



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO**

TEMA

**FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
ECTOPICO ROTO EN PACIENTES DE 25 A 35 AÑOS ESTUDIO
REALIZADO EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO**

AUTOR: SAUL ROBERTO MORA CANTOS

TUTOR: DR ARTURO REA .

GUAYAQUIL, MAYO 2017

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico ocurre cuando la implantación del blastocito se realiza en cualquier sitio fuera del endometrio de la cavidad uterina, su prevalencia representando una de las causas más frecuentes de sangrado durante el primer trimestre de embarazo va del 6 al 16 %, y se estima que siga en aumento debido a la dificultad que genera su diagnóstico oportuno (Shaw JL, 2010).

Tanto para la consulta externa como en el área de emergencia el diagnóstico y tratamiento de embarazo ectópico es uno de los problemas que se ve con mucha frecuencia debido a que la similitud con otras entidades patológicas por sus manifestaciones clínicas, confundiendo muchas veces al médico, además es de importancia especificar que no existe hasta el momento un método diagnóstico lo suficientemente sensible y específico que garantice el diagnóstico definitivo del embarazo ectópico en nuestro medio.

Mediante diferentes estudios clínicos se ha podido identificar diferentes factores de riesgos que se asocian directamente con el desarrollo de embarazo ectópico en una mujer durante su vida reproductiva, entre ellos siendo un riesgo elevado tenemos al embarazo ectópico previo, patologías tubulares ya sea por disrupción de la anatomía frente a agentes agresores como infecciones, cirugías, tumores y anomalías congénitas. A esto se le agrega factores de riesgo no tan elevados como dispositivos intrauterinos, infertilidad, múltiples parejas sexuales, fumadoras, duchas vaginales y la edad (Villegas, 2014) (Stulberg DB, 2014).

Los lugares de nidación con mayor frecuencia se da en las trompas de Falopio, siendo así la zona ampular la región más frecuente representada por un 70%, seguido por la zona ístmica y fimbrias con un 12 y 11 % respectivamente (Taran FA, 2015).

Dentro de las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico más frecuente son sangrado vaginal y dolor abdominal, pero debemos tener en cuenta que puede presentarse de manera asintomática. Es posible sospecharlo en las mujeres que presenten lo ya mencionado más manifestaciones típicas de un embarazo normal que

aparecen posterior a la 6- 8 semanas del último periodo de menstruación (Parashi S, 2014).

El propósito de este estudio es determinar los factores de riesgo más frecuentes que presentan nuestra población asociados al desarrollo de embarazo ectópico rotos en mujeres en EL HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO DE MILAGRO el periodo DE MAYO 2016- A FEBRERO DE 2017

Lo lograremos mediante diversas investigaciones realizadas en el hospital león becerra camacho a través de las herramientas utilizadas en la investigación como son la observación la recaudación de datos en la maternidad marianita de Jesús.

A su vez pienso obtener la información necesaria para establecer concretamente mediante datos estadísticos los factores de riesgos del embarazo ectópico roto

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Según la OMS el embarazo ectópico roto es el responsable del 10 al 15 % de las muertes maternas en países subdesarrollados y principal causa de muerte en el 1 trimestre en países desarrollados.

Las complicaciones observadas de las mujeres con embarazo ectópico rotos no tratado oportunamente, presenta una alta morbilidad y mortalidad, aumentando la prevalencia de muerte materna. Los factores de riesgo de esta entidad patológica son vistos muy frecuente tanto en las consultas médica, obstetra, como en las ginecológicas. Los factores de riesgo que se atribuyen al desarrollo del embarazo ectópico muchas veces no lo podemos asociar de la manera correcta debido a que en nuestro país no existe información suficiente en cuanto a estudios investigativos sobre el tema, esto evita que al identificar estos factores se le brinde un manejo terapéutico adecuado para disminuir la probabilidad de desarrollar embarazo ectópico. En un breve periodo de tiempo, las consecuencias son peligrosas hemorragias en la cavidad abdominal, choques y colapsos circulatorios. La tasa de supervivencia es muy elevada: 99,9%, lo que significa que de 1.000 afectadas, 999 superan estas complicaciones. En un **embarazo tubárico** condicionado por una modificación de la función de las trompas de Falopio, pueden aparecer **complicaciones**; pueden producirse reiterados embarazos tubáricos e incluso la esterilidad. En la mayoría de las mujeres (85%) que están afectadas por un **embarazo fuera de la matriz (embarazo extrauterino)** este no suele darse de nuevo. En las últimas décadas ha aumentado la frecuencia de embarazos ectópicos. Una vez establecida esta sospecha diagnóstica, hay que ingresar a la paciente para investigar hasta confirmarla o negarla con seguridad y rapidez

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Los factores de riesgo que se han observado con mayor frecuencia en estudios clínicos, incluyen embarazo ectópico previo, alteraciones tubulares ya sea por anomalía congénita como por afecciones directas que alteren la anatomía normal, infertilidad, múltiples parejas sexuales, el uso de dispositivos intrauterinos, entre otros.

