionica Humana): permite confirmar el embarazo, pero no brinda información sobre su localización.

Ecografía: aunque es difícil visualizar el saco gestacional en la trompa, la ecografía puede servir para descartar una gestación intrauterina, lo cual, en presencia de un dosaje de BHCG o test de embarazo positivo, orienta el diagnóstico. También puede hallarse una masa anexial o líquido libre en la cavidad abdominal.

Culdocentesis: <sup>7</sup>La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha la presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intraperitoneal, con un valor predictivo positivo del 80-95%. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico accidentado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada.

El índice de falsos positivos es del 5-10%. Con una culdocentesis positiva se puede proceder directamente a una laparotomía. Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad un ectópico intacto. El índice de falsos positivos es del 10-15%. Por todo ello, actualmente la culdocentesis se reserva para circunstancias de urgencia, cuando no se puede realizar una ultrasonografía.

Laparoscopia: método de elección en el embarazo ectópico no complicado pues permite visualizar el sitio y características de implantación. Sin embargo, si hay hemoperitoneo o adherencias se dificulta la visualización, y si la hemorragia es abundante, el aparato genital ya no es visible; entonces, la laparoscopia no solo es

---

<sup>7</sup> Serryn R, Kermmans G, Cuvelier C: Unroutured primary ovarian pregnancy.

Modawi O: Primary twin pregnancy with ovarian endometriosis. J Obstet Gynecol Br Emp 2005

innecesaria si no contraproducente, ya que retrasa la laparotomía, imprescindible para cohibir el sangrado. Por lo tanto, la laparoscopia sólo debería efectuarse ante una sospecha de embarazo ectópico con culdocentesis negativa o dudosa.

Laparotomía exploradora: nos va ayudar a establecer el diagnóstico y el tratamiento

### **OTRAS PRUEBAS:**

- Dosaje cuantitativo de BHCG: ( en caso de embarazo ectópico su valor nunca es superior a las 6.000 U)
- Dosaje cuantitativo de progesterona: los embarazos intrauterinos viables se asocian a niveles séricos superiores a 15 ng/ml, mientras que la mayoría de embarazos ectópicos y embarazos no viables cursan con valores inferiores a 5ng/ml

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento del embarazo ectópico ha sido siempre quirúrgico y durante mucho tiempo la salpingectomia fue una intervención estándar. La introducción de la laparoscopia ha sustituido la laparotomía, y en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura, la Salpingostomía lineal ha sustituido la salpinguectomía, en los casos en que no haya daño tubárico extenso.

Por otra parte, los avances en el diagnóstico precoz del ectópico, por medios no invasivos, están impulsando un cambio en el tratamiento del ectópico, sobre todo en mujeres con deseos de procreación. En fechas recientes, la introducción de tratamiento médico mediante metotrexate, ha demostrado ser eficaz, en pacientes seleccionadas con ectópico no accidentado.

<sup>8</sup>El tipo de tratamiento a aplicar, si bien es competencia del médico ginecólogo, conviene señalar los criterios en que se fundamenta. Va a depender de los deseos procreativos de la mujer, de la forma de presentación del ectópico, accidentado o no, y del estado hemodinámica de la paciente:

**a) Paciente inestable:** El tratamiento es siempre quirúrgico. Se procede a la laparotomía urgente, previa estabilización hemodinámica de la paciente. La cirugía suele ser de tipo radical: salpinguectomía, que además sigue siendo la más indicada, en el ectópico recurrente y en la paciente con deseos de procreación satisfechos.

La cirugía tubárica conservadora, se puede intentar, en los casos que fuera posible (daño tubárico no extenso, aborto tubárico), en mujeres con deseos de procreación no satisfechos.

---

<sup>8</sup> Serryn R, Kermmans G, Cuvelier C: Unroutured primary ovarian pregnancy.

Modawi O: Primary twin pregnancy with ovarian endometriosis. J Obstet Gynecol Br Emp 2005

**b) Paciente estable:** El tratamiento suele ser de tipo quirúrgico conservador y en los últimos años se ha introducido el tratamiento médico con metotrexate.

Cirugía conservadora: Salpingostomía lineal o expresión de la fimbria que se puede realizar por laparoscopia programada. Se considera el procedimiento ideal, en mujeres que desean conservar su fecundidad.

Tratamiento médico con metotrexate: se ha ensayado con éxito en los casos de ectópico diagnosticado de forma precoz, sobre todo en pacientes estériles, sometidas a técnicas de reproducción asistida. Está indicado en el ectópico no accidentado < 4 cm., antes de la 5ª semana postfecundación.

