



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico en el Hospital**

**Carlos Monge Medrano 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

Médico Cirujano

**AUTORA:**

Ramos Pasaca, Lucero Anyela (ORCID: 0000-0003-4613-1447)

**ASESOR:**

Dr. Cruz Arellano, Jonnathan Alexis (ORCID: 0000-0001-8834-362X)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**PIURA – PERÚ**

**2020**

## DEDICATORIA

*"A Dios, a mi madre con todo mi corazón pues sin ella no lo hubiera logrado, a mi hermano que solo él ha sido capaz de enseñarme a ser valiente, por ser mi motivación constante para cumplir mis anhelos, y a mi amuleto de la buena suerte, mi compañera fiel durante mis noches de desvelo, gracias Toulouse."*

## **AGRADECIMIENTO**

*A DIOS por estar presente cada momento.*

*A mis docentes de la carrera de medicina humana quienes compartieron sus enseñanzas y experiencias.*

*A mi director de tesis, quien con sus conocimientos su trayectoria, ha logrado en mí culminar mis estudios con éxito.*

*A los Hospitales Carlos Monge Medrano y Essalud de la ciudad de Juliaca por permitirme realizar nuestras prácticas pre –profesionales a lo largo de la carrera.*

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b> .....	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>II. MÉTODO</b> .....	<b>8</b>
2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	8
2.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES .....	8
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA Y MUESTREO .....	9
2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	9
2.5. ANÁLISIS DE DATOS .....	10
2.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	10
<b>III. RESULTADOS</b> .....	<b>11</b>
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	<b>21</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	<b>24</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>25</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>26</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>29</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monge Medrano en el año 2019.

**Metodología:** Se desarrolló una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal. Se incluyeron 82 historias clínicas de pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monge Medrano de enero a diciembre del 2019. Se analizaron frecuencias y medias de las características clínico quirúrgicas.

**Resultados:** La edad promedio fue  $29.9 \pm 6.6$  años. El 63.4% tenían estudios de secundaria, 31.7% superior y solo 4.9% primaria. Con respecto al estado civil: 65.9% eran convivientes, 22% casadas y 12.1% solteras. El 74.4% tuvo 1 pareja sexual, 23.2% con 2 – 3 parejas sexuales y 2.4% reportaron 3 o más parejas sexuales. El 63.4% era usuaria de algún método anticonceptivo. El 25.6% tenía antecedente de legrado, 22.0% cirugía abdominopélvica, 3.7% EPI, 1.2% cirugía tubaria y embarazo ectópico previo. 50.0 % fueron multíparas, 34.1% primíparas y 15.9% nulíparas. La frecuencia cardiaca promedio fue  $91.6 \pm 17.9$  latidos por minutos. También se observó dolor abdominal (93.9%), sangrado genital (75.6%), palidez (24.4%), lipotimia (23.2%), náuseas (18.3%), shock hipovolémico (4.9%) y masa palpable (1.2%). El 54.9% presentaron afectación del anexo izquierdo y 72.0% se catalogaron como complicados. La salpinguectomía se realizó en el 93.9% de las pacientes seguida de anexectomía (3.7%) y salpingostomía (2.4%).

**Conclusiones:** La edad promedio fue  $29.9 \pm 6.6$  años, con predominio del estado civil conviviente y estudios de nivel secundario. Además, cerca del 50% fueron multíparas y presentaron algún antecedente ginecoobstétrico como cirugía abdominopélvica o legrado. La frecuencia cardiaca media fue  $91.6 \pm 17.9$  latidos por minuto, además, el dolor abdominal y el sangrado genital son los principales síntomas del embarazo ectópico. La región ampular del anexo izquierdo fue la más afectada, siendo el tratamiento de elección la salpinguectomía.

**Palabras claves:** Embarazo, ectópico, ubicación.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the surgical clinical profile of ectopic pregnancy at the Carlos Monge Medrano Hospital in 2019.

**Methodology:** A descriptive, retrospective and cross-sectional investigation was developed. Eighty-two medical records of patients treated for ectopic pregnancy at the Carlos Monge Medrano Hospital from January to December 2019 were included. Frequencies and means of the clinical-surgical characteristics were analyzed.

**Results:** The average age was  $29.9 \pm 6.6$  years. 63.4% had secondary education, 31.7% higher and only 4.9% primary. Regarding marital status: 65.9% were cohabiting, 22% married and 12.1% single. 74.4% had 1 sexual partner, 23.2% had 2 - 3 sexual partners, and 2.4% reported 3 or more sexual partners. 63.4% were users of some contraceptive method. 25.6% had a history of curettage, 22.0% abdominopelvic surgery, 3.7% PID, 1.2% tubal surgery and previous ectopic pregnancy. 50.0% were multiparous, 34.1% primiparous and 15.9% nulliparous. The average heart rate was  $91.6 \pm 17.9$  beats per minute. Abdominal pain (93.9%), genital bleeding (75.6%), paleness (24.4%), lipothymia (23.2%), nausea (18.3%), hypovolemic shock (4.9%) and palpable mass (1.2%) were also observed. 54.9% presented involvement of the left annex and 72.0% were classified as complicated. Salpingectomy was performed in 93.9% of the patients, followed by adnexectomy (3.7%) and salpingostomy (2.4%).

**Conclusions:** The average age was  $29.9 \pm 6.6$  years, with a predominance of cohabiting marital status and secondary level studies. In addition, about 50% were multiparous and presented some gynecological and obstetric history such as abdominopelvic surgery or curettage. The mean heart rate was  $91.6 \pm 17.9$  beats per minute, in addition, abdominal pain and genital bleeding are the main symptoms of ectopic pregnancy. The ampullary region of the left annex was the most affected, being salpingectomy the treatment of choice.

**Keywords:** Ectopic, pregnancy, location.

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es aquella condición patológica que ocurre cuando el tejido fetal se implanta en algún lugar fuera del útero o se adhiere a una parte anormal o cicatrizada del mismo y se considera una complicación conocida de la gestación que conlleva una tasa elevada de morbilidad y mortalidad cuando no se reconoce ni se trata rápidamente (1). La implantación ectópica puede ocurrir en el cuello uterino, la córnea uterina, el miometrio, los ovarios, la cavidad abdominal, etc (2). Las mujeres con ligadura de trompas u otras alteraciones posquirúrgicas de las trompas de Falopio corren el riesgo de EE ya que se alteraría la función nativa de las trompas.

