

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIALDOCENTE
“Dr. ANTONIOLUACES IRAOLA”
CIEGO DE ÁVILA

Título: Comportamiento clínico-epidemiológico del embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Obstetricia y Ginecología

Autora: Disney Quincoso Montesinos

2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

HOSPITAL PROVINCIALDOCENTE

“Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA”

CIEGO DE ÁVILA

Título: Comportamiento clínico-epidemiológico del embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

Tesis en opción al título de especialista en 1er grado en
Obstetricia y Ginecología.

Autora: Dra. Disney Quincoso Montesinos. Aspirante a especialista de 1er grado en Obstetricia y Ginecología en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila. “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

Tutor: Dr. Rolando Pérez Buchillón. Especialista de 1er grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor auxiliar en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila. “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

2018

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de describir el comportamiento clínico-epidemiológico de mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente " Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila durante el periodo comprendido desde el 1ro. de septiembre del 2015 al 30 de septiembre del 2018. El universo (muestra) estuvo constituido por 91 pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico. Se creó una base de datos obtenida de las historias clínicas de las pacientes, utilizándose el programa SPSS, versión 11,5 para la evaluación de los mismos. Los resultados se reflejaron en tablas de contingencia creadas al efecto y se expresaron por medio de porcentajes. Las conclusiones fueron que la mayor incidencia de esta patología coincide con el periodo de mayor fertilidad y con los factores de riesgo asociados. Se constata los síntomas de la triada clásica en el embarazo ectópico como los más frecuentes. El dolor abdominal a la palpación y el anejo engrosado fueron los signos con mayor frecuencia por el predominio del embarazo ectópico complicado. El ultrasonido y el test de embarazo contribuyeron al diagnóstico de embarazo así la punción del fondo de saco de Douglas y la laparoscopia favorecieron al diagnóstico de su complicación. Los valores de la hemoglobina pre operatoria guarda relación causal con el hemoperitoneo presente en cada paciente. El tratamiento de elección en el embarazo ectópico complicado es la salpinguectomía total del lado afectado.

Palabras clave: EMBARAZO ECTÓPICO

ÍNDICE. .

| Contenidos | Páginas |
|---------------------------------|---------|
| Introducción..... | |
| Objetivos..... | |
| Marco teórico..... | |
| Material y Método..... | |
| Resultados y discusión..... | |
| Conclusiones..... | |
| Referencias Bibliográficas..... | |

INTRODUCCIÓN:

Para la mayoría de las mujeres, la maternidad es una experiencia positiva y satisfactoria, que en ocasiones se convierte en experiencia no favorable. El embarazo ectópico (EE) se considera una gestorragia de la primera mitad del embarazo, pues el sangrado que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección propia de la gestación. Constituye una de las tres grandes causas de muerte materna, así como, la primera causa de muerte materna en el mundo. (1, 2).

La incidencia de embarazo ectópico en el mundo varía de 1:40 a 1:100 embarazos, ocurre en 0.5 a 2 % de todos los embarazos y su recurrencia es de 15-20 %. En los EE.UU. la incidencia de embarazo ectópico es de 1,5 – 2 %. Se presenta casi el doble en las mujeres de color de piel negra, y se reporta cuatro veces mayor riesgo de mortalidad en mujeres negras en relación con mujeres blancas (3, 4,5).

Oliva, promulga que en EE.UU han estimado una tasa EE de 16,9 por mil embarazos, por lo que afirma que se produjo un incremento de 5 veces en comparación con las tasas de 1970. En el Reino Unido se informa una tasa de 8,3 por 1 000 embarazos y en los Países Bajos es 10,2 por 1 000 nacidos vivos, pero en Suecia se incrementó de 5,8 a 11,1 por mil embarazos en 15 años y en Noruega la incidencia aumentó de 95 por 100 000 mujeres entre 1976 y 1981 hasta 154 por 100 000 mujeres de 1988 a 1993 (6).

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, a nivel mundial "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan las organizaciones mundiales de salud, la OMS y la UNICEF (7).

A pesar del incremento notable del EE en los últimos 20 años, su mortalidad ha disminuido 10 veces en el mismo periodo de tiempo (35,5/10 000 a 3,4/10 000) gracias a la precocidad diagnóstica y las actuales posibilidades terapéuticas, según reporte de Quispe Torre. (8)

Investigadores cubanos del tema admiten que "existe un aumento de la frecuencia del embarazo ectópico en el mundo, incluyendo a Cuba", hasta 5 veces más cuando se compara con la década del 70. En Cuba el número absoluto de pacientes con embarazo ectópico ascendió de 1101 a 1692 entre 1990 y 1995 lo que significó un 53,7 % de incremento, además fue la causa del 11,8 % del total de muertes maternas directas ocurridas de 1985 a 1995. Hoy en día las cifras de muerte materna que existían en la década 1950, se han reducido en un 78,3 %, comparada con el año 2004, pero entre las causas que persisten y que han aumentado, está el EE complicado (9-13)

La mortalidad materna como problema de salud pública no resuelto, además del impacto desfavorable que genera en la familia, constituye una prioridad para los servicios de salud, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio; por tal motivo es necesario promover y favorecer la salud materna a través de una maternidad sin riesgos (13).

La tasa de muerte materna directa por EE en el país se elevó progresivamente en el año 2000, alcanzando la cifra de 3,5 por 100 000 nacidos vivos y asciende en el 2003 a 5,8 por 100 000 nacidos vivos, durante el año 2012 se reporta entre las 5 primeras causas de muerte materna directa según el anuario estadístico nacional. Sin embargo, de la fecha a la actualidad no se reportan más casos (14-16).

PROBLEMA:

¿Cuál es el comportamiento clínico - epidemiológico del embarazo ectópico en mujeres atendidos en el Hospital Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"?

OBJETIVO GENERAL

- Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de mujeres atendidas con embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente " Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila durante el periodo comprendido desde el 1ro. de septiembre del 2015 al 30 de septiembre del 2018. septiembre 2015 a septiembre 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a las pacientes estudiadas según grupos de edad y antecedentes patológicos personales relacionados con la entidad.
- Describir los síntomas y signos más frecuentes encontrados en las pacientes estudiadas.
- Identificar los medios auxiliares más utilizados para el diagnóstico.
- Caracterizar pacientes según niveles de hemoglobina preoperatorio y pérdidas hemáticas estimadas durante el acto operatorio.
- Describir tipo de operación realizada como parte de la conducta quirúrgica.

MARCO TEÓRICO.

El embarazo ectópico fue explicado y señalado por primera vez en el siglo XI, y hasta mediados del siglo XVIII, era una afección generalmente fatal. La palabra ectópico proviene de las palabras griegas ectos: “fuera” y topos: “lugar”, por lo cual se define como un embarazo que se produce en cualquier lugar fuera de la cavidad uterina, y que puede llevar a una alta morbi- mortalidad si no se resuelve el problema con tiempo. (17)

Antes de conocerse la función de las trompas uterinas, Albucassi en 1063, hizo la primera descripción del EE, fue Primerose en 1594 quien describió un embarazo abdominal con feto muerto, absceso, fístula y expulsión por laparotomía. La función de las trompas uterinas, fue uno de los descubrimientos de Gabriel Falopio (1523-1562), fundador de la anatomía moderna. En 1604 Riolamus describe el embarazo tubárico. Mauriceau incluyó la afección en su texto como complicación obstétrica (siglo XVII) y Duverney en 1708, reportó en una autopsia el primer caso de gestación heterotópica (17,18).

En Ginecología, desde el siglo XVII, el EE, integra un cuadro nosológico a partir de los trabajos de Cyprianus, Manget, Duverney y Littre. El primer cuadro clínico de hematocele pélvico en Ginecología fue identificado por Bourdon, Bernutz y Recamier, pero Nélaton es quien realiza una descripción magistral del tema (17,18).

En el siglo XIX se logra una terapéutica con éxito, fue Lawson Taint en 1883, quien practicó la primera salpingectomía con sobrevida materna. Wynne en 1919, guiado por las orientaciones de Taint solo tuvo una mortalidad del 4,3 % en 500 casos estudiados (17-19).

Novak destaca en 1970, una frecuencia de EE de 1:300-200 gestaciones. En el libro de Patología estructural de Robbins señala en 1983 que se eleva la frecuencia de EE a 1:100-150 gestaciones, con una mortalidad de 1:400 casos; mientras que, en el 2004, Rigor refleja que la frecuencia de estos eventos, representa un 2,2 % del número total de los nacimientos y el 1,7 % de las gestaciones conocidas (5, 9, 17,18).

El embarazo ectópico a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud(OMS) y Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se caracterizó por afectar entre el 5 y 12 % de las muertes maternas hasta el año 2004 lo cual refiere como un problema aún por resolver (20).

En Estados Unidos, la incidencia ha pasado del 0.45% en 1970 al 1.97% en 1992. y representa el 2% de los embarazos del primer trimestre y al 6% de las muertes durante el embarazo. El embarazo ectópico incrementa el riesgo de mortalidad materna respecto a la mortalidad materna en hijos nacidos vivos o abortos intencionales y disminuye significativamente las posibilidades de un embarazo ulterior normal. Sin embargo, si es diagnosticada precozmente, mejora la supervivencia de la madre, así como, se conserva mejor su capacidad reproductiva (21-23).