Consiste en la administración de metotrexate 1mg/kg./IM, cada 2 días (hasta un máximo de 4 dosis), con una pausa de una semana / ciclo. Requiere controles seriados de  $\beta$ -HCG. El tratamiento se interrumpe cuando los niveles BHCG en dos días descienden  $\geq 15$  %. Los controles seriados de BHCG, se prosiguen sin embargo cada semana, hasta que su titulación sea < 5 mU / ml. El tratamiento conservador así como el tratamiento médico del ectópico, pueden no erradicar por completo el tejido trofoblástico, y dar lugar al ectópico persistente, que se da según algunas estadísticas entre el 2 y el 20 %.



**Riesgos y efectos secundarios:**

Si recibe metotrexato, se le dará seguimiento cuidadoso. Esta atención cuidadosa de seguimiento es necesaria durante un tiempo (cerca de 30 días) hasta que no se detecten niveles de HCG en la sangre.

Durante y después del tratamiento debe evitar lo siguiente

- el alcohol
- las vitaminas con ácido fólico
- los medicamentos antiinflamatorios no esteroides
- las relaciones sexuales

El tratamiento médico de un embarazo ectópico puede producir algunos efectos secundarios. Casi dos terceras partes de las pacientes presentan dolor abdominal. También puede ocurrir sangrado o manchas de sangre vaginales. Otros efectos secundarios del medicamento son

- náuseas
- vómito
- diarrea
- mareos

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Estudiar el Embarazo ectópico y su relación con la incidencia, sus factores, etiología y diagnóstico de las usuarias atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja durante el año 2008

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❏ Establecer la incidencia del embarazo ectópico en el Hospital “Isidro Ayora” de Loja en este periodo.
- ❏ Determinar la edad más frecuente de presentación de embarazo ectópico en la población en estudio.
- ❏ Establecer los factores etiológicos más frecuentes desencadenantes de embarazo ectópico de las usuarias atendidas en el departamento de gineco obstetricia.
- ❏ Conocer el manejo diagnóstico utilizado para el embarazo ectópico en el Hospital “Isidro Ayora” de Loja.
- ❏ Determinar la localización anatómica y su resolución clínico quirúrgica más frecuente de embarazo ectópico.

## **VI. METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO LUGAR Y TIEMPO:**

El estudio fue de tipo descriptivo transversal en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Provincial “Isidro Ayora” de Loja en el año 2008.

### **UNIVERSO**

Este estuvo constituido por todas las usuarias embarazadas que estuvieron hospitalizadas en el departamento de gineco obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, durante el periodo ya mencionado.

### **MUESTRA:**

Se tomó en cuenta las historias clínicas de 4286 usuarias atendidas en el, área de gineco obstetricia encontrando 30 pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Las usuarias que fueron diagnosticadas presuntivamente de embarazo ectópico, pero que no fue comprobado con los medios de diagnóstico ni con la resolución clínico quirúrgica.

## **VII. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA**

Se analizó y se recogió la información específica de las historias clínicas correspondientes para lo cual previamente se elaboró, un instrumento de recolección de datos, con las variables de acuerdo a los objetivos planteados.

Luego se realizó la tabulación, la lectura de información y se la representó mediante tablas y gráficos, utilizando la estadística descriptiva con el programa de Excel.

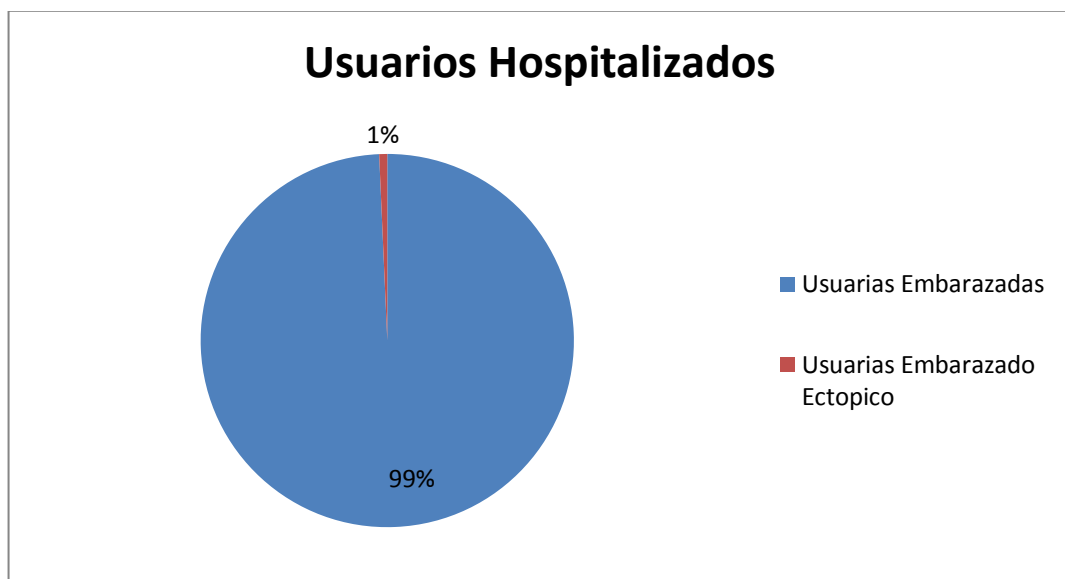
# RESULTADOS

**Tabla 1: Incidencia del Embarazo Ectópico en el Hospital "Isidro Ayora" de Loja**

<b>Usuarios Hospitalizados</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Usuaris Embarazadas	4286	99,30
Usuaris Embarazado Ectópico	30	0,70
Total	4316	100

