



**ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE SALUD PUBLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**“EMBARAZO ECTOPICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA 2010”.**

**TESIS DE GRADO**

Previo a la obtención del título de:

**MEDICO GENERAL**

**JHOANA DEL CISNE CARAGUAY GUAJALA**

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**2010**

## **CERTIFICACION**

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación

-----

Dr. Ramiro Estévez

**DIRECTOR DE TESIS**

## **CERTIFICADO**

Los miembros de tesis certifican que el trabajo de investigación titulado “Embarazo Ectópico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010”, de responsabilidad de Jhoana del Cisne Caraguay Guajala ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Dr. Ramiro Estévez

-----

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Juan Carlos Yambay

-----

MIEMBRO DE TESIS

Fecha de defensa: 05 de abril del 2010

## ***AGRADECIMIENTO***

***A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Medicina***

***A los Señores Doctores: Ramiro Estévez, Director de Tesis y Juan Carlos Yambay Miembro de Tesis, quienes fueron los gestores directos para que en este momento tenga la satisfacción de poder conseguir esta meta tan anhelada.***

***Jhoana del Cisne Caraguay Guajala***

## ***DEDICATORIA***

*El presente trabajo lo dedico a Dios la Virgen Santísima, San Vicente Ferrer, quienes han sido mi fortaleza en este camino de la vida.*

*A mis padres que han sido la guía fundamental, hermanos que a pesar de la distancia siempre me han apoyado, a mis sobrinas que me brindan tantas alegrías y abuelitos que siempre oran por mí.*

**Con Cariño**

***Jhoana del Cisne Caraguay Guajala***

## TABLA DE CONTENIDOS

|  | <b>Pag.</b> |
|--|-------------|
| <b>I INTRODUCCION</b> .....  | <b>1</b>    |
| <b>II OBJETIVOS</b> .....  | <b>3</b>    |
| <br><b>III MARCO TEORICO</b>   |             |
| <br><b>EMBARAZO ECTOPICO</b>   |             |
| <b>DEFINICIONES</b> .....  | <b>4</b>    |
| <b>EPIDEMIOLOGIA</b> .....   | <b>4</b>    |
| <b>FISIOPATOLOGIA</b> .....  | <b>5</b>    |
| <b>ETIOLOGIA</b> .....   | <b>5</b>    |
| <b>ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA</b> .....                                     | <b>6</b>    |
| <b>ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS<br/>PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO</b> ..... | <b>6</b>    |
| <b>ANTECEDENTES DE RECIDIVA DE LAS<br/>PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO</b> ..... | <b>7</b>    |
| <b>ANTECEDENTES ETARIOS DE LAS<br/>PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO</b> .....     | <b>7</b>    |
| <b>TABAQUISMO</b> .....  | <b>8</b>    |
| <b>OTROS FACTORES DE RIESGO</b> .....  | <b>8</b>    |
| <b>FACTORES MECANICOS</b> .....  | <b>9</b>    |
| <b>FACTORES FUNCIONALES</b> .....  | <b>10</b>   |
| <b>REPRODUCCION ASISTIDA</b> .....   | <b>11</b>   |

|   |       |           |
|---|-------|-----------|
| <b>PATOGENIA</b>  | ..... | <b>11</b> |
| <b>EMBARAZO ECTOPICO COMBINADO</b>                      | ..... | <b>12</b> |
| <b>EMBARAZO CRONICO</b>                                 | ..... | <b>12</b> |
| <b>CUADRO CLINICO</b>                                   | ..... | <b>12</b> |
| <b>TRIADA CLASICA DE SIGNOS SINTOMAS</b>                | ..... | <b>13</b> |
| <b>CLASIFICACION</b>                                    | ..... | <b>13</b> |
| <b>EVOLUCION</b>  | ..... | <b>14</b> |
| <b>DIAGNOSTICO</b>                                      | ..... | <b>14</b> |
| <b>OTROS MARCADORES ENDOCRINOS</b>                      | ..... | <b>16</b> |
| <b>ECOGRAFIA EN EL EMBARAZO ECTOPICO</b>                | ..... | <b>17</b> |
| <b>LAPAROSCOPIA</b>                                     | ..... | <b>19</b> |
| <b>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b>                          | ..... | <b>19</b> |
| <b>TRATAMIENTO</b>                                      | ..... | <b>20</b> |
| <b>METOTREXATO</b>                                      | ..... | <b>20</b> |
| <b>CIRUGIA</b>  | ..... | <b>21</b> |
| <b>TRATAMIENTO MEDICO VS<br/>TRATAMIENTO QUIRURGICO</b> | ..... | <b>22</b> |
| <b>COMPLICACIONES</b>                                   | ..... | <b>23</b> |
| <b>PRONOSTICO</b>                                       | ..... | <b>23</b> |
| <b>PREVENCION</b>                                       | ..... | <b>23</b> |
| <br>  |       |           |
| <b>IV METODOLOGIA</b>                                   |       |           |
| <b>LOCALIZACION Y<br/>TEMPORALIZACION</b>               | ..... | <b>24</b> |

|  |       |           |
|--|-------|-----------|
| <b>VARIABLES</b>                                     | ..... | <b>24</b> |
| <b>IDENTIFICACION</b>                                | ..... | <b>24</b> |
| <b>DEFINICION</b>                                    | ..... | <b>24</b> |
| <b>OPERACIONALIZACION</b>                            | ..... | <b>25</b> |
| <b>TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION</b>             | ..... | <b>27</b> |
| <b>V POBLACION MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO</b>       | ..... | <b>27</b> |
| <b>DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS</b>                 | ..... | <b>28</b> |
| <b>TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS</b> | ..... | <b>29</b> |
| <b>V RESULTADOS Y DISCUSION</b>                      | ..... | <b>30</b> |
| <b>VI CONCLUSIONES</b>                               | ..... | <b>58</b> |
| <b>VII RECOMENDACIONES</b>                           | ..... | <b>59</b> |
| <b>VIII RESUMEN</b>                                  | ..... |           |
| <b>SUMMARY</b>                                       | ..... |           |
| <b>IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>                 | ..... | <b>60</b> |
| <b>X ANEXOS</b>                                      | ..... | <b>65</b> |



## LISTA DE GRAFICOS

| <i>Gráficos</i> |  | <i>Pag.</i> |
|-----------------|--|-------------|
| <i>1</i>        | <i>EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>                                 | <i>31</i>   |
| <i>2</i>        | <i>ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>                         | <i>33</i>   |
| <i>3</i>        | <i>INSTRUCCION DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>                          | <i>34</i>   |
| <i>4</i>        | <i>RESIDENCIA DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>                           | <i>35</i>   |
| <i>5</i>        | <i>PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE EMBARAZO ECTOPICO DE ACUERDO A MESES DE ESTUDIO DEL HPGDR 2010.....</i> | <i>36</i>   |
| <i>6</i>        | <i>NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS EN RELACION A PARTOS,CESAREAS Y ABORTOS EN EL HPGDR 2010</i>          | <i>37</i>   |
| <i>7</i>        | <i>EDAD SEXUAL DE INICIO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>                | <i>38</i>   |
| <i>8</i>        | <i>NUMERO DE COMPAÑEROS SEXULES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>         | <i>40</i>   |
| <i>9</i>        | <i>USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>               | <i>42</i>   |
| <i>10</i>       | <i>ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i>      | <i>43</i>   |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>11</b> | <b><i>ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL 2010.....</i></b>   | <b>45</b> |
| <b>12</b> | <b><i>ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010...</i></b>                              | <b>47</b> |
| <b>13</b> | <b><i>CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i></b> | <b>48</b> |
| <b>14</b> | <b><i>TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i></b>                                  | <b>49</b> |
| <b>15</b> | <b><i>COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i></b>       | <b>50</b> |
| <b>16</b> | <b><i>TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</i></b>          | <b>51</b> |

**LISTA DE TABLAS**

| <b>TABLA</b> |   | <b>Pag.</b> |
|--------------|---|-------------|
|              | <b>CRUCE DE VARIABLES</b>   |             |
| <b>1</b>     | <b>EDAD E INSTRUCCION DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</b>                            | <b>52</b>   |
| <b>2</b>     | <b>EDAD Y COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</b>                    | <b>53</b>   |
| <b>3</b>     | <b>EDAD Y ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</b>                        | <b>54</b>   |
| <b>4</b>     | <b>EDAD SEXUAL DE INICIO Y COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010...</b>     | <b>55</b>   |
| <b>5</b>     | <b>CONTROLES PRENATALES Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010.....</b> | <b>56</b>   |
| <b>6</b>     | <b>TRATAMIENTO VS COMPLICACIONES EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010...</b>                   | <b>57</b>   |

## RESUMEN

Este es un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia del embarazo ectópico en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010.

El universo de estudio fue de 48 pacientes, cuya información fue recolectada y analizada en los programas estadísticos Excel y SPSS 17. 0.

Los resultados de la investigación determinó que el mayor número de mujeres con embarazo ectópico corresponde a edades de 26 a 30 años ( 27,1%), de estado civil casadas en un 43,8%, la instrucción secundaria (52,1%), la residencia es urbana en el 75%, el inicio más frecuente de relaciones sexuales es de 16 a 20 años (66,7%), el número de compañeros sexuales fue de 1(72,9%), no utilizaban ningún método anticonceptivo el 79,2%, enfermedad pélvica inflamatoria (70,8%) del total de las pacientes, el 85,4% no mostraron antecedentes quirúrgicos previos, no hubo buen control prenatal (75%) y la máxima incidencia de embarazo ectópico fue tubárico (89,6%) la complicación más común es el shock hemorrágico (39,6) y el tratamiento definitivo fue el Quirúrgico con el 100%.

## **SUMMARY**

This is a transversal study with the objective to determine the prevalence of the ectopic pregnancy in the Hospital General Docente in Riobamba 2010.

The universe of study is 48 patients; their information was collected and analyzed in the statistic programs of EXCEL AND SPSS 17.0.

The results of the investigation determined that the biggest number of women with ectopic pregnancy are in the ages of 26 to 30 years old (27.1%), married women 43.8%, with high school studies (52.1%), the residence is urban in 75%, the most common starting age of sexual relation is between 16 and 20 years old (66.7%), the number of sexual partners was 1 (72.9%), they didn't use any contraceptive method 79.2%, pelvic inflammatory sicknesses (70.8%), from the total of patients, 85.4% didn't show prior surgical background, There was no good prenatal care (75%) and the maxim incidence o ectopic pregnancy was "tubarico" (89.6%) the biggest complication is the hemorrhagic shock (39.6) and the definitive treatment was the Surgical witch 100%

## I INTRODUCCION

Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en el que el óvulo fertilizado o blastocito, se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio, en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o abdominal. Cuando el embarazo ocurre en el endometrio del útero se le conoce como embarazo eutópico. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que conlleva a la muerte fetal y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre del embarazo.

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y, hasta mediados del siglo XVIII, era una patología generalmente fatal. John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759. La tasa de supervivencia a principios del siglo XIX era muy baja. Un informe demostró que sólo 5 pacientes, de 30 sobrevivieron a la operación abdominal. Curiosamente, la tasa de supervivencia en los pacientes que se dejaron sin tratamiento fue de 1 de cada 3 casos.(1)

La incidencia mundial ha tendido al incremento de los casos. Representaban un 0,5 % a 1%. En la actualidad alcanza al 2 %. Los embarazos ectópicos han aumentado en forma constante en los últimos 30 años. En los Estados Unidos han aumentado de 4.5 por cada 1000 embarazos a 19.7 x1000

En América Latina el Embarazo ectópico continúa aportando casos que aumentan las cifras de muerte materna, se reporta que en el período comprendido entre los años 1985 y 1991 del total de muertes maternas, el 33 % fue por hemorragia y el primer lugar lo ocupó el embarazo ectópico complicado representando el 37 % de este grupo. En el período del 1992 al 2001 el embarazo ectópico fue el responsable del 11 % de las muertes maternas en el país y en los años del 2005 al 2007, el EE representó el 13,7 % de las muertes. (2)

En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados<sup>15</sup>.

El riesgo de muerte a partir de un embarazo extrauterino es 10 veces mayor que el del parto vaginal y 50 veces mayor que el del aborto inducido, la posibilidad de un embarazo ulterior exitoso es significativamente menor en estas mujeres, especialmente si son primíparas y mayores de 30 años, el diagnóstico temprano aumenta tanto la supervivencia materna como la conservación de la capacidad reproductiva.<sup>(3)</sup>

En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, lo que conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren un embarazo ectópico. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia que con frecuencia incluye la salpingectomía.<sup>(4)</sup>

En el Ecuador el 4 % de pacientes presentó embarazo Ectópico que corresponde el 15% a nivel mundial

Su prevalencia se ha triplicado en los últimos 20 años, su mortalidad ha disminuido por los avances diagnósticos y de tratamiento. <sup>(5)</sup>

La morbilidad y mortalidad materna a consecuencia del Embarazo Ectópico en América Latina son altas, en el Ecuador resulta difícil establecer cifras reales de la frecuencia y prevalencia.

El embarazo ectópico es considerado una verdadera emergencia médica de ahí el interés en conocer su prevalencia en los servicios de gineco -obstetricia.

## **II. OBJETIVOS**

### **A. Objetivo General:**

1. Determinar la Prevalencia del Embarazo Ectópico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010.

### **2. Objetivos Específicos**

1. Identificar las características generales de la muestra en estudio
2. Establecer el número de pacientes con el cuadro clínico de Embarazo Ectópico
3. Determinar los factores de riesgo que provocan el Embarazo Ectópico y su tipo.
4. Identificar las complicaciones que presentan las pacientes con Embarazo Ectópico.
5. Establecer el tipo de tratamiento más utilizado en el establecimiento.



### **III. MARCO TEORICO**

En un embarazo ectópico, la implantación del embrión se produce fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina: en la Trompa de Falopio, el intersticio uterino, el cérvix, el ovario o la cavidad abdominal o pélvica. Los embarazos ectópicos no pueden llegar a término y acaban rompiéndose o involucionando

#### **3.1 DEFINICIONES**

##### **3.1.1 EMBARAZO ECTOPICO**

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%. Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentoso son muy raras.

##### **3.1.2 EMBARAZO ECTOPICO NO ACCIDENTADO**

Gestación ectópica sin rotura y hemodinámica materna conservada.

##### **3.1.3 EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO**

Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámica materno.(6)

#### **3.2 EPIDEMIOLOGIA**

Según estudios, el 1,6% de los embarazos es ectópico y de estos el 98% se producen en las trompas de Falopio. Por motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes. Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, la exposición fetal al dietilestilbestrol o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la

trompa de Falopio), la endometriosis. Los embarazos ectópicos son menos frecuentes entre las mujeres de raza blanca.

### **3.3 FISIOPATOLOGIA**

El embarazo ectópico después de una ovulación y fertilización naturales se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión tales como la cirugía tubárica previa (incluyendo la esterilización), la salpingitis, el embarazo ectópico previo (como resultado del tratamiento quirúrgico o por persistencia del factor de riesgo original), la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales.

Cuando ocurre un embarazo en una usuaria del dispositivo intrauterino hay una probabilidad mayor de que sea ectópico debido a que el dispositivo previene más efectivamente el embarazo intrauterino que la implantación extrauterina. Aunque la fertilización *in vitro* y la inducción de la ovulación constituyen factores de riesgo importantes, se ha encontrado que los factores tubáricos (salpingitis o ectópico previos y cirugía) son los factores de riesgo más importantes para embarazo ectópico después de fertilización *in vitro*.

Hay factores de riesgo: alteraciones anatómicas (>50%, por daño mucosa fimbria y altera transporte ciliar), trastornos hormonales (> estradiol o progesterona), o defectos del huevo fertilizado no hay irrigación suficiente, no hay distensión adecuada y trofoblasto invade espesor pared fertilizado. (7) (8)

### **3.4 ETIOLOGIA.**

Hay una serie de factores que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican factores de riesgo predisponentes. En teoría, cualquier cosa que dificulte

la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

### **3.4.1 ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA**

Las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) tienen una alta incidencia de embarazos ectópicos. La causa más frecuente es el antecedente de infección causada por *Chlamydia trachomatis*. Los pacientes con infección por clamidias tienen una gama de presentaciones clínicas, desde un cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida y una enfermedad inflamatoria pélvica. Esto resulta en una acumulación de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio, causando daños a los cilios. Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce, y esto sería de protección contra un embarazo ectópico. La cirugía de trompas por tubos dañados puede quitar esta protección y aumentar el riesgo de la aparición de un embarazo ectópico.