En el Perú se han publicado estudios, como en el Hospital San Bartolomé que tienen una incidencia de 1 de cada 767 gestaciones⁵, 1 de 183 partos en el Hospital Edgardo Rebagliati, 1 de cada 156 embarazos en el Hospital María Auxiliadora, 1/126 en el Hospital Cayetano Heredia, 1/130 en el Hospital Hipólito Unanue y 3,3 de cada 1 000 gestaciones en el Instituto Materno Perinatal, de Lima su incidencia para el año 2001 fue 3,3 de cada 1 000 gestaciones en el año 2001 (24, 25, 26, 27).

El embarazo ectópico se complica mayormente por diversas causas, por lo que se tienen dos tipos: embarazo ectópico complicado o roto y embarazo ectópico no complicado. El embarazo ectópico no complicado, generalmente, no supera el primer trimestre del embarazo, ya sea porque se reabsorbe espontáneamente o con tratamiento médico y es considerado precursor de un embarazo ectópico complicado. La sintomatología varía según la evolución del cuadro y su localización. Se sospecha de un embarazo ectópico cuando hay dolor al tacto uterino, si el tamaño uterino no corresponde al tiempo de amenorrea y si se palpa una tumoración anexial unilateral, ovoide, pequeña y limitada (25,28).

En el embarazo ectópico complicado, el diagnóstico es fácil, pero tiene mayor peligrosidad y mortalidad materna. Se clasifica según el estado hemodinámico de la paciente: Sin compromiso hemodinámico: cursa con hematosalpinx y

aborto tubárico. Con compromiso hemodinámico o shock: por la rotura del embarazo ectópico se presenta un hemoperitoneo. Muerte ovular precoz: con presencia de hematosalpinx y obstrucción tubárica parcial o total, cursa además con aborto tubárico y rotura tubárica (19, 25,26).

Es de causa multifactorial, siendo las principales causas los eventos que alteran la migración del óvulo fecundado desde la porción ampular de la trompa hacia la cavidad uterina. En general, existen procesos que retrasan o impiden la migración por factores que aumentan la receptividad del huevo por la mucosa tubárica, por transmigración del óvulo fecundado, y muy remotamente por anomalías del huevo. Se describe que, en la mayoría de las veces, la etiología del embarazo ectópico no puede ser precisada con exactitud (23, 27,28).

El embarazo ectópico más frecuente es el tubárico. Se ha descrito que muchos casos de embarazo ectópico se dieron por interrupción precoz de la migración del óvulo fecundado los que se resuelven por reabsorción espontánea, sin presentar la sintomatología típica de un embarazo ectópico, sin embargo, esto no es lo más frecuente. Lo más común es que el embarazo continúe hasta llegar al segundo o tercer mes, observándose una implantación del huevo en diversas localizaciones como en nivel de la trompa de Falopio, las vellosidades invadirán el endosálpinx, en la pared tubárica hasta alcanzar la región peritoneal, esto se acompaña de una proliferación vascular y de hematosalpinx que puede afectar la trompa contralateral y llegar hasta la parte más distal de la trompa, exactamente entre la pared y la serosa (27-29).

A mayor edad materna, existe mayor riesgo de un embarazo ectópico. Así, las mujeres con edades entre 35-44 años aumenta 3 a 4 veces el riesgo de un embarazo ectópico frente a las mujeres con edades entre 15-24 años, se considera que esto se debería a la pérdida de la actividad mioeléctrica de la trompa de Falopio responsable de la motilidad de las trompas. Duran y Moreno en el Hospital Universitario Mayor Mederi encontraron que la edad materna comprendida entre 18-35 años eleva de 5,2 a 6,3 veces el riesgo de un embarazo ectópico frente a las madres menores de 18, las cuales tienen comportamiento de factor protector. (p: 0,000) (30,31).

Herrera Cynthia y Cáceres Nelly reportan que el embarazo ectópico en el Perú se presenta mayormente en gestantes casadas, ya que en más de la mitad de su serie se encontró la presencia de este factor, aunque tenían edades entre 35 a 45 años. Así mismo, en el Hospital María Auxiliadora, el embarazo ectópico se presentó en el 72,9% de gestantes con estado civil de casadas. Es probable que la razón sea la inestabilidad de las parejas ante un compromiso. En el Instituto Materno Perinatal de Lima, se encontró que las casadas se presentaban en mayor porcentaje de esta patología (23, 24,32).

La procedencia, aunque, no es un factor convencional, fue valorada en algunos estudios como el de Pacheco, que, en el Instituto Materno Perinatal de Lima, reporta que el 45,7% de su muestra eran procedentes del cono este. En otro estudio realizado, en el Hospital Arzobispo Loayza se reporta que 26,2% de la serie procedía del Cercado de Lima. La procedencia podría ser una ayuda para el abordaje de pacientes con antecedente de embarazo ectópico en quienes puede realizarse acciones preventivas y evitar un nuevo episodio (27,33).

El grado de instrucción es una característica importante en el embarazo ectópico que se relaciona con el nivel del conocimiento general. Moreno en el Hospital María Auxiliadora encontró mayor frecuencia de instrucción secundaria entre las madres con embarazo ectópico, en tanto que, Carbajal, en el Hospital de Arequipa registra que más de la mitad de su población tenían secundaria incompleta (24,33).

En Ecuador, en el Hospital Vicente Corral Moscoso se encontraron que 46,4% de las gestantes tenían instrucción secundaria. Aunque, no se conoce con exactitud el grado de asociación entre instrucción y embarazo ectópico, es probable que esto tenga que ver con los hábitos higiénicos y deficiente atención de salud en el diagnóstico y manejo de enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, promiscuidad sexual, inicio precoz de relaciones sexuales y múltiples parejas por bajo nivel educativo (29,34).

Existen distintas características que se asocian a la presencia de embarazo ectópico, entre estos se hallan la clasificación de Ankum, Murray y colaboradores, que cataloga el riesgo de embarazo ectópico como leve,

moderado y severo. Por otra parte, Williams: señala que existe mayor riesgo de embarazo ectópico si existe una lesión tubárica previa de cualquier causa, como un embarazo ectópico previo, cirugía tubárica para corregir la infertilidad o con fines de esterilización (37, 40,41).

Aparece reportado que en presencia de antecedente de tratamiento conservador de un embarazo ectópico tubárico, el riesgo de un nuevo embarazo ectópico se incrementa hasta en un 15%; describiéndose que la posibilidad de tener embarazo intrauterino luego de un embarazo ectópico es de 50-80%, pero la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico se incrementa de 7 a 13 veces, es decir, que de 10-25% gestantes podrían tener un siguiente embarazo ectópico (35, 36,41).

La cirugía tubárica realizada anteriormente es el principal factor de riesgo para un embarazo ectópico, originado por la interrupción anatómica de la trompa de Falopio por complicaciones como una cirugía inadecuadamente desarrollada, infección, anomalía congénita o tumores. La disrupción anatómica puede producir un empeoramiento de la actividad ciliar tubárica. Además, el 76% de los embarazos postesterilización laparoscopia son embarazo ectópico. Un embarazo ectópico es más probable que se presente posteriormente de una cirugía tubárica de reconstrucción, lo que genera, a su vez, de la condición anterior de la trompa y el tipo de técnica usada. La microcirugía reduce el riesgo de embarazo ectópico en 50%(34,36).

Los dispositivos intrauterinos(DIU) actúan como cuerpos extraños situado en la cavidad uterina que condicionan una inflamación local en el endometrio, que puede extenderse a otros órganos sexuales originando cambios en su morfología e inducir afecciones pelvianas; generalmente se asocia a infecciones cervicovaginales o de transmisión sexual no diagnosticada. Representando entonces, un obstáculo al transporte del cigoto y su nidación en el útero. La permanencia mayor de dos años del DIU aumenta 2,6 veces el riesgo de un embarazo ectópico. La relación entre el DIU y la enfermedad pélvica inflamatoria crónica incrementa el riesgo de embarazo ectópico, y a su vez, esta tendría relación con la promiscuidad sexual (23, 27,34).

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en ocasiones afecta a las trompas y puede provocar efectos, tanto anatómicos como funcionales, y si son asociados a infecciones pélvicas crónicas alteran la función tubárica, así como, también originar obstrucción y adherencias. Las salpingitis crónicas y aun las que fueron tratadas pueden originar fibrosis y diversos grados de lesión en las trompas en forma bilateral (constricciones, dilataciones saculares, alteraciones de la actividad ciliar y muscular) que originan alteración funcional en el transporte tubárico. Una EPI está presente en más de la tercera parte de los pacientes con embarazo ectópico. Existe mayor evidencia que las infecciones de transmisión sexual (ITS) por *Chlamydia trachomatis* incrementan el riesgo de embarazo ectópico (37,38).

Cuando se realiza raspado o aspiración de la cavidad uterina, la variabilidad inflamatoria local que se genera en esta ubicación, ya sea por hecho físico o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede extenderse a la trompa y provocar cambios anatomo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y en el futuro un embarazo ectópico. En el Instituto Materno Perinatal Hospital Belén de Trujillo se encontró fuerte asociación entre embarazo ectópico y aborto previo con legrado uterino. Bejarano señaló que un legrado intrauterino previo aumenta el riesgo de embarazo ectópico hasta 13,6 veces más (33,38).

No se conoce el mecanismo de acción, aunque hay mayor evidencia que el tabaco podría tener acción antiestrogénica, alterar la respuesta inmunitaria, favorecer infecciones pélvicas y/o alterar la función de la trompa. El tabaco incrementa el riesgo de embarazo ectópico de 1,6 a 3,5 veces comparado con las gestantes que no fuman. El fumar cigarrillos origina retraso en la ovulación, alteraciones de la movilidad tubárica-uterina y altera la inmunidad de la gestante. Pero, ninguno de estos mecanismos todavía se ha probado concluyentemente en la etiología de un embarazo ectópico (23,39).

