

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE GRADUADOS  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL GINECO – OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

## **ESTUDIO DESCRIPTIVO EN RELACIÓN CON EL** **EMBARAZO ECTÓPICO**

REALIZADO EN EL AREA TOCO-QUIRÚRGICO DE GENERAL DEL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR” DE GUAYAQUIL, EN EL PERIODO JUNIO DEL 2005 A NOVIEMBRE DEL 2005.

ESTRACCTO DE TESIS  
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTORA

DRA. INÉS MARGOT IDROBO LUZURIAGA

PÁGINA WEB: <http://www.ginecoquayas.com/hoja-de-vida/iidrobo/>

DIRECTOR

DR. LUIS HIDALGO GUERRERO.

COORDINADORA ACADÉMICA

DRA. MARTHA GONZAGA FIGUEROA.

GUAYAQUIL – ECUADOR

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo tiene la finalidad de hacer mediante la observación una evaluación de la presentación del embarazo ectópico en nuestro hospital, donde desarrollamos nuestras destrezas, habilidades y capacidades de atención al paciente; con la finalidad de relacionarlas con las estadísticas mundiales y ubicar la población que día a día manejamos en este contexto.

Entendiéndose que es una patología que en el diario desempeño de las funciones del medico residente y especialista; en esta unidad es frecuente su presencia, pero no ha tenido una observación directa de su ubicación anatómica y su posible causa desencadenante, así como tampoco la edad de la población en la cual este presente y si tiene o no relación con la paridad o cirugías ginecológicas previas.

Si bien no se trata de un trabajo experimental, que vaya a dejar un resultado directo sobre el futuro quirúrgico de la paciente; no pierde importancia la sola observación de su presentación, causas y forma de tratamiento, además de la relación con los antecedentes de las pacientes, si se considera que podrá ser un estudio que puede ser utilizado en el futuro como una base para aplicación de técnicas quirúrgicas sustentables de acuerdo a los resultados que tengamos a partir del presente trabajo. La importancia que puede tener en relación con la infertilidad secundaria que pueda presentar una mujer; así como también una visión de la posición de la iglesia católica referente al tema, sobretodo a la interrupción del embarazo, un tema actual y muy comentado por el Concilio Vaticano II.

Los resultados que obtenidos, llenan las expectativas que sirven de base para quienes se interesen por este apasionante tema, de manera que se puede emprender en estudios relacionados, como el análisis de procesos diagnósticos y tratamientos que pueden aplicarse, ya que en muchas ocasiones nos veremos durante la vida profesional a este tipo de situación que se convierte en una verdadera emergencia; así como a disyuntivas con pacientes y familiares de orden religioso y con mucho mas drama en las parejas que consultan por infertilidad.

## **RESUMEN**

Luego de la observación del comportamiento del Embarazo Ectópico en el área de general del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C, Sotomayor”. Hospital de que es de tercer nivel, ubicado en el centro de la ciudad de Guayaquil, que pertenece a los hospitales de la Honorable Junta de beneficencia de Guayaquil. Este estudio es de suma importancia ya que su objetivo principal es determinar la epidemiología y la localización anatómica de esta patología en pacientes de nuestro medio; para comparar estos resultados con lo expuesto en el marco teórico que engloba su concepto, epidemiología, localización, diagnostico y tratamiento, para así tener una base sobre la realidad de este tema en nuestro medio; usando para el presente trabajo las variables principales de edad, Enfermedad inflamatoria pélvica previa, localización anatómica, paridad cirugías previas, dispositivo intrauterino. Al finalizar esta investigación, se concluye que el 81% de los embarazos ectópicos estudiados presentaron de base EPI; con relación mayoritaria de presentación entre los 19 a 30 años y 10% de los casos fueron en nulípara entre los 15 a 19 años de edad; coincide con la literatura mundial la localización mayoritaria a nivel de trompa de Falopio; se encontró 1 embarazo Heterotopico que representa el 0,98%; además se relacionaron los resultados de la literatura con los de nuestro medio en el uso de DIU y antecedentes quirúrgicos. Resultados que permiten mejorar la calidad y calidez de atención hacia el grupo de personas que presentan esta patología.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO ECTÓPICO (EE), EMBARAZO HETEROTOPICO, CULDOCENTESIS, PARACENTESIS, SALPINGECTOMIA LINEAL, SALPINGOTOMIA, SALPINGECTOMIA TOTAL, ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EPI)