Más del 50% de las mujeres que han sido infectadas no se enteran que tuvieron la exposición. Otros organismos causantes de EPI, como la *Neisseria gonorrhoeae*, aumentan el riesgo de embarazo ectópico. Una historia de salpingitis aumenta el riesgo de embarazo ectópico unas 4 veces. La incidencia de daño tubarico, aumenta después de los episodios sucesivos de EPI, es decir, un 13% después de 1 episodio, 35% después de 2 episodios y 75% después de 3 episodios.(2)

### **3.4.2 ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

La cirugía tubárica, como la ligadura de trompas, puede predisponer a un embarazo ectópico. Setenta por ciento de los embarazos después de un cauterio tubárico son ectópicos, mientras que el 70% de los embarazos después de pinzar las trompas

resulta intrauterino. Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico. Este riesgo es mayor si se emplearon métodos más destructivos para la ligadura de trompas, como el cauterio de trompas o la eliminación parcial de los tubos. La explicación parece estar fundamentada en la formación de fístulas que permiten el paso de espermatozoides.(3)

### **3.4.3 ANTECEDENTES ECTOPICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

Una historia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de futuros casos de aproximadamente el 7-10%. Este riesgo no se reduce por la eliminación de las trompas afectadas, aunque la otra trompa parece normal. El mejor método para el diagnóstico de la presente es hacer una ecografía. En general, una paciente con previo embarazo ectópico tiene una probabilidad entre 50-80% de tener un subsecuente embarazo intrauterino, y un 10-25% de probabilidad de un futuro embarazo tubárico.(2)

### **3.4.4 ANTECEDENTES ETARIOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

Las pacientes están en mayor riesgo de embarazo ectópico con la edad avanzada. La mayor tasa de embarazo ectópico se produce en las mujeres de edad 35-44 años quienes tienen un riesgo 3 - 4 veces mayor de desarrollar un embarazo ectópico en comparación con las mujeres de 15-24 años. Una explicación propuesta implica la actividad eléctrica muscular en la trompa de falopio, que es responsable de la motilidad tubárica. El envejecimiento puede resultar en una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de falopio.(2)

### **3.4.5 TABAQUISMO**

Se ha señalado que el tabaquismo está asociado con riesgo de embarazo ectópico. Estudios han demostrado alto riesgo, que va desde 1.6-3.5 veces mayor en las pacientes fumadoras. En este caso también se ha sugerido un efecto dosis-respuesta, es decir, que el riesgo de embarazo ectópico incrementa paulatinamente con el número de cigarrillos fumados al día. Basado en estudios de laboratorio en seres humanos y animales, los investigadores han postulado varios mecanismos por los cuales el tabaquismo podría desempeñar un papel en los embarazos ectópicos. Estos mecanismos incluyen una o más de las siguientes: retraso en la ovulación, alteración de la motilidad. Estudios en grandes grupos de pacientes realizados en Francia (2003) han demostrado como principales factores el fumar más de 20 cigarrillos al día versus pacientes que nunca han fumado. Ya en 1998, Saraiya demostró que el fumar tenía un riesgo de embarazo ectópico independiente de otras variables, que era significativo a partir de 11 a 20 cigarrillos diarios.(9)

### **3.4.6 OTROS FACTORES DE RIESGO**

Las mujeres expuestas a dietilestilbestrol (DES) en el útero tienen también un elevado riesgo de embarazo ectópico, hasta 3 veces el riesgo de las mujeres no expuestas. Ocasionalmente se observa que existe un cuerpo amarillo en el lado contralateral del sitio de implantación, haciendo suponer que son casos de migración demasiado largas para alcanzar el útero.

Algunos embarazos ectópicos pueden deberse a:

- Defectos congénitos en las trompas de Falopio
- Complicaciones de una apendicitis
- Endometriosis
- Complicaciones de una salpingitis

El mantenimiento de relaciones sexuales con diferentes hombres incrementa ligeramente el riesgo de embarazo ectópico, con una odds ratio de 2,1. También el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años eleva discretamente el riesgo, probablemente condicionados en parte por la enfermedad pélvica inflamatoria.

En la etiología se han involucrado muchos factores que se pueden agrupar en 2 grandes grupos.

### **3.5 FACTORES MECANICOS**

Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

1. La salpingitis especialmente la endosalpingitis, que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubaria con estrechamiento de la luz o formación de bolsillos ciegos. Una reducción de la cantidad de cilios de la mucosa tubaria producida por una infección que puede contribuir a la implantación tubaria del cigoto.
2. Adherencias peritubarias: son secundarias a infecciones posparto o posaborto, apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.
3. Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos; orificios accesorios e hipoplasias.
4. Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15 % según diferentes autores.
5. Operaciones previas de las trompas: sobre todo cirugía para restablecer la permeabilidad.
6. Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo al aumentar la salpingitis.
7. Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores anexos.

8. Cesárea previa ha sido mencionada por algunos autores, para otros no pareció haber un riesgo aumentado. Sin embargo en la cistectomía del ovario si se ve incrementado el riesgo por la retracción cicatrizal peritubaria.

### **3.6 FACTORES FUNCIONALES**

1. Migración externa del huevo: puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller, que da como resultado un hemiútero con un cuerno uterino rudimentario no comunicante.
2. Reflujo menstrual: ha surgido como una causa aunque hay pocos hechos que lo avalan.
3. Alteraciones de la movilidad tubaria: consecuente con cambios séricos en los niveles de estrógenos y progesterona. Alteraciones de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.
4. El hábito de fumar: aumenta el riesgo relativo de 2,5 en comparación con las no fumadoras, porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubaria, de la actividad ciliar y de la implantación del blastocito, se relaciona con la ingestión de nicotina. (10)

Empleo de anticonceptivos: los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. El uso de altas dosis de estrógenos solos posovulatorios para evitar el embarazo "Píldora del día siguiente". La "píldora del día siguiente" (píldora poscoital o anticonceptivo de emergencia) ha sido relacionada con varios casos de embarazo ectópico.(11)

5. Resultados de un estudio de 243 mujeres que desarrollaron un embarazo ectópico y 140 mujeres que desarrollaron un embarazo normal mientras empleaban un DIU, indican que el dispositivo causa inflamación de las trompas de Falopio, de tal manera que juega un rol en el desarrollo del embarazo ectópico. (12)

### **3.7 REPRODUCCION ASISTIDA**

Aumenta la incidencia del embarazo ectópico. Aumento de embarazo tubario después de la inducción de la ovulación, de la transferencia de gametos y de fertilización in vitro. El primer embarazo logrado por la fertilización in vitro fue un ectópico tubario. (13)

El aborto está relacionado de forma importante con un riesgo añadido de embarazos ectópicos posteriores. Los embarazos ectópicos, a su vez, amenazan la vida y pueden llevar a un descenso en la fertilidad.(14)

### **3.8 PATOGENIA**

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que, varios días después, llega al útero. Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa), o si hay daño en la motilidad tubárica, el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico.

En un típico embarazo ectópico, el embrión no llega al útero, pero en cambio se adhiere a la mucosa de la trompa de Falopio. El embrión implantado se encaja activamente en el revestimiento de trompas. Más comúnmente invade vasos sanguíneos y causa sangrado. Este sangrado intratubal suele expulsar a la implantación fuera de las trompas en la forma de un aborto espontáneo. Algunas mujeres tienden a pensar que están teniendo un aborto involuntario cuando realmente tienen un aborto tubárico. No suele haber inflamación de la trompa en un embarazo ectópico. El dolor es causado por las prostaglandinas liberadas en el sitio de implantación, y por la sangre en la cavidad peritoneal, por ser un irritante local. A



veces, el sangrado puede ser suficientemente fuerte para amenazar a la salud o incluso la vida de la mujer. Por lo general, este grado de hemorragia es debido a la demora en el diagnóstico, pero a veces, especialmente si la implantación es en la porción proximal de la trompa, es decir, justo antes de que entre en el útero, puede invadir la arteria vecina, provocando sangrado antes de lo habitual.

Se han reportado casos de embarazo ectópico tubárico gemelar poco frecuente, se ha calculado que la incidencia es de aproximadamente 1: 125.000 embarazos. (15)

### **3.9 EMBARAZO ECTOPICO COMBINADO (HETEROTOPICO)**

El embarazo Heterotopico es la presencia de un embarazo intrauterino normal y extrauterino en forma simultanea; se trata de una entidad un tanto rara pues calcula que 1 de cada 30. 000 embarazos pueden presentarse.(16)

### **3.10 EMBARAZO ECTOPICO CRONICO**

El embarazo ectópico crónico (EEC) es una entidad clínico-patológica que resulta del aborto espontáneo o pequeñas rupturas de un embarazo tubario con la consecuente respuesta inflamatoria, formación de adherencias y masa pélvica. El diagnóstico de esta patología es difícil, sobre todo cuando no hay sospecha de gestación. (17)

### **3.11 CUADRO CLINICO**

- Sangrado vaginal anormal.
- Amenorrea
- Sensibilidad en las mamas.
- Lumbago
- Cólico leve en un lado de la pelvis
- Náuseas
- Dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis

- Si el área del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Estos pueden abarcar:
- Sensación de desmayo o realmente desmayarse
- Presión intensa en el recto
- Dolor que se siente en el área del hombro
- Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen
- El sangrado interno debido a una ruptura puede llevar a que se presente hipotensión y desmayo en alrededor de 1 de cada 10 mujeres.(18)

### **3.12 TRIADA CLASICA DE SIGNOS Y SINTOMAS**

Se presentan el menos del 50% de los pacientes incluyen: Historia de pérdida de un período menstrual seguido de sangrado vaginal anómalo, dolor abdominal o pélvico y masa anexial dolorosa (19)

### **3.13 CLASIFICACION**

**3.13.1 Tubárico:** Cuando se implanta en una de las Trompas de Falopio, ocurre el 98.3% de los casos. Según el lugar donde se implante el embarazo tubárico puede ser: (20)

Fímbrico. 6.2 %  
 Ampular.79.6 %  
 Itsmico. 12.3 %  
 Intersticial. 1.9 %

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

Cornual.  
 En divertículo.  
 Sacualción uterina intersticial.  
 Intramural.

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

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

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

**3.13.6 Abdominal:**

Primario.

Secundario tubo-abdominal.

Abdomino-ovárico.

Asociado a Histerectomía. (21)

### **3.14 EVOLUCION**

La evolución que puede seguir el embarazo tubario es muy variable. Habitualmente debido a que la mucosa y la muscular que lo rodean son mucho más delgadas que en el cuerpo del útero, el trofoblasto, al proliferar, perfora la pared y los vasos de la trompa y da origen a hemorragias más o menos copiosas.(22)

### **3.15 DIAGNOSTICO**

Al embarazo ectópico se le ha denominado en muchas ocasiones "el gran simulador", siempre hay que pensar en él para poder diagnosticarlo.

Primero se debe diagnosticar que existe un embarazo; segundo, demostrar que no está en el interior del útero y tercero, conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico, y de ser así, valorar su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente.

Pruebas de laboratorio: dosificación de hemoglobina y hematócrito, después de una hemorragia pueden disminuir los niveles de estos y orientar en el diagnóstico.

Pruebas de embarazo: el ectópico no puede ser diagnosticado sólo por una prueba positiva pero las gonadotropinas coriónicas pueden ser detectadas en el suero, en concentraciones muchos más reducidas que en el embarazo normal.

Pruebas urinarias de embarazo: las más usadas son las portaobjeto de inhibición de la aglutinación de látex, con sensibilidad para la gonadotropina corionica del orden 500-800 m UI/mL. Las pruebas del tubo tienen una detección entre 150-250 m UI/mL y solamente positivas entre el 80-95 %. Las pruebas que utilizan ensayos inmunoarborescentes ligados a enzimas (ELISA) son sensibles de 10-50 m UI/mL y positivas en el 90-96 %. La determinación cuantitativa de la subunidad b de la gonadotropina corionica (b- HCG) es la piedra angular para el diagnóstico, tiene una sensibilidad de 25 m UI/ml. La prueba es positiva virtualmente en todos los ectópicos comprobados.

La concentración de b- HCG se relaciona con la edad gestacional. Durante las primeras semanas de la amenorrea se incrementa de manera exponencial. Después de la sexta semana las concentraciones son > de 6 000 a 10 000 m UI/mL; el incremento es más lento e inconstante.

Diferentes autores han observado que en mujeres con embarazo normal la media del tiempo para duplicar la b-HCG en suero era de 48 h aproximadamente y el valor más bajo, normal para este aumento, era del 66 %. Calcular estas cifras restando el valor inicial de la b- HCG del valor de las 48 h y dividir el resultado por el valor inicial; el que se multiplica por 100 para obtener un porcentaje.

$$\frac{\beta\text{-HCG a las 48 h} - \beta\text{-HCG inicial}}{\beta\text{-HCG inicial}} \times 100$$

El tiempo de duplicación de la HCG puede distinguir entre embarazo ectópico e intrauterino: el incremento del 66 % en la b- HCG en 48 h (nivel de confianza de 85

%) representa el límite inferior de los valores normales para embarazos intrauterinos viables. La determinación única de la gonadotropina corionica humana, tiene utilidad limitada porque se produce sobreposición considerable de los valores entre los embarazos normales y los anormales.

Progesterona sérica: la concentración sérica media de progesterona en el ectópico es más baja que en el embarazo intrauterino. Cerca del 70 % de las pacientes con embarazo intrauterino viable tienen concentraciones > 25 ng/mL; solo el 1,5 % de los ectópico pasan de estas cifras.

#### **4.16 OTROS MARCADORES ENDOCRINO-PROTEINICO**

Su concentración es mucho más baja en los ectópico cuando se comparan con los embarazos viables.

Concentración sérica materna de la creatin-cinasa . Son más elevadas en mujeres con embarazo tubario que en embarazos normales.

Proteína 1 de Schwangerschafts (SP1) conocida como proteína C relacionada con el embarazo (PCPRE) o glucoproteina B específica del embarazo, se produce en el sincitiotrofoblasto, se incrementa tardíamente en pacientes con embarazo no viable.

Relaxina: es una hormona proteica producida sólo por el cuerpo lúteo del embarazo, aparece en el suero materno entre la 4ta. y la 5ta. semana de gestación, llega a su máximo cerca de la 10ma. semana. Las concentraciones de relaxina son significativamente más bajas en los embarazos ectópico, una sola concentración > 33 pg /mL excluye el diagnóstico de ectópico.

La CA 125 es una glucoproteina que aparece durante el embarazo cuyo origen no ha podido dilucidarse, aumenta solo en el 1er. trimestre. Los resultados en investigaciones han sido contradictorios.

Determinación de a-feto proteínas (AFP). En el embarazo ectópico están elevadas las mediciones. La combinación de AFP con otros marcadores b- HCG, progesterona y estradiol tienen una especificidad de 98,5 % y una precisión de 94,5 % para la predicción de embarazo ectópico.

La proteína C reactiva es una sustancia reactiva de fase aguda que se incrementa en caso de traumatismo e infección. Es más baja en pacientes con embarazo ectópico que en las que experimentan un proceso infeccioso ectópico.

Ultrasonografía: los progresos de la ultrasonografía han generado un diagnóstico más oportuno de los embarazos intrauterinos y ectópicos. La exploración completa debe incluir ultrasonografía transabdominal y transvaginal. Mediante el procedimiento transvaginal el diagnóstico del embarazo intrauterino se puede establecer una semana antes que con el transabdominal. La ecografía transvaginal sola puede dar como resultado el diagnóstico correcto en el 90 % de las pacientes.

Ultrasonido transvaginal con Doppler pulsado color: la técnica consiste en identificar un sitio intrauterino o extrauterino de color vascular con la forma placentaria característica, el denominado "patrón en anillo de fuego y un patrón continuado de alta velocidad y baja impedancia que es compatible con la perfusión placentaria. Si este patrón se ve fuera de la cavidad uterina el diagnóstico de ectópico es cierto.

### **3.17 ECOGRAFIA EN EL EMBARAZO ECTOPICO= ECOGRAFIA TRANSVAGINAL**

SENSIBILIDAD: 95-98 %

ESPECIFICIDAD: 88-99%

V.P.P: 86-89 %

V.P.N: 89-95 %(23)

Determinación de b-HCG sérica cuantitativa más ecografía. Kadar y otros. en 1981 describieron las 4 posibilidades siguientes con la combinación de estas técnicas que han sido modificadas por Cacciatore y cols.