Epidemiológicamente no se puede saber con exactitud la realidad por la que pasa el Ecuador en cuanto lo pertinente a nuestro tema, debido a que la información es escasa y en el Instituto Nacional de Reportes y Censos encierran múltiples problemas obstétricos pero no netamente como tal, siendo así difícil conocer su prevalencia e incidencia por ende los factores de riesgo más frecuentes en la población afectada.

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. En los raros casos en que una mujer queda embarazada con un dispositivo intrauterino (DIU) colocado, el riesgo de tener un embarazo ectópico es elevado.

Al culminar con este proyecto de investigación, tenemos como objetivo principal encontrar y determinar los posibles factores de riesgos más frecuentes que afectan nuestra población, de esta manera se podrá aportar con información valiosa que ayudara a tomar mejores decisiones preventivas futuras por parte del profesional de la salud. I tomar medidas terapéuticas adecuadas tanto para la prevención como para optar por la mejor calidad terapéutica en el país .i poder prevenirla..

El presente estudio es fidedigno porque este trabajo investigativo cuenta con el tiempo necesario ,los recursos económicos del investigador ,materiales y sobre todo el apoyo y colaboración de las autoridades y personal del hospital general León Becerra Camacho de Milagro y de la universidad de Guayaquil.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

Campo: medicina Salud Publica

Área: ginecologia

Aspecto: EMBARAZOS ECTOPICOS ROTOS, FACTORES DE RIESGOS MAS FRECUENTES EN MUJERES DE 30 A 40AÑOS DE EDAD

Tema: EMBARAZO ECTOPICO

Lugar: hospital león becerra Camacho de milagro

Período: 2016 -2017

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

Los factores de riesgo que se han observado con mayor frecuencia en estudios clínicos, incluyen embarazo ectópico previo, alteraciones tubulares ya sea por 1.5anomalía congénita como por afecciones directa que alteren la anatomía normal, infertilidad, múltiples parejas sexuales, el uso de dispositivos intrauterinos, entre otros.

Epidemiológicamente no se puede saber con exactitud la realidad por la que pasa el Ecuador en cuanto lo pertinente a nuestro tema, debido a que la información es escasa y en el Instituto Nacional de Reportes y Censos encierran múltiples problemas obstétricos pero no netamente como tal, siendo así difícil conocer su prevalencia e incidencia por ende los factores de riesgo más frecuente en la población afectada

1.5 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION:

1. ¿Qué factores de riesgo son los más frecuentes asociados al embarazo ectópico en el hospital?
2. ¿Cuál es el grupo etario que se encuentra afectando con mayor frecuencia el embarazo ectópico en nuestra población?
3. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes del embarazo ectópico?

4. ¿dentro de los factores de riesgo que método anticonceptivo se usó con mayor frecuencia?
5. ¿cuales son las complicaciones más frecuentes encontradas en las personas en estudio?

1.4.2 DELIMITACION ESPECIAL

La investigación se realizó en el servicio de ginecología del hospital león becerra de milagro del cantón milagro provincia del guayas.

14.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó durante el periodo comprendido entre los meses de mayo a enero del año 2016

1.5. OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVOS GENERAL

Conocer los factores de riesgo y complicaciones del embarazo ectópico en el Hospital León Becerra de Milagro el periodo 2016-2017. Mediante la investigación, observación y recolección de datos de matriz de estadística e historias clínicas para lograr disminuir la morbilidad y mortalidad, con un diagnóstico preciso y precoz.

