

**UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas,
Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2021 – noviembre 2022**

AUTORAS

Bra. Jennifer Gabriela Leiva Guzmán
Bra. Keren Virginia Zamora Flores
Bra. Shirley de los Ángeles Solís Ñurinda

TUTOR CIENTÍFICO

**Dr. Carlos Javier Guerrero Chamorro
Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**René Alfonso Gutiérrez, MD, MSc
Tutor metodológico
Carlos Manuel Téllez, MSc
Tutor de Redacción y estilo**

21 de febrero de 2023

DEDICATORIA

A mi primera maestra, maravillosa madre y amiga, Maritza Auxiliadora, que con una gran dosis de amor ha apoyado cada uno de mis sueños, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, por sus sacrificios abnegados, por fomentarme el deseo de superación y triunfo, por creer en mi capacidad y tener tolerancia e infinita paciencia en mis días de estrés y cansancio, sin duda por demostrarme que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable de ayudar al otro para que este se supere.

En memoria de mi querido y recordado papá William que siempre creyó en mi amor por la medicina, aunque ya no está en este plano, lo abrazo con el alma.

Jennifer Gabriela Leiva Guzmán

AGRADECIMIENTO

A Dios, por cada detalle excepcional y que desde mi ser espiritual me lleno de gracia, fe, y fortaleza.

A mi mamá coco por sus oraciones y ánimos durante mis años de formación profesional.

A Keren y Shirley porque me han hecho parte de sus vidas. Gracias por su amistad.

A la facultad de ciencias médicas de la Universidad Católica “Redemptoris Mater” y al Hospital Alemán Nicaragüense por haberme abierto las puertas de su seno científico y ser parte de este proceso integral de formación.

Jennifer Gabriela Leiva Guzmán

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mi amado Fuad, por su apoyo incondicional, quien me impulso en todo momento y me ayudo a mantenerme firme para el término de este proyecto.

El amor recibido, la dedicación, generosidad y paciencia que me has brindado en este proceso y alentarme en los momentos más difíciles, me sostuvo firme hasta el final, este día no existiría si no existieras en mi vida.

Gracias.

Keren Virginia Zamora Flores

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a mi familia. A mi madre Blanca por su sabiduría y fortaleza para ayudarme a formarme en cada etapa de mi vida, y ser mi soporte, a mis hermanos por su amor brindado.

A mis suegros Fuad y Nancy, fuente de aprendizaje y que a través de una infinidad de acciones me han demostrado su cariño.

A mis amigas y compañeras de Tesis Jennifer Leiva y Shirley Solís por su amistad incomparable, con quienes he recorrido un largo camino y han estado a mi lado en todo momento.

A cada uno de los docentes de la facultad UNICA, médicos y residentes del Hospital Alemán Nicaragüense, por su aporte de conocimientos y experiencias, las mismas que contribuyeron a formar esta generación médica.

Agradezco a mi tutor, Dr. Guerrero por ser parte principal de esta tesis, por su apoyo y conocimiento.

A Dios, por guiar mis pasos día a día, por ser luz en mi camino para poder lograr mis objetivos.

Keren Virginia Zamora Flores

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor y ejemplo de perseverancia que me impulsaron siempre hacia el logro de metas y objetivos.

Shirley Solís Ñurinda

AGRADECIMIENTO

Agradecer sobre todas las cosas a Dios por haberme permitido estar donde estoy, darme las habilidades y capacidades necesarias para seguir adelante y a través de su infinita bondad, cumplir con metas y objetivos propuestos.

A Jennifer Leiva y Keren Zamora por su amistad incondicional.

A los docentes de la facultad de medicina de la UNICA y Médicos del Hospital Alemán Nicaragüense por brindar sus conocimientos para la formación de excelentes médicos.

Al Dr. Guerrero por su apoyo y por brindar parte de su valioso tiempo para la realización de este trabajo investigativo.

Shirley Solís Ñurinda

RESUMEN

Embarazo ectópico (EP) es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o, por anticipación de la capacidad de implantación del huevo (MINSA, 2018).

Objetivo: determinar los factores de riesgo asociado a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021- noviembre 2022.

Metodología: estudio de tipo observacional, analítico de casos y controles, Se revisó la historia clínica de 51 pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal.

Resultado: 51 casos de embarazos ectópicos; con una prevalencia < 1% de todas las consultas ginecológicas con una media de edad de 26 años, en donde quienes atribuyeron el mayor riesgo de desarrollar embarazo ectópico fueron las pacientes en estudio que presentaron ITS.

Conclusión: Se determinó que los factores de riesgo más importantes asociados al embarazo ectópico fueron antecedentes de ITS (74.5%) seguido de antecedente de aborto más legrado uterino (27.5) y cirugía tubárica previa (13.7%)

Palabras claves: embarazo ectópico, factores de riesgo, óvulo fecundado, infección de transmisión sexual.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy (EP) is the implantation of the blastocyst outside the uterine cavity either due to delay, deviation or impossibility of migration towards it or, due to anticipation of the implantation capacity of the egg (MINSa, 2018).

Objective: To determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in patients at Hospital Aleman Nicaraguense November 2021-November 2022.