La tasa estimada de EE en la población general es del 1 al 2% y del 2 al 5% entre los pacientes que utilizaron tecnología de reproducción asistida (3). Los embarazos ectópicos con implantación fuera de la trompa de Falopio representan menos del 10% de todos los embarazos ectópicos. Los embarazos ectópicos con implantación en cicatriz previa por cesárea ocurren en el 9% de los embarazos ectópicos. Los embarazos ectópicos intersticiales se notifican en hasta el 4% de todos los sitios de implantación ectópica y tienen una morbilidad con tasas de mortalidad hasta 7 veces más altas que en otros sitios de implantación ectópica (4). Este aumento de la morbilidad y la mortalidad se debe a una alta tasa de hemorragia en los embarazos ectópicos intersticiales (5).

Ranji G, et al. 2018. Estudio que tuvo como finalidad estimar la incidencia, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y conducta terapéutica del EE en el Instituto de Investigación Sri Ramachandra, Porur, Chennai. Hubo 119 embarazos ectópicos durante el período de estudio. La incidencia fue de 2,81/100 partos. Fue común entre los 26 y 30 años, la edad mínima en el instante el diagnóstico fue de 18 años y la edad máxima de 40 años. Catorce mujeres habían tenido un embarazo ectópico anterior. Cuatro tenían dos embarazos ectópicos anteriores. La cesárea previa y el tratamiento de la infertilidad fueron los factores de riesgo más comunes. La tríada clásica estuvo presente solo en el 27,7% de los pacientes. Catorce pacientes se presentaron con shock. El embarazo tubárico fue el tipo más común y la ampolla

fue el sitio más común. La tasa de éxito del tratamiento médico con metotrexato es del 83,3%. El lado derecho se vio más afectado que el izquierdo. Treinta y tres pacientes 27,7% requirieron transfusión de sangre (8).

Hsu J, et al. 2017. Estudio que tuvo como finalidad evaluar los resultados del tratamiento médico- quirúrgico del EE. Se utilizó la base de datos Perspective para identificar a las mujeres con un diagnóstico de embarazo ectópico tubárico tratadas entre 2006 y 2015. Entre las 62.588 mujeres, 49.090 mujeres (78,4%) fueron tratadas quirúrgicamente y 13.498 mujeres (21,6%) recibieron metotrexato. Entre las mujeres que se sometieron a cirugía, la salpingostomía disminuyó con el tiempo del 13,0% en 2006 al 6,0% en 2015 ( $p < 0,001$ ) (9).

Suyo J. 2017. Estudio que tuvo como finalidad investigar las manifestaciones del EE en gestantes del Hospital de Vitarte año, 2013 – 2015. Se trabajó con una muestra de 67 personas con diagnóstico postoperatorio de EE. El 79,1% eran de 19 a 35 años, la edad media fue 27,3 y el 67,7% tuvo relaciones sexuales antes de cumplir 18 años. Así mismo, entre las manifestaciones clínicas se observó: dolor pélvico 100%, sangrado genital 64,2%. La localización más frecuente fue tubárico izquierdo 49,2%. La cirugía más frecuente fue salpinguectomía. Según reporte operatorio 92.5% de EE complicado (10).

Mamani R. 2015. Estudio que tuvo como finalidad señalar las características clínicas y quirúrgicas del EE en el Hospital Antonio Lorena 2010-2014. Se registró a 156 embarazadas entre los 14 y 44 años. El EE tuvo mayor frecuencia en las gestantes de 21 a 30 años, con estudios de nivel secundario, procedentes de zonas urbanas y estado civil conviviente. La manifestación clínica de mayor frecuencia fue el dolor en la zona pélvica (94.9%). Las semanas de gestación fueron a lo sumo cinco semanas (31.4%). EPI previa se observó en 3%, sin uso de anticonceptivos 75%, aborto previo 34%, EE previo 3%. La anidación del EE fue principalmente a nivel de trompa 93.6% y de ubicación derecha. El descubrimiento intraoperatorio más frecuente fue EE con complicación (90%) el cual recibió salpinguectomía (11).



Moreno P. 2015. Estudio que tuvo como finalidad reconocer las características quirúrgicas y sus complicaciones del EE en el Hospital María Auxiliadora. Se ingresaron 70 casos de EE complicado. Los síntomas más comunes fueron: dolor pélvico y sangrado vaginal 58.6%. En 82.8% y 14.3% de los EE se realizó salpingectomía por laparotomía y laparoscopia respectivamente. Como principal complicación se observó anemia en 32.8% (12).

Saranovic M, et al. 2014. Estudio que tuvo como finalidad confrontar el éxito de los procedimientos quirúrgicos realizados por laparoscopia y laparotomía en el tratamiento del embarazo ectópico tubárico. Se incluyeron 57 mujeres operadas debido a EE tubárico. Se realizó cirugía laparoscópica en 36 mujeres (grupo de estudio) y tratamiento quirúrgico abdominal convencional en 21 mujeres (grupo control). Del grupo que recibió tratamiento laparoscópico: salpingotomía lineal en 69,4%, salpingectomía en 13,9%. En el grupo de cirugía abierta: salpingotomía lineal en el 57,2% y salpingectomía en el 28,6%. La trompa de Falopio ipsilateral permeable a los tres meses de la cirugía fue del 66,7% en el grupo de estudio y del 52,4% en el grupo de control (13).

El embarazo ectópico (EE) es aquella condición patológica que ocurre cuando el tejido fetal se implanta en algún lugar fuera del útero o se adhiere a una parte anormal o cicatrizada del mismo, se considera una complicación conocida de la gestación que conlleva una tasa elevada de morbilidad y mortalidad cuando no se reconoce ni se trata rápidamente (1).

Más del 95% de los EE ocurren en las trompas de Falopio. La porción ampular del tubo es, con mucho, el sitio que con mayor frecuencia se afecta y se observa 70% de los casos. Los restantes embarazos tubáricos se distribuyen uniformemente a nivel de fimbria (11%) y el istmo (12%). El segmento intersticial de la trompa de Falopio es el sitio de EE con mucha menos frecuencia (3%). Otros sitios notificados para gestaciones extrauterinas son el abdomen, el ovario y la cicatriz de histerotomía del cuello uterino (14).