En pacientes estériles, hay mayor incidencia de embarazo ectópico porque se la detecta precozmente, en especial si la gestante ha recibido tratamiento hormonal con presencia de generadores de ovulación o con gonadotropinas

como el citrato de clomífero. La American Fertility Society indica que la reproducción asistida aumenta el riesgo de embarazo ectópico, por lo que este procedimiento genera entre 5 a 7% embarazo ectópico superiores en las estudiadas en las gestaciones espontáneas. También hacen referencia a un embarazo heterotrófico por cada 100 embarazos logrados por fertilización in vitro (33,37).

Esta asociación se debería en realidad a las causas de la esterilidad y no a la técnica de reproducción asistida, aunque algunas acciones técnicas podrían contribuir como la inducción de la ovulación que origina sobrestimación, y la transferencia embrionaria, en la que puede influir el volumen del medio de cultivo (si este es excesivo pasa fácilmente a la trompa) y el emplazamiento del embrión en el fondo uterino o en la mitad de cavidad uterina (37,40).

El poseer parejas sexuales múltiples puede incrementar el riesgo de embarazo ectópico, aunque se desconocen las razones exactas, podría tener relación con la presencia de EPI e ITS. Existe evidencia que el iniciar las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad incrementa el riesgo de embarazo ectópico, así, Bejarano reporta que el inicio sexual a los $16 \pm 1,5$ años incrementa hasta 2 veces el riesgo de tener un embarazo ectópico ($p: 0,01$) (IC 95%: 0,259 a 2,061) (37,38).

Morales y Nagua señalan que el coito antes de los 18 años se observa con una prevalencia de 0,40% en su serie de gestantes con embarazo ectópico, y, Rodríguez y Altunaga encontró este factor en el 67,1% de las gestantes con embarazo ectópico de su muestra (34, 38,41).

Respecto a la paridad, Duran y Moreno señalan que la nuliparidad es un factor de riesgo para embarazo ectópico incrementando el riesgo hasta 1,78 veces comparado con madres multíparas ($p: 0,000$) (OR 1,49, IC 95%: 1,24 a 1,78). En el estudio de Carbajal en Arequipa encontró mayor prevalencia de embarazo ectópico en las nulíparas (46,4%). Moreno, sin embargo, refiere que las pacientes multíparas tienen mayor frecuencia de embarazo ectópico en su serie con un 80%(24.30, 33)

El cuadro clínico de un embarazo tubárico diverge sobre todo por la presencia de una ruptura, por lo general los signos vitales son normales antes de una ruptura tubárica, en caso de hemorragia moderada habrá una respuesta generalmente con signos vitales sin cambios, presentará aumento discreto de la presión arterial o una respuesta vasovagal con bradicardia e hipotensión. Generalmente las pacientes no sospechan que tienen un embarazo ectópico y cree que es una gestación normal o que está presentando un aborto. Comúnmente los síntomas y signos de un embarazo tubárico son leves o inexistentes. (37).

La evolución de esta patología se caracteriza principalmente por amenorrea seguida de hemorragia leve o manchado vaginal. Si se presenta ruptura tubárica el dolor es acentuado tanto en el hipogastrio y en la pelvis que puede describirse como dolor agudo, insoportable. Las principales manifestaciones clínicas que caracterizan esta enfermedad son: el dolor, amenorrea y sangrado anormal, las cuales se referirán a continuación (19, 33,37).

El dolor pélvico es el síntoma más habitual, por el cual acuden a emergencia las pacientes. Aproximadamente el 95% de las mujeres con embarazo tubárico presentan dolor en región pélvica y abdominal. Cuando en la gestación se encuentra avanzado, son más constantes los síntomas gastrointestinales y el mareo. En caso de ruptura, el dolor se localiza en cualquier área del abdomen (37,39).

Varios autores concuerdan en que la exploración bimanual resulta normal en aproximadamente el 10 % de las mujeres, la sensibilidad abdominal en el 85 % y la hipersensibilidad, ya sea en la movilidad del cérvix o en los anejos se demuestra en la cuarta parte de las pacientes con embarazos tubárico rotos o en vías de romperse. Recientemente en estudios publicados se plantea que, a pesar de existir un hemoperitoneo significativo, no se encontró reacción en el 45 % de las mujeres. (4, 37,49).

El sangrado anormal es de poca intensidad en un 50 a 80% de casos, mayormente se recoge el antecede de un retraso menstrual que no va más de 2 a 3 semanas, del 75 al 90% de casos, las pacientes confunden este hecho

con la menstruación. Esto es producto a la detención del proceso de la decidua por las siguientes causas: la disminución de secreción de la progesterona en el cuerpo lúteo no adecuadamente estimulada por la insuficiente cantidad de B-HCG producida en el trofoblasto. En ocasiones suele simular un aborto debido a que se desprende y expulsa toda la decidua (38-40).

La amenorrea se manifiesta entre el 75 y 95% de casos, generalmente dura pocas semanas. Según estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso por Mogrovejo, manifiesta haber encontrado mayor frecuencia en un tiempo de amenorrea de 6-10 semanas, también Carbajal refiere el promedio de tiempo de amenorrea ser entre $6,8 \pm 2,1$ semanas. Cuando se realiza el tacto vagino abdominal puede detectarse una masa yuxtaterina de consistencia blanda, ubicada en el fondo de saco de Douglas o en la zona anexial. La realización de esta exploración se debe ejecutar con delicadeza ya que puede resultar incomoda, dolorosa y puede generar la ruptura tubárica (29, 33,40).

Con respecto al diagnóstico, este se genera en 3 partes importantes, el cuadro clínico "clásico" de dolor pélvico o abdominal, sangrado vaginal anormal, y masa anexial palpable que permite sospechar de un probable embarazo ectópico. Los antecedentes personales de la paciente ayudan a buscar características compatibles con un embarazo ectópico y, por último, los exámenes auxiliares como la B-HCG y la ecografía transvaginal que para mayor seguridad esta puede confirmar con seguridad un embarazo ectópico. Existen otros exámenes auxiliares como la punción del saco del Douglas y el legrado biopsia que utilizan poco. Siendo el método de diagnóstico más exacto la laparoscopia (21, 37,40).

En estudio realizado con 263 pacientes con embarazo ectópico dedujo que la relación de B-HCG en punción del saco del Douglas y a nivel sérico del B-HCG puede ser usado para verificar un embarazo ectópico a nivel tubárico, para lo cual se requirió medir la cantidad de B-HCG a nivel sérico y en fluido peritoneal obtenido mediante punción en el saco de Douglas, lo cual se podría usar como método diagnóstico para embarazos ectópicos de localización tubárica de una manera más rápida (44).

También es importante la existencia de una combinación entre determinación de B-HCG y la ecografía transvaginal, hallándose una zona discriminatoria basada en una correlación entre la visibilidad del saco gestacional y la concentración de B-HCG. Cuando, el valor de B-HCG en plasma se encuentra entre 1.500 y 2.000 UI/l, debe visualizarse el saco gestacional en la ecografía transvaginal. Por lo tanto, la ausencia de saco gestacional intrauterino con concentraciones de BHCG por encima de la zona discriminatoria sugiere un embarazo ectópico probable o una gestación intrauterina no viable. Si los niveles de B-HCG se encuentran por debajo de la zona discriminatoria sugiere una gestación intrauterina incipiente, un embarazo ectópico o también una gestación intrauterina no viable (37,44).

La ecografía transvaginal de gran ayuda para el diagnóstico de embarazo ectópico necesariamente se inicia por el estudio del útero, en el que se debe hallar la ausencia del saco gestacional, a no ser que sea un embarazo heterotópico. Se mencionan los principales hallazgos en este procedimiento siendo los siguientes: anillo tubárico, se caracteriza por presentar una estructura extraováricouterina redondeada con medidas aproximadas 20 a 40mm de diámetro y que se estructura de un anillo concéntrico ecogénico alrededor de un centro hipoecogénico; este anillo solo es visible cuando la trompa se encuentra indemne. La presencia de líquido en el fondo de saco (40).

Según Oliva los criterios ultrasonográficos de embarazo ectópico son: presencia de estructuras embrionarias o extraembrionarias en la trompa. Presencia de material amorfo en las trompas. Presencia de sangre con o sin coágulos en el fondo de saco de Douglas. Mayor ecogenicidad del material dentro de las trompas en relación con el ovario, que es menos ecogénico. Presencia de flujo sanguíneo en uno de los polos del supuesto saco gestacional dentro de la trompa. Ausencia de saco gestacional intraútero (45).

De igual manera se puede hallar un embrión dentro de un anillo tubárico y permite identificar con mayor claridad un pseudosaco. Los signos como la vesícula vitelina, el embrión y el latido cardiaco, estos pueden encontrarse

entre la 3-4 semanas y son signos patognomónicos, que van a evidenciaran la presencia de un embarazo, a menudo solo se detecta en 4% de las pacientes; por otro lado, el hallazgo de una masa no quística en la trompa tiene una alta especificidad (99%) y una sensibilidad más alta (85%) que la imagen tubárica en anillo (40,42).

En cuanto al embarazo ectópico situado en el ovario se implantan criterios según Spiegelber para el oportuno diagnóstico, la trompa del lado afectado debe permanecer intacta, el saco gestacional debe ocupar la posición del ovario, el ovario debe estar conectado al útero por el ligamento ovárico y debe haber tejido ovárico en la pared del saco (51,52).