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital "Isidro Ayora"
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

Como se puede observar en la tabla No 1, el Universo objeto de nuestro estudio estuvo constituido por todas las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia durante un año, de lo cual luego de la investigación realizada se obtuvo una muestra de 30 pacientes que fueron hospitalizadas por diagnóstico de embarazo ectópico que equivale al 0,70 % del total de pacientes atendidas durante un año.

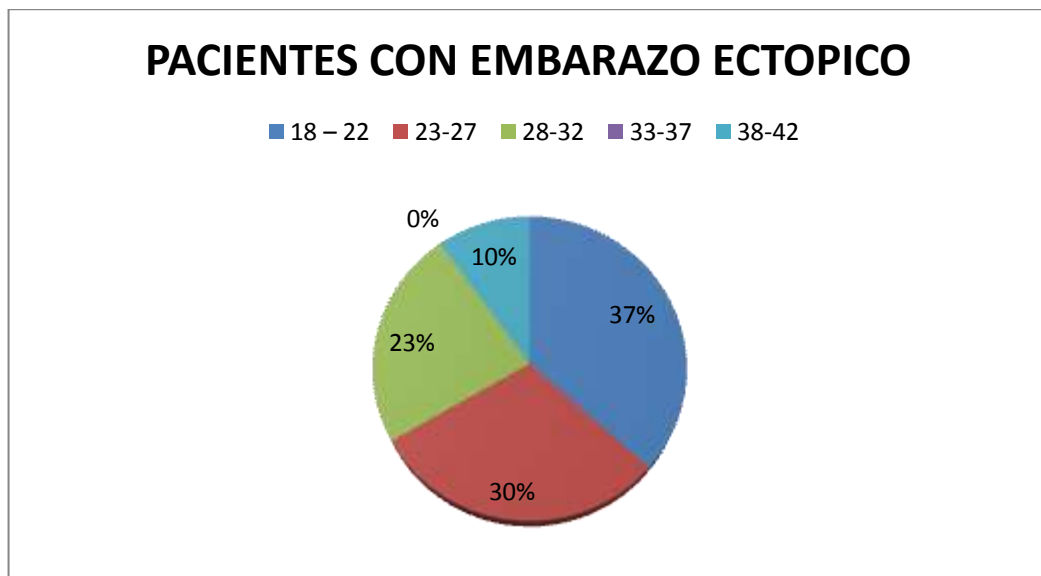


**Tabla 2: Edad de las usuarias con embarazo ectópico del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja**

<b>PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO</b>		
<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>18 – 22</b>	11	36,67
<b>23-27</b>	9	30
<b>28-32</b>	7	23,33
<b>33-37</b>	0	0
<b>38-42</b>	3	10
<b>TOTAL</b>	30	100

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

De las pacientes estudiadas la mayoría pertenecieron a edades de 18-22 años donde se produce con más frecuencia el Embarazo Ectópico, vale recalcar que entre la edad de 33-37 años no se presentó ningún caso.