1.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar el grupo etario que se asoció con el desarrollo de embarazo ectópico con mayor frecuencia
- Identificar las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes con embarazo ectópico
- Determinar el método anticonceptivo que se utilizó con mayor frecuencia
- Determinar factores de riesgo más frecuentes

- Relacionar las principales complicaciones presentes en la población de estudio

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El embarazo ectópico ocurre cuando el blastocito se implanta en cualquier sitio fuera del endometrio de la cavidad uterina. El sitio más común donde se da el implante es en la tubo de Falopio. El tratamiento para esta situación ha cambiado dramáticamente durante los últimos años. Lo que lleva a que el tratamiento fundamental se encuentra dirigido a preservar sanamente el tubo, y no pensar en una salpinguectomía. Debemos recordad que hemorragia debido a esto se da como una de las manifestaciones clínicas durante el primer trimestre de embarazo (Shaw JL, 2012). El feto produce las enzimas que le permiten implantarse en diversos tipos de tejidos y, por tanto, un embrión implantado en otras partes del útero puede causar grandes daños a los tejidos en sus esfuerzos por alcanzar un suministro suficiente de sangre. Un embarazo ectópico es una emergencia médica y, si no se trata adecuadamente, puede poner en peligro la vida de la mujer. En los últimos años, la exactitud del diagnóstico del embarazo ectópico se ha incrementado notablemente por la mejoría de la sensibilidad de la determinación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica (β -hCG) y por la introducción de la ecografía transvaginal que permiten un diagnóstico precoz (Shaw JL, 2012).

2.1 EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia de embarazo ectópico entre las mujeres quienes acuden al departamento de GINECOLOGIA con manifestaciones clínicas de sangrado en el primer trimestre de embarazo y dolor va del 6 al 16%. Actualmente y mediante en los últimos censos se ha evidenciado que existe un fuerte incremento de la incidencia de embarazo ectópico y que se encuentra asociado con el incremento de enfermedad inflamatoria pélvica. Aproximadamente la mitad de los embarazos ectópicos se resuelven sin tratamiento. Estos son los llamados abortos tubáricos. El advenimiento del metotrexato para el tratamiento de un embarazo ectópico ha reducido la necesidad de cirugía, pero una

intervención quirúrgica sigue siendo necesaria en los casos en que la trompa de Falopio se ha roto o está en peligro de hacerlo. Esta intervención puede ser laparoscópica o mediante una incisión más grande, conocida como laparotomía (Patología clínica de Willians,2008)

2.2 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para embarazo ectópico roto puede ser dividido dentro entre alto, moderado y bajo riesgo además cabe recalcar que las características que determina que una mujer tiene el riesgo para embarazo ectópico no son completamente independiente una de la otra. (Parashi S, 2014)

- ✓ Defectos congénitos en las trompas de Falopio
- ✓ Complicaciones de una apendicitis
- ✓ Endometriosis
- ✓ Complicaciones de una salpingitis
- ✓ Tabaquismo. En comparación con las mujeres que no fuman, las fumadoras que se embarazan tienen el doble de probabilidades de sufrir este trastorno, ya que la nicotina de los cigarrillos paraliza los cilios del revestimiento de la trompa de falopio.(goodman 2010)

FACTORES DE RIESGO ELEVADO

EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO.-

Mujer quien ha tenido tratamiento conservativo para embarazo ectópico son de alto riesgo. Este riesgo es relacionado con un desorden tubular que produce un embarazo ectópico inicial. Lo que llevara a tomar una decisión en cuanto a la elección del tratamiento, un estudio que observo características entre el tratamiento médico versus el quirúrgico, demostraron la tasa de recurrencia después una dosis única de metotrexate, salpinguectomia y salpingostomia linear fue de un 8, 9.8 y un 15.4 % respectivamente (Shaw JL, 2010)

PATOLOGÍA TUBULAR Y CIRUGÍA.- La mayor causa de embarazo ectópico es la disrupción de la anatomía tubular normal frente diferentes factores agresores como infección, cirugía, anomalías congénita, o tumores. Además estos problemas pueden ir acompañados de función alterada debido al daño de la actividad ciliar. (Villegas, 2014)

- **CIRUGIA RECONSTRUCTIVA.-** la asociación entre la reconstrucción tubular y el subsecuente embarazo ectópico depende de las condiciones del túbulo. El tipo de cirugía, y la experticia del cirujano. La cirugía tubular como tal es no la causa principal de embarazo ectópico, sino que los antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico previo son las principales
- **ESTERILIZACION.-** también es considerado un factor de riesgo para desarrollar embarazo ectópico

OTROS FACTORES DE RIESGO

Infección genital previa.-

Infección pélvica (salpingitis no especifica, clamidia, gonorrea) especialmente infección recurrente es la causa mayor de patología tubular y por consiguiente la causa del incremento de la incidencia de embarazo ectópico.