1. Cuando el valor de b-HCG  $> 6000$  mUI y se observa un saco gestacional intrauterino mediante ecografía, es prácticamente seguro que sea un embarazo normal.
2. Cuando el valor b-HCG  $> 6000$  mUI (1 000-2 000 mUI/mL con ecografía transvaginal) y se visualiza cavidad uterina vacía es muy probable un embarazo ectópico.
3. Cuando el valor de b- HCG está por debajo de 6000 mUI/mL (1 000-2000 mUI/mL con ecografía transvaginal y se visualiza un saco intrauterino definido es probable un embarazo ectópico. La determinación de progesterona sérica puede ser de ayuda en estos casos.
4. Cuando el valor b-HCG  $> 6000$  mUI (1 000-2 000 mUI/mL con ecografía transvaginal) y hay un útero vacío; no se puede hacer un diagnóstico definitivo de la falta de visualización de sacos gestacionales. En estos casos hay un periodo de ventana de 20 días y puede ser que se produzca un aborto, continuar un embarazo normal o haber evidencias de un ectópico.
5. Finalmente una prueba positiva de b-HCG sérica puede confirmar un embarazo en una fase tan temprana como 8 días después de la fertilización.

Culdocentesis. Se ha empleado con amplitud como técnica diagnóstica para el ectópico en lugares donde existen las dosificaciones de b-HCG y la ecografía transvaginal se usa menos. Su finalidad es identificar la presencia de sangre no coagulada en el embarazo ectópico complicado.

La importancia que se realice correctamente la punción del saco de Douglas para evitar falsos positivos o falsos negativos, pues en ambos se adoptaría una conducta incorrecta.

Dilatación y legrado: en algunos lugares lo usan en el embarazo no viable donde no pueden determinar su localización por ultrasonografía. Es necesario confirmar la presencia de tejido trofoblástico. El tejido desidual no flota en solución salina y las vellosidades corionicas suelen identificarse por su aspecto frondoso y laxo característico.

### **3.18 LAPAROSCOPIA: SE CONSIDERA EL "ESTANDAR DORADO" PARA EL DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO ECTOPICO**

A través de ella se tienen 3 ventajas importantes que son: se visualizan los genitales internos con sus características y permite un diagnóstico de certeza, es una vía concurrente para eliminar la masa ectópica con el advenimiento de la cirugía de mínimo acceso, y, es una vía para inyectar agentes quimioterapéuticos en el interior de la masa del ectópico.

Para hacer un diagnóstico es importante un adecuado interrogatorio, antecedentes de la paciente, un correcto y minucioso examen físico en busca de los signos de la enfermedad y combinarlos con los métodos diagnósticos que estén disponibles, así como un adecuado diagnóstico diferencial de todos aquellos procesos que cursan con síndrome doloroso pélvico; con un síndrome hemorrágico y que pueden confundir el diagnóstico.

Laparotomía: si aun a pesar de todo existiera alguna duda debe realizarse una laparotomía exploradora. Un diagnóstico rápido y certero puede salvar la vida y cuanto más temprano se diagnostique, las posibilidades de un futuro embarazo serán mayores.

### **3.19 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

- Aborto Intrauterino
- Mola hidatiforme



- Abdomen Agudo(24)

### 3.20 TRATAMIENTO

Históricamente, el tratamiento de un embarazo ectópico se limitaba a la cirugía. Con la evolución y la experiencia con el metotrexato, el tratamiento de algunos embarazos ectópicos ha cambiado de curso. El tratamiento médico de un embarazo ectópico es preferido sobre las opciones quirúrgicas por una serie de razones, incluida la eliminación de la morbilidad de la cirugía y la anestesia general, potencialmente menos daño tubario, menos costo y necesidad de hospitalización.

La paciente debe ser sometida a una **operación de urgencia** en la que se interrumpirá la gestación mediante extirpación o apertura de la trompa de falopio donde se aloja la placenta y el embrión. (25)

### 3.21 METOTREXATO

Consiste en la administración de sustancias capaces de causar la muerte del blastocisto o embrión. Existen diferentes criterios de selección de estas pacientes:

- 1.- Estar en presencia de un embarazo ectópico no complicado, estable del punto de vista hemodinámico, con función normal del hígado y riñones.
- 2.- Un tiempo de embarazo menor a 6 semanas
- 3.- Masa anexial menor de 3, 5 cm de diámetro.
- 4.- Dosis bajas de HCG.

En Japón, en el año 1982 se realizaron los primeros tratamientos, por los cuales se recomendó el uso de esta sustancia para el embarazo intersticial. De estas comunicaciones iniciales se han realizado numerosas publicaciones que describen tratamientos exitosos para el embarazo ectópico, con la utilización de diferentes regímenes de metrotexate. La acción del metrotexate (es un análogo del ácido fólico)

es inhibir a una enzima (la reductasa del dehidrofolato) por lo cual impide la síntesis del ácido desoxirribonucleico (ADN) en el embrión.(26)

### **3.22 CIRUGIA**

Con los avances en la capacidad de hacer un diagnóstico precoz y las mejoras en las técnicas de microcirugía, la cirugía conservadora ha sustituido a laparotomía con salpingectomía del pasado. En las últimas dos décadas se ha recomendado el abordaje quirúrgico más conservador para un embarazo ectópico no roto usando cirugía mínimamente invasiva para preservar la función de las trompas y permitir a la paciente la oportunidad de mantener la fertilidad. Estas medidas incluyen la salpingectomía lineal y el ordeño del producto gestacional fuera de la ampolla distal. El abordaje más radical incluye la resección del segmento de las trompas de Falopio que contiene la gestación, con o sin la reanastomosis.

La laparoscopia se ha convertido en el enfoque recomendado en la mayoría de los casos. La laparotomía se suele reservar para las pacientes que se encuentren hemodinámicamente inestables o pacientes con embarazos ectópicos cornuales. También es un método preferido para cirujanos sin experiencia en laparoscopia y en pacientes donde es difícil el abordaje laparoscópico, por ejemplo, secundaria a la presencia de múltiples y densas adherencias fibrosas, la obesidad o hemoperitoneo masivo. Múltiples estudios han demostrado que el tratamiento laparoscópico de un embarazo ectópico resulta en un menor número de adherencias postoperatorias que la laparotomía. Además, la laparoscopia se asocia una pérdida significativamente menor de sangre y una menor necesidad de analgesia. Por último, la laparoscopia reduce el costo, hospitalización, y período de convalecencia.

Si la mujer quiere un embarazo a futuro y está hemodinámicamente estable, el tratamiento de elección es la salpingostomía lineal, un abordaje a lo largo de la cara antimesentérica de la trompa afectada con la subsecuente extracción de los

productos de la concepción. Los embarazos ectópicos ubicados en la ampolla tubárica se encuentra por lo general entre la luz de la trompa y la serosa, por lo tanto, son candidatos ideales para la salpingostomía lineal.

En algunos casos, es preferible la resección del segmento de la trompa que contiene el producto de la gestación o una salpingectomía total a una salpingostomía. Es el caso de pacientes con un embarazo ístmicos o en pacientes con ruptura tubárica.

### **3.23 TRATAMIENTO MEDICO VERSUS TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Los estudios aleatorios que compararon el tratamiento médico con la salpingostomía laparoscópica para el tratamiento del embarazo ectópico no roto, mostraron una leve superioridad con dosis múltiples de metotrexato y un resultado significativamente inferior con una dosis única de metotrexato.

Estudios de costo-efectividad mostraron que el tratamiento con metotrexato es menos costo efectivo que el tratamiento quirúrgico solamente cuando el diagnóstico de embarazo ectópico no requiere laparoscopia y los valores séricos de GCh son > 1500 mUI/ml.

Las recidivas de embarazo ectópico (8 a 15%) y las tasas de permeabilidad de la trompa (62 a 90%), son similares tanto con el tratamiento médico como con el quirúrgico.

Las mujeres a las cuales se les ofrece la opción de control expectante, deben estar informadas del riesgo potencial de ruptura de trompa a pesar del descenso de los valores de GCh sérica.(27)

### **3.24 COMPLICACIONES**

La rotura de un embarazo ectópico provoca una hemorragia que puede ser gradual o rápida, en cuyo caso puede llegar a producir shock hemorrágico, la sangre peritoneal produce finalmente peritonitis.(28)

La complicación más común es la ruptura con sangrado interno que lleva a que se presente *shock*, pero rara vez se presenta la muerte por esta causa.(29)

### **3.25 PRONOSTICO**

Un tercio de las mujeres que ha tenido un embarazo ectópico puede más adelante tener un bebé. Se puede presentar otro embarazo ectópico en una tercera parte de las mujeres. Algunas mujeres no vuelven a quedar embarazadas de nuevo.

La probabilidad de un embarazo exitoso depende de la edad de la mujer, ha tenido hijos, la razón por la cual se presentó el primer embarazo ectópico. (30)

### **3.26 PREVENCIÓN**

- Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual.
- Diagnóstico y tratamiento oportunos de salpingitis y de enfermedad inflamatoria pélvica. (31)

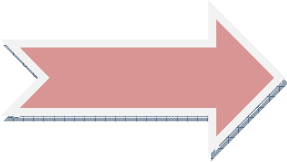
## IV. METODOLOGIA

### 4.1 LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

La Investigación se realizará basándose en el estudio de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba con el diagnóstico de Embarazo Ectópico en el período Enero – Septiembre 2010

### 4.2 VARIABLES

#### 4.2.1 Identificación

| <b>COVARIANTE SECUNDARIA DETERMINANTE</b>                                    | <b>RELACIÓN</b>   | <b>COVARIANTE PRINCIPAL FENÓMENO</b> |
|--|---|--------------------------------------|
| Características Generales:<br>Edad, Estado Civil,<br>Instrucción, Residencia |  | <b>EMBARAZO ECTÓPICO</b>             |
| Pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico de acuerdo a meses de estudio |   |                                      |
| Factores de Riesgo   |   |                                      |
| Tipos de embarazo ectópico   |   |                                      |
| Complicaciones   |   |                                      |
| Tratamiento  |   |                                      |

#### 4.3 Definición

4.3.1 **Característica.-** Relativo de carácter. Cualidad que da carácter o sirve para distinguir una persona o cosa de sus semejantes.

4.3.2 **General.**- común a todos los individuos que constituyen un todo, o muchos objetos.

4.3.3 **Factores de Riesgo.**- factores que están relacionados con la probabilidad de que un individuo presente una enfermedad.

4.3.4 **Embarazo Ectópico.**- se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.

#### 4.4 OPERACIONALIZACION

| VARIABLE   | ESCALA   | VALOR   |
|--|----------|---|
| <b>Características Generales:</b><br><b>Edad</b> | Continua | 0. 15- 20 años%<br>1. 21- 25 años %<br>2. 26- 30 años %<br>3. 31- 35 años%<br>4. 36- 40 años% |
| <b>Estado Civil</b>                              | Nominal  | 0. Soltera%<br>1. Casada%<br>2. Divorciada%<br>3. Unión Libre%                                |
| <b>Instrucción</b>                               | Nominal  | 0. Analfabeto%<br>1. Primaria%<br>2. Secundaria%<br>3. Superior%                              |
| <b>Residencia</b>                                | Nominal  | 0% Intercantonal<br>1% Rural<br>2% Urbano   |

|   |          |  |
|---|----------|--|
| <b>Pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico de acuerdo a meses de estudio</b> | Ordinal  | <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Enero%</li> <li>1. Febrero%</li> <li>2. Marzo%</li> <li>3. Abril%</li> <li>4. Mayo%</li> <li>5. Junio%</li> <li>6. Julio%</li> <li>7. Agosto%</li> <li>8. Septiembre%</li> </ul> |
| <b>FACTORES DE RIESGO:<br/>Edad sexual de inicio</b>                                | Continua | <ul style="list-style-type: none"> <li>0. 15 años o menos%</li> <li>1. 16- 20 años%</li> <li>2. 21-25 años%</li> <li>3. 26 años o más%</li> </ul>  |
|   | Continua | <ul style="list-style-type: none"> <li>0. 1%</li> <li>1. 2%</li> <li>2. 3%</li> <li>3. 4 o más%</li> </ul>   |
|   | Nominal  | <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Métodos de Barrera%</li> <li>1. Hormonales%</li> <li>2. Dispositivos Intrauterinos%</li> <li>3. Métodos Quirúrgicos%</li> <li>4. Ninguno%</li> </ul>                             |
|   | Nominal  | <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Si%</li> <li>1. No%</li> </ul>   |
|   | Nominal  | <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Si%</li> <li>1. No%</li> </ul>   |
| <b>Número de Compañeros Sexuales</b>  |          |  |
| <b>Uso de Anticonceptivo</b>  |          |  |
| <b>Enfermedad Pélvica Inflamatoria</b>  |          |  |
| <b>Antecedentes Quirúrgicos</b>   |          |  |

|                                    |          |  |
|------------------------------------|----------|--|
| <b>Antecedentes Ectópicos</b>      | Nominal  | 0. Si%<br>1. No%   |
|                                    | Continua | 0. 1-2%<br>1. 3-4%<br>2. 5 o más%<br>3. Ninguno%   |
| <b>TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO:</b> | Nominal  | 0. Tubárico%<br><br>1. Uterino%<br><br>2. Cervical%<br><br>3. Intraovárico%<br>4. Intraligamentario%<br>5. Abdominal%<br>6. Cicatriz de la Cesárea Anterior% |
| <b>Complicaciones</b>              | Nominal  | 0. Shock%<br>1. Sepsis%<br>2. Muerte%<br>3. Ninguna%   |
| <b>Tratamiento</b>                 | Nominal  | 0. Médico%<br>1. Quirúrgico%   |

#### **4.5 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El presente es un estudio Transversal.

#### **4.6 POBLACION, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO**



**4.6.1 Universo:** Pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba.

**4.6.2 Muestra:** La población de estudio constituye el total de 48 pacientes de la muestra con diagnóstico final de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010, que cumplan con los siguientes criterios:

**4.6.3 Criterios de Inclusión:** Se incluye en el estudio a todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010 y que cuenten con historia clínica completa.

**4.6.4 Criterios de Exclusión:** No se considera a las pacientes cuyas historias clínicas no sean ubicadas o presenten datos incompletos y aquellas con embarazo intrauterino.

## **5 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS**

Según los objetivos planteados y en términos generales para la Investigación se obtendrá la información basándonos en la revisión de los reportes mensuales del servicio de Ginecología y Obstetricia que se encuentran en el servicio de Estadística, para recolectar los números de Historias Clínicas de las pacientes con cuadro clínico de Embarazo Ectópico, y de esta forma realizar la revisión de cada una de éstas para obtener la información necesaria en el periodo de estudio establecido Enero – Septiembre 2010.

Especial revisión tendrá el formulario 03 (Hoja de Historia Clínica), junto a la nota de ingreso, donde encontraremos datos para identificar si existieron factores de riesgo para presentar el cuadro de embarazo ectópico.

Así también; es de mucha ayuda revisar las notas de evolución posteriores para conocer el manejo y las posibles complicaciones que presentaron los pacientes con esta patología.

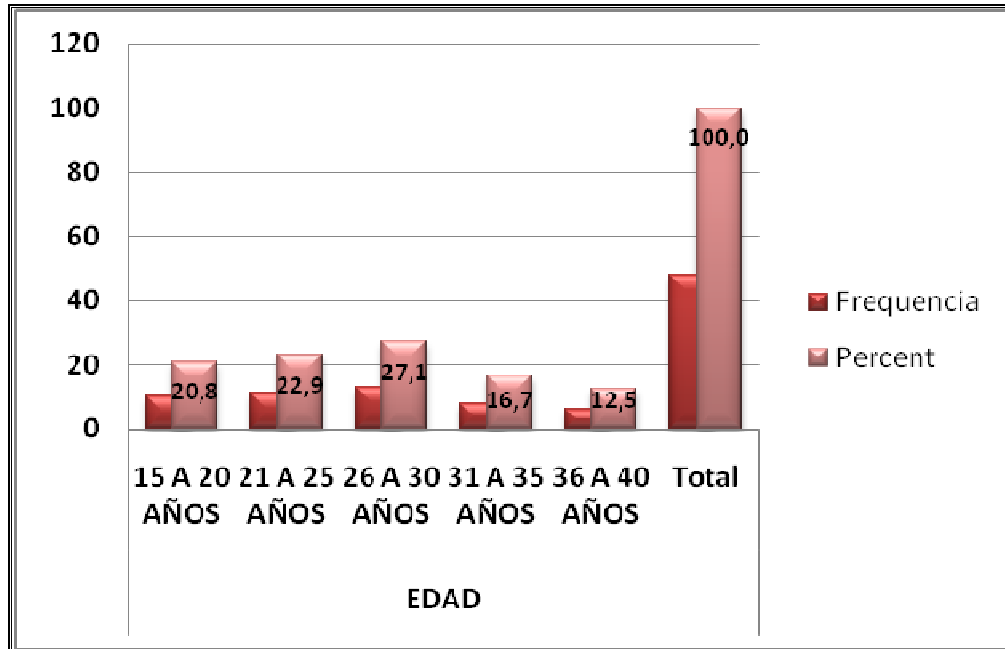
## **6. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La recolección de datos de las historias clínicas serán tabuladas en una base de datos los mismos que serán ingresados en el programa estadístico Excel 2007 y el programa SPSS 17.0, para el análisis estadístico mediante la elaboración de gráficos y tablas las cuales nos llevará a las conclusiones y recomendaciones el texto será elaborado en Word.