A pesar de que la causa del EE se considera multifactorial, cerca del 50% de las embarazadas con EE no poseen o relatan antecedentes de riesgo. Las probabilidades que son aceptadas para EE no poseen independencia entre sí, y los riesgos aceptados poseen variaciones en las frecuencias según la población que se informa (15,16). En postrema instancia, las situaciones que demoran o imposibilitan el avance del embrión a lo largo del tubo hacia la cavidad del útero incrementan la posibilidad de anidación ectópica. El mecanismo o mecanismos implicados en la probabilidad de anidación fuera de la cavidad uterina aún permanecen sin identificarse. Entre los cuales se postulan (17):

- (1) obstrucción de tipo anatómico
- (2) alteraciones en el movimiento tubárico o función ciliar
- (3) concepto anormal y
- (4) condiciones quimiotácticas que favorecen la anidación en trompas.

El antecedente personal de EE muestra la suma de todas las características que incrementan el riesgo del paciente, conocidos o no. La enfermedad tubárica preexistente se considera el origen común para el EE primario y posterior, además, el antecedente de EE está asociado con la infertilidad a posteriori (18). La alteración de la anatomía de las trompas de Falopio se asocia sistemáticamente con el EE y la etiología más frecuente es la infección. Entre otras etiologías encontramos a las alteraciones congénitas, endometriosis y antecedentes quirúrgicos abdominales. Los procesos inflamatorios de la trompa se pueden observar en casi la totalidad de los EE. La endometriosis tubárica y la enfermedad miomatosa del útero, primordialmente en el cuerno uterino, del mismo modo pueden causar obstrucción simple (19). La falla de la esterilización tubárica puede estar relacionada con la duración de la fertilidad potencial después del procedimiento.

Las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* o *Neisseria Gonorrhoeae* aumentan 4 veces la probabilidad de EE fuera del útero en comparación con aquellas que no presentan salpingitis. Eventos repetitivos incrementan considerablemente la probabilidad de lesión tubárica por mecanismos ciliares, obstrucción tubárica y adherencias pélvicas (20). Los odds ratios para EE después de haber padecido al menos episodios de contagio por clamidia fueron 2,1 y 4,5, respectivamente (21).

Se debe indicar que la existencia de otros procesos infecciosos de la cavidad abdomino-pélvica, tipo apendicitis, se suelen considerar condiciones para futuras EE. Un número de parejas sexuales > 2 presenta asociación y probabilidad de EE. El primer encuentro sexual antes de los 18 años incrementa la posibilidad de tener varias parejas, la cantidad de parejas incrementa la probabilidad de infección pélvica y especialmente de clamidia en mujeres con edades por debajo de 25 años y, a su vez, el riesgo de EE (22).

Los signos y síntomas clínicos de la gestación ectópica tubárica incluyen dolor abdominal, sangrado vaginal y retraso de la menstruación esperada. La presentación clásica ocurre alrededor de las 6 a 8 semanas de embarazo. Un alto porcentaje de EE son condiciones que ponen en riesgo la vida de la embarazada, no obstante, el manejo médico y quirúrgico del EE conduce finalmente a la pérdida del embrión (23).

Anteriormente, la EE se diagnosticaba por síntomas clínicos como hemorragia vaginal y dolor abdominal bajo, pero imponía graves limitaciones a la detección precoz ya que el diagnóstico primario de sangrado genital del primer trimestre representa un desafío de suma importancia. Recientemente, la detección de EE se determina mediante niveles séricos de gonadotropina coriónica humana (b-hCG) y técnicas de ecografía vaginal (24). La demostración de una duplicación normal de los niveles séricos durante 48 horas respalda la viabilidad fetal, sin embargo, no podemos descartar EE. Los niveles fallidos en el aumento del nivel de concentración de b-hCG para alcanzar el 50% confirman la no viabilidad que sugiere EE. La cuantificación de los niveles de progesterona en sangre se ha descifrado como un probable complemento de utilidad para la valoración de b-hCG en sangre. En contraste con las concentraciones de b-hCG, las cantidades de progesterona sérica se mantienen constantes hasta aproximadamente la décima semana (25). Un nivel de b-hCG que se ha elevado muy superior al umbral detectable ante la falta de hallazgos en el ultrasonido de la gestante se puede considerar la posible conformación simultánea de EE (26).

La ecografía transvaginal tiene una sensibilidad y especificidad para EE en 84,4% y 98,9% respectivamente, por lo que continúa considerándose el patrón de oro que permite confirmar el EE. Los hallazgos ecográficos en EP se consideran de gran amplitud. El reconocimiento de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina que incluye un saco vitelino (con o sin embrión) permite confirmar el EP (27).

Por lo general, el diagnóstico por TC se informa en situaciones de gestantes sospechosas cuando la gestante presenta inestabilidad hemodinámica. Las tomografías computarizadas identificaron claramente el sitio de la hemorragia y ayudaron a diferenciar y caracterizar otras diversas causas de dolor abdominal agudo (28).

El tratamiento de observación es posible de sugerir en un subconjunto seleccionado de mujeres con EE autolimitado; la cantidad sobretatada debe aceptarse hasta encontrar un marcador que identifique a este subgrupo de pacientes. Los estudios que evalúan el manejo expectante del embarazo ectópico se basan principalmente en el concepto de trofoblasto en regresión y, por lo tanto, están expuestos a las incertidumbres del EE primario. De acuerdo con la guía más reciente, publicada por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, puede haber un papel para el manejo expectante cuando el nivel de b-hCG es  $< 200$  mUI / ml y está más en fase de declive (29).