Es de suma importancia establecer la presencia de embarazo con celeridad y precisión para valorar si la paciente manifiesta signos y síntomas que sugieren un embarazo ectópico. Se confirma que un 85% de las gestaciones viables, la concentración de B-HCG se va a intensificar al menos en un 66% cada 48 horas durante los primeros 40 días de embarazo. Mientras tanto, la literatura, refiere que en el embarazo ectópico los niveles de B-HCG no generan esta intensificación de B-HCG ya descritos. La insuficiencia de aumento normal de los niveles de B-HCG en el embarazo causa sospechas de la existencia de un embarazo ectópico (37).

La punción del saco del Douglas en la literatura se señala que es una técnica simple y rápida para identificar un hemoperitoneo, puede ser positiva si se realiza de forma correcta en el 70% al 95 % de las señoras. El porcentaje de falsos positivos puede variar entre un 5 y un 10 % y los falsos negativos, de un 8 % a un 14 %, lo que guarda relación en muchos casos no solo con una inadecuada técnica sino con la obliteración del fondo de saco de Douglas en las mujeres con salpingitis y peritonitis pélvica previa, por tanto, la falta de obtención de sangre no excluye el diagnóstico de hemoperitoneo, ni la presencia de embarazo ectópico (4, 37,58).

Con el advenimiento del ultrasonido transvaginal, las inmensidades de los estudios de esta entidad le confieren una mayor sensibilidad y especificidad a

esta prueba para emitir diagnóstico, en relación con la ecografía abdominal (Trisch 1989, Cacciotore, 1990) La ecografía vaginal por sí sola puede facilitar el diagnóstico de esta afección en más del 90 % de las mujeres y cobra mayor valor asociado a la determinación de la fracción Beta de la gonadotropina coriónica sérica. Actualmente con la utilización del efecto Doppler a color pulsado correcto transvaginal, Emerson y Pellerito han encontrado resultados excelentes. (37,58).

Los embarazos ectópicos tienen un impacto negativo en la fertilidad futura. El diagnóstico rápido es primordial para preservar la funcionalidad de la trompa y el potencial reproductivo. La rapidez del tratamiento quirúrgico de los embarazos ectópicos se ha convertido en una alternativa segura por medios laparoscópicos, (por salpingostomía o salpinguectomía) cuando son diagnosticados antes de que ocurra la ruptura de la trompa. Se plantea que el factor más predictivo de la fertilidad en el futuro es la salud de la trompa contralateral (22, 36,37).

El tratamiento farmacológico de elección es el metotrexate. Dentro del esquema más usado, se tiene a la dosis única de administración intramuscular. Tomando en cuenta cuando el EE sea pequeño (menor a 4cm), niveles bajos de B-HCG y no exista sangrado libre en cavidad abdominal. El tratamiento quirúrgico se sugiere a pacientes que llevaron un tratamiento médico fallido y/o no es candidata a dicho tratamiento. Dentro de este tratamiento se tomará en cuenta dos procedimientos, la salpinguectomía que trata en retirar parcial o totalmente la trompa dañada o la salpingostomía en el cual se realiza una incisión sobre la trompa y sobre el área afectada por el saco gestacional extrayendo su contenido previniendo así daños en los anexos (18, 19, 37, 46).

La cirugía sigue siendo una modalidad aceptable y a veces necesaria para el tratamiento del embarazo ectópico. La laparoscopia es el método preferido de accesibilidad al tratamiento quirúrgico, sin embargo, todavía existe gran controversia sobre el procedimiento y el posoperatorio óptimo. Generalmente, la salpingostomía se emplea con el objetivo de mantener la fertilidad siempre que sea posible, sin aumentar el riesgo de recurrencia de embarazo ectópico. En la mayoría de los casos, la decisión de realizar cirugía conservadora frente

a la cirugía radical está dada, tomando en cuenta la historia de la paciente y su deseo de su la fertilidad futura. La utilización del tratamiento médico en Cuba, conduciría a un alto costo económico por el empleo de drogas citostática y el aumento de la estadía hospitalaria (18, 19,22, 36, 55).

Según Vasallo Prieto Raúl y Sarduy Nápoles Miguel demuestra en el estudio: "Comparación de embarazos ectópicos tubarios y cirugía laparoscópicas por incisión transversal con la incisión longitudinal " que la modificación de la técnica de la salpingostomía longitudinal a la salpingostomía trasversal logra valores más altos de nuevos embarazos intrauterinos y menores recidivas de embarazo ectópico y un periodo de recuperación más rápido. También demuestra la importancia de dejar la trompa dañada en condiciones anatomofuncionales válidas, que permitan nuevos embarazos intrauterino a través de una perfecta recuperación de la trompa afectada y no sólo depender de la trompa contra lateral, supuestamente sana (55).

Según Fernández Rodríguez la laparoscopia ocupa un lugar privilegiado, ya que no solo permite un diagnóstico definitivo, sino también realiza tratamientos médicos y quirúrgicos sobre la masa ectópica. Coincidiendo con el resto de los autores en lo sumamente útil que es la misma para el diagnóstico del embarazo ectópico, otorgándole la importancia de haberse convertido en el instrumento quirúrgico en la actualidad, por las ventajas de la misma que incluyen: Diagnóstico definitivo en un alto por ciento. Vía concurrente para retirar la masa ectópica. Vía directa para inyectar quimioterápicos a dicha masa (58).

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, para describir el comportamiento clínico-epidemiológico de mujeres atendidas con embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente " Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila en el periodo comprendido desde el 1ro. de septiembre del 2015 al 30 de septiembre del 2018. septiembre 2015 a septiembre 2018

Universo y muestra

El universo (muestra) de estudio estuvo constituido por 91 pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila en el período antes referido.

Criterios de inclusión:

Pacientes con documentación completa. (Historia clínica). Y confirmación histopatológica o macroscópicamente del embarazo ectópico.

Operacionalización de las variables.

| Variable | Clasificación de la variable | Escala | Descripción | Indicador |
|--|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Edad | Cuantitativa continua | Menor de 19 años. De 19 a 34 años. De 35 años y más | Números años que presenta la mujer en el momento del estudio. | Número y % según grupo de pertenencia |
| Antecedente patológicos ginecológicos | Cualitativa nominal politómica | Embarazo ectópico anterior, enfermedad inflamatoria | Se refiere a la condición relacionada con el embarazo ectópico con posible relación causal. | Número y % según grupo de pertenencia |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | pélvica, Uso de DIU, Cirugías de la trompa, Sin antecedentes. | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|------------------------|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| Síntomas | Cualitativa nominal politómica | Amenorrea o sangrado anormal Dolor abdominal, síntomas subjetivos de embarazo, Otros síntomas. | Indicación subjetiva de la enfermedad según percepción del paciente. | Número y % según grupo de pertenencia |
| Signos clínicos | Cualitativa nominal politómica | Dolor abdominal a la palpación, engrosamiento o Tumor anexial, pulso acelerado, hipotensión, fondo saco abombado, otros, sin signos clínicos. | Hallazgo objetivo de la enfermedad percibido por el médico. | Número y % según grupo de pertenencia |

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Medios diagnósticos utilizados | Cualitativa nominal politómica | Test de gonadotropina , ultrasonido abdominal, punción del Douglas, laparoscopia. | Procedimientos utilizados para corroborar el posible diagnóstico | Número y % según grupo de pertenencia |
| <u>Nivel de hemoglobina preoperatorio</u> | Cuantitativa discreta. | Hemoglobina normal.(11g litros o más) Anemia moderada (< 110 g/L y > 70 g/L), anemia severa(< 70 g/L y > 40 g/L) y anemia muy severa(< 40 g/L) | Hallazgos encontrados durante la realización de los complementarios | Número y % según grupo de pertenencia |
| Cuantía estimada de hemoperitoneo | Cuantitativa discreta. | < 500 mL 500-1 000 mL >1 000 mL | Cantidad estimado en número de sangre encontrada en peritoneo. | Número y % según grupo de pertenencia |
| Operación realizada | Cualitativa nominal politómica | Cirugía parcial o total sobre la trompa Cirugía parcial o total sobre la trompa mas oforectomia. Cirugía parcial o total sobre la trompa mas incisión en | Procedimiento quirúrgico utilizado como parte del tratamiento de la entidad | Número y % según grupo de pertenencia |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | cuña del cuerno uterino. Cirugía conservadora de la trompa. Histerectomía | | |
|--|--|---|--|--|

Parámetros éticos:

La ética médica fue un principio que siempre mantuvimos en la investigación realizada. Se trató de un estudio que no supone intervención sobre los sujetos y solo empleó información recogida sobre los mismos a través de historias clínicas. En esta investigación se tuvo en cuenta los principios éticos de la investigación biomédica, lo establecido en la Declaración de Helsinki, promulgada en 1964 y enmendada en 1975, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la última versión correspondiente a la 52ª Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre del 2000. Además, se condujo por las regulaciones estatales del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), vigentes en la República de Cuba.

Métodos empíricos e instrumentos para la recolección de datos:

La información se obtuvo a través de la revisión y análisis de las historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a intervención quirúrgica por embarazo ectópico. Como fuente primaria para la recolección de la información se utilizó la historia clínica, aportando los datos necesarios para el desarrollo de cada una de las variables en estudio. Los resultados obtenidos se analizaron a través de diferentes pruebas estadísticas, como: frecuencia absoluta y por ciento como medida resumen para todas las variables,

Técnicas y procedimientos para dar salida a los objetivos:

Para el análisis y procesamiento de esta se creó una base de datos, mediante la utilización del programa SPSS, versión 11,5. Los resultados se reflejaron en tablas de contingencia creadas al efecto y se expresaron por medio de porcentos.