## **V RESULTADOS Y DISCUSION**

**Gráfico No 1**

**EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



Fuente: Tabla No 1

|                      |            |
|----------------------|------------|
| N 48                 | Mean 27    |
| Median 27            | Mode 18    |
| Std. Deviation 7,195 | Minimum 15 |
| Maximum 45           | Sum 1295   |

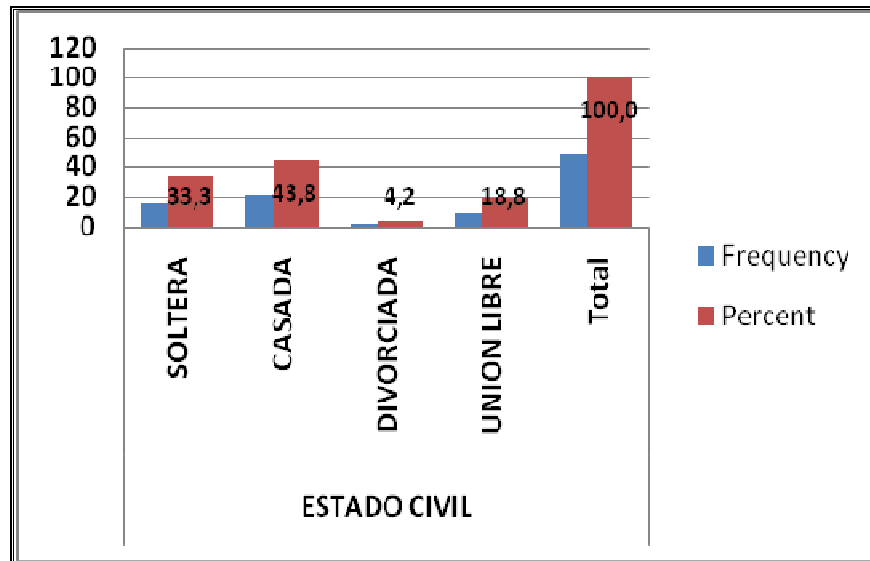
De la muestra de 48 pacientes, el mayor número de mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico corresponden a las edades de 26 a 30 años (27.1%), siendo la media y mediana de 27 años y moda de 18 años, con desviación estándar de 7; existen grupos etarios menores que muestran una mínima diferencia. Estos resultados coinciden con los momentos más fértiles de la mujer e incremento de la actividad sexual y por ende un aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

En la investigación realizada a nivel nacional, en el hospital Gineco – Obstétrico Enrique Sotomayor de Guayaquil en el periodo 2005, la edad más frecuente se encontró en los períodos etarios 19 a 30 años (90%), que coincide estadísticamente con este estudio.<sup>32</sup>

A nivel internacional en el hospital Universitario Eusebio Hernández Cuba, entre Enero 2005 a Diciembre 2007, mostró una mayor incidencia de embarazos ectópicos en las edades comprendidas entre los 20 a 29 años con un 51,5%.<sup>33</sup> En el departamento de Gineco- Obstetricia del hospital Hipólito Unanue de Tacna Perú 2009 con un 29,9%.<sup>34</sup> En el hospital Materno – Infantil “German Urquidi” de Bolivia, el 56,4%.<sup>35</sup> Determinándose así que el grupo etario en los distintas investigaciones de embarazo ectópico tienen el mismo comportamiento.

Gráfico No 2

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO DEL HPGDR  
2010



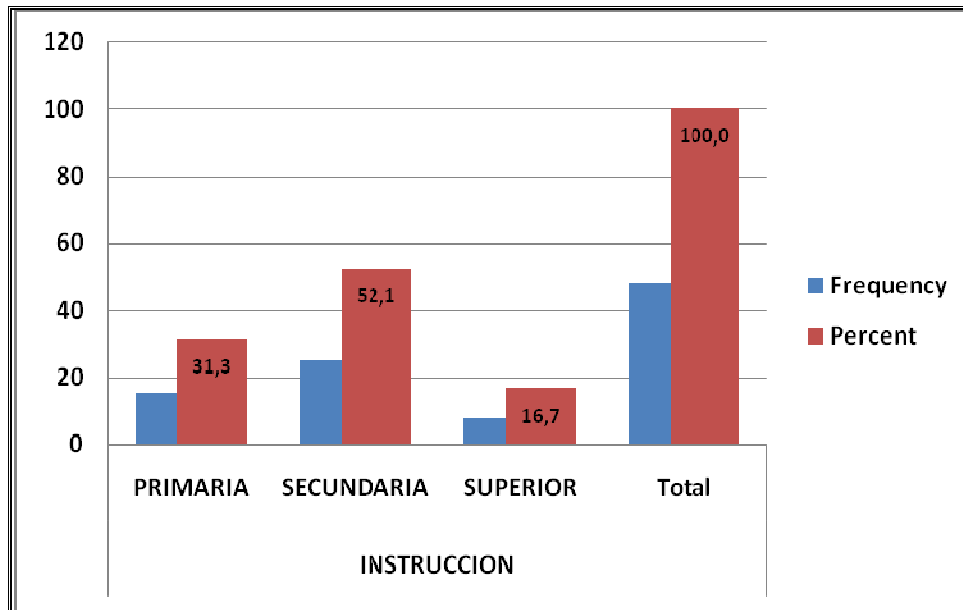
Fuente: Tabla No 2

En el análisis del gráfico se puede evidenciar que el mayor número de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, son casadas que corresponde al 43,8%, pero se puede evidenciar que al sumar las solteras y unión libre presentan un porcentaje mayor 52,1% con una diferencia de proporción de 1,1% con lo que concluimos diciendo que esta patología no es dependiente del estado civil.

Igual comportamiento se da en otras instituciones de salud, como el hospital "German Urquidí" Bolivia, las pacientes casadas fueron las más afectadas por esta patología, con un 47%<sup>35</sup>, sin que esto quiera decir que para la presentación de embarazos ectópicos, el estado civil sea un factor dependiente de la patología.

### Gráfico No 3

## INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010



Fuente: Tabla No 3

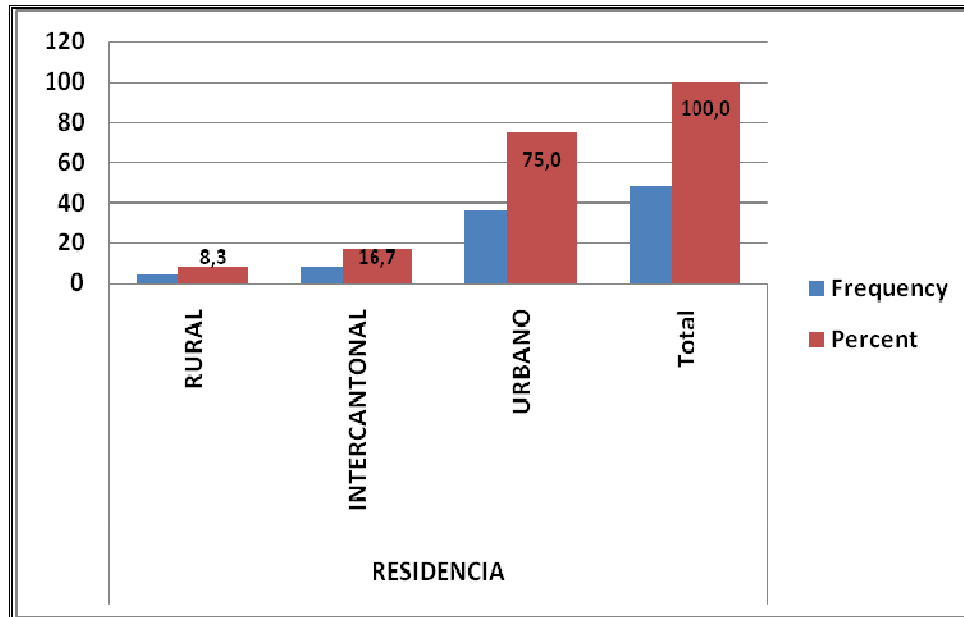
En cuanto a los niveles de Instrucción de las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico en su gran mayoría (52,1%) corresponden a la secundaria, esta etapa etaria desencadena un mayor interés sexual concomitantemente existe mayor predisposición a la adquisición de I.T.S.

En el hospital Materno Infantil "Germán Urquidi" en un estudio 2010, los niveles de instrucción intermedia (secundaria) sufren una mayor incidencia de embarazo ectópico (44,11%), semejantes a la presente investigación.<sup>35</sup>

Demostrando así que la instrucción es similar en estos estudios y que tiene una razón social y fisiológica.

**Gráfico No 4**

**RESIDENCIA DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



**Fuente: Tabla No 4**

Una vez analizados los datos podemos decir, que el mayor número de pacientes con embarazo ectópico residen en el área urbana (75%); esto nos indica que la mayor población con esta patología puede acudir de manera oportuna a este centro de salud fundamentalmente por la ubicación geográfica, evitando complicaciones ulteriores, hay que tener en cuenta que la población rural e intercantonal, tienen acceso a otros centros de salud más cercanos, ya sea por la distancia y facilidad, siendo más difícil acudir al hospital Provincial, de ahí que el porcentaje es menor.

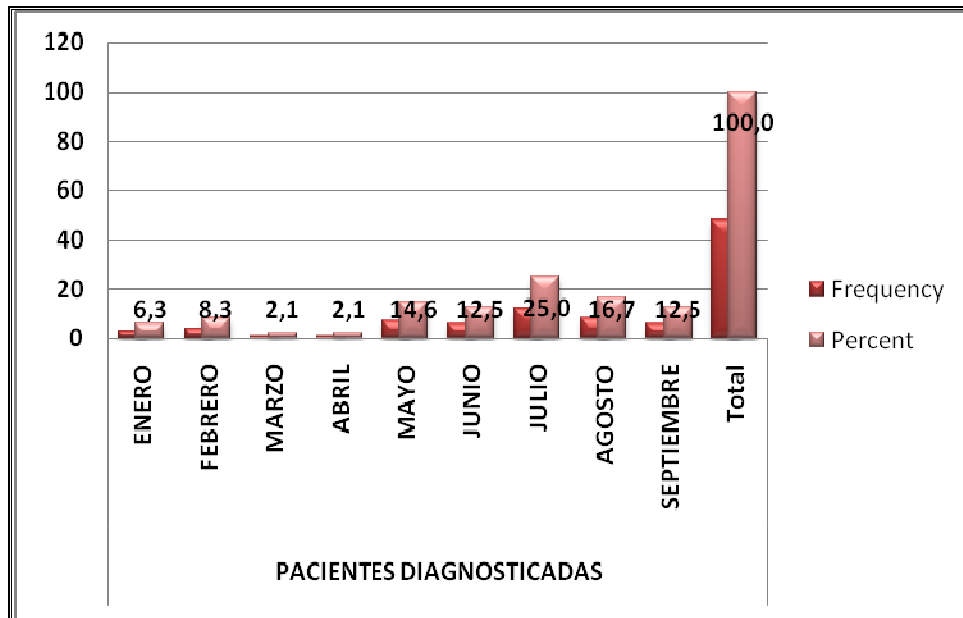
En el hospital Materno – Infantil “German Urquidí” del país de Bolivia el mayor porcentaje de embarazos ectópicos lo encontraron en el área urbana con un 44.12%.<sup>35</sup>

Este comportamiento asistencial no tiene mayor incidencia de acuerdo al estudio en la presentación de embarazo ectópico, ya que es meramente circunstancial.



**Gráfico No 5**

**PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE EMBARAZO ECTOPICO DE ACUERDO A MESES DE ESTUDIO DEL HPGDR 2010**

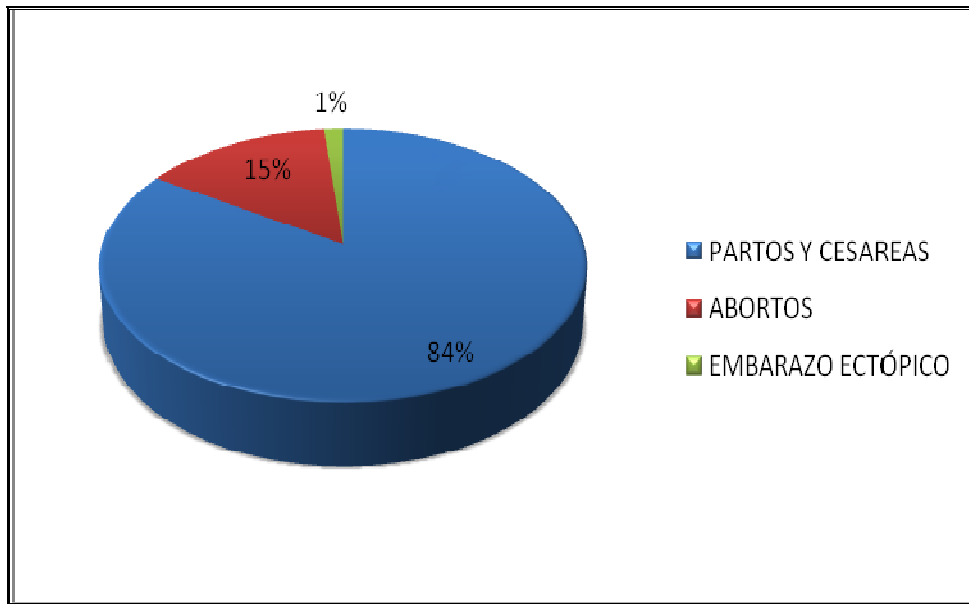


**Fuente: Tabla No5**

El total de las pacientes encontradas en este estudio fueron de 48 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, el mes en el que se encontró más casos fue en Julio con un 25%, pero estadísticamente no es significativo sino únicamente coincidencial. No está determinado que los meses tengan científicamente incidencia en la patología.

**Gráfico No 6**

**NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS EN RELACION A PARTOS, CESAREAS Y ABORTOS EN EL HPGDR 2010**



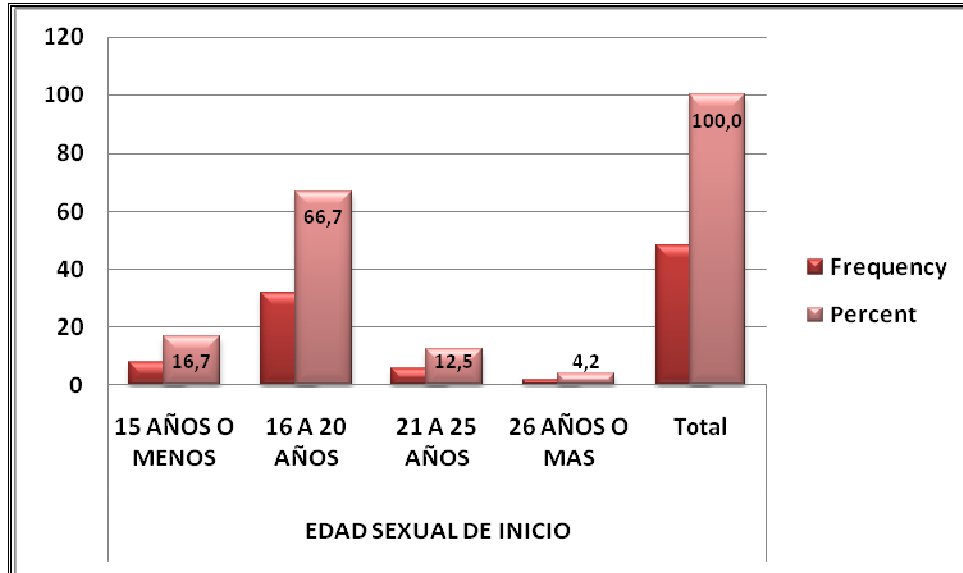
Del concentrado de atención en el área de Gineco-obstetricia de este centro hospitalario en el periodo de estudio señalado fueron (3280) pacientes, de las cuales se atendieron 2755 partos y cesáreas (84%), abortos 447 representaron el 15% y embarazo ectópico 48 pacientes (1%).