## **OBJETIVOS:**

### OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar el embarazo ectópico y relacionar con las estadísticas mundiales a través del análisis estadístico para contribuir con el mejor tratamiento.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la edad mas frecuente de presentación del embarazo ectópico en nuestra población de estudio
2. Identificar la paridad más frecuente de embarazo ectópico en nuestra población de estudio
3. Determinar de la localización anatómica del embarazo ectópico durante la cirugía
4. Identificar la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica crónica por patología en el embarazo ectópico
5. Relacionar el uso de métodos anticonceptivos previos con la presencia de embarazo ectópico

## **HIPÓTESIS:**

Que la edad, enfermedad inflamatoria pélvica, localización anatómica, paridad y uso de anticonceptivos previos, se relaciona con el Embarazo ectópico. En las pacientes que acuden al área toco quirúrgica de general del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”.

## **EMBARAZO ECTOPICO**

Se denomina embarazo ectópico a la implantación o desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina,(5), o fuera de la capa endometrial; también se lo designa embarazo extrauterino.

### LOCALIZACIÓN

La localización más frecuente es en la ampolla tubárica, con un 93% de casos de los cuales las 2/3 partes se ubican en la luz de la ampolla y el 1/3 restante en la serosa y muscular; a nivel del istmo se presenta un 4%; a nivel intersticial o del cuerno un 2.5% en el ovario el 0,5% y a nivel cervical el 0.1% (8)

Otros autores como el Dr. Jaime Polto en su libro Pautas Terapéuticas en obstetricia la localización la denominan clasificación topográfica según el lugar donde asiente este huevo patológicamente implantado, se reconocen las diferentes variedades topográficas del embarazo ectópico: (9)

- Tubarico (95-98%)
  - a) Intersticial (2-3%)
  - b) Ístmico (12%)
  - c) Ampular (78%)
  - d) Fimbrias (5%)
- Extratubarico (2-5%)
  - a) Ovárico (1%)
  - b) Abdominal (1.2%)
  - c) Cervical (0,5%)

d) Intraligamentario (0,2%)

## TRATAMIENTO

El tratamiento medico mas frecuente se realiza con: METOTREXATE y se considera desde 1986 como terapia de la primera línea de Embarazo ectópico y desde que ha ganado experiencia el tratamiento medico se ha vuelto comparable con la salpingostomía, que es el patrón oro. A pesar de esto todavía hay poca disposición a usar terapia medica por tener una ruptura tubarica posterior. El uso de este es sistémico y es un antagonista del ácido fólico, que puede administrarse para erradicar el tejido trofoblastico en un embarazo ectópico y constituye un agente quimioterapéutico de elección en el tratamiento de la enfermedad trofoblastica gestacional, el seguimiento de mujeres que han tomado este medicamento indica que no hay aumento de malformaciones congénitas, abortos espontáneos segundos tumores luego de la quimioterapia, hay efectos tóxicos en un 20 a 30%. Se ha usado dosis únicas de 50 mg/m<sup>2</sup> con buenos resultados sobretodo en embarazos ectópicos diagnosticados de menos de 3cm., también se lo ha empleado para tratar embarazo ectópico persistente luego de la cirugía conservadora con buen resultado

El Tratamiento quirúrgico:

La mayoría de los embarazos ectópicos están localizados en las trompas de Falopio y el sitio más común de ella es la ampolla, tradicionalmente el tratamiento ha sido quirúrgico aunque actualmente se realiza también tratamiento medico y conservador.

Dentro de las técnicas quirúrgicas de manejo conservador tenemos:

Salpingostomía lineal; Es un procedimiento ideal para el embarazo tubarico no roto porque más del 75% de estas gestaciones ectópicas ocurren en los dos tercios externos de la trompa. (5) (15).

Evacuación de las fimbrias, cuando el embarazo ectópico se encuentra abortado por la fimbria hay la posibilidad de terminar su evacuación a través de la misma tratando así de no afectar la luz tubárica (17)

Resección y anastomosis, se procede inmediatamente a la sección de la trompa en su parte afectada a la reanastomosis con técnica convencional. (7).