RESULTADO

Tabla 1. Edad

| Edad | n | % |
|---------------|----|------|
| ≤18 años | 11 | 12.1 |
| 19-34 años | 52 | 57.1 |
| 35 o más años | 28 | 30.7 |
| Total | 91 | 100 |

Fuente: Historia Clínica

En relación a la edad de las pacientes estudiadas, el mayor número se encontró entre las pacientes entre 19 y 34 años, lo cual representó el 57,1 % de los casos encuestados. 11 adolescentes, para un 12,1% fueron atendidas por causa de embarazo ectópico. Cabezas Cruz señala que la edad por sí sola no es un factor determinante pero que, a más años vividos, hay más posibilidades de presentar uno o más de los factores asociados con la aparición de la entidad. El envejecimiento genera pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio, lo que podría explicar el aumento de la frecuencia de embarazo tubárico en las mujeres perimenopáusicas, unido a los cambios hormonales propios de esta etapa de la vida reproductiva que también tienen efecto sobre la actividad tubárica (28) .

Urrutia et al encontraron en un estudio con mujeres chilenas, que el promedio de edad de los casos de EE fue de 29,4 años, Núñez y Mármol reportaron resultados similares a los reportados en la presente investigación, con la mayor incidencia de EE en pacientes menores de 25 años; Balestena en su estudio encontró que el 73,75 % de los EE fueron en pacientes entre 20 y 29 años de

edad. Así mismo, Fernández Suárez concluyen que es una entidad propia de la mujer en las mejores condiciones de su vida reproductiva (39,47- 49).

Según Crisóstomo Vacas Félix, la edad media fue de 30,9 años, por otra parte Herrera Arango Cynthia y Cáceres Gonzales Nelly reportan que 88% de las gestantes tenían de 35-40 años, para Mogrovejo Ávila, Andrea en su investigación denominada "Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015", en 56 pacientes entrevistados tuvieron un rango de edad entre 15-45 años, 46,4%, Carbajal Gonzales Luisa incluyó 181 casos, encontrando que 71,8% tenían de 20-35 años de edad. Rodríguez Y, Altunaga M. (Cuba-2010), en su investigación mostró que la mayor aparición de casos de embarazo ectópico se dio en mujeres que tenían entre 20 a 29 años en un 51,5 % (22,23,29,33,41).

Se concluye que la mayor incidencia de esta gestorragia coincide con el periodo de mayor fertilidad y con los factores de riesgo asociados, pues en edades superiores a los 34 años hay una mayor estabilidad de la pareja, aunque se mantienen presentes las secuelas de los factores causales.

Tabla 2. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS GINECOLOGICOS.**

| Antecedentes patológicos ginecologicos. | n | % |
|---|----|------|
| Sin antecedentes | 47 | 51,6 |
| Antecedentes de E. Inflamatoria pélvica | 29 | 31,8 |
| Utilización de DIU | 23 | 25,2 |
| E. Ectópico anterior | 13 | 14,2 |
| Cirugías de la trompa | 4 | 4,3 |

Fuente: historia clínica

Los análisis de los resultados aquí mostrados permiten apreciar como en el mayor número de féminas estudiadas no se recogieron antecedentes de interés relacionados con la posible causa del evento, lo cual representa un 51,6%. Entre aquellas con antecedentes de interés, aparecen como más frecuentes: Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica 31,8%. Utilización de DIU como método anticonceptivo previo 25,2%. Embarazos ectópicos anteriores 14,2%. Resulta de interés como en cuatro de las pacientes estudiadas se encontró antecedentes de cirugía tubárica (una por vía laparoscópica y tres por laparotomía convencional).

Según Sierra GR, "Factores de riesgo del embarazo ectópico", México 2009 se halló como factor de riesgo más común la enfermedad inflamatoria pélvica (salpingitis), con 21 casos. La localización fue tubárica con 35 casos (64.8%). Martínez A, "Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza" Perú 2013 Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos: las pacientes tuvieron historia de legrado uterino o aspiración manual endouterina; así como, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y uso de anticonceptivo: dispositivo intrauterino (27).

En Cuba Rodríguez, Y.; Altunaga, M. (2010) Factores Epidemiológicos del Embarazo Ectópico en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" La Habana; mostró que los abortos provocados, con 35,7 %, la enfermedad inflamatoria pélvica 38,2 %, y el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) con 28,4 %; fueron los antecedentes encontrados. Es de preocupar a consideración del autor que el mayor porcentaje no tenían

antecedentes de allí que el sistema de salud en la provincia de Ciego de Ávila debe de estar alerta en la atención a las féminas con cualquier sintomatología que haga sospechar de esta afección (41).

Daniel Alcides Carrión, Callao Perú, 2008- 2010” Perú 2011 Dentro de los factores ginecoobstétrico, 37.4% antecedente de cirugía abdomino-pelviana, 11.9% con antecedente de EE previo. 55.3% no utilizaban métodos anticonceptivos, 4.1% utilizaba DIU (50).

El resultado de este trabajo confirma que los antecedentes de un proceso inflamatorio pélvico, así como de un embarazo ectópico y la utilización de los dispositivos intrauterino son los principales factores asociados al embarazo ectópico.

.

Tabla 3. **SINTOMAS ACOMPAÑANTES.**

| Síntomas | n | % |
|---------------------------------|----|------|
| Dolor abdominal en hipogastrio. | 76 | 83,5 |
| Amenorrea | 63 | 69,2 |
| Sangrado anormal | 31 | 34 |
| Síntomas subjetivos de embarazo | 20 | 28,5 |
| Otros | 7 | 7,6% |

Fuente: historia clínica.

Los resultados aquí mostrados relacionados con los síntomas más frecuentes referidos por las pacientes al ser atendidas en el cuerpo de guardia fueron, según orden de frecuencia: Dolor abdominal en 76 pacientes representando el 83,5%; seguidos por la amenorrea en 63 pacientes para el 69,2 % y el sangrado anormal en 31 de las féminas lo cual representa el 34%. Resultado que corresponde con literatura revisada donde Crisóstomo Vacas Félix, en su estudio titulado "Respuesta clínica y quirúrgica de mujeres con embarazo ectópico" el 65% cursó con dolor abdominal y 35% con metrorragia, por otra parte, Mogrovejo Ávila Andrea en su investigación, hace referencia de un 37,5% de las pacientes con dolor en hipogastrio (22,29)

Carbajal Gonzales Luisa, en su estudio titulado "Embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, 2011 -2015" refirió el 38,6% con dolor en hipogastrio, 96,1% eran embarazos ectópicos complicados, Así mismo Escobar P.B, Pérez L.CA, Martínez P.H. en su estudio señala que el síntoma clínico más común fue el dolor pélvico abdominal con 57.1%, Aqueela Ayaz et al. reportaron un predominio de la amenorrea (93,2 %), seguido de dolor abdominal (88,6 %) y malestar abdominal (86 %) y Según Casanova Carrillo C. "Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico", la principal manifestación clínica encontrada fue el dolor pélvico, en un 98,9 %(33,46,50,53,54).

Los síntomas se relacionan con el estado que se diagnóstica el embarazo ectópico y su localización generalmente cuando este no ha producido un hemoperitoneo los síntomas están en relación fundamentalmente con los síntomas sugestivos del embarazo y una molestia dolorosa en la trompa que se

encuentre el mismo, con la ruptura y la cantidad del hemoperitoneo aparecen los síntomas característico de ese cuadro.

De los 91 pacientes diagnosticadas y tratadas por un embarazo ectópico, en 83 de ellas presentaron el cuadro clínico de un hemoperitoneo y los 8 restantes se diagnosticaron y trataron ante la complicación. Sé constata los síntomas de la triada clásica en el embarazo ectópico como los más frecuentes.

Tabla 4. **SIGNOS CLINICOS PERCIBIDOS POR EL MEDICO.**

| Signos clínicos | n | % |
|--------------------------------|----|------|
| Dolor abdominal a la palpación | 72 | 79,1 |
| Engrosamiento anexial | 31 | 34 |
| Pulso radial acelerado | 23 | 25,2 |
| Fondo de saco abombado | 13 | 14,2 |
| Signos clínicos no encontrados | 13 | 14,2 |
| Otros | 11 | 12,1 |
| Hipotensión | 6 | 6,5 |

Fuente: historia clínica.

En relación a los signos clínicos encontrados durante el examen físico de las pacientes, resultó que los más frecuentemente reportados, en el estudio realizado fueron: Dolor abdominal a la palpación del abdomen, en 72 pacientes; para un 79,1% del total. Seguido por el engrosamiento de anexos en 31 pacientes, lo que representa el 34% de los casos estudiados. Seguido en orden de frecuencia por el pulso radial acelerado, reportado en 23 pacientes para un 25,2%. Los signos que pueden encontrarse según la literatura revisada en orden de frecuencia son: dolor abdominal a la palpación, reacción peritoneal, tacto vaginal donde se describe la presencia de masa tumoral anexial y dolor a la movilización de los genitales (19, 37, 40).