La incidencia de embarazo ectópico en el hospital Materno – Infantil “German Urquidi” de Bolivia es de 0,52%, de igual manera el comportamiento estadístico en otros estudios similares mínimas diferencias de 0,07%.<sup>35</sup>

## FACTORES DE RIESGO

**Gráfico No 7**

### EDAD SEXUAL DE INICIO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010



Fuente: Tabla No 7

|                      |            |
|----------------------|------------|
| N 48                 | Mean 18    |
| Median 18            | Mode 18    |
| Std. Deviation 2,873 | Minimum 15 |
| Maximum 26           | Sum 890    |

Analizados los datos podemos decir, que la edad sexual de inicio frecuente de las mujeres con embarazo ectópico es entre 16 a 20 años, determinadas en 32 pacientes del total investigado con una media, mediana y moda de 18 años, desviación estándar de 2,8 y una edad mínima de 15 años y máxima de 26 años. Lo

que determina que las relaciones sexuales tempranas expone a la mujer a una serie de afecciones que dan como resultado embarazo ectópico.

Similar resultado se encontró en el hospital Eusebio Hernández de Cuba, enero 2005 a diciembre 2007, donde la mayor incidencia de embarazos ectópicos se presentan en pacientes con las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años con un 67,1% con una pequeñísima diferencia de 0,05% en esta investigación.<sup>33</sup>

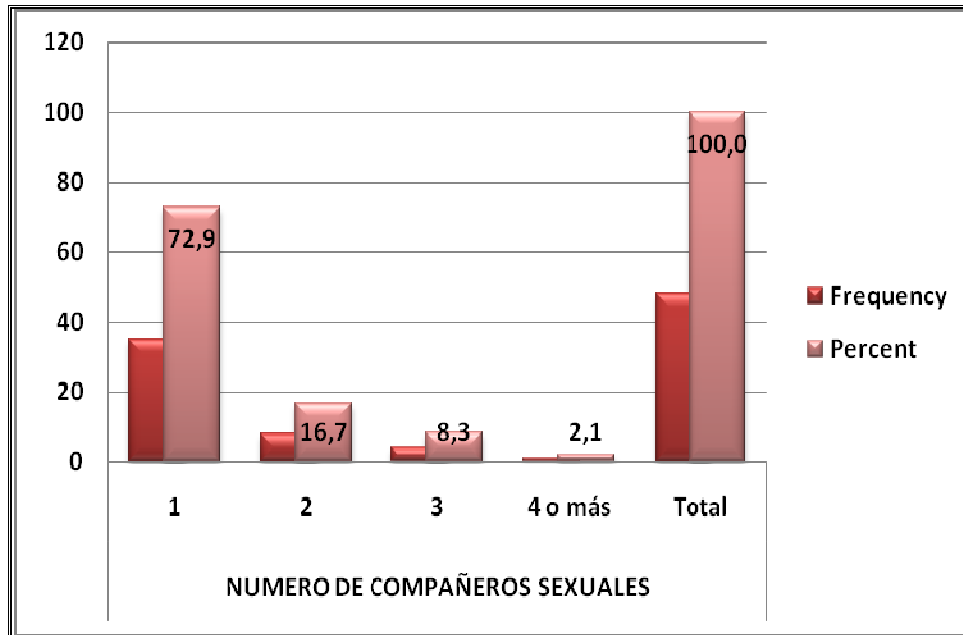
En el hospital Materno – Infantil “Germán Urquidí” de Bolivia, determinan en su estudio de embarazo ectópico, que el inicio de la vida sexual es entre los 20 y 24 años de edad (48,03%).<sup>35</sup>

La edad de sexarquía en el hospital Hipólito Unanue de Tacna (Perú) es entre los 16 y 18 años con el 31,25% de los casos de embarazo ectópico.<sup>34</sup>

A pesar de las discrepancias porcentuales por los distintos universos, la práctica sexual precoz es coincidencial en las investigaciones comparadas.

**Gráfico No 8**

**NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



**Fuente: Tabla No 8**

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| N 48                 | Mean 1,40 |
| Median 1             | Mode 1    |
| Std. Deviation 0,736 | Minimum 1 |
| Maximum 4            | Sum 67    |

Al analizar el gráfico podemos decir, que las 35 pacientes con embarazo ectópico corresponden al 72,9% del total investigado, se establece que cuentan con un sólo compañero sexual; estadísticamente la media, mediana y moda es de un compañero sexual, con desviación estándar de 0,7, y el valor máximo de 4.

Estos resultados son difíciles de obtener por falta de veracidad , ya que la población en su la gran mayoría es católica y pecaminosa lo que podría variar los resultados.

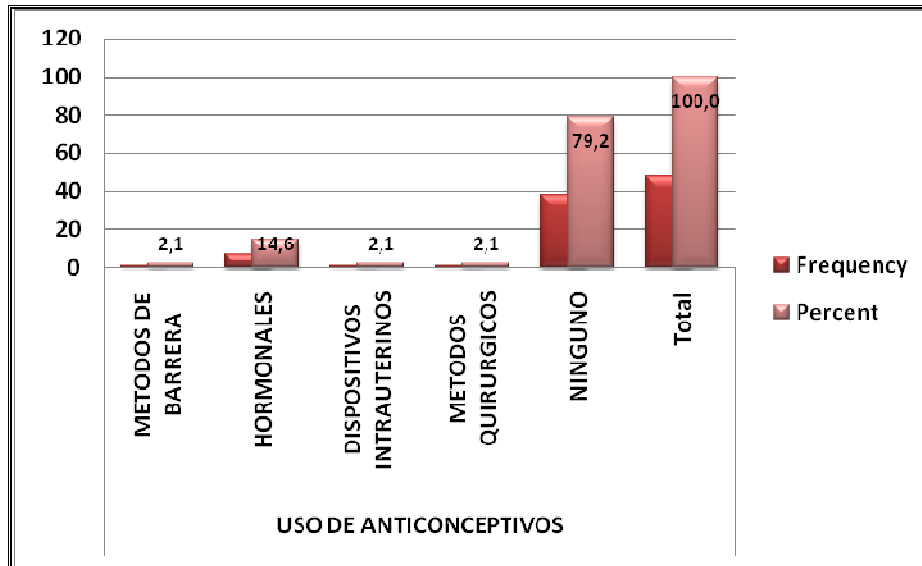
A sabiendas que las relaciones sexuales con varios compañeros, aumenta la probabilidad de infecciones por múltiples gérmenes, que inciden directamente en esta entidad nosológica, los resultados en este caso no corroboran a las estadísticas de estudios similares.

En Bolivia el Hospital Germán Urquidi, en relación al número de parejas sexuales, el 45,09% de las pacientes sólo aducen tener 1 pareja sexual.<sup>35</sup>

Demostrándose la igualdad de resultados en la investigación nacional como internacional.

**Gráfico No 9**

**USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



**Fuente: Tabla No 9**

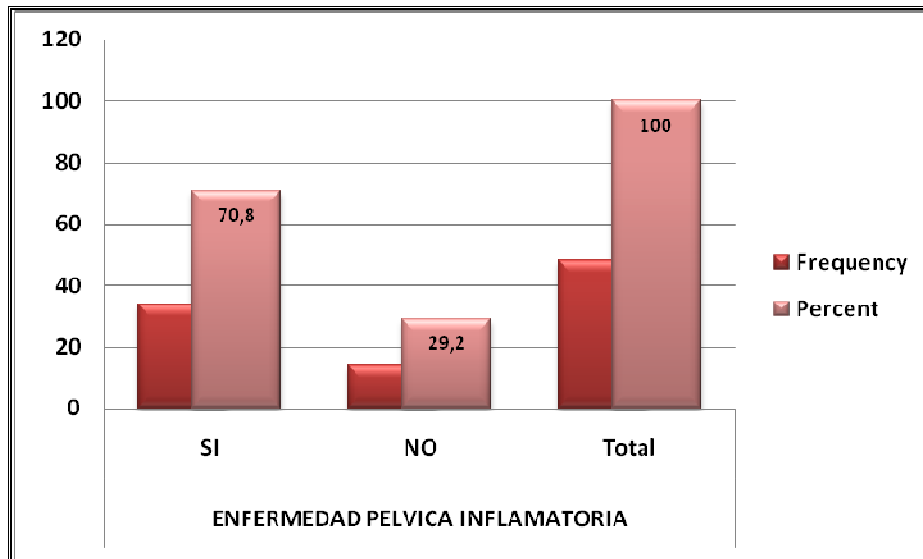
El mayor porcentaje de este estudio con embarazo ectópico (79,2%) no utilizan ningún método anticonceptivo, siendo fundamentalmente aquellos métodos que podrían complicar esta patología como el DIU, prácticamente no es utilizado.

El diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” de Guayaquil y la utilización de métodos anticonceptivos y sus complicaciones entre las que se cuenta el embarazo ectópico, estableció que por el DIU alcanzaba hasta un 4,6%.<sup>32</sup> y la de no utilización de métodos anticonceptivos (54%).

Las pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico en el hospital Hipólito Unanue de Tacna Perú, determina que el 8,3% de las pacientes si usan el DIU como método anticonceptivo en relación al 2,1% de nuestra investigación.<sup>34</sup>

**Gráfico No 10**

**ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



**Fuente: Tabla No 10**

En la presente investigación se establece que 34 pacientes con embarazo ectópico presentan enfermedad pélvica inflamatoria, dato que corresponde al 70,8 %, situación que confirma que episodios recurrentes de infecciones pélvicas incrementan alteraciones de la permeabilidad de las trompas uterinas o una oclusión tubárica total.

En nuestra localidad como a nivel nacional el factor riesgo enfermedad pélvica inflamatoria, representa condición importante para el origen de embarazo ectópico, así en el área de Gineco – Obstétrica “Enrique C. Sotomayor” de la ciudad de Guayaquil en un estudio efectuado se obtuvo un 81% como antecedente de esta patología presentaron EPI.<sup>32</sup>

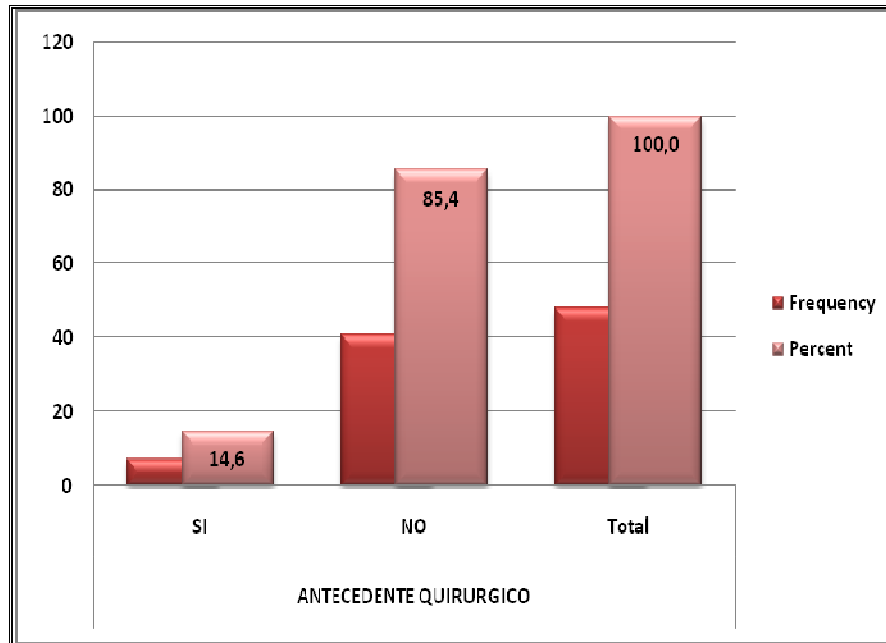


En cambio en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Perú la enfermedad pélvica inflamatoria en un 22,92% fue la segunda causa clínica para desencadenar el embarazo ectópico.<sup>34</sup>

De igual manera en el hospital Materno- Infantil "Germán Urquidí" Bolivia,<sup>35</sup> con un 13,72%; en el hospital Base de los Ángeles de Chile el 5,7%<sup>36</sup>, y en el hospital universitario Gineco - Obstétrico Eusebio Hernández, un 38.2%.<sup>33</sup>

**Gráfico No 11**

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



**Fuente: Tabla No 11**

Examinado el gráfico, se evidencia que el 85,4 % del total de pacientes con embarazo ectópico, no presentan historia quirúrgica anterior y el menor porcentaje con antecedentes quirúrgicos las intervenciones más frecuente fueron las cesáreas realizadas en embarazos anteriores. Este dato explica que los casos de embarazo ectópico existentes no tuvieron como secuela adherencias o trauma anatómico postquirúrgico en el aparato genital.

Similar a nuestro sitio de estudio sobre embarazo ectópico en el hospital Base de los Ángeles de Chile reportan un 85,7% de pacientes que no tenían antecedentes de cirugías previas.<sup>36</sup>

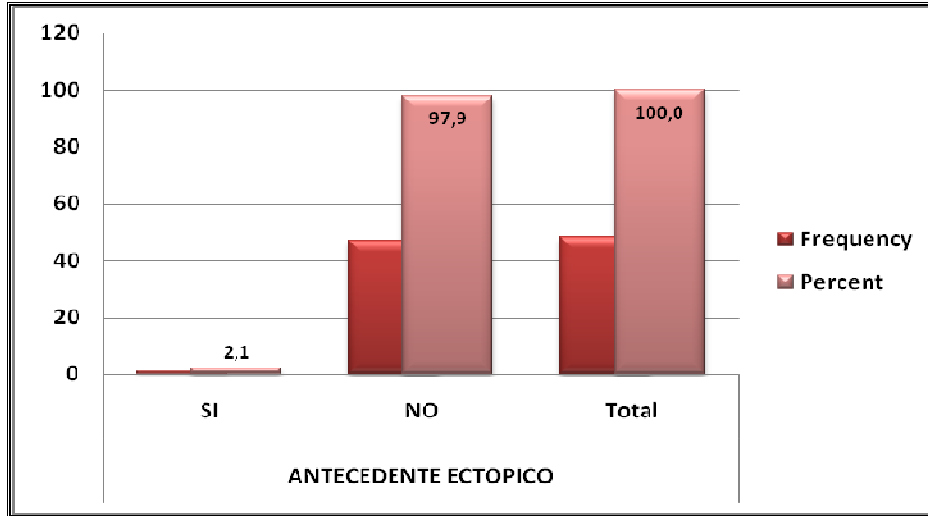
Sin embargo en Guayaquil en el hospital “Enrique C. Sotomayor” la cirugía abdominal o pelviana están relacionadas con la presencia de embarazos ectópicos con el 71%.<sup>32</sup>

Las pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna tienen antecedentes de cirugía abdomino- pélvica en un 47,9%.<sup>34</sup>

En el hospital Materno – Infantil “Germán Urquidi” se encontró como inductor probable de embarazo ectópico la cesárea previa en un 12,74%.<sup>35</sup>

## **Gráfico No 12**

### **ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**



**Fuente: Tabla No 12**

De conformidad con el gráfico, se deduce que del total de pacientes estudiadas sobre el antecedente de embarazo ectópico anterior, el 97,9 % no presentan y es mínimo el porcentaje que si tuvieron este mismo cuadro.

Resultados similares encontramos en datos de embarazo ectópico en el hospital “Enrique Sotomayor” de Guayaquil con el 4% que si los presentaron.<sup>32</sup>

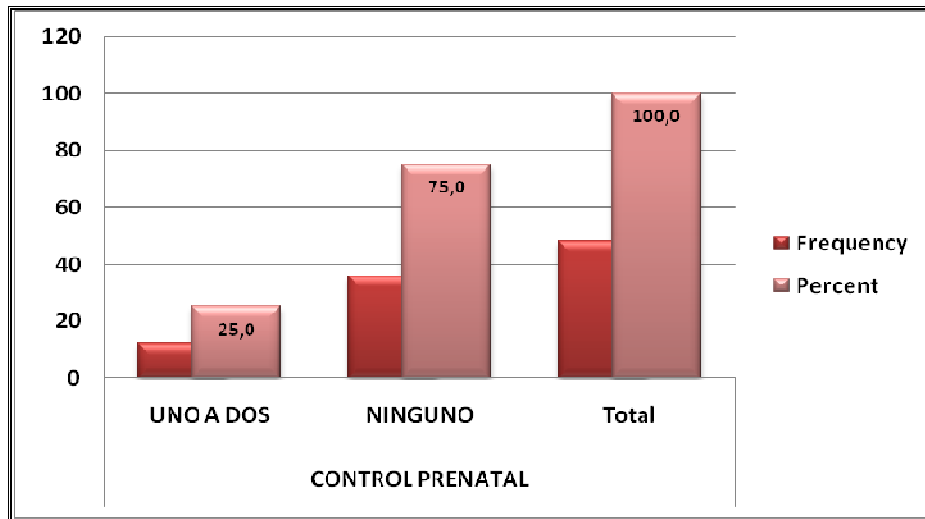
Los ectópicos anteriores en el Hospital Materno – Infantil “Germán Urquidi” son de 6,86%.<sup>35</sup>

En el hospital Base de los Ángeles de Chile se presentó un 14,3% de embarazo ectópico anterior.<sup>36</sup>

Aunque los resultados no son concluyentes en cuanto a la incidencia de embarazo ectópico a repetición en una misma paciente en la investigación y literatura consultada, es importante considerarlo por cuanto existen pacientes que repiten su cuadro en la trompa ipsilateral, que es la presentación más frecuente, sin que esto descarte la presentación fuera de la trompa.