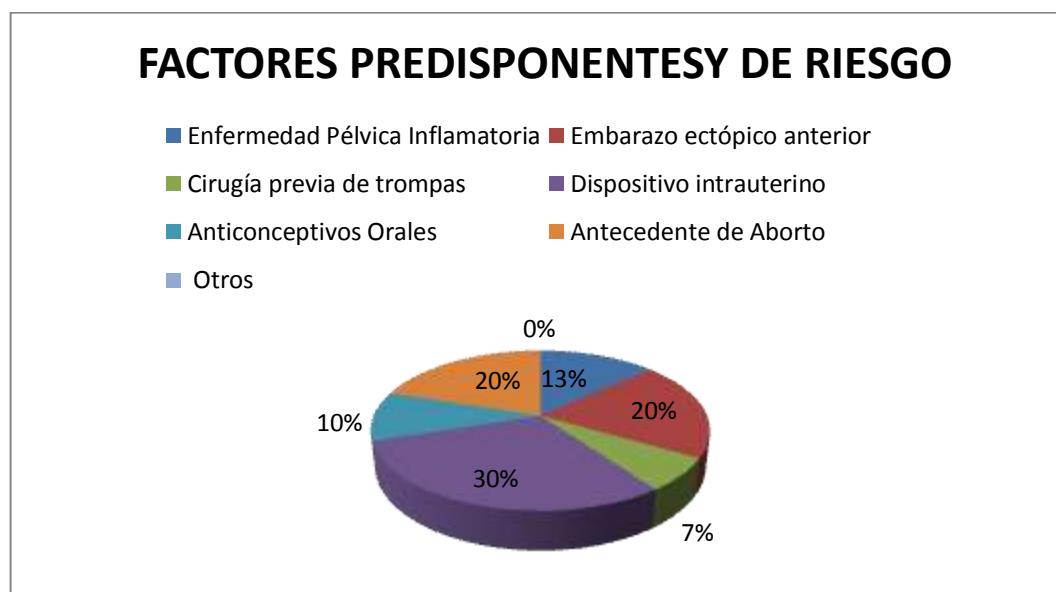


**Tabla 3: Factores Predisponentes y de Riesgo más frecuentes desencadenantes de Embarazo Ectópico.**

<b>FACTORES PREDISPONENTES Y DE RIESGO</b>	<b>No de Pacientes</b>	<b>%</b>
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	4	13,33
Embarazo ectópico anterior	6	20
Cirugía previa de trompas	2	6,67
Dispositivo intrauterino	9	30
Anticonceptivos Orales	3	10
Antecedente de Aborto	6	20
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

De la muestra estudiada, se encontró que los factores predisponentes y de Riesgo más relevantes son: Dispositivo intrauterino con 9 pacientes equivale (**30%**), Embarazo ectópico anterior con 6 pacientes equivale (**20%**), Antecedente de Aborto con 6 pacientes equivale (**20%**). Enfermedad Pélvica Inflamatoria con 4 pacientes (**13%**), Anticonceptivos Orales con 3 pacientes (**10%**), cirugía previa de trompas con 2 pacientes equivale al (**7%**).



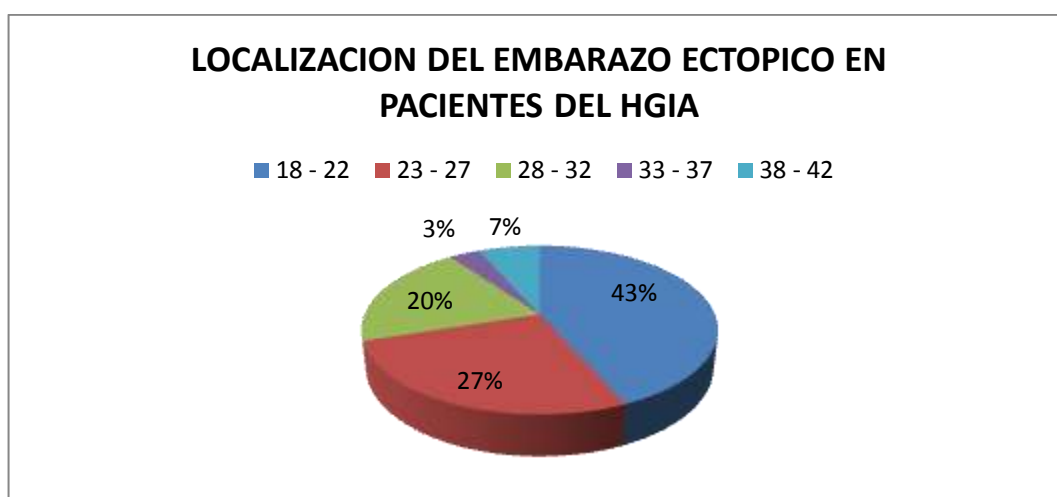


**Tabla 4: localización del embarazo ectópico en pacientes del H.P.G.I.A**

GRUPOS DE EDAD	LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES DEL HGIA									
	EE. TD		EE. OD		EE. TI		EE. OI		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
18 - 22	8	47,06	0	0	5	45,45	0	0	13	43,33
23 - 27	4	23,53	1	50	3	27,27	0	0	8	26,67
28 - 32	3	17,65	1	50	2	18,18	0	0	6	20,00
33 - 37	1	5,88	0	0	0	0	0	0	1	3,33
38 - 42	1	5,88	0	0	1	9,09	0	0	2	6,67
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

Del 0,70 por ciento de pacientes diagnosticadas con Embarazo Ectópico Accidentado el 47,06 % se da más en la trompa Derecha, un 45,45 % en trompa izquierda, y un 7 % se da más en el ovario derecho



**Tabla 5: Resolución Quirúrgica**

<b>RESOLUCION QUIRURGICA</b>		
<b>Enfermedades</b>	<b>Muestra</b>	<b>%</b>
Laparotomía Exploratoria	21	70
Salpingectomia	7	23,33
Fimbrectomia	2	6,67
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

De las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de embarazo ectópico, la resolución quirúrgica que se les practicó comprende: un 70 % a través de laparotomía exploratoria, 23,33 % a través de la salpingectomia, y el 6,67 % a través de Fimbrectomia.