Para el tratamiento médico del EE se han utilizado muchos agentes quimioterápicos, incluido metotrexato (MTX) sistémico y local, glucosa hiperosmolar, prostaglandinas, danazol y mifepristona. Los pacientes tratados con MTX deben ser monitoreados de cerca porque causa dolor de elevada intensidad en la región del abdomen y también efectos secundarios. Los valores séricos de b-hCG deben cuantificarse cada semana. Si la concentración sérica de b-hCG no ha descendido por lo menos un 25% en los siete primeros de aplicación de MTX, será necesaria la aplicación de una segunda dosis, que solo se requiere en el 15-20% de los pacientes. Muchos efectos secundarios asociados con el tratamiento con MTX son náuseas y vómitos, estomatitis, deposiciones líquidas, malestar

abdominal, neumonitis, reacción cutánea de fotosensibilidad, función hepática alterada, neutropenia y alopecia reversibles (30,31).

El tratamiento en sala de operaciones es el de primera línea frente al EE que presenta rotura, hipotensión, palidez, diámetro del saco gestacional mayor de 4 cm en la ecografía o dolor que dura más de 24 horas (32). Además, este tipo de tratamiento es mandatorio en aquellas embarazadas que presentan alguna contraindicación para iniciar tto con medicamentos o para quienes el tratamiento médico ha fallado o aquellas que se encuentran hemodinámicamente inestables. El método preferido de tratamiento quirúrgico es la laparoscopia diagnóstica con salpingostomía y conservación de trompas. La laparotomía está indicada en caso de inestabilidad hemodinámica porque permite un acceso rápido a las estructuras pélvicas (33).

Ante la problemática descrita nos planteamos la siguiente pregunta, ¿Cuál es el perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monje Medrano en el año 2019?

Nuestro estudio tiene su origen en la poca información que se tiene del embarazo ectópico a nivel local, los datos obtenidos nos ayudarán a identificar aquellas manifestaciones que ponen en evidencia una situación de alto riesgo como lo es el embarazo ectópico. Del mismo modo, servirán para la formación de una base de datos que ayude en la toma de decisiones sobre la conducta diagnóstico terapéutica o para estudios futuros sobre el tema.

Por lo tanto, nuestra investigación tiene como objetivo principal determinar el perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monje Medrano en el año 2019. Para la obtención del objetivo principal no apoyaremos en:

1. Identificar las características epidemiológicas de las pacientes con embarazo ectópico.
2. Reconocer las principales manifestaciones clínicas del embarazo ectópico.
3. Describir los hallazgos quirúrgicos más frecuentes del embarazo ectópico.

## II. MÉTODO

### 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

### 2.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
<b>Características epidemiológicas</b>	Información que describe la realidad sociodemográfica y antecedentes de una persona.	Información anotada en la historia clínica	Edad _____ años	Cuantitativa Discreta
			Nivel educativo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilustrada</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul> Estado civil <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Viuda</li> </ul> Paridad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulípara</li> <li>• Primípara</li> <li>• Multipara</li> </ul> Antecedentes obstétricos <ul style="list-style-type: none"> <li>• EE previo</li> <li>• Cirugía tubaria</li> <li>• Cirugía abdominopélvica</li> <li>• Legrado</li> <li>• EPI</li> <li>• Otros</li> </ul> Parejas sexuales <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 pareja</li> <li>• 2 – 3 parejas</li> <li>• &gt; 3 parejas</li> </ul> Uso de anticonceptivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa Nominal
<b>Características clínicas</b>	Signos o síntomas que presenta una persona según secundarios a la enfermedad que padece.	Signos o síntomas que presentó el paciente según historia clínica.	PA: _____ mmHg FC: _____ x´ FR: _____ x	Cuantitativa Discreta
			Dolor abdominal Sangrado genital Masa anexial palpable	Cualitativa Nominal

			Palidez Lipotimia Shock Otros	
<b>Características Quirúrgicas</b>	Hallazgos del procedimiento quirúrgico	Hallazgos descritos en reporte operatorio	Ubicación de la lesión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lado derecho</li> <li>• Lado izquierdo</li> <li>• Tubaria</li> <li>• Ampular</li> <li>• Istmo</li> <li>• Intersticial</li> <li>• Fímbrico</li> <li>• Ovárico</li> <li>• Abdominal</li> <li>• Otro</li> </ul> EE complicado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Tipo de cirugía <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salpinguectomía</li> <li>• Salpingostomía</li> <li>• Anexectomía</li> </ul>	Cualitativa Nominal

### 2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA Y MUESTREO

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de pacientes que ingresaron por el servicio de emergencia del hospital Carlos Monje Medrano con diagnóstico clínico ecográfico de embarazo ectópico y que fue confirmado por acto quirúrgico entre julio y diciembre del 2019. Según reporte de centro quirúrgico, durante el periodo de estudio se atendieron 113 embarazos ectópicos, de los cuales solo 82 cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de inclusión

Historia clínica de paciente con embarazo ectópico confirmado en acto quirúrgico

Criterios de exclusión

Paciente con embarazo ectópico que recibió tratamiento médico.

Historia clínica con datos incompletos.

### 2.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: análisis documental.

Instrumento: para la recolección de datos se creó una ficha de recolección de datos (anexo 1). Dicha ficha recopiló información sobre las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas relevantes para alcanzar los objetivos planteados.

## **2.5. ANÁLISIS DE DATOS**

Toda la información recopilada en las fichas se ingresará a una base de datos en SPSS® a la cual se le aplicará un control de calidad. Para el análisis descriptivo de las variables categóricas se utilizarán frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas se utilizará media y desviación estándar.

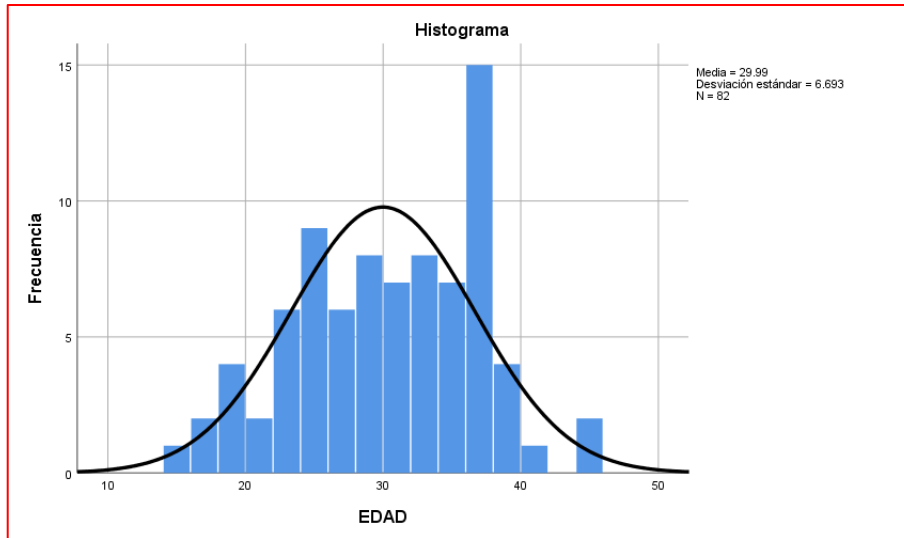
## **2.6. ASPECTOS ÉTICOS**

El desarrollo del presente estudio fue de tipo observacional y retrospectivo, limitado a la recopilación de datos de las historias clínicas, por lo que, bajo esta condición los pacientes ni investigadores estuvieron expuestos a riesgos. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación del paciente. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.