**Gráfico No 13**

## CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010



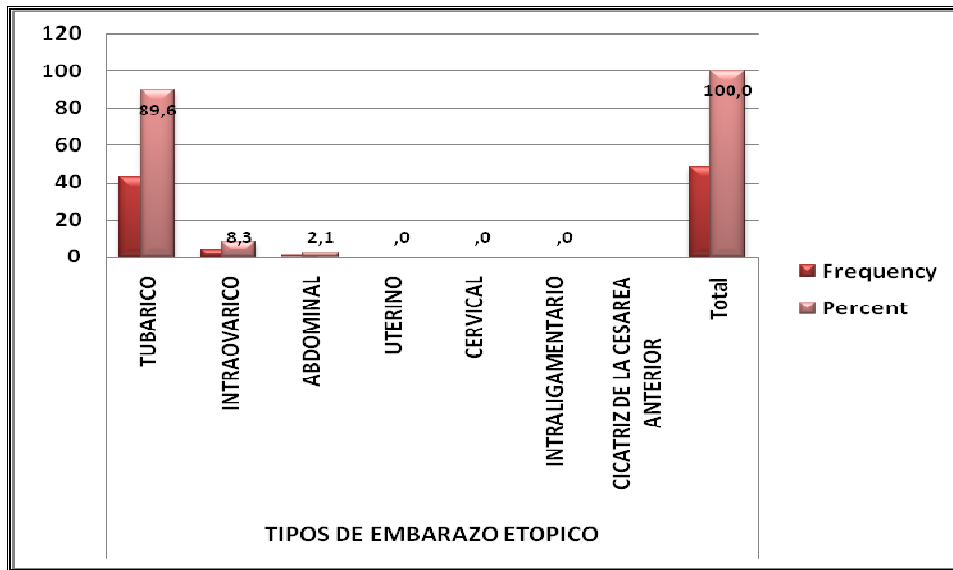
Fuente: Tabla No 13

El gráfico nos indica que de las pacientes investigadas, el 25 % presentaron solo uno a dos controles prenatales. De este porcentaje presentaron embarazo ectópico no accidentado, lo contrario a las pacientes con embarazo ectópico accidentado de las cuales ninguna tenía un control prenatal.

Es importante señalar que este es un factor de riesgo muy importante de considerar, por cuanto los controles prenatales permiten mejorar notablemente el pronóstico de vida de la paciente

Gráfico No 14

## TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010



Fuente: Tabla No 14

Analizando los resultados del gráfico, se detecta que del total de pacientes afectadas con esta patología, el 89,6% presentan embarazo ectópico tubárico, de los cuales 23 casos se localizaron en la trompa de Falopio izquierda.

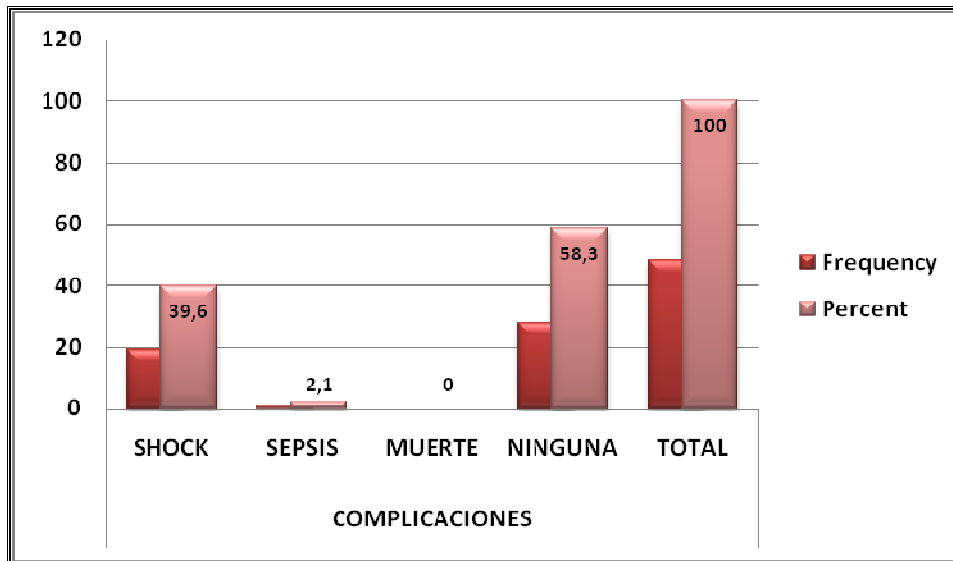
El Hospital de Guayaquil “Enrique Sotomayor”, muestra resultados parecidos en lo referente a la localización del embarazo ectópico encontrándose su mayoría en trompa de Falopio con el 93%.<sup>32</sup>

La misma similitud hallamos en el hospital “Hipólito Unanue” de Tacna Perú con el 95,8% de embarazo ectópico Tubárico.<sup>34</sup>

Concluyendo que la mayor parte de embarazos ectópicos son de localización tubárica y de ésta la zona ampular, coincidiendo nuestro estudio con reportes de la literatura médica a nivel nacional e internacional.

**Gráfico No 15**

## COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010



Fuente: Tabla 15

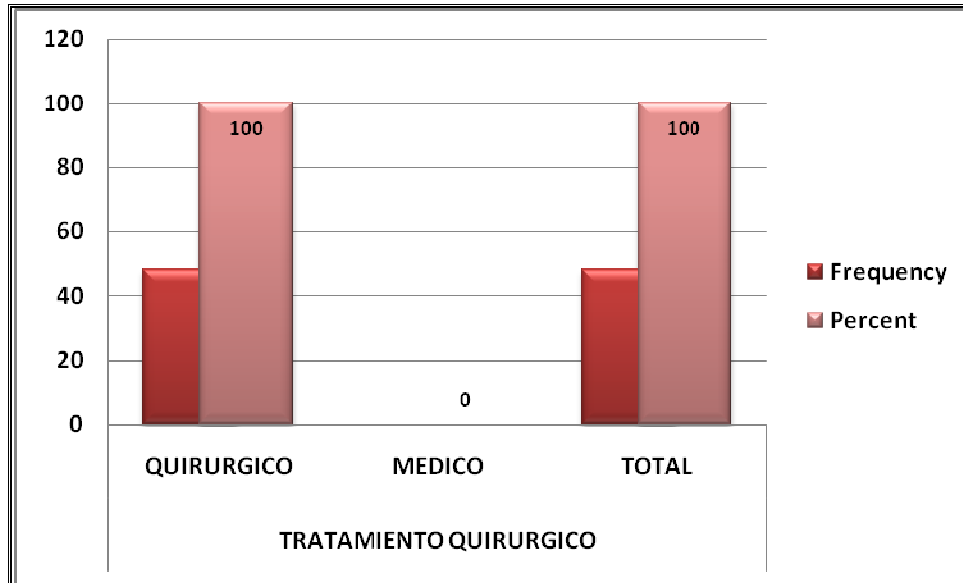
De las pacientes investigadas la complicación más frecuente que se presentó en este estudio fue el shock hemorrágico con 39,6%, el 2,1% sepsis, no se reportó muertes y ninguna complicación el 58,3%.

A nivel de la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito, de igual manera la causa más frecuente de complicación de embarazos ectópicos fue la ruptura de la trompas, hemoperitoneo y shock hemorrágico, de acuerdo a reportes efectuados en el 2010.

Igual situación ocurre en el Hospital "Enrique Sotomayor" la hemorragia y shock concomitantes fueron la principal complicación de embarazo ectópico, de acuerdo a revista publicada en el 2009.<sup>32</sup>

Gráfico No 16

## TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010



Fuente: Tabla No 16

Una vez culminada la investigación se constata que el 100% de 48 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, la intervención más frecuente fue la laparotomía exploratoria y salpingectomía total unilateral en relación al lado afectado por el embarazo ectópico.

Un 82,6% de pacientes se realizó salpingectomía en Perú en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.<sup>34</sup>

En el hospital Base de los Ángeles de Chile el manejo del embarazo ectópico fue quirúrgico en un 95,7 %.<sup>36</sup>

La conducta terapéutica tomada por los centros de salud a pesar de su distinta localidad ha sido la misma.

## CRUCE DE VARIABLES



**Tabla No 1**

**EDAD E INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

| EDAD         |                      | INSTRUCCION |            |          | Total     |
|--------------|----------------------|-------------|------------|----------|-----------|
|              |                      | PRIMARIA    | SECUNDARIA | SUPERIOR |           |
| 15 A 20 AÑOS | Count                | 4           | 4          | 2        | 10        |
|              | % within EDAD        | 40,0%       | 40,0%      | 20,0%    | 100,0%    |
|              | % within INSTRUCCION | 26,7%       | 16,0%      | 25,0%    | 20,8%     |
| 21 A 25 AÑOS | Count                | 2           | 6          | 3        | 11        |
|              | % within EDAD        | 18,2%       | 54,5%      | 27,3%    | 100,0%    |
|              | % within INSTRUCCION | 13,3%       | 24,0%      | 37,5%    | 22,9%     |
| 26 A 30 AÑOS | Count                | 5           | 6          | 2        | <b>13</b> |
|              | % within EDAD        | 38,5%       | 46,2%      | 15,4%    | 100,0%    |
|              | % within INSTRUCCION | 33,3%       | 24,0%      | 25,0%    | 27,1%     |
| 31 A 35 AÑOS | Count                | 2           | 6          | 0        | 8         |
|              | % within EDAD        | 25,0%       | 75,0%      | ,0%      | 100,0%    |
|              | % within INSTRUCCION | 13,3%       | 24,0%      | ,0%      | 16,7%     |
| 36 A 40 AÑOS | Count                | 2           | 3          | 1        | 6         |
|              | % within EDAD        | 33,3%       | 50,0%      | 16,7%    | 100,0%    |
|              | % within INSTRUCCION | 13,3%       | 12,0%      | 12,5%    | 12,5%     |
| Total        | Count                | 15          | 25         | 8        | 48        |
|              | % within EDAD        | 31,3%       | 52,1%      | 16,7%    | 100,0%    |
|              | % within INSTRUCCION | 100,0%      | 100,0%     | 100,0%   | 100,0%    |

**Chi cuadrado= 202,36**

Se puede observar en la tabla de contingencia que las variables son dependientes una de la otra, se demuestra que el nivel de instrucción educativo e intelectual depende de la edad de las pacientes con embarazo ectópico.

Obteniendo así el 27,1% que corresponden a las edades de 26 a 30 años de los cuáles 5 presentan instrucción primaria, 6 secundaria y 2 superior, hay que añadir que estas no varían de manera significativa con las otras variables relacionadas.

**Tabla No 2**

**EDAD Y COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

| EDAD         |                     |  | NUMCOMPSEX |        |        |              | Total     |
|--------------|---------------------|--|------------|--------|--------|--------------|-----------|
|              |                     |  | UNO        | DOS    | TRES   | CUATRO O MAS |           |
| 15 A 20 AÑOS | Count               |  | 8          | 1      | 1      | 0            | 10        |
|              | % within EDAD       |  | 80,0%      | 10,0%  | 10,0%  | ,0%          | 100,0%    |
|              | % within NUMCOMPSEX |  | 22,9%      | 12,5%  | 25,0%  | ,0%          | 20,8%     |
| 21 A 25 AÑOS | Count               |  | 8          | 2      | 1      | 0            | 11        |
|              | % within EDAD       |  | 72,7%      | 18,2%  | 9,1%   | ,0%          | 100,0%    |
|              | % within NUMCOMPSEX |  | 22,9%      | 25,0%  | 25,0%  | ,0%          | 22,9%     |
| 26 A 30 AÑOS | Count               |  | 10         | 2      | 0      | 1            | <b>13</b> |
|              | % within EDAD       |  | 76,9%      | 15,4%  | ,0%    | 7,7%         | 100,0%    |
|              | % within NUMCOMPSEX |  | 28,6%      | 25,0%  | ,0%    | 100,0%       | 27,1%     |
| 31 A 35 AÑOS | Count               |  | 5          | 1      | 2      | 0            | 8         |
|              | % within EDAD       |  | 62,5%      | 12,5%  | 25,0%  | ,0%          | 100,0%    |
|              | % within NUMCOMPSEX |  | 14,3%      | 12,5%  | 50,0%  | ,0%          | 16,7%     |
| 36 A 40 AÑOS | Count               |  | 4          | 2      | 0      | 0            | 6         |
|              | % within EDAD       |  | 66,7%      | 33,3%  | ,0%    | ,0%          | 100,0%    |
|              | % within NUMCOMPSEX |  | 11,4%      | 25,0%  | ,0%    | ,0%          | 12,5%     |
| Total        | Count               |  | 35         | 8      | 4      | 1            | 48        |
|              | % within EDAD       |  | 72,9%      | 16,7%  | 8,3%   | 2,1%         | 100,0%    |
|              | % within NUMCOMPSEX |  | 100,0%     | 100,0% | 100,0% | 100,0%       | 100,0%    |

**Chi cuadrado= 8,61**

Según la tabla de contingencia podemos fijarnos que las variables de edad y el número de compañeros sexuales son independientes una de la otra lo que determina que la una no tiene efecto directo sobre la otra.

El 27,1% que se atañen a pacientes entre 26 a 30 años presentaron 1 compañero sexual en número de 10 pacientes; 2 compañeros sexuales 2 pacientes; y, 4 o más compañeros sexuales a 1 paciente.

**Tabla No 3**

## EDAD Y ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010

|              |                         | ANTICONCEPTIVO     |            |                            |                     |         | Total     |
|--------------|-------------------------|--------------------|------------|----------------------------|---------------------|---------|-----------|
|              |                         | METODOS DE BARRERA | HORMONALES | DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS | METODOS QUIRURGICOS | NINGUNO |           |
| 15 A 20 AÑOS | Count                   | 1                  | 1          | 0                          | 0                   | 8       | 10        |
|              | % within EDAD           | 10,0%              | 10,0%      | ,0%                        | ,0%                 | 80,0%   | 100,0%    |
|              | % within ANTICONCEPTIVO | 100,0%             | 14,3%      | ,0%                        | ,0%                 | 21,1%   | 20,8%     |
| 21 A 25 AÑOS | Count                   | 0                  | 0          | 0                          | 0                   | 11      | 11        |
|              | % within EDAD           | ,0%                | ,0%        | ,0%                        | ,0%                 | 100,0%  | 100,0%    |
|              | % within ANTICONCEPTIVO | ,0%                | ,0%        | ,0%                        | ,0%                 | 28,9%   | 22,9%     |
| 26 A 30 AÑOS | Count                   | 0                  | 4          | 1                          | 0                   | 8       | <b>13</b> |
|              | % within EDAD           | ,0%                | 30,8%      | 7,7%                       | ,0%                 | 61,5%   | 100,0%    |
|              | % within ANTICONCEPTIVO | ,0%                | 57,1%      | 100,0%                     | ,0%                 | 21,1%   | 27,1%     |
| 31 A 35 AÑOS | Count                   | 0                  | 2          | 0                          | 0                   | 6       | 8         |
|              | % within EDAD           | ,0%                | 25,0%      | ,0%                        | ,0%                 | 75,0%   | 100,0%    |
|              | % within ANTICONCEPTIVO | ,0%                | 28,6%      | ,0%                        | ,0%                 | 15,8%   | 16,7%     |
| 36 A 40 AÑOS | Count                   | 0                  | 0          | 0                          | 1                   | 5       | 6         |
|              | % within EDAD           | ,0%                | ,0%        | ,0%                        | 16,7%               | 83,3%   | 100,0%    |
|              | % within ANTICONCEPTIVO | ,0%                | ,0%        | ,0%                        | 100,0%              | 13,2%   | 12,5%     |
| Total        | Count                   | 1                  | 7          | 1                          | 1                   | 38      | 48        |
|              | % within EDAD           | 2,1%               | 14,6%      | 2,1%                       | 2,1%                | 79,2%   | 100,0%    |
|              | % within ANTICONCEPTIVO | 100,0%             | 100,0%     | 100,0%                     | 100,0%              | 100,0%  | 100,0%    |

**Chi cuadrado= 20,19**

Con los resultados de la tabla de contingencia se establece que estas variables no son dependientes la una de la otra. El resultado de la variable de método anticonceptivo no cambia por la variable edad.