En estudios realizados, varios autores concuerdan en que la exploración bimanual resulta normal en aproximadamente el 10 % de las mujeres, la sensibilidad abdominal en el 85 % y la hipersensibilidad, ya sea en la movilidad del cérvix o en los anejos se demuestra en la cuarta parte de las pacientes con embarazos tubarios rotos o en vías de romperse. En estudios publicados se plantea que, a pesar de existir un hemoperitoneo significativo, no se encontró reacción en el 45 % de las mujeres. (4, 37,49).

Tabla 5. **MEDIOS DIAGNOSTICO.**

| Medios Diagnósticos | n | % |
|--------------------------|----|------|
| Ultrasonido abdominal | 88 | 96.7 |
| Test de gonadotropinas | 86 | 74.5 |
| Laparoscopia diagnostica | 65 | 71.4 |
| Punción del Douglas | 33 | 36.2 |

Fuente: historia clínica.

Los resultados que aquí se reflejan, en relación a los medios diagnósticos más utilizados en el hospital provincial para el diagnóstico del embarazo ectópico; permiten apreciar que: El ultrasonido abdominal (más utilizado) se utilizó en 88 de las pacientes estudiadas, representando el 96,7%. A continuación, el test de gonadotropinas se reportó como realizado en 86 pacientes, para un 74,5%;seguido por la laparoscopia diagnóstica realizada a 65 féminas, para el 71,4% y la punción del fondo de saco de Douglas realizada a 33 pacientes, lo que representa el 36,2 % del total. Se considera necesario señalar que en relación a la laparoscopia diagnóstica en el hospital provincial.

Moreno Martínez Pablo, en su investigación titulada “Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado Hospital María Auxiliadora 2014” 100% fueron estudiadas con ecografía y 62,9% tuvieron valoración de B-HCG (24). En cuanto a los complementarios se plantea en la literatura revisada la realización de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG) tanto cualitativa como cuantitativa, esta última con un gran valor diagnóstico de EE, el ultrasonido y la laparoscopia diagnóstica (37,40).

Tabla 6. **EFFECTIVIDAD DE LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS .**

| medios diagnósticos | No. de casos proceder realizado. | No. de casos positivos. | % de positividad |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------|------------------|
| Ultrasonido abdominal. | 88 | 59 | 67,0 |
| Test de gonadotropina | 86 | 84 | 97,6 |
| Laparoscopia | 65 | 40 | 61,5 |
| Punción del saco de Douglas | 33 | 27 | 81,8 |

Fuente: historia clínica.

Al analizar los resultados del estudio en relación a los medios auxiliares que con mayor frecuencia apoyaron el diagnóstico (Positividad) fueron: El test de gonadotropina y la punción del fondo de saco de Douglas con 97,6% y 81,8% respectivamente, coincidiendo con otras literaturas revisadas. Aunque la punción de fondo de saco se realizó a un tercio aproximadamente de las pacientes estudiadas, reflejó alto nivel de positividad, posiblemente asociado a la utilización de esta técnica relacionándola con los elementos clínicos de E. Ectópico accidentado. La realización del ultrasonido abdominal reflejó una positividad del 67% (Criterios de Dr. Oliva), probablemente influenciado por la experiencia variable del personal que realiza los ultrasonidos. En el hospital provincial de Ciego de Ávila el medio diagnóstico con menor índice de positividad fue la laparoscopia con un 61,5%. En este caso se consideró positivo este último examen referido cuando se pudo visualizar la tumoración sugestiva de EE. accidentado o no; o cuando se informó como conclusión: hemoperitoneo de causa ginecológica. La laparotomía exploradora que constituye un método diagnóstico y terapéutico se aplicó en los 91 casos estudiados. No se realizó laparoscopia como modalidad terapéutica.

Altunaga Palacio Margarita, Rodríguez Morales Yordanka, Lugones Botell Miguel. Plantea en su estudio "Manejo del embarazo ectópico" que los complementarios más útiles para el diagnóstico de embarazo ectópico son, la determinación de hormona gonadotropina coriónica, tanto en sangre como en orina, así como el ultrasonido, la laparoscopia y la punción del Douglas(19).

Otros autores en la literatura revisada coinciden con lo anterior señalando que cuando se analizan en conjunto, aumentan la probabilidad del diagnóstico, la sensibilidad del 98,8 % de la gonadotropina coriónica en orina hace apoyar su uso (24, 28, 36,44).

La punción del Douglas en la literatura se señala que es una técnica simple y rápida para identificar un hemoperitoneo, puede ser positiva si se realiza de forma correcta en el 70% al 95 % de las féminas. El porcentaje de falsos positivos puede variar entre un 5 y un 10 % y los falsos negativos, de un 8 % a un 14 %, lo que guarda relación en muchos casos no solo con una inadecuada técnica sino con la obliteración del fondo de saco de Douglas en las mujeres con salpingitis y peritonitis pélvica previa, por tanto, la falta de obtención de sangre no excluye el diagnóstico de hemoperitoneo, ni la presencia de embarazo ectópico (4, 37,58).

Con el advenimiento del ultrasonido transvaginal, los estudios de esta entidad le confieren una mayor sensibilidad y especificidad a esta prueba para emitir diagnóstico, en relación con la ecografía abdominal (Trisch 1989, Cacciotore, 1990) La ecografía vaginal por sí sola puede facilitar el diagnóstico de esta afección en más del 90 % de las mujeres y cobra mayor valor asociado a la determinación de la Fracción Beta de la Gonadotropina coriónica sérica. Actualmente con la utilización del efecto Doppler a color pulsado correcto transvaginal, Emerson y Pellerito han encontrado resultados excelentes. (37,58).

Según Fernández Rodríguez et al. la laparoscopia ocupa un lugar privilegiado, ya que no solo permite un diagnóstico definitivo, sino también realiza tratamientos médicos y quirúrgicos sobre la masa ectópica. Coincidiendo con el resto de los autores en lo sumamente útil que es la misma para el diagnóstico del embarazo ectópico, otorgándole la importancia de haberse convertido en el instrumento quirúrgico en la actualidad, por las ventajas de la misma que incluyen: Diagnóstico definitivo en un alto por ciento. Vía concurrente para retirar la masa ectópica. Vía directa para inyectar quimioterápicos a dicha masa (58).

Tabla 7. **NIVELES DE HEMOGLOBINA PREOPERATORIO.**

| Niveles de hemoglobina preoperatorio(OMS 1991) | n | % |
|---|----|------|
| Anemia moderada | 47 | 51,6 |
| Nivel de hemoglobina normal | 30 | 32,9 |
| Anemia severa | 11 | 12,1 |
| Anemia muy severa | 3 | 3,2 |
| Total | 91 | 100 |

Fuente: historia clínica.

Los resultados expresan los niveles de hemoglobina que presentaban las pacientes antes de comenzar el tratamiento quirúrgico, permiten apreciar que aproximadamente la mitad de los casos estudiados presentaban niveles de hemoglobina entre 11,0 y 7,0 g litro (anemia moderada); 47 casos en total para un 51,6%. Seguidas por aquellas pacientes que presentaron niveles de hemoglobina normal (Mayor que 11,0 g litro); con 30 féminas par un 32,9%. Solo en 14 pacientes del estudio realizado presentaron anemia grave o muy grave; con 11 y 3 pacientes, para el 12,1% y 3,2% respectivamente.

En estudio realizado en el año 2016 las complicaciones presentadas por las pacientes estudiadas fueron: anemia 54,4%, shock hipovolémico 15,3%, infección de la herida 9,5%, infección urinaria 6,1%, íleo paralítico 2,7%. No se registró en esta serie muerte materna por embarazo ectópico (56). En el resto de la literatura revisada no hacen referencia a los aspectos relacionados por la autora en esta tabla, lo que pudiera constituir motivación para otros estudios.

Tabla 8. **CUANTIA ESTIMADA DEL HEMOPERITONEO.**

| Pérdidas estimadas de sangre | n | % |
|------------------------------|----|------|
| < 500 ml | 39 | 42,8 |
| Entre 500-1000 ml | 31 | 34,1 |
| >1000 ml | 21 | 23.1 |
| Total | 91 | 100 |

Fuente: historia clínica.

En relación a las pérdidas hemáticas estimadas durante el acto operatorio (Coágulos y sangre aspirada de la cavidad abdominal, numero de compresas ensangrentadas) se pudo apreciar en 39 pacientes se reportó pérdidas menores de 500 ml de sangre representando este grupo el 42,1%. En este grupo se reportaron 8 casos como: No accidentados. Entre las que presentaron perdidas hemáticas estimadas entre 500 y 1000 ml se encontraron 31 pacientes, lo cual representa un 34,1%. Por último resulta de interés señalar que en 21 pacientes se reportó pérdidas superiores a los 1000 ml, considerados como hemoperitoneo de gran cuantía, aunque fue el grupo de menor número; representa el grupo de pacientes de mayor gravedad con 23%. Por tanto, aproximadamente 1 de cada 4 pacientes atendidas presentó un hemoperitoneo de gran cuantía; situación a tener en cuenta en la práctica hospitalaria diaria y motivo de próximos estudios.

Del Cisne Caraguay Guajala, en su estudio titulado “Embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital provincial general docente de Riobamba 2010” en Riobamba–Ecuador encontró 39,6% tuvo como complicación más grave al shock hemorrágico. El tratamiento definitivo fue quirúrgico en todos los casos (57).

Escobar P. B, Pérez L.CA, Martínez P.H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico: reporta hemoperitoneo 60.7%; y el tratamiento quirúrgico de 96.4%(46). El cuadro clínico de esta afección puede ser agudo con Shock hipovolémico por hemorragia masiva, siendo el diagnóstico evidente. En otras ocasiones la pérdida sanguínea puede ser lenta y prolongada, instalándose una anemia que dominará el cuadro 37, 49,58).