Las infecciones tubulares pélvicas pueden alterar la función tubular, y además causar obstrucción tubular y enfermedad adhesiva pélvica (M, 2012)

Dispositivos intrauterinos.-

Mujeres que utilizan dispositivos intrauterinos tienen una incidencia inferior de embarazo ectópico que las mujeres que no utilizan dispositivo intrauterino como anticonceptivo, debido a que el dispositivo trabaja previniendo la fertilización y la implantación (swarts 2011)

Infertilidad.-

La incidencia de embarazo ectópico es alta en la población infértil, y al mismo tiempo se puede reflejar el incremento de la incidencia de anomalía tubular en este grupo de mujeres, se ha visto que se encuentra íntimamente relacionado con la ingesta de medicamentos para poder quedar embarazadas. Es el caso de las mujeres que toman citrato de clomifeno dobla el riesgo de embarazo ectópico y es aún más alto las personas tratadas con gonadotropina (Stulberg DB, 2014).

Múltiples parejas sexuales.-

El número de pareja sexuales a lo largo de la vida de una mujer se encuentra asociado con un moderado riesgo de desarrollar embarazo ectópico, se lo relaciona al aumento del riesgo de presentar enfermedad inflamatoria pélvica.(STAN DB 2016)

Fumadoras.-

Las mujeres con hábito de fumar cigarrillo durante el periodo periconcepcional incrementa el riesgo de presentar embarazo ectópico, esto se puede deber a que el cigarrillo está asociado a una alteración en el sistema inmunológico, y así se predispone de enfermedad inflamatoria pélvica, o a una alteración en la motilidad tubular(.MORRE 2010)

Fertilización in Vitro.-

La fertilización in vitro ha sido asociada con un incremento tanto de embarazo ectópico como de embarazo heterópico

Duchas vaginales.-

Existe un incremento tanto de desarrollar embarazo ectópico como de enfermedad inflamatoria pélvica

Edad.-

Mujeres menores de 18 años que tienen su primera relación sexual, incrementan el riesgo de embarazo ectópico. De la misma manera en mujeres jóvenes padecen del mismo riesgo.

2.3 PATOLOGIA

Casi la mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en el útero de Falopio representado por un 98%, dentro de este grupo. Mediante estudios se ha podido observar que la mayoría de los embarazo ectópico se da en la zona ampular representado por un 70%, seguido por la zona ístmica con un 12%, fimbrias 11%, ovárico 3.2%, intersticial 2.4% y abdominal. (Kopani F, 2010)

Embarazo tubarico

Como se ha referido anteriormente, el 70% de este tipo de embarazo se da en la porción ampular de las trompas de Falopio, visto de manera por igual tanto en las fimbrias como en el istmo, y en menor proporción ocurre en la porción intersticial.

Algunos factores pueden encontrar involucrados en la etiopatogenia del embarazo tubarico, resumidos en condiciones que retarden o eviten el paso del oocito fertilizado dentro de la cavidad uterina, o por factores asociados con el embrión que de como resultado en una implantación prematura (Villegas, 2014).

Condiciones tubaricas que alteran el transporte tenemos:

- Salpingitis crónica
- Salpingitis nodosa ístmica

Además un número de factores tales como lectina, integrina, prostaglandina, factores de crecimiento, citoquinas, y proteínas nodulares pueden causar implantación prematura en los túbulos.

Embarazo cervical

El embarazo cervical es una de las formas rara de embarazo ectópico, el cual consiste en la implantación del trofoblasto en el tejido cervical del canal endocervical (S, 2012).

Embarazo ovárico

El embarazo ovárico sucede aproximadamente en 1 de 7000 embarazos, aquí no se ha observado alguna asociación entre su desarrollo asociado a enfermedad inflamatoria pélvica o por el uso de anticonceptivos. Este tipo de embarazo se da generalmente de manera aleatorizada el cual tampoco se asocia a antecedentes de infertilidad o embarazo extrauterino recurrente (S, 2012).

Embarazo intersticial

La porción intersticial de las trompas de Falopio son el segmento proximal que se encuentra dentro de la pared muscular del útero. Por lo general este tipo de embarazo es mal diagnosticado debido a que este embarazo se encuentra parcialmente implantado en el endometrio. Una pista del diagnóstico correcto en este caso es que la localización extrínseca y delgada de la implantación es menos de 5 mm (Taran FA, 2015).