Así el 27,1% al que pertenecen las pacientes comprendidas entre las edades de 26 a 30 años que suman 13: 4 utilizan métodos hormonales; 1 el DIU; y, 8 ningún método anticonceptivo.

Tabla No 4

**EDAD SEXUAL DE INICIO Y COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES  
CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|               |                 |                        | NUMCOMPSEX |        |        |              | Total  |
|---------------|-----------------|------------------------|------------|--------|--------|--------------|--------|
|               |                 |                        | UNO        | DOS    | TRES   | CUATRO O MAS |        |
| EDADSEXINICIO | 15 AÑOS O MENOS | Count                  | 5          | 1      | 2      | 0            | 8      |
|               |                 | % within EDADSEXINICIO | 62,5%      | 12,5%  | 25,0%  | ,0%          | 100,0% |
|               |                 | % within NUMCOMPSEX    | 14,3%      | 12,5%  | 50,0%  | ,0%          | 16,7%  |
|               | 16 A 20 AÑOS    | Count                  | 23         | 6      | 2      | 1            | 32     |
|               |                 | % within EDADSEXINICIO | 71,9%      | 18,8%  | 6,3%   | 3,1%         | 100,0% |
|               |                 | % within NUMCOMPSEX    | 65,7%      | 75,0%  | 50,0%  | 100,0%       | 66,7%  |
|               | 21 A 25 AÑOS    | Count                  | 6          | 0      | 0      | 0            | 6      |
|               |                 | % within EDADSEXINICIO | 100,0%     | ,0%    | ,0%    | ,0%          | 100,0% |
|               |                 | % within NUMCOMPSEX    | 17,1%      | ,0%    | ,0%    | ,0%          | 12,5%  |
|               | 26 AÑOS O MAS   | Count                  | 1          | 1      | 0      | 0            | 2      |
|               |                 | % within EDADSEXINICIO | 50,0%      | 50,0%  | ,0%    | ,0%          | 100,0% |
|               |                 | % within NUMCOMPSEX    | 2,9%       | 12,5%  | ,0%    | ,0%          | 4,2%   |
| Total         |                 | Count                  | 35         | 8      | 4      | 1            | 48     |
|               |                 | % within EDADSEXINICIO | 72,9%      | 16,7%  | 8,3%   | 2,1%         | 100,0% |
|               |                 | % within NUMCOMPSEX    | 100,0%     | 100,0% | 100,0% | 100,0%       | 100,0% |

**Chi cuadrado= 7,3**

En la siguiente tabla el 66,7% corresponden a 32 pacientes del total, mismas que presentan una edad sexual de inicio entre los 16 a 20 años, de las cuales, poseen 1 compañero sexual ,23 pacientes; 2 compañeros sexuales, 6 pacientes; 3 compañeros sexuales, 2 pacientes; y, 4 o más compañeros sexuales 1 paciente.

Esto nos indica que la edad sexual de inicio no influye con el número de compañeros sexuales.

Tabla No 5

**CONTROLES PRENATALES Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|          |                       |                       | DEFINITIVODG                  |                                  | Total  |
|----------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------|
|          |                       |                       | EMBARAZO ECTOPICO ACCIDENTADO | EMBARAZO ECTOPICO NO ACCIDENTADO |        |
| CONTRPRE | UNO A DOS             | Count                 | 0                             | 12                               | 12     |
|          |                       | % within CONTRPRE     | ,0%                           | 100,0%                           | 100,0% |
|          |                       | % within DEFINITIVODG | ,0%                           | 57,1%                            | 25,0%  |
|          | NINGUNO               | Count                 | 27                            | 9                                | 36     |
|          |                       | % within CONTRPRE     | 75,0%                         | 25,0%                            | 100,0% |
|          |                       | % within DEFINITIVODG | 100,0%                        | 42,9%                            | 75,0%  |
| Total    | Count                 | 27                    | 21                            | 48                               |        |
|          | % within CONTRPRE     | 56,3%                 | 43,8%                         | 100,0%                           |        |
|          | % within DEFINITIVODG | 100,0%                | 100,0%                        | 100,0%                           |        |

**Chi cuadrado= 20,57**

En la tabla de contingencia logramos demostrar que los controles prenatales intervienen directamente en el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico no accidentado y embarazo ectópico accidentado, lo que permite sugerir que los controles son factor importante en el pronóstico de esta patología.

El mayor porcentaje (75%) de embarazos ectópicos accidentados se presentan en las pacientes que no se hicieron ningún control prenatal.

**Tabla No 6**

**TRATAMIENTO VS COMPLICACIONES EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|             |            | COMPLICACIONES |           |         |             |            |
|-------------|------------|----------------|-----------|---------|-------------|------------|
|             |            | SHOCK          | SEPSIS    | MUERTE  | NINGUNO     | TOTAL      |
| TRATAMIENTO | QUIRURGICO | 19<br>39,6%    | 1<br>2,1% | 0<br>0% | 28<br>58,3% | 48<br>100% |
|             | MEDICO     | 0<br>0%        | 0<br>0%   | 0<br>0% | 0<br>0%     | 0<br>0%    |
|             | TOTAL      | 19<br>39,6%    | 1<br>2,1% | 0<br>0% | 28<br>58,3% | 48<br>100% |
|             |            |                |           |         |             |            |

Según la tabla de contingencia podemos observar que las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico presentaron las siguientes complicaciones shock (39,6%), sepsis (2,1%), muerte (0%) y ninguno (58,3%).

Hay que señalar que la totalidad de pacientes recibieron tratamiento quirúrgico.

## VI. CONCLUSIONES

1. La edad de prevalencia de embarazo ectópico en el presente estudio es de 26 a 30 años, el estado civil en su gran mayoría es casada, sin descartar que las solteras y de unión libre tienen porcentajes similares, con instrucción secundaria y que residen en la zona urbana.
2. El total de las pacientes que se diagnosticó embarazo ectópico son 48 que represento el 1% de las atenciones registradas en el HPGDR 2010.
3. La edad sexual de inicio más frecuente de las mujeres con embarazo ectópico es de 16 a 20 años, el número de compañeros sexuales fue de uno, la mayoría no recurren a ningún método anticonceptivo, la EPI se mostró en un 70,8%, no hay antecedentes quirúrgicos en el 85,4%, se encontró un caso de ectópico anterior, las pacientes con uno a dos controles presentaron embarazo ectópico no accidentado a diferencia de las que no tuvieron ningún control que mostraron embarazo ectópico accidentado.
4. El embarazo ectópico de mayor prevalencia es el Tubárico, el cual en su mayoría afectó a la trompa de Falopio izquierda coincidiendo con la información internacional.
5. La complicación más común en las pacientes con embarazo ectópico es el shock hemorrágico.
6. El tratamiento de elección por el cuadro clínico que se presentó fue, quirúrgico con salpingectomía total unilateral en el total de los casos.

## VII. RECOMENDACIONES

- Es preciso fortalecer la educación a la población en cuanto a la importancia del control prenatal precoz, como también los síntomas que ameritan consultar a un centro de salud cuando se está embarazada, para así determinar factores de riesgo.
- Las pacientes con embarazo ectópico deben recibir toda la información sobre las causas que lo originan y las consecuencias.
- Retardar el inicio de relaciones sexuales favorecen en la salud pública, ya que así se reducen enfermedades de transmisión sexual.
- Es necesario implementar programas para fomentar de manera temprana conductas sexuales seguras en los adolescentes antes que inicien con un comportamiento de riesgo.
- Enfatizar la importancia de la Historia Clínica del paciente al ingreso de su hospitalización, para evitar falta de información y datos no creíbles.
- Organizar y crear consulta de control que incluya atención médica y psicológica, que garantice seguimiento luego de haber sido intervenida quirúrgicamente por embarazo ectópico, debe incluir educación sexual, planificación familiar y relaciones humanas.



## **IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- AYDIN, A.** Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. 4<sup>a</sup>.ed.  
New York, Elsevier, 2004. 739p. (9)
- FARRERAS, R.** Medicina Interna. 14<sup>a</sup>. ed. Madrid, Elsevier, 2000.  
1078p. (6)
- GONZÁLES, M.** Ginecología. 8<sup>a</sup>. ed. Barcelona, Masson, 2003. 345p.  
(16)
- GONZÁLES, M.** Manual de Terapéutica. 11<sup>a</sup>. ed. Bogotá, Manufactured in  
Colombia, 2004. 272p. (26)
- HOPKINS, J.** Ginecología y Obstetricia. Madrid, Marbán Libros, 2005.  
553p. (19)
- MARK, H.** El Manual Merck. 18<sup>a</sup>. ed. Madrid, Elsevier, 2007. 3204p  
(28)
- SCHWARCZ, R.L.** Obstetricia. 5<sup>a</sup>.ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1999.  
621p. (22)
- SIEGFRIED, K.** Diagnóstico a Través de Pruebas de Laboratorio. Barcelona,  
Pev-iatros ediciones Ltda, 1997. 145p. (27)
- WILLIAMS, N.** Obstetricia. 2<sup>a</sup>. ed. Buenos Aires, Medica Panamericana, 1995.

1287p. (3)

### **BOLIVIA- EMBARAZO ECTOPICO**

[www.univalle.edu/publicaciones/revista\\_salud/revista02/pagina](http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista02/pagina).

2010-12-12 (35)

### **CUBA – EMBARAZO ECTOPICO**

[www/bvs.sld.cu/revistas/gin.pdf](http://www/bvs.sld.cu/revistas/gin.pdf)

2010-12-12 (33)

### **CHILE – EMBARAZO ECTOPICO**

[www.scielo.revista.pdf](http://www.scielo.revista.pdf)

2010-12-12 (36)

### **ECOGRAFIA – EMBARAZO ECTÓPICO**

[www.sogiu.com/html/embarazo\\_ectopico.ppt](http://www.sogiu.com/html/embarazo_ectopico.ppt)

2010-07-22 (23)

### **EMBARAZO ECTÓPICO.**

[www.es.wikipedia.org/wiki/Embarazo\\_ect%C3%B3pico](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_ect%C3%B3pico)

2010-07-22 (1)

### **EMBARAZO ECTÓPICO- EPIDEMIOLOGÍA CUBANA**

[www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../embecto2.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../embecto2.pdf)

2010-07-26 (2)

### **EMBARAZO ECTÓPICO – MAGNITUD**

[www.who.int/rhl/gynaecology/lmcom2/es/index.html](http://www.who.int/rhl/gynaecology/lmcom2/es/index.html)

2010-07-22 (4)

### **EMBARAZOS ECTÓPICOS - INCIDENCIA**

[www.monografias.com/trabajos34](http://www.monografias.com/trabajos34)

2010-07-21 (5)

### **EMBARAZO ECTÓPICO- PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS**

[www.monografias.com/trabajos62/](http://www.monografias.com/trabajos62/)

2010-07-22 (11)

### **EMBARAZO ECTOPICO – DIU**

[www.embarazada.com/detallearticulo.asp?a=309](http://www.embarazada.com/detallearticulo.asp?a=309)

2010-07-22 (12)

### **EMBARAZO ECTÓPICO- REPRODUCCION ASISTIDA**

[www.scielo.sld.cu/scielo.php.pd](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php.pd)

2010-07-26 (13)

### **EMBARAZO ECTÓPICO – ABORTO**

[www.aciprensa.com/aborto/aefectosf.htm](http://www.aciprensa.com/aborto/aefectosf.htm)

2010-07-22 (14)

### **EMBARAZO ECTOPICO GEMELAR**

[www.tesis\temas\7 ectópico gemelar.mht](http://www.tesis\temas\7 ectópico gemelar.mht)

2010-07-22 (15)

### **EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO**

[www.scielo.cl/scielo.php?pid=](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=)

2010-07-22 (17)

## **EMBARAZO ECTÓPICO – CUADRO CLINICO**

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/)

2010-07-22 (18)

## **EMBARAZO ECTÓPICO – ESTADISTICA**

[www.slideshare.net/bernardab/26407858-embarazos-ectopicos](http://www.slideshare.net/bernardab/26407858-embarazos-ectopicos)

2010-07-22 (20)

## **EMBARAZO ECTÓPICO – CLASIFICACIÓN**

[www.ferato.com/wiki/index.php/Embarazo\\_Ect%C3%B3pico](http://www.ferato.com/wiki/index.php/Embarazo_Ect%C3%B3pico)

2010-07-22 (21)

## **EMBARAZO ECTÓPICO- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

[www.medynet.com/usuarios/jraguilar/](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/)

2010-07-22 (24)

## **EMBARAZO ECTÓPICO – URGENCIAS**

[www.elbebe.com/index.php/es/embarazo](http://www.elbebe.com/index.php/es/embarazo)

2010-07-22 (25)

## **EMBARAZO ECTÓPICO – COMPLICACIONES**

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency)

2010-07-22 (29)

## **EMBARAZO ECTOPICO PRONÓSTICO**

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm)

2010-07-22 (30)

## **EMBARAZO ECTÓPICO –PREVENCIÓN**

[www.umm.edu/esp\\_ency/article/000895prv.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/000895prv.htm)

2010-07-22 (31)

## **FISIOPATOLOGÍA**

[www.ginecoendocrino.cl/data/obstetricia/14.PDF](http://www.ginecoendocrino.cl/data/obstetricia/14.PDF)

2010-07-22 (7)

## **FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO**

[www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias- ginecologia.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias- ginecologia.pdf)

2010-10-23 (8)

## **FACTORES MECÁNICOS - FUNCIONALES DEL EMBARAZO ECTÓPICO**

[www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci)

2010-07 (10)

## **GUAYAQUIL – EMBARAZO ECTOPICO**

[www.ginecoguayas/Manejo-conservador-del-embarazo-ectopico-cornual.pdf](http://www.ginecoguayas/Manejo-conservador-del-embarazo-ectopico-cornual.pdf)

2010-12-12 (32)

## **PERU – EMBARAZO ECTOPICO**

[www.perutacna/tasadegestacion.intrauterinasubse](http://www.perutacna/tasadegestacion.intrauterinasubse)

2010-12-12 (34)

**X ANEXOS**

## Ubicación de embarazos ectópicos.6 2

| Ubicación               | Ciclo natural | Fecundación asistida |
|-------------------------|---------------|----------------------|
| Trompa:                 | 98.3%         | 82.2%                |
| * Ampolla <sup>10</sup> | 72.6%         | 92.7%                |
| * Istmo                 | 12.3%         |                      |
| * Fimbria               | 6.2%          |                      |
| * Cuerno                | 1.9%          | 7.3%                 |
| Abdominal <sup>11</sup> | 1.4%          | 4.6%                 |
| Ovario <sup>12</sup>    | 0.15%         |                      |
| Cervix                  | 0.15%         | 1.5%                 |

## EMBARAZO ECTÓPICO.

| CODIGO              | CODIFICACIÓN CIE 10  |
|---------------------|--|
| O 00                | EMBARAZO ECTÓPICO (INCLUYE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO)                 |
| O 00 0              | Embarazo abdominal   |
| O 00 1              | Embarazo tubárico  |
| O 00 2              | Embarazo ovárico   |
| O 00 8              | Otros embarazos ectópicos (Cervical, cornual, intraligamento)      |
| O 00 9              | Embarazo ectópico, no especificado                                 |
| O 08                | Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y mola |
| CODIFICACIÓN CIAP 2 |  |
| W 80                | Embarazo ectópico  |

## DEFINICIONES.

|   |  |
|---|--|
| <b>EMBARAZO ECTÓPICO</b>                | Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con 98%. Las localizaciones abdominal, ovárica, cervical, cornual e intraligamentoso son muy raras. |
| <b>EMBARAZO ECTÓPICO NO ACCIDENTADO</b> | Gestación ectópica sin rotura y hemodinamia materna conservada.  |
| <b>EMBARAZO ECTÓPICO ACCIDENTADO</b>    | Gestación ectópica con rotura, con o sin compromiso hemodinámico materno   |

## DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

| DIAGNOSTICO          | HALLAZGOS  |
|----------------------|--|
| <b>ANAMNESIS</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amenorrea.</li> <li>▪ Sangrado genital escaso.</li> <li>▪ Dolor abdominal inferior.</li> <li>▪ Factores de riesgo: Enfermedad pélvica inflamatoria p salpingitis crónica, ITS, especialmente gonorrea, antecedente de ectópico, cirugía abdominal o tubárica previa, uso de dispositivo intrauterino (DIU) o píldoras de progestina</li> </ul>  |
| <b>EXAMEN FÍSICO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sangrado genital escaso.</li> <li>▪ Masa anexial dolorosa a la palpación (no siempre presente al examen).</li> <li>▪ Dolor unilateral en hemiabdomen inferior.</li> <li>▪ Dolor a la movilización lateral del cérvix.</li> <li>▪ Útero blando o ligeramente aumentado de tamaño, pero no acorde con el tiempo de amenorrea.</li> <li>▪ Signos de Hemoperitoneo o shock hipovolémico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ abdomen distendido con matidez.</li> <li>▪ silencio abdominal.</li> <li>▪ masa o plastrón abdominal.</li> </ul> </li> </ul> |

- dolor referido de hombro.
- fondo de saco posterior abombado.
- hipotensión, taquicardia, sudoración.