Aunque no se contabilizó el tiempo transcurrido entre el comienzo de las manifestaciones clínicas de la complicación, su localización, y su tratamiento quirúrgico, la lógica sugiere que la demora en el mismo está relacionado con cantidad de las pérdidas hemáticas.

Tabla 9 .TRATAMIENTO QUIRURGICO.

| Tratamiento quirúrgico | n | % |
|---|----|------|
| Cirugía parcial o total sobre la trompa. | 80 | 87,9 |
| Cirugía parcial o total sobre la trompa más oforectomía. | 5 | 5,4 |
| Cirugía parcial o total sobre la trompa más Incisión en cuña en cuerno uterino. | 4 | 4,3 |
| Cirugía conservadora de la trompa | 1 | 1,1 |
| Histerectomía. | 1 | 1,1 |
| Total | 91 | 100 |

Fuente: historia clínica.

En relación al tratamiento quirúrgico practicado a las pacientes estudiadas, se puede observar; según reflejan los resultados que a 80 pacientes se le practicó cirugía definitiva en anejo donde se localizaba el embarazo extrauterino, representando el 87,9% del total de casos. Se realizó además oforectomía en 5 pacientes por daños severos del mismo y se practicó incisión en cuña de uno de los cuernos del útero en 4 casos que presentaban E. ectópico del istmo, pero con anatomía conservada. Solo en un caso de estallamiento del cuerno se realizó histerectomía total. Así como se reportó un caso de cirugía conservadora en ectópico no accidentado con antecedentes de E. ectópico contralateral 2 años antes.

La cirugía sigue siendo una modalidad aceptable y a veces necesaria para el tratamiento del embarazo ectópico. La laparoscopia es el método preferido de accesibilidad al tratamiento quirúrgico, sin embargo, todavía existe gran controversia sobre el procedimiento y el posoperatorio óptimo. Generalmente, la salpingostomía se emplea con el objetivo de mantener la fertilidad siempre que sea posible, sin aumentar el riesgo de recurrencia de EE. En la mayoría de los casos, la decisión de realizar cirugía conservadora frente a la cirugía radical está dada, tomando en cuenta la historia de la paciente y su deseo de su la fertilidad futura (18, 19, 22,36).

Torrents Ricardo encontró que en el EE tubárico el tratamiento destinado a conservar la trompa, puede ser realizado cuando este es diagnosticado de una

manera segura y rápida; mientras más temprano sea el diagnóstico, mayor la posibilidad de conservar la trompa funcionante (12,45).

Crisóstomo Vacas Félix, en su estudio titulado “Respuesta clínica y quirúrgica de mujeres con embarazo ectópico en el Hospital II de Vitarte del 01 de enero al 31 de octubre del 2015” incluyó 20 casos de embarazo ectópico, representando una prevalencia de 2,1%, y tratadas quirúrgicamente el 85% siendo la salpinguectomía izquierda el 64,7% de estos casos (22). También Moreno Martínez Pablo, en su investigación titulada “Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado Hospital María Auxiliadora 2014” reporta que realizó salpinguectomía por laparotomía en el 82,9% (24).

Espinoza Reyes Annabel y García Hernández Scarlett en su estudio titulado “Manejo del embarazo ectópico: estudio comparativo entre el centro médico universitario de Utrecht (Utrecht-Holanda) y el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (León-Nicaragua)” realizó un estudio descriptivo y comparó pacientes con embarazo ectópico de ambos hospitales entre el 2006-2008. Reportan 96% el manejo fue quirúrgico mediante laparotomía exploratoria más salpinguectomía. (26).

Martínez Guadalupe A, Mascaró Rivera Y, Méjico Mendoza W y Meré Del Castillo F, en su artículo titulado “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Reporta 84,9% de los casos eran embarazos ectópicos rotos, y al 67,6% se les practicó salpinguectomía total (27). Así mismo Carbajal Gonzales Luisa, en su estudio titulado “Embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, 2011 -2015” el 92,8% fueron sometidos a salpinguectomía (33).

Silva Solovera citado por Moya Toneut señala que cuando se realiza salpinguectomía en pacientes sin antecedentes de cirugía previa y trompa contralateral normal, la incidencia de embarazo intrauterino es de aproximadamente un 75 a 81 % comparado con un 36 % cuando existe el antecedente de cirugía previa o una trompa contra lateral macroscópicamente dañada, con tasas de recurrencia de 10 % y 18 % respectivamente, esto indica la importancia de mirar el aspecto de la trompa contra lateral y ponderar los antecedentes de la paciente para darle cifras más concretas de fertilidad futura una vez terminada la intervención (43).

Por otra parte, Del Cisne Caraguay Guajala, en su estudio titulado “Embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital provincial general docente de Riobamba 2010” en Riobamba–Ecuador encontró 39,6% (57).

Se concluye que el tratamiento de elección en el embarazo ectópico complicado cuando la trompa contralateral impresiona macroscópicamente normal es la salpinguectomía total del lado afectado.

CONCLUSIONES:

La mayor incidencia de esta gestorragia coincide con el periodo de mayor fertilidad y con los factores de riesgo asociados, se constata los síntomas de la triada clásica en el embarazo ectópico como los más frecuentes. El dolor abdominal a la palpación y el anejo engrosado fueron los signos con mayor frecuencia por el predominio del embarazo ectópico complicado. El ultrasonido y el test de embarazo contribuyeron al diagnóstico de embarazo así la punción del fondo de saco de Douglas y la laparoscopia favorecieron al diagnóstico de su complicación. Los valores de la hemoglobina pre operatoria guarda relación causal con el hemoperitoneo presente en cada paciente. El tratamiento de elección en el embarazo ectópico complicado es la salpinguectomía total del lado afectado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Peter J, Chen MD. Embarazo ectópico. Baltimore: University of Meryland Medical Center, 2008.
2. Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. Katz: comprehensive gynecology. Philadelphia: Mosby, 2007.
3. Fernández Arenas Carmen. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Mar [citado 2019 Abr 15]; 37(1): 84-99. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.
4. Novak ER, Seegar Jones G, Jones HW. Tratado de Ginecología. Madrid: Ed Interam Mc Graw-Hill; 1991.
5. Vinay Kumar, Abulk Abbas, Jon C. Aster. Cotran RS. Patología estructural y funcional de Robbins.: 9na ed. Madrid: Editorial Elsevier Disponible en: <https://booksmedicos.org/robbins-y-cotran-patologia-estructural-y-funcional-9a-edicion/>
6. Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 321-9.
7. Pino Pérez Felipe Vladimir, Ledón Mora Maritza, Moya Toneut Carlos, Moya Arechavaleta Alejandro, Reyes Moré Claudia María, Moya Arechavaleta Néstor. Tube-Abdominal Heterotopicv Pregnancy. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Abr 23]; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100011&lng=es.
8. Quispe Torres, Maria Gloria. Embarazo Ectópico. Hospital De Cangallo – Ayacucho.Universidad Privada de Ica.Perú Tesis[Internet]2018 disponible en<http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/206>
9. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
10. Prades Hung E, Tamayo Leal S, Ventura Graz E. Embarazo ectópico tubárico con feto vivo en una adulta joven. MEDISAN [revista en Internet]. 2018 [citado

2019 Abr 23];22(5): [aprox. 0 p.]. Disponible en:
<http://www.medislan.sld.cu/index.php/san/article/view/1939>

11. Maternal Mortality in 1990-2015. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization. The Lancet Published Online November 12, 2015. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-) y en:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

12. Torrents Ricardo and Pérez Gerardo and Barceló Walter. Diagnóstico prenatal de una masa ecomixta suprarrenal. *Journal Biociencias*. [Internet]. 2015 feb Volumen(10), (45-50), doi 10.18041/2390-0512/bioc..1.2846. Disponible en :
<https://www.researchgate.net/publication/328047263>

13. Cabezas Cruz Evelio. El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2015 Jun [citado 2019 Abr 15]; 41(2): 99-105. Disponible en:
[http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200001&lng=es.](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200001&lng=es)

14. Anuario Estadístico de Salud en Cuba 2011. Disponible en:
<http://translate.google.com/cu/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>

15. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [Internet]. La Habana; 2018 [citado 23 Ene 2019]. 206 p. Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>

16. Dirección Provincial de Salud. Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de salud 2017 [Internet]. Edición, 2018 [citado 12 Abr 2019]. 62 p. Disponible en:
<http://archivos.cav.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=165>

17. Silva Solovera S. Embarazo Ectópico. Revisión Bibliográfica. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Sótero del Río. Santiago de Chile, 1992-2003. [citado 12 Abr 2019]. Disponible en:
<http://www.cedip.cl/documentos/archivos/33.html>

18. Naranjo Cáceres María Mónica, Lazo Porras María de los Ángeles, Flores Noriega Mónica, Saona Ugarte Luis Arturo Pedro. Tratamiento médico del

embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007 - 2008. Rev. Per Ginecoobstet. [Internet]. 2013 [citado 2019 Abr 15]; 59(1): 49-53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000100008&lng=es.