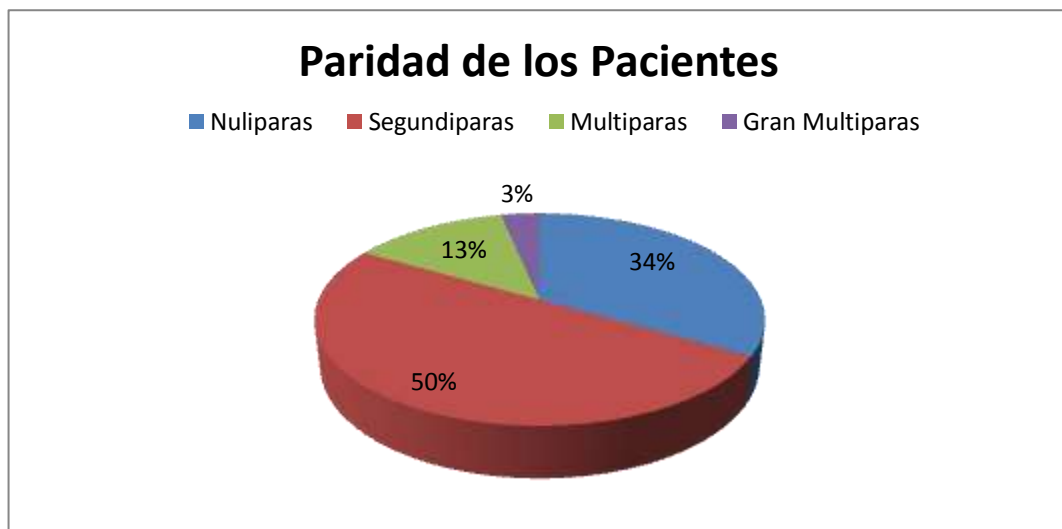


**Tabla 6: Distribución en Relación con la paridad de los pacientes de Diagnóstico de Embarazo Ectópico.**

N° de Paras	N° de Pacientes	%
Nulíparas	10	33,33
Segundíparas	15	50
Multíparas	4	13,33
Gran Multíparas	1	3,33
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

El 50 % de los casos de embarazo ectópico corresponde a pacientes segundíparas, mientras que el 33,33 % eran nulíparas, un 13,3 % a pacientes multíparas y un 3,33 % a pacientes gran multíparas.

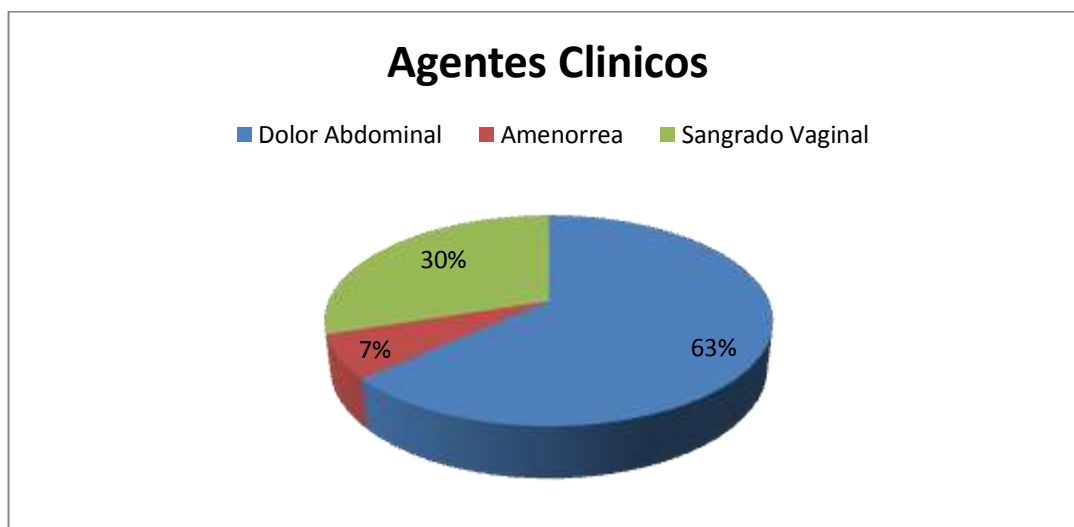


**Tabla 7: Aspectos Clínicos de Diagnóstico por las que acudieron las pacientes que presentaron Embarazo Ectópico.**

Agentes clínicos	N° de Pacientes	%
Dolor Abdominal	19	63,33
Amenorrea	2	6,67
Sangrado Vaginal	9	30,00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

El 63,33 % de las pacientes ingreso con cuadro de dolor abdominal, mientras que el 30 % ingresó por presentar sangrado vaginal y un 6,67 % ingresó con un cuadro de amenorrea.