Salpingotomia, consiste en solo la apertura de la luz tubárica para la evacuación del embarazo ectópico, generalmente se realiza en laparoscopia, lo que requiere experiencia del operador e instrumental y equipamiento especiales (5)

Estas técnicas de manejo conservador especialmente la salpingostomía lineal, tiene recidivas de 14 a 15% de embarazos Ectópicos y las otras descritas anteriormente son poco recomendadas y se utilizan poco porque pueden causar cicatriz y consecuentemente estrechar la pequeña luz de la trompa; con lo que se origina el riesgo de las recidivas. Además se puede presentar como complicación el Embarazo Ectópico Persistente que es resultado de una eliminación incompleta del trofoblasto, esta es la complicación más común de la salpingostomía con una frecuencia del 5 al 20%.

LA CIRUGÍA RADICAL.-Las indicaciones para realizar a una paciente cirugía radical no conservadora quirúrgicas son:

1. pacientes con descompensación hemodinámica
2. trompa irrecuperable, desgarro importante o muy aumentada de volumen
3. mujeres cercanas a los 40 años
4. no deseo de nuevos hijos
5. Existencia de patología genital previa. (5)

Y dentro de las técnicas quirúrgicas no conservadoras tenemos:

Salpingectomia parcial o total, que consiste en la extirpación de la trompa afectada, es el tratamiento clásico y trae aparejada una reducción de la fertilidad de la paciente antes mencionada.(5); Cuando existe un compromiso del embarazo ectópico con el ovario, antiguamente se realizaba Salpingectomia + ooforectomia, (5); Se puede contemplar una histerectomía en casos excepcionales como en una paciente mayor de 40 años con patología uterina previa al embarazo ectópico o una localización intersticial a nivel del cuerno o cuello uterino que se acompañe de una hemorragia incoercible. (5). De la misma manera se contempla la resección cornual para evitar las residivas del embarazo ectópico a nivel del cuerno en el futuro.

#### EL EMBARAZO ECTOPICO COMBINADO\_(HETEROTOPICO)

El embarazo Heterotopico es la presencia de un embarazo intrauterino normal y extrauterino ectópico en forma simultanea; se trata de una entidad un tanto rara pues se calcula que 1 de cada 30.000 embarazos puede presentarse

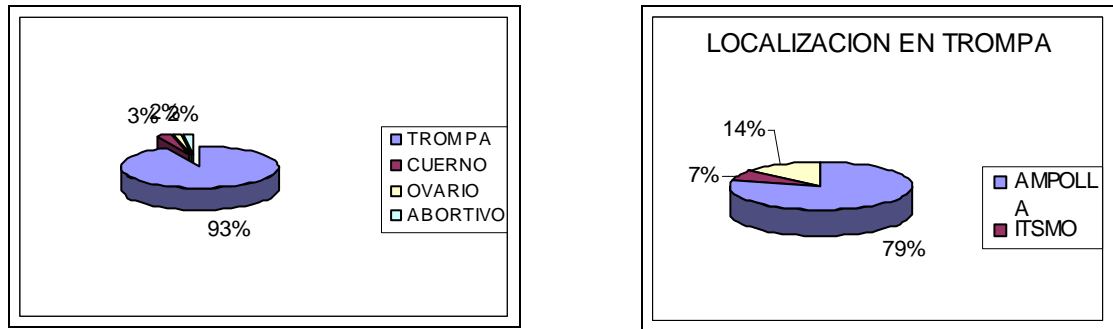
### **RESULTADOS.**

Luego del procesamiento y análisis de los datos obtenidos a partir de su recolección en los casos presentes en el tiempo establecido; de esta investigación podemos anotar los siguientes resultados:

1. En este estudio se tomaron durante los 6 meses de tiempo establecido 125 casos distribuidos en un numero aproximado de 20 casos de Embarazo ectópico cada mes, exceptuando el mes de septiembre en donde fue notoria la reducción del numero de casos ya que solo hubieron 6, seguidos del mayor numero de casos en el mes de Octubre donde fueron 27.
2. Luego de la recolección de 125 casos durante los 6 meses del estudio se realizo estudio histopatológico para confirmación del diagnostico de embarazo ectópico y la presencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica crónica; de loa 125 casos antes mencionados, tuvieron estudio Histopatológico 120 casos que representan el 96% de los casos y 5 casos no fueron realizados estudio histopatológico que corresponde al 4 % de los casos, de los 5 casos que no tuvieron estudio histopatológico estuvieron coincidentalmente repartidos 1 caso por mes exceptuando el mes de septiembre.
3. Incluyendo a los casos que no se han realizado estudio Histopatológico por no haber sido confirmado el Embarazo ectópico como no Embarazos Ectópicos tenemos que 102 casos fueron confirmados mediante histopatología quedando el número de 23 casos como casos no confirmados de Embarazo ectópico mediante histopatología.
4. El 75.2% de los casos 120 casos que tuvieron estudio histopatológico; presentaron Enfermedad Inflamatoria Pélvica crónica.
5. De los 102 casos que presentaron Embarazo ectópico coexistieron con Enfermedad Inflamatoria Pélvica 83 casos que corresponden al 81% de los casos y solo el 19% de casos de Embarazo ectópico no presentaron Enfermedad Inflamatoria Pélvica, manteniéndose la reilación de presencia mayoritaria de Enfermedad Inflamatoria Pélvica en los Embarazos ectópicos en cada mes.
6. La endometriosis a nivel de trompa se hizo presente en el 7.2% de los casos estudiados con histopatología
7. 5.6% de los casos presentaron otro tipo de tumores especialmente quistes paratubaricos coexistentes con embarazo ectópico.
8. 13 casos que representan el 10.4% de los casos presentaron otras patologías entre las que se incluyen, teratomas, quistes ováricos y teratomas en 2 casos y 1 caso de piosalpinx; que en algunas ocasiones coexistieron con Embarazo ectópico.

9. De los 102 casos que fueron confirmados como embarazo ectópico, se encontró que en las mujeres de más de 19 años a 45 años fue más frecuente en número de 92 casos representando el 90%; pero es preciso anotar que el 10% de los casos estuvo presente el Embarazo ectópico en mujeres de 15 a 19 años. Esta relación de presencia de acuerdo a la edad se presentó en una proporción aproximada cada mes.
10. La mayoría de los casos fueron Embarazos ectópicos accidentados o rotos cuando se realizó cirugía siendo en un porcentaje de 84% de los casos y por lo tanto un 16% de ellos aun conservaban íntegro el Embarazo ectópico.

### LOCALIZACIÓN ANATOMICA DE LOS EMBARAZOS ECTÓPICOS



FUENTE: Área Toco quirúrgica de general del Hospital E. Sotomayor

Elaborado por: Inés Idrobo

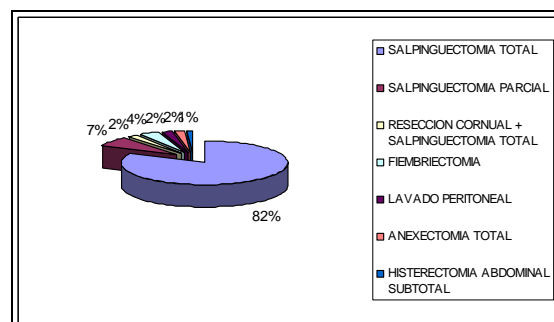
Fecha: 30-11-05

11. En lo referente a la localización del embarazo ectópico encontramos que la mayoría se observó en trompa de Falopio en un 93% de casos; seguido de un 3% a nivel de Cuerno uterino; el 2% se presentó en el ovario y otro 2% se encontró en cavidad como Embarazo Ectópico Abortivo.
12. A nivel de la trompa de Falopio del 93% de casos de los el 79% se localizó en la ampolla tubárica, el 14% a nivel del istmo tubárico y el 7% en la fimbria de la trompa. Al igual se observa predominancia de localización de Embarazo ectópico a nivel de la ampolla en cada mes.
13. De los 102 casos de Embarazo ectópico de nuestro estudio encontramos 1 caso de Embarazo Heterotópico que representa el 0,98% de los casos.
14. La mayoría de casos que presentaron Embarazo ectópico tenían como antecedentes gestaciones anteriores entre 1, 2, 3 o 4 gestaciones, pero el dato de no presencia de antecedentes de gestaciones es importante aun cuando representa el 11% ya que del 10% que corresponde a casos de Embarazo ectópico en mujeres de 15 a 19 años se encuentran dentro de este rango el 8% de casos.
15. En un 75% de casos de Embarazos ectópicos tienen antecedentes de 1 aborto, el 21% tiene antecedentes de 2 abortos previos, y 4% tienen 3, 4 o más abortos como antecedentes.
16. Dentro de los antecedentes de partos previos en los casos de Embarazo ectópico el 42% tenían un parto, el 30% 2 partos, el 17% 3 partos y el 11% 4 o más partos.
17. Teniendo en cuenta antecedentes de cesáreas anteriores tenemos que el 63% de casos de embarazos ectópicos tenían como antecedente una cesárea, un 32% de casos 2 cesáreas anteriores y un 5% de casos tenía 3 cesáreas previas.