### EXAMENES DE LABORATORIO

- Biometría Hemática.
- Hemoglobina - Hematocrito.
- TP, TTP, plaquetas.
- Tipificación, grupo y factor Rh.
- HCG-β CUANTITATIVA POSITIVA.
- Prueba de coagulación junto a la cama.
- ECOGRAFIA ABDOMINAL O TRANSVAGINAL.

### USO DIAGNOSTICO DE HCG-β Y ECOGRAFÍA EN MUJER CON SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO.\*

| HCG-β **      | ECOGRAFÍA ABDOMINAL | IMPRESIÓN DIAGNOSTICA   |
|---------------|---------------------|---|
| > 6000 mUI/ml | Saco intrauterino   | Embarazo normal   |
| > 6000 mUI/ml | Útero vacío         | Ectópico muy probable   |
| < 6000 mUI/ml | Saco intrauterino   | Amenaza de aborto<br>Aborto probable.<br>- Solicite progesterona.             |
| < 6000 mUI/ml | Útero vacío         | Diagnóstico no definitivo.<br>Ectópico improbable<br>- Repita HCG-β en 7 días |

\* La combinación HCG-β / ecografía supera los resultados de una culdocentesis.

\*\* en el caso de utilizar Ecografía transvaginal el punto de referencia es de 1000 a 2000 mUI/ml. En gestaciones normales la HCG-β se incrementa un 67% cada 48 horas.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Con todas las causas de abdomen agudo bajo de mujer en edad fértil hasta tener la confirmación de embarazo por HCG-β:

- Obstétricas: amenaza de aborto y aborto.
- Ginecológicas: ruptura o torsión de quiste ovárico, leiomioma con degeneración y EPI.
- Digestivas: apendicitis, diverticulitis, enteritis regional y obstrucción intestinal.
- Urinarias: infección de vías urinarias y litiasis.
- Músculo esquelético: herpes zoster, lumbalgias y hémias.
- Otros: traumatismo abdominal.



|  |   |   |
|--|---|---|
| 20. Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00/000. | X | X |
| 21. Verificación del nivel de sangrado y diuresis.   | X | X |
| 22. Solicite estudio histopatológico del material obtenido.  | X | X |
| 23. Cuidados posquirúrgicos.   | X | X |

| PROTOCOLO DE MANEJO POSQUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO<br>PASOS A SEGUIR EN NIVEL II Y III<br>(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)   | NIVEL |     |
|---|-------|-----|
|   | II    | III |
| 1. Mantenga a la paciente en sala de recuperación por al menos 2 horas.   | X     | X   |
| 2. Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el sangrado genital y la condición abdominal por las 2 primeras horas posquirúrgicas.   | X     | X   |
| 3. Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida.   | X     | X   |
| 4. Mantenga a la paciente en NPO por 6 horas mínimo.  | X     | X   |
| 5. Inicie vía oral con sorbos de líquidos claros a las 6 horas de operada.  | X     | X   |
| 6. Fomente la deambulación de manera rápida (antes de 12 horas posquirúrgicas).   | X     | X   |
| 7. Indique analgesia IV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el periodo de hospitalización.   | X     | X   |
| 8. Evaluar el alta mínimo a las 24 horas posquirúrgicas.  | X     | X   |
| 9. Las pacientes Rh negativas con Coombs Indirecto Negativo deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho(D).   | X     | X   |
| 10. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Haga consejería e indique el método anticonceptivo más apropiado en acuerdo con las necesidades de la paciente.  | X     | X   |
| 11. Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgico a los 7 días de la cirugía o proceda a la contraferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contraferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada | X     | X   |

| PROTOCOLO DE MANEJO MEDICO NO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO NO ACCIDENTADO Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.<br>MANEJO EXPECTANTE<br>(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)   | NIVEL |    |     |
|---|-------|----|-----|
|   | I     | II | III |
| 1. Realice los pasos 1 a 8 de manera similar al protocolo de embarazo ectópico accidentado.   | X     | X  | X   |
| 2. <b>TRATAMIENTO EXPECTANTE SI:</b><br>• EMBARAZO TUBARIO NO ACCIDENTADO.<br>• SANGRADO LEVE Y NO DOLOR O MÍNIMO.<br>• HCG-β MUY BAJOS < 1,000 mIU/ml<br>• DIAMETRO DE LA MASA NO > 35 MM. |       | X  | X   |
| 3. <b>Valorar con ecografía y HCG-β cada 48 horas hasta obtener normalidad.</b>   |       | X  | X   |
| 4. <b>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SI:</b><br>• EMBARAZO TUBARIO NO ACCIDENTADO.<br>• SANGRADO LEVE Y NO DOLOR O MÍNIMO.   |       | X  | X   |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>HCG-β &lt; 6.000mIU/ml.</li> <li>DIAMETRO DE LA MASA ECTÓPICA NO &gt; 40 MM.</li> <li>NO USE METOTREXATE en: Inmunodeficiencia, Úlcera péptica, Patología hepática.</li> </ul>  |  |   |   |
| 5. Administre Metotrexato (MTX) 50 mg/m <sup>2</sup> de superficie corporal IM (día 1)   |  | X | X |
| 6. <b>SEGUIMIENTO Y CONTROL.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>HCG-β los días 4 y 7.</li> <li>si el resultado de HCG-β de seguimiento es &gt;15%, repetir la dosis de MTX cada semana hasta que sea &lt;15 mIU/ml.</li> <li>si la diferencia es &lt;15%, repetir la dosis de MTX e iniciar un nuevo día 1.</li> <li>Si hay PCF el día 7, repetir la dosis de MTX e iniciar un nuevo día 1.</li> </ul> |  | X | X |
| 7. <b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMIA SI DURANTE EL TRATAMIENTO MEDICO O EXPECTANTE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>HCG-β no disminuye.</li> <li>Ecografía reporta masa tubaria que no disminuye de tamaño.</li> <li>Frecuencia cardíaca del producto persiste después de 3 dosis.</li> <li>Sintomatología de dolor o sangrado se incrementa.</li> </ul>                     |  | X | X |
| 8. <b>INDICACIONES DE ALTA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si el tratamiento fue quirúrgico, ver protocolo anterior.</li> <li>Si el tratamiento fue expectante, control a las 4 semanas.</li> </ul>  |  | X | X |
| 9. Toda pacientes Rh negativa deberán recibir inmunización con gammaglobulina Rho(D) dentro de las 72 horas posresolución del caso.  |  | X | X |
| 10. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde consejería y prescriba un método anticonceptivo acorde con las necesidades de la paciente.   |  | X | X |

## TABLAS

**Tabla No 1**

### EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010

|       |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 15 A 20 AÑOS | 10        | 20,8    | 20,8          | 20,8               |
|       | 21 A 25 AÑOS | 11        | 22,9    | 22,9          | 43,8               |
|       | 26 A 30 AÑOS | 13        | 27,1    | 27,1          | 70,8               |
|       | 31 A 35 AÑOS | 8         | 16,7    | 16,7          | 87,5               |
|       | 36 A 40 AÑOS | 6         | 12,5    | 12,5          | 100,0              |
|       | Total        | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 2**

### ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010

|       |             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SOLTERA     | 16        | 33,3    | 33,3          | 33,3               |
|       | CASADA      | 21        | 43,8    | 43,8          | 77,1               |
|       | DIVORCIADA  | 2         | 4,2     | 4,2           | 81,3               |
|       | UNION LIBRE | 9         | 18,8    | 18,8          | 100,0              |
|       | Total       | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 3**

### INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010

|       |            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | PRIMARIA   | 15        | 31,3    | 31,3          | 31,3               |
|       | SECUNDARIA | 25        | 52,1    | 52,1          | 83,3               |
|       | SUPERIOR   | 8         | 16,7    | 16,7          | 100,0              |
|       | Total      | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 4**

**RESIDENCIA DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR  
2010**

|       |               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | RURAL         | 4         | 8,3     | 8,3           | 8,3                |
|       | INTERCANTONAL | 8         | 16,7    | 16,7          | 25,0               |
|       | URBANO        | 36        | 75,0    | 75,0          | 100,0              |
|       | Total         | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 5**

**PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ENERO      | 3         | 6,3     | 6,3           | 6,3                |
|       | FEBRERO    | 4         | 8,3     | 8,3           | 14,6               |
|       | MARZO      | 1         | 2,1     | 2,1           | 16,7               |
|       | ABRIL      | 1         | 2,1     | 2,1           | 18,8               |
|       | MAYO       | 7         | 14,6    | 14,6          | 33,3               |
|       | JUNIO      | 6         | 12,5    | 12,5          | 45,8               |
|       | JULIO      | 12        | 25,0    | 25,0          | 70,8               |
|       | AGOSTO     | 8         | 16,7    | 16,7          | 87,5               |
|       | SEPTIEMBRE | 6         | 12,5    | 12,5          | 100,0              |
|       | Total      | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 6**

**NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS EN RELACION A PARTOS, CESAREAS  
Y ABORTOS EN EL HPGDR 2010**

| NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS EN RELACION A PARTOS, CESAREAS Y ABORTOS EN EL HPGDR<br>2010 |            |            |
|--|------------|------------|
|  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| PARTOS Y CESAREAS  | 2755       | 84,0%      |
| ABORTOS  | 477        | 15,0%      |
| EMBARAZO ECTÓPICO  | 48         | 1,0%       |
| TOTAL  | 3280       | 100%       |

**Tabla No 7**

**EDAD SEXUAL DE INICIO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 15 AÑOS O MENOS | 8         | 16,7    | 16,7          | 16,7               |
|       | 16 A 20 AÑOS    | 32        | 66,7    | 66,7          | 83,3               |
|       | 21 A 25 AÑOS    | 6         | 12,5    | 12,5          | 95,8               |
|       | 26 AÑOS O MAS   | 2         | 4,2     | 4,2           | 100,0              |
|       | Total           | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 8**

**NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1       | 35        | 72,9    | 72,9          | 72,9               |
|       | 2       | 8         | 16,7    | 16,7          | 89,6               |
|       | 3       | 4         | 8,3     | 8,3           | 97,9               |
|       | 4 o más | 1         | 2,1     | 2,1           | 100,0              |
|       | Total   | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 9**

**USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |                                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | METODOS DE BARRERA                  | 1         | 2,1     | 2,1           | 2,1                |
|       | HORMONALES                          | 7         | 14,6    | 14,6          | 16,7               |
|       | DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS          | 1         | 2,1     | 2,1           | 18,8               |
|       | METODOS QUIRURGICOS SALPINGUECTOMIA | 1         | 2,1     | 2,1           | 20,8               |
|       | NINGUNO                             | 38        | 79,2    | 79,2          | 100,0              |
|       | Total                               | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 10**

**ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SI    | 34        | 70,8    | 70,8          | 70,8               |
|       | NO    | 14        | 29,2    | 29,2          | 100,0              |
|       | Total | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabla No 11

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SI    | 7         | 14,6    | 14,6          | 14,6               |
|       | NO    | 41        | 85,4    | 85,4          | 100,0              |
|       | Total | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabla No 12

**ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR DEL 2010**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SI    | 1         | 2,1     | 2,1           | 2,1                |
|       | NO    | 47        | 97,9    | 97,9          | 100,0              |
|       | Total | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabla No 13

**CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | UNO A DOS | 12        | 25,0    | 25,0          | 25,0               |
|       | NINGUNO   | 36        | 75,0    | 75,0          | 100,0              |
|       | Total     | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 14**

**TIPOS DE EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | TUBARICO     | 43        | 89,6    | 89,6          | 89,6               |
|       | INTRAOVARICO | 4         | 8,3     | 8,3           | 97,9               |
|       | ABDOMINAL    | 1         | 2,1     | 2,1           | 100,0              |
|       | Total        | 48        | 100,0   | 100,0         |                    |

**Tabla No 15**

**COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|                |         | Frequency | Percent |
|----------------|---------|-----------|---------|
| COMPLICACIONES | SHOCK   | 19        | 39,6 %  |
|                | SEPSIS  | 1         | 2,1%    |
|                | MUERTE  | 0         | 0,0%    |
|                | NINGUNA | 28        | 58,3%   |
|                | TOTAL   | 48        | 100,00% |

**Tabla No 16**

**TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|                        |            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| TRATAMIENTO QUIRURGICO | QUIRURGICO | 48        | 100%    | 100           | 100                |
|                        | MEDICO     | 0         | 0%      | 0             | 0                  |
|                        | TOTAL      | 48        | 100%    | 0%            | 0%                 |

**TABLAS DE CONTIGENCIA DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

**i. EDAD E INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|    |    |   |    |      |      |      |
|----|----|---|----|------|------|------|
| 4  | 4  | 2 | 10 | 3,13 | 5,21 | 1,67 |
| 2  | 6  | 3 | 11 | 3,44 | 5,73 | 1,83 |
| 5  | 6  | 2 | 13 | 4,06 | 6,77 | 2,17 |
| 2  | 6  | 0 | 8  | 2,50 | 4,17 | 1,33 |
| 2  | 3  | 1 | 6  | 1,88 | 3,13 | 1,00 |
| 15 | 25 | 8 | 48 |      |      |      |

|      |      |       |
|------|------|-------|
| 0,25 | 0,28 | 41,67 |
| 0,60 | 0,01 | 45,83 |
| 0,22 | 0,09 | 54,17 |
| 0,10 | 0,81 | 33,33 |
| 0,01 | 0,01 | 25,00 |

chi 202,36

**ii. EDAD Y COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| 7,29 | 1,67 | 0,83 | 0,21 |
| 8,02 | 1,83 | 0,92 | 0,23 |
| 9,48 | 2,17 | 1,08 | 0,27 |
| 5,83 | 1,33 | 0,67 | 0,17 |
| 4,38 | 1,00 | 0,50 | 0,13 |

|      |      |      |      |
|------|------|------|------|
| 0,07 | 0,27 | 0,03 | 0,21 |
| 0,00 | 0,02 | 0,01 | 0,23 |
| 0,03 | 0,01 | 1,08 | 1,96 |
| 0,12 | 0,08 | 2,67 | 0,17 |
| 0,03 | 1,00 | 0,50 | 0,13 |



chi

8,61

**iii. EDAD Y ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|      |      |      |      |       |
|------|------|------|------|-------|
| 0,21 | 1,46 | 0,21 | 0,21 | 7,92  |
| 0,23 | 1,60 | 0,23 | 0,23 | 8,71  |
| 0,27 | 1,90 | 0,27 | 0,27 | 10,29 |
| 0,17 | 1,17 | 0,17 | 0,17 | 6,33  |
| 0,13 | 0,88 | 0,13 | 0,13 | 4,75  |

|      |      |      |      |      |
|------|------|------|------|------|
| 3,01 | 0,14 | 0,21 | 0,21 | 0,00 |
| 0,23 | 1,60 | 0,23 | 0,23 | 0,60 |
| 0,27 | 2,34 | 1,96 | 0,27 | 0,51 |
| 0,17 | 0,60 | 0,17 | 0,17 | 0,02 |
| 0,13 | 0,88 | 0,13 | 6,13 | 0,01 |

20,19

**iv. EDAD SEXUAL DE INICIO Y COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO DEL HPGDR 2010**

|       |      |      |       |
|-------|------|------|-------|
| 5,83  | 1,33 | 0,67 | 0,167 |
| 23,33 | 5,33 | 2,67 | 0,667 |
| 4,38  | 1,00 | 0,50 | 0,125 |
| 1,46  | 0,33 | 0,17 | 0,042 |

|      |      |      |       |
|------|------|------|-------|
| 0,12 | 0,08 | 2,67 | 0,167 |
| 0,00 | 0,08 | 0,17 | 0,167 |
| 0,60 | 1,00 | 0,50 | 0,125 |
| 0,14 | 1,33 | 0,17 | 0,042 |

7,37

**v. CONTROLES PRENATALES Y DIAGNOSTICO DEFINITIVO  
DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

|       |       |
|-------|-------|
| 6,75  | 5,25  |
| 20,25 | 15,75 |

|      |      |
|------|------|
| 6,75 | 8,68 |
| 2,25 | 2,89 |

20,57