Este tipo de embarazo es poco común en la población general, representando un 2 a 3 % de todos los embarazos ectópicos. Los factores de riesgos son similares a los otros tipo de embarazo ectópico

Embarazo abdominal

La implantación se da en la superficie peritoneal o en las vísceras abdominales en el embarazo abdominal primario mientras que en el embarazo abdominal secundario resulta de la extrusión de un embrión a partir del tubo (S, 2012).

En un típico de un 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.

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, y provocar sangrado antes de lo habitual. (MOORRE 2012)

2.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico más comunes durante el primer trimestre son sangrado vaginal y dolor abdominal. Hay que recalcar en el hecho de que el embarazo ectópico también puede ser asintomático (Villegas, 2014).

Además de esto, nosotros podemos observar las típicas molestias de un embarazo normal, como es sensibilidad en las mamas, diuresis frecuente, náusea. La gonadotropina corionica humana puede tener niveles bajos en el embarazo ectópico en comparación con un embarazo normal.

Por lo general las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico comúnmente aparecen dentro de las 6 a 8 semanas posteriores al último periodo de menstruación, pero pueden ocurrir mucho después, especialmente si el embarazo ectópico se encuentra en otra para que incluye el sitio intrauterino.

Basándonos en los riesgos que presentan la ruptura de un embarazo ectópico durante el tiempo de la presentación, se debe considerar como diagnóstico de embarazo ectópico en cualquier mujer en edad reproductiva con sangrado vaginal, o dolor abdominal que tenga las siguientes características (Taran FA, 2015)

- Embarazo, sin haber confirmado que el embarazo sea intrauterino
- Posible embarazo desconocido especialmente si hay amenorrea mayor a 4 semanas, con hemorragia vaginal Una de las condiciones se puede presentar a la consulta una mujer que manifiesta inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo sin explicación por otros diagnósticos (Taran FA, 2015)

2.5 DIAGNOSTICO

Antes de permitirnos hacer el diagnóstico de embarazo ectópico tenemos que tener en cuenta que existen diferentes situaciones patológicas que presentan los signos clásicos de dolor abdominal y sangrado vaginal, entre los diagnóstico diferenciales tenemos: implantación del embrión, aborto espontaneo, enfermedad trofoblastica, patología cervical, vaginal o uterina hematoma subcorionico (Taran FA, 2015).

El objetivo principal de la evaluación de una mujer con sospecha de embarazo ectópico son:

- Confirmar que la paciente este embarazada.
- Determinar el sitio del embarazo y si es ectópico diferenciar la región donde se encuentra.
- Determinar si el lugar donde se encontraba implantado se ha roto y si la paciente se encuentra hemodinamicamente estable, ya que el fallo del diagnóstico antes de que se desarrolle la ruptura limita las opciones de tratamiento e incrementa la morbilidad materna.
- Realizar exámenes adicionales que guiaran un futuro manejo terapéutico como el tipo de sangre y el screening de anticuerpos, para iniciar con la terapia de metotrexate.

Los exámenes complementarios del diagnóstico de embarazo ectópico son principalmente la combinación del nivel serológico de la hCG y el ultrasonido transvaginal, además se puede solicitar concentraciones plasmáticas de progesterona. (Shetty VH, 2014)

Basándonos en los riesgos que presentan la ruptura de un embarazo ectópico durante el tiempo de la presentación, se debe considerar como diagnóstico de embarazo ectópico en cualquier mujer en edad reproductiva con sangrado vaginal, o dolor abdominal que tenga las siguientes características (Taran FA, 2015)

Al inicio de un embarazo intrauterino normal, algunas mujeres suelen presentar signos y síntomas similares a los encontrados en pacientes con embarazos ectópicos u otros problemas ginecológicos o gastrointestinales. La disponibilidad de diversas herramientas bioquímicas, ecográficas y modalidades quirúrgicas pueden ayudar al proveedor de salud a ofrecer un diagnóstico definitivo y la distinción de condiciones.

Con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el embarazo ectópico, hay que tratarlo antes de que el embarazo curse las 8 semanas, ya que es en este tiempo cuando ocurre la ruptura del tubo uterino (trompa de Falopio) y produce sangrado, que es interno, y puede llevar a la paciente a un choque hipovolémico. Por lo tanto, ante la posible sospecha, se vigila a partir de la quinta semana, haciendo sonografía abdominal. Se puede hacer también una sonografía vaginal a la tercera o cuarta semana de gestación.

ESTUDIOS DE LABORATORIOS

Ni los factores de riesgo ni el cuadro clínico de un embarazo ectópico son lo suficientemente sensibles o específicos para establecer un diagnóstico definitivo. Por lo tanto, cualquier paciente en edad reproductiva debe ser estudiada si presenta dolor abdominal, cólicos o sangrado vaginal durante su embarazo.