18. Además revisando los antecedentes gineco-obstétricos encontramos que un 4% de casos tenía un embarazo ectópico anterior mientras que el 96% de los casos fue este su primer episodio.
19. El 45% de los casos que presentaron embarazo ectópico tenían como antecedente el uso de algún método anticonceptivo, siendo registrado en los casos de los meses de junio y octubre predominio de antecedentes de uso de anticonceptivo, mientras que el 55% no presentó antecedentes de uso de anticonceptivos.
20. De las pacientes que registraron uso de anticonceptivo previo a la presencia de embarazo ectópico tenemos que el DIU (T de Cu) fue usado en un 46%, el 39% uso ACO (anticonceptivos orales); el 11% utilizó Anticonceptivos de depósito o intramusculares y un 4% uso anticonceptivos de barrera con predominio del preservativo.
21. Dentro de los exámenes realizados previo al diagnóstico clínico de embarazo ectópico se realizó ecografía en el 91% de los casos, Determinación de HCG Cuantitativa en un 3% mientras que HCG Cualitativa en un 94%; Se realizó Culdocentesis en un 87% y paracentesis en un 7%; mientras que la determinación de progesterona no se realizó en ningún caso.
22. Dentro de la cirugía que se realizó a la paciente encontramos que el 2% de los casos fueron resueltos con cirugía laparoscópica, mientras que el 98% con cirugía abierta.

#### TIPO DE CIRUGIA REALIZADA PARA RESOLUCIÓN DEL E.E.

SALPINGUECTOMIA TOTAL	84
SALPINGUECTOMIA PARCIAL	7
RESECCION CORNUAL + SALPINGUECTOMIA TOTAL	2
FIEMBRIECTOMIA	4
LAVADO PERITONEAL	2
ANEXECTOMIA TOTAL	2
HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL	1



FUENTE: Área Toco quirúrgica de general del Hospital E. Sotomayor

Elaborado por: Inés Idrobo

Fecha: 30-11-05

23. Dentro de los casos resueltos con laparoscopia 1 de ellos se realizó lavado peritoneal en el caso que fue abortivo y en el otro caso que fue tubarico roto a nivel de la ampolla se realizó salpinguectomía total unilateral del lado afectado.
24. En los casos resueltos con cirugía abierta, de los 93 casos que se presentaron a nivel de trompa en sus diferentes segmentos se realizó: en 6 casos salpinguectomía parcial unilateral del lado afectado; en 4 casos fimbriectomía parcial unilateral del lado afectado; en el 83 casos salpinguectomía total unilateral del lado afectado. De los casos presentados en el cuerno, en 1 caso se realizó histerectomía abdominal subtotal; en 2 casos resección cornual + salpinguectomía total unilateral del lado afectado, en los 2 casos presentados a nivel de ovario se realizó anexectomía total unilateral del lado afectado; y en el caso con presentación abortiva se realizó lavado peritoneal.
25. Uniendo todos los casos presentados se resolvieron mediante salpinguectomía total unilateral del lado afectado el 82% de los casos; el 7% se realizó salpinguectomía parcial unilateral del lado afectado; el 4% se resolvió con fimbriectomía unilateral del lado afectado; al 2% se le realizó resección cornual +