### **III. RESULTADOS**

**Gráfico 01: Edad media de los pacientes con embarazo ectópico.  
Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**



El gráfico muestra que la edad promedio de las pacientes atendidas por embarazo ectópico durante el 2019 fue  $29.9 \pm 6.6$  años. Siendo la edad mínima y máxima 15 y 45 años respectivamente.

**Tabla 01: Distribución de las pacientes con embarazo ectópico según características sociodemográficas. Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICA		EMBARAZO ECTÓPICO (n=82)	
		Recuento	%
NIVEL EDUCATIVO	Iletrada	0	0.0%
	Primaria	4	4.9%
	Secundaria	52	63.4%
	Superior	26	31.7%
ESTADO CIVIL	Soltera	10	12.1%
	Casada	18	22.0%
	Conviviente	54	65.9%
	Divorciada	0	0.0%

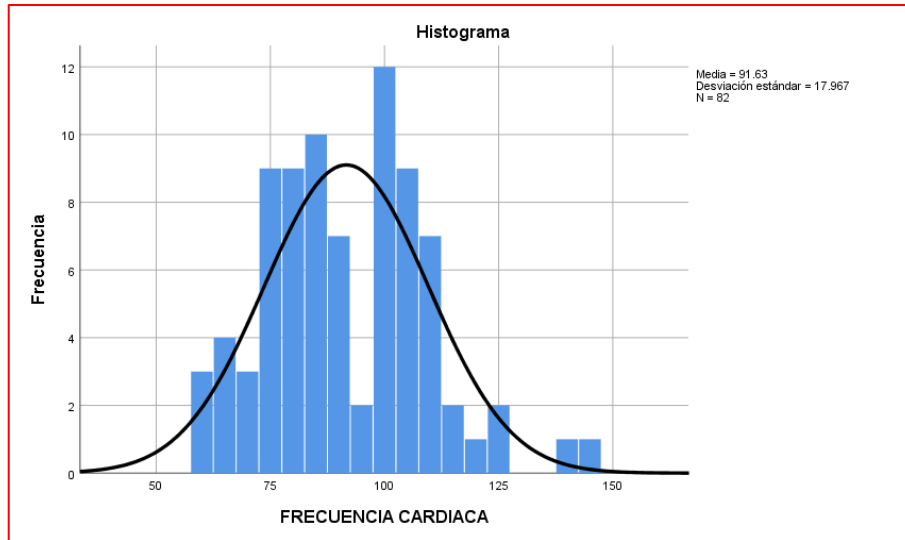
En la tabla se observa que 63.4% de las pacientes con embarazo ectópico tenían estudios de nivel secundaria, 31.7% estudios de nivel superior y solo 4.9% estudios de nivel primaria. Con respecto al estado civil 65.9% eran convivientes, 22% se encontraban casadas y 12.1% eran solteras.

**Tabla 02: Distribución de las pacientes con embarazo ectópico según características ginecoobstétricas. Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**

		EMBARAZO ECTÓPICO (n=82)	
CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTETRICAS		Recuento	%
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	1 pareja	61	74.4%
	2 - 3 parejas	19	23.2%
	> 3 parejas	2	2.4%
USO DE ANTICONCEPTIVOS	Si	52	63.4%
	No	30	36.6%
ANTECEDENTE GINECOOBSTETRICO	Legrado	21	25.6%
	Cx abdominopélvica	18	22.0%
	EPI	3	3.7%
	EE previo	1	1.2%
	Cx tubaria	1	1.2%
	No refiere	38	46.3%
PARIDAD	Múltipara	41	50.0%
	Primípara	28	34.1%
	Nulípara	13	15.9%

La tabla muestra que, entre las pacientes atendidas por embarazo ectópico, el 74.4% tuvo 1 pareja sexual, seguida por 23.2% con 2 – 3 parejas sexuales y solo 2.4% reportan 3 o más parejas sexuales. 63.4% de las pacientes informa hacer uso del algún método anticonceptivo. También se observa que 43.7% tuvo algún tipo de antecedente ginecoobstétrico; 25.6% con legrado, 22.0% con cirugía abdominopélvica, 3.7% con EPI, 1.2% con cirugía tubaria y embarazo ectópico previo. Con respecto a la paridad se observa que: 50.0 % fueron múltiparas, 34.1% primíparas y 15.9% nulíparas.

**Gráfico 02: Frecuencia cardiaca promedio de las pacientes con embarazo ectópico. Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**