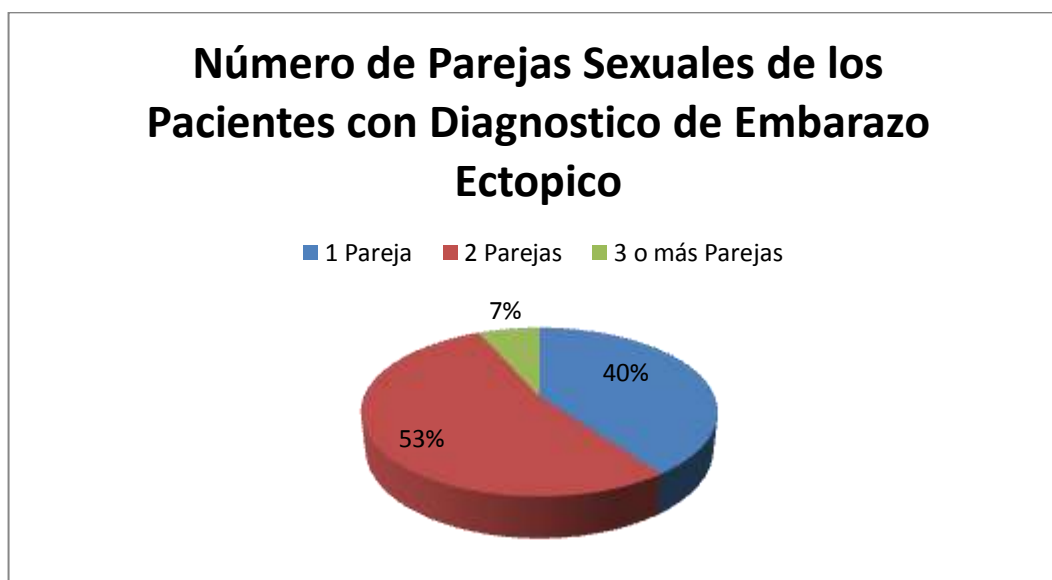


**Tabla 8: Distribución según el número de Parejas Sexuales de las Pacientes con Diagnóstico de Embarazo Ectópico**

No Parejas	No de Pacientes	%
1 Pareja	12	40
2 Parejas	16	53
3 o más Parejas	2	7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

El 53 % de las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico presentaron antecedentes de haber tenido dos parejas sexuales.

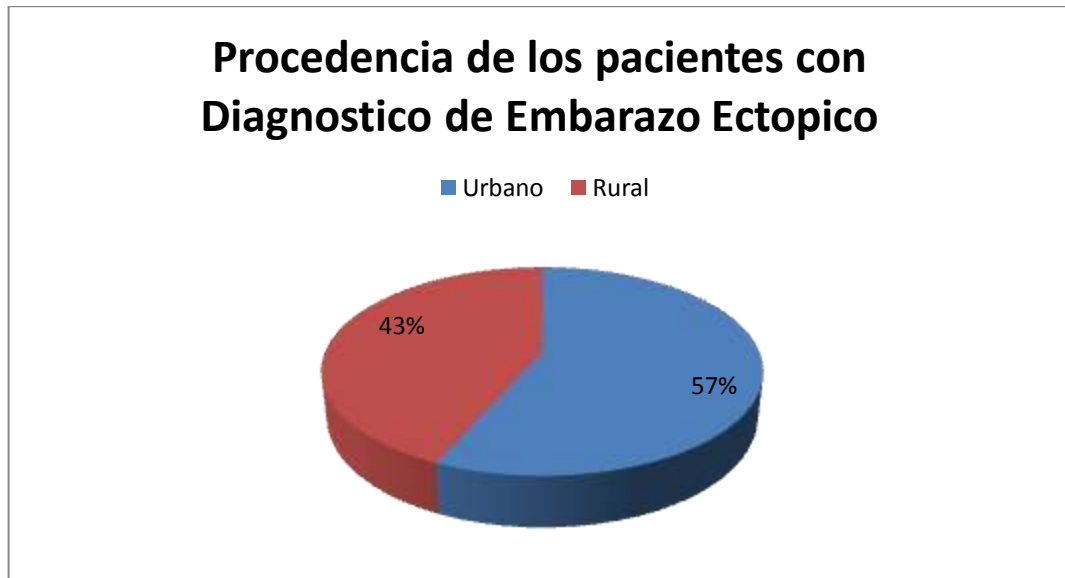


**Tabla 9: Distribución por procedencia de los pacientes con Diagnostico de Embarazo Ectópico.**

<b>Procedencia</b>	<b>No Pacientes</b>	<b>%</b>
Urbano	17	57
Rural	13	43
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

- **Fuente:** H.C de Gineco Obstetricia, Departamento de Estadística del Hospital “Isidro Ayora”
- **Elaboración:** Est. Jaime Alberca Castillo

EL 57 % de las pacientes ingresadas corresponden al sector urbano, mientras que el 43 % de las pacientes corresponde al sector rural.