En los últimos años se han desarrollado pruebas para la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) en el plasma sanguíneo y en la orina para detectar un embarazo antes de desaparecer el primer ciclo menstrual. Si bien algunos paquetes comerciales de análisis de orina pueden detectar la β -hCG a comienzos de la gestación, éstos están asociados con diferentes tasas de falsos negativos. Además, la necesidad de un valor cuantitativo hace que la prueba del β -hCG en el suero sanguíneo sea el criterio estándar para las pruebas bioquímicas. (ST HILL 2011)

Se mide la gonadotropina coriónica humana en la sangre, junto con la sonografía. Si está a niveles mayores de 1500 mUI/mL (entre la tercera y cuarta semana) o 5000 mUI/mL (entre la quinta y sexta semana) y si no se visualiza el feto en el saco, o si este último no está presente, se confirma entonces el diagnóstico. (MACGREGOR 2010)

Los niveles de progesterona en sangre representan otra herramienta utilizada en predecir las posibilidades evolutivas de la gestación y no para la diferenciación entre gestaciones anormales y embarazos intrauterinos saludables.⁶ Los niveles sanguíneos de progesterona no dependen de la edad gestacional, pero siguen siendo relativamente constantes durante el primer trimestre del embarazo normal y anormal, no retornan a los

valores de referencia si comenzaron fuera del rango y no se correlacionan con niveles de β -hCG. Sin embargo, no hay consenso sobre un valor específico que distingue entre un embarazo normal de uno anormal. Varios autores han propuesto diferentes puntos de corte en relación con la sensibilidad y especificidad de este examen de sangre. Un valor de progesterona superior a 25 ng/ml demostró una exclusión de embarazo ectópico con 97,4 por ciento de certeza en un estudio.⁴ Además, los niveles iguales o inferiores a 5 ng/ml indican un embarazo inviable,¹³ bien sea intrauterino o ectópico, y excluyen el embarazo normal con una sensibilidad del 100 por ciento.(HB2010)

Actualmente se están estudiando otros marcadores en la sangre y en la orina, a fin de ayudar a distinguir los embarazos normales y anormales. Por ejemplo, el estradiol sérico, la inhibina, la proteína A asociada al embarazo, el glucurónido de pregnanediol, las proteínas de la placenta, la creatina quinasa y un perfil cuádruple que consiste en progesterona sérica, β -hCG, estriol y alfa-fetoproteína. En la actualidad, el uso de cada uno de estos marcadores sólo se indica como una herramienta de investigación hasta que aparezcan evidencias clínicas considerables que demuestren su aplicación clínica.(SMITH 2010)

El ultrasonido es probablemente la herramienta más importante en el diagnóstico de un embarazo extrauterino, especialmente si se combina con otros métodos. Con mayor frecuencia, se utiliza para confirmar un embarazo intrauterino.¹⁴ La visualización de un saco intrauterino, con o sin actividad cardíaca fetal, a menudo es suficiente para excluir un embarazo ectópico.¹³ La excepción es en el caso de un embarazo heterotópico, la combinación de embarazos intra y extrauterino que, aunque es una situación excepcional, se ven cada vez más frecuentes, entre 1 de 4000 a 1 de cada 30.000 embarazos espontáneos. El estudio de los anexos uterinos por un ultrasonido es obligatorio en pacientes sometidas a estimulación ovárica y la reproducción asistida a pesar de la visualización de un embarazo intrauterino, porque son pacientes que tienen 10 veces mayor riesgo de embarazo heterotópico.(DOSH 2010)

DIAGNOSTICO POR IMAGENES

El ultrasonido transvaginal tiene mayor resolución que el abdominal y puede ser usado para visualizar un embarazo intrauterino 24 días después de la ovulación o 38 días

después del último período menstrual, que suele ser alrededor de 1 semana antes de los que es posible visualizar un ultrasonido transabdominal. El saco gestacional —un término ecográfico y no anatómico— es la primera estructura que se reconoce en un ultrasonido transvaginal.¹³ Se ve en el ultrasonido como una zona ecogénica gruesa en torno a un centro hipogénico correspondiente a la reacción decidual trofoblástica que rodea el saco coriónico. Las estructuras que representan a un embrión en desarrollo aún no se pueden reconocer sino hasta una mayor edad gestacional.(IMAGENOLOGIA DE RESTREPO 2012)

2.6 HIPÓTESIS

El factor de riesgo más frecuente en nuestra población es la enfermedad inflamatoria pélvica.