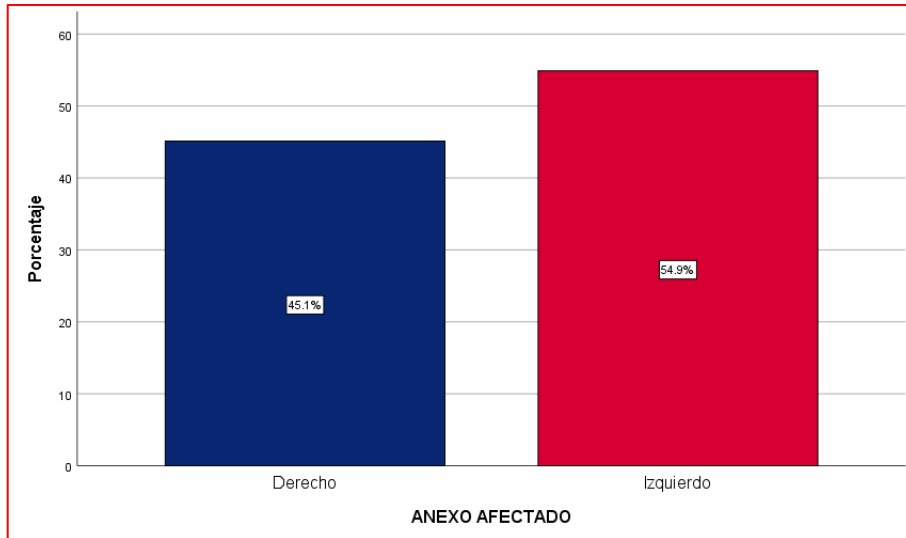
El gráfico muestra que la frecuencia cardiaca promedio de las pacientes con embarazo ectópico fue  $91.6 \pm 17.9$  latidos por minutos. También se observa que, la frecuencia mínima y máxima fue 60 y 146 latidos por minuto.

**Tabla 02: Distribución de las manifestaciones clínicas en las pacientes con embarazo ectópico. Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	EMBARAZO ECTÓPICO (n=82)	
	Recuento	%
Dolor abdominal	77	93.9%
Sangrado genital	62	75.6%
Palidez	20	24.4%
Lipotimia	19	23.2%
Nauseas	15	18.3%
Shock hipovolémico	4	4.9%
Masa palpable	1	1.2%

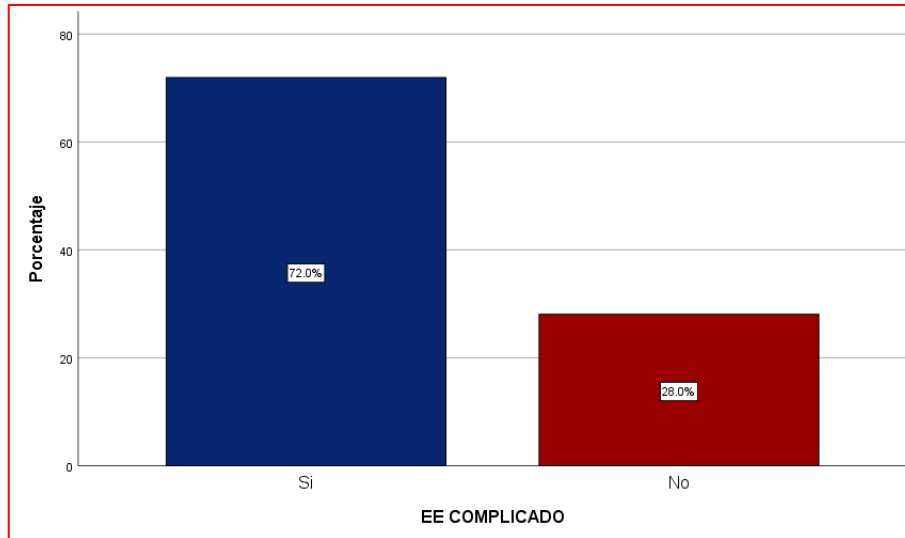
La tabla muestra que la manifestación clínica con mayor frecuencia fue el dolor abdominal (93.9%), seguida de sangrado genital (75.6%), palidez (24.4%), lipotimia (23.2%), nauseas (18.3%), shock hipovolémico (4.9%) y masa palpable (1.2%).

**Gráfico 03: Distribución de los embarazos ectópicos según anexo afectado.  
Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**



El gráfico muestra que, del total de pacientes con embarazo ectópico, 54.9% presentaron afectación del anexo izquierdo y 45.1% del anexo derecho.

**Gráfico 04: Distribución de los embarazos ectópicos según complejidad.  
Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**



La grafica muestra que 72.0% de los embarazos ectópicos se catalogaron como complicados.



**Tabla 03: Distribución del embarazo ectópico según segmento anexial comprometido. Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**

<b>SEGMENTO COMPROMETIDO</b>				
	Frecuencia	%	% acumulado	
Válido	Ampular	74	90.2	90.2
	Intersticial	3	3.7	93.9
	Fímbrico	3	3.7	97.6
	Ovárico	2	2.4	100.0
	Total	82	100.0	

La tabla muestra que la región ampular fue la ubicación más frecuente del embarazo ectópico. La afectación del instersticio, fimbria y ovario se observó en el 3.7, 3.7 y 2.4% de la población estudiada respectivamente.

**Tabla 04: Distribución del embarazo ectópico según cirugía realizada.  
Hospital Carlos Monje Medrano 2019.**

TIPO DE CIRUGÍA				
		Frecuencia	%	% acumulado
Válido	Salpinguectomía	77	93.9	93.9
	Anexectomía	3	3.7	96.3
	Salpingostomía	2	2.4	100.0
	Total	82	100.0	

La tabla muestra que la salpinguectomía se realizó en el 93.9% de las pacientes con embarazo ectópico, seguida de anexectomía (3.7%) y salpingostomía (2.4%).

#### IV. DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado con el objetivo Determinar el perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monge Medrano en el año 2019.

Así mismo la presente investigación también se efectuó debido al incremento en el número de casos de esta patología y la importancia de reconocer, el perfil clínico epidemiológico en el Hospital Carlos Monge Medrano, Para tal fin se revisaron 82 historias clínicas de pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monge Medrano de enero a diciembre del 2019. La edad promedio fue  $29.9 \pm 6.6$  años. El 63.4% tenían estudios de secundaria, 31.7% superior y solo 4.9% primaria. Con respecto al estado civil: 65.9% eran convivientes, 22% casadas y 12.1% solteras. El 74.4% tuvo 1 pareja sexual, 23.2% con 2 – 3 parejas sexuales y 2.4% reportaron 3 o más parejas sexuales. El 63.4% era usuaria de algún método anticonceptivo. El 25.6% tenía antecedente de legrado, 22.0% cirugía abdominopélvica, 3.7% EPI, 1.2% cirugía tubaria y embarazo ectópico previo. 50.0 % fueron multíparas, 34.1% primíparas y 15.9% nulíparas. La frecuencia cardiaca promedio fue  $91.6 \pm 17.9$  latidos por minutos. También se observó dolor abdominal (93.9%), sangrado genital (75.6%), palidez (24.4%), lipotimia (23.2%), náuseas (18.3%), shock hipovolémico (4.9%) y masa palpable (1.2%). El 54.9% presentaron afectación del anexo izquierdo y 72.0% se catalogaron como complicados. La salpinguectomía se realizó en el 93.9% de las pacientes seguida de anexectomía (3.7%) y salpingostomía (2.4%).