- salpinguectomía parcial del lado afectado; el 2% de casos se resolvieron con lavado peritoneal y solo en el 1 % de los casos se realizó histerectomía abdominal subtotal.
26. Es importante señalar que por petición de paciente en mujeres multíparas se encontró que al 11% de casos que tenían embarazo ectópico tubarico, se le realizó salpinguectomía parcial de la trompa contralateral.
  27. Dentro de los antecedentes de cirugías previas encontramos que un 71% tiene algún tipo de cirugía previa y el 29% no tuvo ningún tipo de cirugía anterior.
  28. Del 71% de pacientes con Embarazo ectópico y antecedente de cirugía previa el 73% presentó cirugía de tipo obstétrico, el 17% antecedente de cirugía ginecológica y el 10% otro tipo de cirugías.
  29. DE los 102 casos de Embarazo ectópico encontramos que el 53% presentó algún tipo de complicación, mientras el 47% no presentó ningún tipo de complicación.
  30. Del 53% que presento algún tipo de complicación, un 90% de pacientes presentaron anemia, el 2% Rash alérgico secundario a transfusión y 5% de casos presentaron algún tipo de perforación de útero o de vejiga.
  31. Del porcentaje de pacientes que presentaron anemia el 65% necesitaron de transfusión para su recuperación por tener hematocrito menor a 25%, mientras que en el 35% no fue necesario para la recuperación de la anemia.
  32. El 90 % de mujeres que presentaron Embarazo ectópico del presente estudio tuvieron el inicio de relaciones sexuales siendo adolescentes y de ellas el 37% tubo su primera relación sexual antes de los 15 años y el 63% tubo su inicio de relaciones sexuales antes de los 19 años; el 10% restante de pacientes tubo su inicio de relaciones sexuales luego de los 19 años hasta los 30 años.
  33. El inicio de relaciones sexuales fue del 33% antes de los 15 años; el 57% tiene su primera relación sexual siendo mayores de 15 años a los 19 años y el 10% restante luego de los 19 años.
  34. El 100% de los casos no tuvo antecedente de control prenatal, la sintomatología de dolor fue la principal causa de asistencia a consulta médica.

## **CONCLUSIONES**

Luego del análisis, procesamiento de datos y la obtención de los resultados antes expuestos, obtenidos durante la recolección de datos durante los 6 meses establecidos como lapso de tiempo para el estudio; podemos concluir:

- a) Se estudiaron 102 casos confirmados por histopatología como embarazos ectópicos de los cuales el 81% presentaban de base una enfermedad inflamatoria pélvica crónica, siendo mayoritaria en su forma de salpingitis, e incluye la presencia de un caso de absceso tubo – ovárico, resultado que hace evidente que el porcentaje de pacientes que presentan Embarazo Ectópico con antecedente de Enfermedad Inflamatoria pélvica, en el presente estudio fue en un porcentaje superior, ya que, según la literatura (Gori) el 50% de los casos presentan antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, llegando a ser hasta en un 75% en caso de reincidencia de episodio de Enfermedad Inflamatoria Pélvica por tercera vez.
- b) En el presente estudio se encontró que fue más frecuente encontrar el 90% de casos entre los 19 a 45 años de edad, con mayor número de casos entre los 19 a 30 años de edad y el 10% en mujeres entre la edad de 15 a 19 años de edad; lo que indicaría que en nuestro medio no se corrobora lo que la literatura (Novak) relata que en los últimos 20 años las más altas tasas de presencia de embarazo ectópico se produjo en mujeres entre los 35 a 44 años de edad; ya que en este estudio se observa un alto porcentaje en mujeres jóvenes.