2.7 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Embarazo ectópico

VARIABLE DEPENDIENTE

- Prevencion y control
- Factores de riesgo.

VARIABLE INTERVINIENTES

- Múltiples parejas sexuales.
- Desconocimiento sobre infecciones en vías urinarias.
- Edad.

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio se realizó en el Área de..... en EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO.

3.2. C El cantón MILAGRO capital de la provincia del Guayas está ubicado en la parte suroccidental de la provincia. La ciudad de Guayaquil está compuesta por 5 parroquias Rurales y 16 parroquias Urbanas. Según información proporcionados cuenta con una población de 133508 habitantes

3.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó durante el período 2016-2017

3.4. CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA MUESTRA

3.4.1. Criterios de inclusión:

- Edad entre 25 a 35 años.
- Mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico. Durante el periodo 2016 2017 en el hospital león becerra de milagro

3.4.2 Criterios de exclusión

- Edad menor a 20 o mayores a 30 años.
- Mujeres sin diagnóstico de embarazo ectópico.
- Mujeres fuera del periodo 2016-2017

34.3 RECURSOS A EMPLEAR

RECURSOS HUMANOS.

- SECRETARIA DE ESTADISTICAS.
- TUTOR DE TRABAJO DE TITULACION.
- ESTUDIANTE DE MEDICINA INTERNO ROTATIVO.

RECURSOS FISICOS

COMPUTADORA.

PAPEL BOND.

BOLIGRAFOS.

CINTA METRICA

GASTOS DE MOBILIZACION.

CUADERNOS DE APUNTES

34.4 UNIVERSO Y MUESTRA

PACIENTE INGRESADOS EN EL AREA DE EMERGENCIA OBSTETRICAS EN EL HOSPIATAL LEON BECERRA DE MILAGRO EN EL AÑO 2016- 2017

34.5 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACION

DESCRIPTIVA, CORRELACIONAL, BIBLIOGRAFICO Y DE CAMPO

34.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

RETROESPECTIVA Y NO EXPERIMENTAL

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INSTRUMENTO	INDICADORES
VARIABLES DEPENDIENTES: PREVENCIÓN Y CONTROL	SON MEDIDAS DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE CASOS.	Cualitativa discreta	Ficha de recolección de datos	Antecedente de embarazo ectópico, infección inflamatorio pélvica, múltiples parejas sexuales
VARIABLES INDEPENDIENTES: EMBARAZO ECTÓPICO	ES LA IMPLANTACIÓN ANORMAL DEL OVULO FECUNDADO	Cualitativa normal	Ficha de recolección de datos	Sexo femenino
VARIABLES INTERVINIENTES: EDAD CONOCIMIENTO DEFICIENTE	GRUPO ECTARIO PREDISPONENTE A PADECER EMBARAZO ECTÓPICO	Cuantitativa normal	Ficha de recolección de datos	Edad en años

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS.

SE EXPONE EL ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO PARA DETERMINAR LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS EN RELACION CON LAS VARIABLES A ESTUDIAR DEMOSTRANDO LOS ASPECTOS MAS RELEVANTES, LOS CUALES FUERON REGISTRADOS EN CUADRO Y GRAFICOS.

EN EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO EN LA CIUDAD DE MILAGRO A BASE DE LA INFORMACION OBTENIDA EN EL SISTEMA CUENTA CON 145 PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LOS ULTIMOS CUATRO AÑOS MEDIANTE NUESTROS CRITERIOS DE INCLUSION PUDIMOS OBTENER UNA MUESTRA DE 50 PACIENTES LOS CUALES CUMPLIAN CONTROLES RUTINARIOS Y PREVIOS A SU EDAD DE GESTACION GRACIAS A UN REGISTRO FAMILIAR REPRESENTANDO UNA INCIDENCIA DE 25.2% PACIENTES CON LOS FACTORES DE RIESGO Y A SU VEZ ASISTIDO.