El gráfico 1 muestra que la edad promedio de las pacientes atendidas por embarazo ectópico durante el 2019 fue  $29.9 \pm 6.6$  años. Siendo la edad mínima y máxima 15 y 45 años respectivamente. Como se puede ver en Duran D en Bogotá (15) informo que la edad promedio del grupo de los casos fue de  $29.24 \pm 6.9$  años, cuyos resultado son similares a los encontrados en el Hospital Goyeneche donde vemos que la edad de presentación más frecuente de embarazo ectópico se da en la edad reproductiva de la paciente entre los 20 y 35 años.

En la Tabla 1. En la tabla se observa que 63.4% de las pacientes con embarazo ectópico tenían estudios de nivel secundaria, 31.7% estudios de nivel superior y solo 4.9% estudios de nivel primaria. Con respecto al estado civil 65.9% eran convivientes, 22% se encontraban casadas y 12.1% eran solteras.

En Yglesias E. (4) instrucción secundaria completa (58.3%) en tanto que en nuestro estudio se encontró que 53.04% de las pacientes tuvieron como grado de instrucción la secundaria incompleta. Por otra parte, se halló semejanza en cuanto al estado civil que en nuestro hospital 46.96% eran conviviente, pero también se encontró un porcentaje elevado en pacientes solteras lo cual causa preocupación pues al no tener una pareja estable presentan mayor riesgo de ITS y de EPI por lo que se esperaría que la incidencia aumente en los próximos años.

La tabla 02 muestra que, entre las pacientes atendidas por embarazo ectópico, el 74.4% tuvo 1 pareja sexual, seguida por 23.2% con 2 – 3 parejas sexuales y solo 2.4% reportan 3 o más parejas sexuales. 63.4% de las pacientes informa hacer uso del algún método anticonceptivo. También se observa que 43.7% tuvo algún tipo de antecedente ginecoobstétrico; 25.6% con legrado, 22.0% con cirugía abdominopélvica, 3.7% con EPI, 1.2% con cirugía tubaria y embarazo ectópico previo. Con respecto a la paridad se observa que: 50.0 % fueron multíparas, 34.1% primíparas y 15.9% nulíparas.

Respecto a la cantidad de parejas sexuales se muestra que, entre las pacientes atendidas por embarazo ectópico, el 74.4% tuvo 1 pareja sexual, seguida por 23.2% con 2 – 3 parejas sexuales y solo 2.4% reportan 3 o más parejas sexuales. 63.4% de las pacientes informa hacer uso del algún método anticonceptivo. También se observa que 43.7% tuvo algún tipo de antecedente ginecoobstétrico; 25.6% con legrado, 22.0% con cirugía abdominopélvica, 3.7% con EPI, 1.2% con cirugía tubaria y embarazo ectópico previo. Con respecto a la paridad se observa que: 50.0 % fueron multíparas, 34.1% primíparas y 15.9% nulíparas.

Se muestra en la Tabla 03 muestra que la manifestación clínica más recurrente fue el dolor abdominal (93.9%), seguida de sangrado genital (75.6%), palidez (24.4%), lipotimia (23.2%), nauseas (18.3%), shock hipovolémico (4.9%) y masa palpable (1.2%).

En Yglesias E. (4) el 61.2% su primera relación sexual la tuvieron entre los 16 y 19 años, un rango de edades más tempranas que las halladas en el hospital Goyeneche que fue de 55.39% entre los 18 y 24 años, En Martínez A. (14) el inicio de vida sexual fue  $18,3 \pm 3,1$  años y el número de parejas sexuales en promedio dos; 65,6% tuvo más de una pareja sexual al igual que en este estudio se halló que en promedio dos parejas sexuales. Se observa que pacientes nulíparas, a edad más temprana de inicio de relaciones sexuales y a mayor número de parejas sexuales se incrementa el número de casos de infecciones de transmisión sexual y así mismo representa mayor riesgo de EPI según la literatura actual.

La tabla 05 muestra que la salpinguectomía se realizó en el 93.9% de las pacientes con embarazo ectópico, seguida de anexectomía (3.7%) y salpingostomía (2.4%

En Zapata B. (8) en su investigación realizado en Lima halló que el 2,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El 28,2% presentó antecedente curetaje, 39,1% tenía antecedente de cirugía pélvica previa, siendo la cesárea en 13% y menos frecuentes la apendicitis o laparotomía.

## V. CONCLUSIONES

La edad promedio de las pacientes con embarazo ectópico fue  $29.9 \pm 6.6$  años, con predominio del estado civil conviviente y estudios de nivel secundario. Además, cerca del 50% fueron multíparas y presentaron algún antecedente ginecoobstétrico como cirugía abdominopélvica o legrado.

Entre las manifestaciones clínicas se observó que la frecuencia cardiaca media fue  $91.6 \pm 17.9$  latidos por minuto, además, el dolor abdominal y el sangrado genital son los principales síntomas del embarazo ectópico.

Se concluye que la región ampular del anexo izquierdo fue la más afectada. Siendo el tratamiento de elección la salpinguectomía.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar estudios prospectivos que permitan identificar y determinar los factores que influyen directamente en el desarrollo del embarazo ectópico y sus complicaciones.

Se recomienda la evaluación por el servicio de ginecológica de toda paciente en edad reproductiva que ingresa por emergencia con dolor abdominal, ya que este síntoma es la manifestación clínica más común del embarazo ectópico.