- c) En el presente estudio la localización del embarazo tubarico tuvo una distribución del 93% de casos a nivel de trompa tubarica de los cuales el 79% se localizo en la ampolla tubarica, el 14% a nivel del Istmo tubarico y el 7% a nivel de la fimbria; además se encontró un 3% a nivel del cuerno uterino, 2% en ovario y 2% en cavidad probablemente de origen secundario (abortivo); valores que son similares a los observados en la literatura con leves variaciones anotando entre ellos que es menor el porcentaje en localización ovárica y a nivel cervical (Gori) ( Polto).
- d) Dentro del presente estudio no se tuvieron casos de antecedentes de historia de infertilidad y tratamiento; se encontraron antecedentes de gestaciones que terminaron en abortos, partos, cesáreas e inclusive embarazos ectópicos; lo que hace que no sea posible comparar este factor de riesgo de presencia de Embarazo Ectópico con los datos ofrecidos por la literatura.
- e) Es importante anotar la presencia de 1 caso dentro del presente estudio de Embarazo Heterotópico que representa el 0,98%; situación que se relaciona con el porcentaje ofrecido por la literatura encontrada a nivel nacional reportada en el 2005.
- f) El 4 % de pacientes presentó Embarazo Ectópico, un valor muy por debajo de los reportados a nivel mundial (Williams, Gori) que es del 15%
- g) La cirugía abdominal o pelviana previa están relacionadas con la presencia de Embarazos ectópicos no establecido un porcentaje específico de relación que pueda correlacionarse con nuestros resultados, en los cuales encontramos que el 71% de los casos del presente estudio presentó antecedente de cirugía previa la misma que se encuentra dividida en el 73% de causa obstétrica, el 17% de origen ginecológico y el 10% restante de otra causa; lo que indica que este es un factor de riesgo de gran importancia a considerar.
- h) El 84% de los casos de embarazo ectópico fue diagnosticado y tratado cuando ya había roto su saco y el 16% de casos restantes conservaba integro su saco gestacional, lo que no concuerda con el tipo de tratamiento realizado ya que solo el 2% de los casos fueron resueltos por vía laparoscópica y el 98% por cirugía abierta lo que hace que la presencia de complicaciones futuras puedan incrementarse y esto es probable que haya sucedido debido a que todos los casos fueron ingresados y diagnosticados en consulta medica por sintomatología de dolor y no antecedentes de previo control prenatal.
- i) Dentro de los factores de riesgo relacionados como causa de embarazo ectópico aun considerados en bajos porcentajes por algunos autores, en el presente trabajo se encontró el 7.2% de endometriosis especialmente en trompa.
- j) En este estudio se encontró que el 45% de los casos tubo antecedente de uso de algún tipo de anticonceptivo, predominando entre ellos el DIU (T de Cu) que se uso en un 46%, el 39% uso ACO, 11% uso Anticonceptivos de Deposito y el 4% restante señalo que uso métodos de barrera y entre ellos predomino el preservativo; lo que se relaciona con la literatura que señala que la alteración funcional produce cambios en los niveles séricos de estrógenos y progesterona probablemente por una regulación de los receptores adrenérgicos en el músculo liso, por lo que se ha comunicado un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos con el uso de anticonceptivos y dispositivos intrauterinos con progesterona y sin esta, la píldora del día después y después de la inducción de la ovulación. (Burgos).
- k) Se señala en la literatura como una causa directa de presencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica, causa principal de Embarazo Ectópico, el inicio temprano de relaciones sexuales; lo que se relaciona con lo anotado en nuestros resultados del presente estudio encontrando que el 90% de mujeres inicio sus

relaciones sexuales en la adolescencia es decir antes de los 19 años y de ellos un 33% inicio su vida sexual antes de los 19 años.

- l) Dentro de las complicaciones inmediatas relacionadas con el embarazo ectópico, en el presente estudio se encontró que el 53% de los casos presentó algún tipo de complicación, de las cuales el 90% fue la anemia y de ellos el 65% necesitaron transfusión para su recuperación; coincidiendo con las complicaciones de la literatura que la ponen en primer lugar a la hemorragia como complicación primaria.
- m) En cuanto al tipo de cirugía que se les realizó a las pacientes la más frecuente fue la salpinguectomía total unilateral en relación al lado afectado por el Embarazo Ectópico, tomando en consideración que la mayoría de casos se presentaron a nivel de alguno de los segmentos de la trompa.

## **RECOMENDACIONES**

En la finalidad de reducir los casos de Embarazos ectópicos, pero sobretodo ofrecer un mejor servicio y por ende un mejor tratamiento a las pacientes que presenten esta patología, especialmente en las mujeres jóvenes a fin de evitar las complicaciones posteriores y conservar su fertilidad. Tomando en cuenta los resultados y conclusiones, obtenidos en el presente estudio; se puede recomendar lo siguiente:


1. Se recomienda el control temprano del embarazo en su etapa inicial que incluya Ecografía para determinar tempranamente la localización intrauterina o extrauterina del embarazo, conjuntamente con la determinación cuantitativa de la HCG beta ya que sus valores nos pueden encaminar a una sospecha y / o diagnóstico temprano del Embarazo ectópico.
2. El diagnóstico temprano del Embarazo Ectópico, para poder ofrecer a la paciente la intervención en el tratamiento oportunamente a fin de que sea posible realizar cirugía laparoscópica y salpingotomía lineal con el fin de preservar la viabilidad de la trompa de Falopio y con ello conservar la capacidad reproductiva de la mujer en alto porcentaje; tomando en cuenta los factores de riesgo y antecedentes reproductivos de la paciente, para clasificar adecuadamente a quienes se debería practicar este tipo de cirugía; ya que esta puede presentar recidivas lo cual pone en riesgo la vida de la paciente en caso de volver a presentar embarazo ectópico y de complicaciones como el trofoblasto persistente lo cual ocasionaría que al final la paciente termine en una salpinguectomía total con resección cornual.
3. Si bien la paciente puede tener resolución de su embarazo ectópico con una salpinguectomía total unilateral del lado afectado; se debería realizar resección cornual adicional pensando en la recidiva de un embarazo ectópico a futuro, agregando así un riesgo de salud a la paciente en su vida reproductiva.
4. Se sugiere el diagnóstico, tratamiento y control de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, especialmente en la paciente de edad reproductiva con el fin de evitar o por lo menos disminuir la frecuencia de Embarazo Ectópico.
5. El tratamiento de Enfermedades infecciosas del tracto genital, especialmente vaginal debe ser valorado cuidadosamente; de manera que tenga un diagnóstico certero, con un tratamiento eficaz que permita no asciendan estas infecciones y no terminen complicando a la paciente con una Enfermedad Inflamatoria Pélvica a futuro.
6. Se recomienda el adiestramiento, tanto en diagnóstico temprano del Embarazo Ectópico, como en el tratamiento del Embarazo Ectópico especialmente por vía Laparoscópica.