## VII. RESULTADOS Y DISCUSION

El embarazo ectópico ha sido causa de mortalidad materna durante siglos, lo que ha motivado a diversos investigadores centren su interés en estudiar, la incidencia, la etiología y la forma de diagnóstico del embarazo ectópico.

En esta investigación se estudiaron 4286 pacientes atendidas en el departamento de gineco obstetricia durante el mes de enero a diciembre del 2008, obteniéndose que durante todo este año fueron ingresadas 30 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Se encontró que durante este año hubo una frecuencia marcada de pacientes con esta patología comprendida entre las edades de 18 a 22 años correspondiente al 36,67 % de nuestro universo estudiado, datos que coinciden con los señalados en la investigación de Luglio Villanueva y Cols (2007) , que reporta una incidencia de 36% en edades entre 18-23 años y Diamantino que señala una frecuencia de 35% entre estas mismas edades.

Dentro de los factores etiológicos más frecuentes, desencadenantes de un embarazo ectópico se obtuvo que el 30 % de las pacientes ingresadas presentó como factor etiológico desencadenante el Dispositivo intrauterino, seguido en un 20 % por antecedentes de aborto coincidiendo con estudios realizados por Nepal y col realizados en el año 2006.

El 47,06 % de de los embarazos ectópicos estuvieron localizados en la trompa de Falopio derecha, con un 43,3 % de incidencia entre pacientes comprendidas entre las edades de 18 a 22 años , iguales resultados fueron los obtenidos por Lugio Villanueva y cols (2006) , Diamantino Villegas (2006) en sus estudios respectivos.

En cuanto a la resolución quirúrgica en nuestro estudio se obtuvo que la mayor parte de casos en un 70 % fue resuelto a través de una laparotomía exploratoria, en un 23,33 % a través de una salpingectomia total.

En relación con la paridad de las mujeres se comprobó que en el 50 % de los casos estudiados, de usuarias con este diagnóstico eran secundiparas, presentando iguales resultados en el estudio realizado por Gonzales V y cols. (2007).

En este presente trabajo se comprobó que el 63,33 % de las pacientes, acudió a esta casa de salud teniendo como motivo de consulta el dolor abdominal intenso, en un 30 % por sangrado vaginal , y en un 6,67 % por amenorrea. Datos que coinciden con estudios realizados por Guerra Gb. (2007) en su investigación.

Dentro de este trabajo de investigación se comprobó que el 57 % de los casos corresponde a pacientes de residentes en el sector urbano mientras que el 43 % de las mismas corresponde al sector rural-

Basado en la evidencia que arrojan los resultados de este estudio, resalta el hecho de que sobre el embarazo ectópico de las pacientes hospitalizadas en el servicio de



gineco obstetricia del hospital “Isidro Ayora” de Loja influyen los mismos factores etiológicos descritos a nivel mundial.

## **IX. CONCLUSIONES**

Basado en la evidencia que arrojaron los resultados de este estudio, resalta el hecho de que sobre el embarazo ectópico de las pacientes hospitalizadas en el departamento de gineco obstetricia del Hospital “Isidro Ayora” de Loja, influyen los mismos factores de riesgo que se influyen a nivel mundial.

El embarazo ectópico es un motivo de consulta, poco frecuente en pacientes que acuden a control a este centro asistencial.

Con el conocimiento de resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la patología, y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con embarazo ectópico.

El Grupo etario más frecuente se encuentra entre los 18 A 22 años, la mayoría pertenece al área urbana, con un índice de paridad de I a II gestas.

Entre los principales factores de riesgo encontrados en este estudio se encuentran el uso de Dispositivos intrauterinos, embarazo ectópico anterior, enfermedad pélvica inflamatoria y el uso de anticonceptivos orales.

Se demuestra con esta investigación realizada que la localización más común del embarazo ectópico es en las trompas de Falopio en un (93 %), hecho también demostrado por múltiples investigadores a nivel mundial, y localizaciones poco comunes como la ovárica y cornual.

Se debe considerar siempre la sospecha diagnóstica, ante una paciente con clínica de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal; además de tener presente los factores de riesgo descritos en esta investigación, para así lograr una intervención oportuna y adecuado tratamiento de las pacientes.