## REFERENCIAS

1. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018 Feb;131(2):e65-e77.
2. Parker V, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Jul;294(1):19-27.
3. Yoder N, Tal R, Martin J. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. *Reprod Biol Endocrinol*. 2016 Oct 19;14(1):69.
4. Taran F, Kagan K, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Oct 9;112(41):693-703.
5. Alagbe O, Adeniyi T, Abayomi O, Onifade E. Interstitial ectopic pregnancy: a case report. *Pan Afr Med J*. 2017 Oct 11;28:135.
6. Gaskins A, Missmer S, Rich J, Williams P, Souter I, Chavarro J. Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 2018 Dec;110(7):1328-1337.
7. Assouni Y, Essiben F, Foumane P, Dohbit J, Mboudou E. Risk factors for ectopic pregnancy in a population of Cameroonian women: A case-control study. *PLoS One*. 2018 Dec 12;13(12):e0207699.
8. Ranji G, Rani G, Varshini S. Ectopic Pregnancy: Risk Factors, Clinical Presentation and Management. *J Obstet Gynaecol India*. 2018 Dec;68(6):487-492
9. Hsu J, Chen L, Gumer A, et al. Disparities in the management of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jul;217(1):49.e1-49.e10.
10. Suyo J. Características del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Vitarte año, 2013 – 2015. [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Privada San Juan Bautista. 2017.
11. Mamani R. Características epidemiológicas clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en el hospital Antonio Lorena, Cusco- 2010-2014. [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano]. Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2015.



12. Moreno P. Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado. Hospital María Auxiliadora, 2014. [Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. Lima. Universidad de San Martín de Porres. 2015.
13. Saranovic M, Vasiljevic M, Prorocic M, et al. Ectopic pregnancy and laparoscopy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2014;41(3):276-9.
14. Brady P. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Surv*. 2017 Oct;72(10):618-625.
15. Breeze C. Early pregnancy bleeding. *Aust Fam Physician*. 2016 May;45(5):283-6.
16. Szadok P, Kubiacyk F, Bajorek A, Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy. *Ginekol Pol*. 2019;90(12):728.
17. Yong P, Matwani S, Brace C, et al. Endometriosis and Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Feb;27(2):352-361.
18. Carusi D. Pregnancy of unknown location: Evaluation and management. *Semin Perinatol*. 2019 Mar;43(2):95-100.
19. Zhang D, Shi W, Li C, et al. Risk factors for recurrent ectopic pregnancy: a case-control study. *BJOG*. 2016 Sep;123 Suppl 3:82-9.
20. den Heijer C, Hoebe C, Driessen J, et al. Chlamydia trachomatis and the Risk of Pelvic Inflammatory Disease, Ectopic Pregnancy, and Female Infertility: A Retrospective Cohort Study Among Primary Care Patients. *Clin Infect Dis*. 2019 Oct 15;69(9):1517-1525.
21. Reekie J, Donovan B, Guy R, et al. Risk of Ectopic Pregnancy and Tubal Infertility Following Gonorrhoea and Chlamydia Infections. *Clin Infect Dis*. 2019 Oct 15;69(9):1621-1623.
22. Witkin S, Minis E, Athanasiou A, Leizer J, Linhares I. Chlamydia trachomatis: the Persistent Pathogen. *Clin Vaccine Immunol*. 2017 Oct 5;24(10):e00203-17
23. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2013 Aug;68(8):571-81.
24. Bobdiwala S, Saso S, Verbakel J, et al. Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2019 Jan;126(2):190-198.
25. Hosni M, Herath R, Mumtaz R. Diagnostic and therapeutic dilemmas of cervical ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2014 May;69(5):261-76.

26. Ramanathan S, Raghu V, Ladumor S, et al. Magnetic resonance imaging of common, uncommon, and rare implantation sites in ectopic pregnancy. *Abdom Radiol (NY)*. 2018 Dec;43(12):3425-3435.
27. Scibetta E, Han C. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Dec;46(4):783-795
28. Mausner E, Slywotzky C, Bennett G. Pitfalls and tips in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Abdom Radiol (NY)*. 2017 May;42(5):1524-1542.
29. Murji A, Garbedian K, Thomas J, Cruickshank B. Conservative Management of Cervical Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015 Nov;37(11):1016-20.
30. Hawrylyshyn K, McLeod S, Thomas J, Varner C. Methotrexate for the treatment of unruptured tubal ectopic pregnancy. *CJEM*. 2019 May;21(3):391-394.
31. Dardalas I, Rigopoulos P, Pourzitaki C. Treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Oct;300(4):1093-1094.
32. Snyman L, Makulana T, Makin J. A randomised trial comparing laparoscopy with laparotomy in the management of women with ruptured ectopic pregnancy. *S Afr Med J*. 2017 Feb 27;107(3):258-263.
33. Gasparri M, Mueller M, Taghavi K, Papadia A. Conventional versus Single Port Laparoscopy for the Surgical Treatment of Ectopic Pregnancy: A Meta-Analysis. *Gynecol Obstet Invest*. 2018;83(4):329-337.

## ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PERFIL CLÍNICO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2019

FICHA N° \_\_\_\_\_

Edad materna: \_\_\_\_\_ años

Nivel educativo

Illetrada	Primaria	Secundaria	Superior
-----------	----------	------------	----------

Estado civil

Soltera	Casada	Conviviente	Divorciada
---------	--------	-------------	------------

Paridad

Nulípara	Primípara	Múltipara	Gran múltipara
----------	-----------	-----------	----------------

Antecedentes ginecobstétricos

Embarazo ectópico previo	Cirugía tubaria	Cirugía abdomino pélvica	Legrado
Enfermedad inflamatoria pélvica	Otros		

Parejas sexuales

1 pareja	2 parejas	3 parejas	> 3 parejas
----------	-----------	-----------	-------------

Uso de anticonceptivos: si ( ) no ( )

Cuadro clínico:

PA: \_\_\_\_\_ mmHg

FC: \_\_\_\_\_ x´

FR: \_\_\_\_\_ x´

Dolor abdominal	Sangrado genital	Masa anexial palpable	Palidez
Shock	Lipotimia	Otros	

Método diagnóstico:

Dosaje B-HCG	Test de embarazo	Ecografía	Clínica
--------------	------------------	-----------	---------

Ubicación de la lesión:

Derecha ( ) Izquierda ( )

Tubaria	Ampular	Istmo	Intersticial
Fímbrico	Ovárico	Abdominal	otro

Embarazo ectópico complicada: si ( ) no ( )

Tipo de cirugía:

Salpinguectomía	Salpingostomía	Anexectomía	
-----------------	----------------	-------------	--