19. Altunaga Palacio Margarita, Rodríguez Morales Yordanka, Lugones Botell Miguel. Manejo del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Abr 15]; 37(4): 513-523. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008&lng=es

20. Who. Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2004. [Citado: 5 enero de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>

21. Rasti S, Ali Asadi M, Taghriri A, Behrashi M, Mousavie G. Vaginal Candidiasis ComplicationsonPregnantWomen. Jundishapur J Microbiol[Internet].2014;7(2):1-2. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138689/>

22. Crisóstomo F. Respuesta clínica y quirúrgica de mujeres con embarazo ectópico en el Hospital II de Vitarte del enero al 31 de octubre del 2015[Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016[citado 12 Abr 2019].[aprox. 121 p.]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/501/Crisostomo_f.pdf?sequence=1

23. Herrera C, Cáceres N. Tesis [Internet]. 2013 [citado el 16 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5063>

24. Moreno Martínez P. Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado hospital María Auxiliadora 2014.Tesis [Internet]. 2015 [citado el 16 de abril de 2019]. Recuperado a partir de:<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1240>

25. Acuña Reyes, Irvin Angel. Frecuencia Del Diagnóstico Definitivo De Embarazo Ectópico Roto En Relación Con El Diagnóstico Presuntivo. Hospital Belén De Trujillo. Diciembre 2002 - diciembre 2012. Tesis [Internet]. 2013 [citado el 16 de abril de 2019]. Recuperado a partir de:<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/207>

25. Acuña Guerra, Félix, Vega Uscovilca Jorge Luis. Embarazo ectópico en el hospital regional docente materno infantil El Carmen en el año 2015. Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/612>
26. Espinoza A, García S. Manejo del embarazo ectópico: estudio comparativo entre el centro médico Universitario de Utrecht (Utrecht-Holanda) y el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (León-Nicaragua), Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de Abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/3829>
27. Martínez A, Mascaro Y, et. al. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Perú Ginecol Obstet. [revista en internet]. 2013 marzo [citado 2019 enero 10]; 59: 177-186. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/32>
28. Valera Valero CA, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. AMC. 2003 [citado 25 Nov 2017]; 7(3): 365-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552003000300013
29. Mogrovejo Avila AR. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015 Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de Abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23715>
30. D, Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, (Tesis) Bogotá; Universidad del Rosario-Bogotá; 2014. Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de Abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8362/52818699-20>
31. Pardo Zapata Igor. Embarazo Ectópico Hospital de la Mujer Universidad Mayor de San Andrés La Paz, octubre de 2015 [revista en internet]. 2015. Disponible en: <https://es.slideshare.net/IgorPardoZapata/embarazo-ectopico-dr-igor-pardo-zapata-auditorio-del-col-md-la-paz-2015>

32. Cruz Pacheco Guillermo de la. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2001 Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de Abril de 2019]. Recuperado a partir de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3017>
33. Carbajal L. Embarazo ectópico en el hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015. Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de Abril de 2019]. Recuperado a partir de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5138>
34. Morales C, Nagua Blanca D. Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2008-2012, Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de Abril de 2019]. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20237>
35. Hernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev. Cubana Obstet Gineco. [revista en internet]. 2011 [citado 2017 Enero 28]; 30(1): 84-99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n1/gin11111.pdf>
36. Aguilar Charara MA, Vázquez Martínez YE, Areces Delgado G, de la Fuente Aguilar M, Tamayo Lien T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev. Cubana Obstet. Gineco [en línea]. 2012. [citado 2017 Dic 15]; 38(1): 80-85. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin09112.htm
37. Cunningham GF, Gant NT, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC. Embarazo ectópico. Williams: Obstetricia. 21. Buenos Aires: Panamericana; 2005. p. 757-76.
38. Bejarano J. Antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectópico. Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de abril de 2019]. Recuperado a partir de. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2164>
39. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stiven L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Revchi obstet ginecol. 2007. [citado 2017 Dic 15]; 72(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262007000300004
40. González-Merlo J. Obstetricia, 6ª. Edición, Masson, México, reimpresión 2013. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-obstetricia-6-ed/9788445823767/2258300>
41. Rodríguez Morales Yordanka, Altunaga Palacio Margarita. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet].

- 2010 Mar [citado 2019 Abr 15] ; 36(1): 36-43. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es
42. Addi M, Artacho JC, Navarro JA. Embarazo ectópico. RevElectMedynet. [citado 2017 Febrero 10] Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf> 28
43. Moya Toneut Carlos, Pino Pérez Felipe Vladimir, Borges Fernández Robinson, Aguiar Delgado Roberto, Olano Trujillo Yordanka, Espinosa Fuentes Mirdo Luis. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana ObstetGinecol [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Abr 15] ; 39(3): 236-248. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es
44. Karahasanoglu A, Uzun I, Ozdemir M, Yazicioglu F. Human Chorionic Gonadotropine in Cul-de-sac Fluid in Tubal Ectopic Pregnancy; A New Diagnostic Approach. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR. 2016; 10(4): QC01QC03. doi:<https://dx.doi.org/10.7860%2FJCDR%2F2016%2F17549.7600>
45. Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 321-9.
46. Escobar P.B, Pérez L.CA, Martínez P.H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. RevMedInstMex Seguro Soc. 2017;55(3):278-85
47. Núñez J, Mármol L. Embarazo ectópico en el Hospital Manuel Noriega Trigo. RevObstetGinecol Ven. 2016; 56(1): 7-12.
48. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera O. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. RevCubanaObstetGinecol [Internet] 2002 dic [citado 12enero 2017]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2002000300004&lng=es
49. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuérne B, Linares Meléndez R, Benavides García S. Embarazo Ectópico: Correlación de algunos factores. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 1996Ene-jun; 22(1): 5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1996000100002.

50. Carrión A, Lizardo A, Ventura D, et. al. Frecuencia de embarazo ectópico en policlínico Unión de Nagua. Rev. Med Dom. [revista en internet]. 2013 Agost. [Citado 2017 Enero 12; 72(4): 19-21. Disponible en: http://www.cmd.org.do/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11&Itemid=41#.
51. WZ Palomino Zevallos. "Factores de Riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015". Universidad Ricardo Palma LIMA-PERÚ. Tesis [Internet]. 2016 [citado el 16 de abril de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINOZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
52. Hospital vitarte [Internet]. Lima, [consultado 2017 Febrero 25] Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/index.php?mod=content&action=view&id=5>.
53. Aqueela Ayaz, Sameh Emam, MianUsmanFarooq. Clinicalcourse of ectopicpregnancy: A single-center experience. J HumReprodSci. 2013 Jan-Mar; 6(1): 70–73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713582/>
54. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev. CubanaEnfermer [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 12enero 2017]; 19(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192003000300003&lng=es
55. Vasallo Prieto Raúl, Sarduy Nápoles Miguel R, Díaz Rondón Belsis, Reyes Llerena Gil Alberto, del Valle Alonso Orlando, Molina Peñate Lisbet. Comparación de embarazos ectópicos tubarios y cirugía laparoscópica por incisión transversal con la incisión longitudinal. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 abr 17]; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100002&lng=es.
56. Simsek Y, Ay MO. Analysis of ectopic pregnancies admitted to emergency department. Turk J EmergMed [Internet]. 2016 [citado 12 enero 2017]; 15(4): 151-4. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882212/>.

57. Del Cisne Caraguay J. Embarazo ectópico en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital provincial general docente de Riobamba 2010[Internet]. Riobamba: Escuela superior politécnica de Chimborazo; 2010[citado 12 Abr 2019]. [aprox. 147 p.]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3437/1/94T00100.pdf>

58. Fernández Rodríguez Francisco, Porrata Maury Jorge Luis, Sánchez Lueiro Mayra, Olivé López Melitza. Embarazo ectópico: medios diagnósticos. AMC [Internet]. 1999 Jun [citado 2019 abr 15]; 3(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02551999000300001&lng=es.

59. Álvarez Zapata DMC. Caracterización de las pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Materno 10 de Octubre. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [en línea]. 2013. [citado 2017 Dic 15]; 41. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/93/137>

60. Stamatopoulos N, Casikar I, Reid S, Roy B, Branley J, Mongelli M, et al. Chlamydia trachomatis in fallopian tubes of women undergoing laparoscopy for Ectopic Pregnancy. Aust N Z J ObstetGynaecol. 2012;52(4):377-9.

CUADERNO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD (AÑOS):

<18

18-35

>35

GESTACIONES ANTERIORES:

Número de embarazos anteriores

Partos

Cesáreas

Abortos

ANTECEDENTES PERSONALES

Ectópico anterior

EIP

Instrumentación ginecológica

Nueva pareja

Nada a señalar

SINTOMAS REFERIDOS

Dolor bajo vientre

Sangramiento

Leucorrea

Fiebre

Amenorrea

Otros

SINGOS CLINICOS

Dolor a la movilización del útero

Tumoración anexial

Leucorrea (especulo)
Fondo del saco abultado
Taquicardia
Hipotensión
Fiebre
Otros
Sin signos

RESULTADO DE TEST DE GONADOTROPINA

Positivo
Negativo
Dudoso
No realizado

PUNCION DEL SACO DE DUGLAS

Positivo
Negativo
No concluyente
No se realizo

ULTRASONIDO

Imagen subjetiva anexial
Si
No
No se realizo

LAPAROSCOPIA.

Concluyente
No concluyen
No se realizo

SE COMPROBO DIAGNOSTICO POR LAPAROTOMIA

Si
No

(No)Por que?

No concluyente

MODIFICACIONES HEMODINAMICAS

TRANSOPERATORIO

Taquicardia

Hipotensión

Taquicardia + hipotensión

Taquicardia + hipotensión + Oligoanuria

Sin modificaciones

PERDIDAS ESTIMADAS DE SANGRE

<500 mL

500-1000 mL

>1000 mL

TRATAMIENTO

Definitivo

Conservador