TAMBIEN SE OBSERVO LA EDAD LA ETNIA, SECTOR, NIVEL ESCOLAR, ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES Y ESTADO CIVIL

DISCUSION

Según estudios, el 1,6 por ciento de los embarazos es ectópico, la incidencia del embarazo ectópico generalmente es reportada por cada 100 embarazo Desde 1970 en américa latina se reportó una incidencia de 4.5 casos por 1000 áfrica e para la misma fecha se registraron incidencia entre 1.1 y 4.6 % ; en el Reino Unido entre el periodo de 1997 al 2005 se reportó una incidencia de 11.1 por 1000 (Medscape, Ectopic Pregnancy - Epidemiology), el 98 por ciento 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. En los raros casos en que una mujer queda embarazada con un dispositivo intrauterino (DIU) colocado, el riesgo de tener un embarazo ectópico es elevado. Cuándo ocurren, los embarazos ectópicos suelen desarrollarse en una de las trompas de Falopio (embarazo tubárico). Son infrecuentes los embarazos en el canal cervical, en el ovario o en la cavidad abdominal o pélvica. Un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida, por lo que debe ser interrumpido lo antes posible. Según algunas estadísticas, 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones. En España se estima que el embarazo ectópico constituye aproximadamente el 2.3 por ciento del número total de embarazos

CAPITULO V

CONCLUSIONES

GRACIAS A NUESTRO ESTUDIO DAMOS A CONOCER LA PREVALENCIA DE LOS EMBARAZOS ECTOPICOS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO PUDIENDO CONCLUIR LO SIGUINTE

***LOS TRASTORNOS SON DE APROXIMADAMENTE EN EL 2.2 % DE LAS PACIENTES ATENDIDAS SIENDO RELATIVAMENTE BAJA**

***QUE EL 10% DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO LLEVARON UN CONTROL PREVIO DE PLANIFICACION PRECEDENTE A SU EMBARAZO**

***EN CUANTO A LA RESIDENCIA EL, MAYOR PORCENTAJE CORRESPONDEN A PACIENTES QUE VIVEN EN ZONAS URBANAS**

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

MEDIANTE ESTE ESTUDIO PUDIMOS DAR A CONOCER INFORMACION ACTUALIZADA Y DETALLADA DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS Y ATENDIDAS Y REGISTRADAS EN EL AREA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO

SE RECOMIENDA ESTABLECER PROGRAMAS CON GRUPOS DE ESTUDIO Y CAPACITACION A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PARA FOMENTAR LA IMPORTANCIA DE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN YA QUE AYUDARÍA A MINIMIZAR LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA COMPLICACIÓN DE ESTA AFECCIÓN

NO SOLO BENEFICIANDO AL MÉDICO EN CONOCIMIENTOS SINO A LAS PACIENTES PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES Y DE ESE MODO AYUDANDO A SU ECONOMÍA EN EL ÁMBITO FAMILIAR Y ÁMBITO SOCIAL

SE RECOMIENDA LA FOMENTACIÓN HACIA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA TENER UN RIGUROSO CONTROL SOBRE LAS JOVENES EN ESTADO DE GESTACIÓN Y EN CASO DE ENCONTRAR ALTERACIONES REPORTA AL PERSONAL MÉDICO PARA COMENZAR LOS RESPECTIVOS TRATAMIENTOS Y SUPLEMENTOS EN CASO DE SER NECESARIO

Bibliografía

- Kopani F, R. A. (2010). Ectopic pregnancy comparison of different treatments. *J Prenat Med*, 4(2):30-4.
- M, P. (2012). Ectopic pregnancy after infertility treatment. *J Hum Reprod Sci*, 5(2):154-65.
- Parashi S, M. S. (2014). Main risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study in sample of Iranian women. *Int J Fertil Steril*, 8(2):147-54.
- S, B. (2012). Reproductive outcomes following ectopic pregnancy: register-based retrospective cohort study. *PLoS Med*, 9(6): 1-9.
- Shaw JL, e. a. (2010). Current Knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy. *Hum Reprod Update*, 16(4): 432-44.
- Shetty VH, G. S. (2014). Role of ultrasonography in diagnosis of ectopic pregnancy with clinical analysis and management in tertiary care hospital. *J Obstet Gynaecol India*, 64(5):354-7.
- Stulberg DB, C. L. (2014). Ectopic pregnancy rates and racial disparities in the Medicaid population, 2004-2008. *Fertil Steril*, 102(6):1671-6.
- Taran FA, e. a. (2015). The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Dtsch Arztebl Int*, 9;112(41):693-704.
- Villegas, e. a. (2014). Tubal ectopic pregnancy two years after laparoscopic supracervical hysterectomy. *BMC Womens Health*, 24;14:69.
- Kopani F, et al. (2010). Ectopic pregnancy comparison of different treatments. . *J Prenat Med*, 4(2): 30-34
- Brown JK, et al. (2011). Laboratory model for studying ectopic pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 23(4): 221-6