## **X. RECOMENDACIONES**

1. Elaborar esquemas de evaluación de los factores de riesgo para embarazo ectópico, basados en las características de nuestra población.
2. La paciente que ingresa con el diagnóstico de embarazo ectópico debe recibir, por parte del personal médico y encargado toda la información posible sobre el mismo y su prevención.
3. Desarrollar programas de sobre sexualidad, anticoncepción y reproducción que ayuden a las pacientes a desarrollar su capacidad de tomar decisiones responsables.
4. Incidir en programas de información, educación sexual y comunicación, dirigida a la sociedad en general para así disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico
5. Mejorar los servicios de salud especializados y ampliar la atención a la mujer en edad reproductiva

## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

1. JAIME BOTERO. Obstetricia y Ginecología; Edición 8, Pág. 455
2. WILLAMS, Obstetricia, Editorial Mc Graw Hill, Edición 22, Pág. 254
3. NOVAK. Ginecología , Editorial Mc Graw Hill, Edición 13, Pag 417
4. Hallat J: Primary ovarian pregnancy: A report of twenty five cases. Am J Obstetric Gynecol 1982; 143: 55-60.
5. Gray C, Ruffolo E: Ovarian pregnancy associated with intrauterine contraceptive devices. Am J Obstetric Gynecologic 1978; 132: 134-8.
6. Williams P, Malvar T, Kraft J: Term ovarian pregnancy with delivery of a live female infant. Am J Obstetric Gynecologic 1982; 142: 589-91.
7. Riethmuller D, Sautiere JL, Bernoits S et al: Sonographic diagnosis and laparoscopic treatment of ovarian pregnancy. J Gynecologic Obstetric Biol Reprod 1996; 25(4): 378-83.
8. Grimes H, Nosal R, Gallagher J: Ovarian pregnancy: A series of 24 cases. Obstet Gynecol 1983; 61: 174-80.
9. Pratt-Thomas H, White L, Messer H: Primary ovarian pregnancy: Presentation of ten cases, including one full-term pregnancy. South Med J 1974; 67: 925-9.
10. Borow R, Mc.Elin T, West R: Ovarian pregnancy: Report of four cases and a thirteen year survey of the English literature. Am J Obstet Gynecol 1965; 91: 1095-8.

11. Serryn R, Kermmans G, Cuvelier C: Unroutured primary ovarian pregnancy. *Arch Gynecol* 1982; 143: 55-8.
12. Modawi O: Primary twin pregnancy with ovarian endometriosis. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1962; 69: 655-8.
13. Obba T, Miyazaki K, Kouno T, Okamura H: Ovarian twin pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71: 305-7.
14. Marcus S: Analysis of incidence and risk factors associated with ectopic pregnancy following in vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod* 1995; 10: 199-204.
15. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly J, Job-Spira N: Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population.
16. Sarkar A, Kundu S, Chaudhuri G, Majumder S: Ovarian multifoetal pregnancy. *J Indian Med Assoc* 2002; 100(1): 48-50.
17. Selo-Ojeme D: Simultaneous intrauterine and ovarian pregnancy following treatment with clomiphene citrate. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 266(4): 232-4.
18. Melilli G, Avantario C, Farnelli C, Papeo R, Savona A: Combined intrauterine and ovarian pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2001; 28(2): 100-01.
19. Vasilev S, Sauer M: Diagnosis and modern surgical management of ovarian pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 395-9.

20. Carter J, Ekuan J, Kallins G: Laparoscopic diagnosis and excision of an intact pregnancy. *J Rep Med* 1993; 962-5.
21. Mall A. Ovarian pregnancy. A case report emphasizing the need for careful histologic review. *J Reprod Med* 1996; 41: 453-4.
22. Seneria P, Di Gregorio A, Arisco R: Ovarian pregnancy and operative laparoscopic: report of eight cases. *Human Repr* 1997; 12: 608-701.

***INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS***

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**AREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**DATOS GENERALES:**

**HC No:**

**Fecha:**

**Edad:**

**Lugar de residencia:**

**Instrucción:**

**Ocupación:**

**Paridad:**

**Factores Etiológicos:**

- Enfermedad pélvica inflamatoria.....
- Embarazo ectópico anterior.....
- Cirugía previa en las trompas.....
- Dispositivo intrauterino (DIU).....
- Anormalidades anatómicas de las trompas.....
- Técnicas de fecundación asistida.....
- Anticonceptivos orales.....
- Endocrinopatías.....



- Masas tumorales que compriman las trompas.....
- Otras.....

**MANEJO DIAGNOSTICO:**

- Clínico:.....  
.....
- Laboratorio.....  
.....  
.....
- Imagen.....  
.....
- Otros.....  
.....

**TRATAMIENTO:**

.....  
.....