7. El uso de métodos anticonceptivos debe ser mejor valorado y con mayor consejería especialmente en mujeres jóvenes a fin de que las usuarias acudan a control y ante cualquier sintomatología de intolerancia y/o infecciosa que pueda poner en duda el buen uso de los mismos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. **WILLIAMS** Obstetricia, ED. Panamericana, 21ª edición 2.002.
2. **CARRERA** Macías José Protocolos de obstetricia ED. Masson S.A., 3ª edición 2.0030
3. **BURGOS** Puliese Jorge Dr. Y Col. , Urgencias en Obstetricia, ED Librería Medica Editorial S.R.L., Montevideo – Uruguay 1999
4. **BURGOS** Pugliese Jorge Dr. Y Col., Urgencias en Obstetricia, ED Librería Medica Editorial S.R.L., Montevideo – Uruguay 2000
5. **COMPARATO** Mario R. Ginecología en esquemas, ED. El Ateneo 3ª edición 2.000
6. [www.adam.com/urac](http://www.adam.com/urac)
7. **NOVAK**, Tratado de Ginecología, ED. Interamericana, 12ª edición 1999.
8. **GORI** Jorge R., A. Lorusso y Col. Ginecología, ED. El Ateneo 2ª edición 2.002
9. **POLTO** Jaime Dr. Y Col., Pautas Terapéuticas en Obstetricia, ED Oficina del libro AEM, Montevideo – Uruguay 1999
10. **PITKIN** Roy MD y col. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Volumen 1/1987, ED Interamericana, México, DF. 1987.
11. [www.latinsalud.com](http://www.latinsalud.com)
12. [www.nlm.nih.gov/medlineplus](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus)
13. **THOMAS** G: Stovall, Atlas de Cirugía Ginecológica y Obstétrica de los Procesos Benignos, ED. Mosby. 1997.
14. **TE LINDE**, Ginecología quirúrgica, ED. Panamericana, 8ª edición 1.998.
15. **O. KÄSER**. Atlas de cirugía Ginecológica, ED. Marban, 5ª edición. 2.000
16. **BACA** López Jaime, Revista Iberoamericana de educación medica continuada, año 2005, volumen 24, numero 1.
17. **REMOHI** José. Reproducción Humana, ED Interamericana, 1ª edición, 1996.
18. **M PESARESI**, j. Palacios Jaraquemada. Patología De Urgencia, Año 9 N- 3, septiembre 2001.

## **AGRADECIMIENTO**



Mis sentimientos de gratitud a la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, el Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”; La Universidad Estatal de Guayaquil, su Escuela de graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, a sus directores y catedráticos, de manera especial al Dr. Luis Hidalgo Guerrero, Director de la presente investigación, e igual a la Dra. Martha Gonzaga Figueroa, coordinadora de esta investigación; por su dedicación, orientación y facilitación de conocimientos.

A mis compañeros médicos residentes por brindarme su amistad y apoyo en el trabajo diario; a cada una de las pacientes que intervinieron en esta investigación lo que fue una valiosa colaboración para mi desarrollo personal y profesional.

Un agradecimiento especial para mi familia, especialmente mis hermanos por permitirme contar con su cariño y respaldo imperecedero.

Dra. Inés Margot Idrobo Luzuriaga MD

<http://www.ginecoquayas.com/hoja-de-vida/iidrobo/>