Methods: Observational, analytical study of cases and controls, 51 patients' case histories were checked with pregnancy ectopic and a comparative patients sample with normal pregnancy.

Results: 51 ectopic pregnancies cases; With an incidence rate <1% of all gynecological consultations with an average age of 26 years.

Conclusions: It was determined that the Risk factors associated with ectopic pregnancy with statistically higher values were: having clinical record of STI (74.5%) incomplete curettage abortion (27.5) and tubal surgery (13.7%).

Keywords: Ectopic pregnancy, Risk factors, fertilized ovum, sexually transmitted infection.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	2-3
III.	Justificación	4
IV.	Planteamiento del problema.....	5
V.	Objetivos	6
	Objetivo general.....	6
	Objetivos específicos	6
VI.	Marco referencial.....	7
VI.1	Definición.....	7
VI.2	Fisiopatología.....	7
VI.3	Incidencia.....	7-8
VI.4	Aspectos epidemiológicos.....	8
VI.5	Mortalidad.....	8
VI.6	Cuadro clínico.....	8-9
VI.7	Examen físico.....	9
VI.8	Factores de riesgo.....	9-10
VI.8.1	Factores sociodemográficos.....	10
VI.8.2	Factores ginecobstetricos.....	11-13
VI.9	Diagnóstico.....	13-14
VI.10	Manifestaciones clínicas.....	14-15
VI.11	Diagnóstico diferencial.....	15
VI.12	Procedimientos y tratamientos.....	15
VI.12.1	Primer nivel de atención.....	15
VI.12.2	Segundo nivel de atención.....	16
VI.13	Manejo expectante.....	16-17
VI.14	Manejo con Metotrexate.....	17
VI.15	Manejo quirúrgico.....	18
VI.16	Embarazo ectópico roto de acuerdo a normativa.....	18

VI.17	Manejo durante la intervención quirúrgica.....	18-19
VI.18	Complicaciones.....	19
VI.19	Criterios de alta.....	19
VII.	Hipótesis.....	20
VIII.	Diseño metodológico.....	21
VIII.1	Área de estudio.....	21
VIII.2	Tipo de estudio.....	21
VIII.3	Periodo de estudio.....	21
VIII.4	Universo.....	22
VIII.5	Muestra.....	22
VIII.6	Criterios de inclusión.....	23
VIII.7	Criterios de exclusión.....	23
VIII.8	Fuentes de información.....	24
IX.	Variables.....	24
X.	Operación de variables.....	25-29
XI.	Cruce de variables.....	29-30
XII.	Procesamiento de información.....	30
XIII.	Limitaciones de la investigación	30
XIV.	Estrategias de intervención.....	31
XV.	Ética de investigación.....	31-32
XVI.	Resultados.....	33-41
XVII.	Discusión de resultados.....	41-43
XVIII.	Conclusiones.....	44
XIX.	Recomendaciones.....	45
XX.	Lista de referencia.....	46-48
XXI.	Anexos.....	49-58

Lista de siglas

β-hCG	Gonadotropina coriónica humana fracción beta
BHC	Biometría hemática completa
COE	Cuidados Obstétricos de emergencia
DES	Exposición intra uterina a Dietilestilbestrol
DIU	Dispositivo Intra uterino
EE	Embarazo ectópico
EGO	Examen general de orina
ITS	Infección de transmisión sexual
MINSA	Ministerio de salud
OMS	Organización mundial de la salud
TRA	Técnicas de reproducción asistida
TP	Tiempo de protombina
TPT	Tiempo parcial de tromboplastina
VIH	virus de inmuno deficiencia humana

I. INTRODUCCION

Embarazo ectópico (EP) es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o, por anticipación de la capacidad de implantación del huevo (MINSa, 2018).

La OMS y la UNICEF destacan que el embarazo ectópico, se considera una afección que adquiere gran importancia, mundialmente causa entre 5 y el 12 % de las muertes maternas, su prevalencia se ha triplicado en los últimos 20 años su mortalidad ha disminuido por los avances diagnósticos y de tratamiento. Se ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud, más aún al tratarse de mujeres gestantes, para así poder orientar acciones no solo como una forma de prevenir problemas individuales y sociales, sino como posibilidad de hacer de la salud un bien común, que se convierta en un medio para lograr bienestar y un aporte al desarrollo social y económico del país.

En Nicaragua, según cifras del Ministerio de salud (MINSa) se evidencia una disminución de la mortalidad por embarazo ectópico. Sin embargo, no se puede concluir que la incidencia de esta patología esté disminuyendo, debido a que no hay suficientes datos en la literatura médica nacional que soporten los embarazos ectópicos. Además, la realidad sociocultural de Nicaragua indica que las mujeres están haciendo mayor uso de anticonceptivos, tienen vida sexual a más temprana edad, mayor número de parejas sexuales y por ende mayor riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, lo que predispone a la población femenina a una mayor incidencia de Embarazos ectópicos.

El manejo actual del embarazo ectópico puede dividirse en médico, quirúrgico y expectante donde el manejo médico consiste en la administración de diversos fármacos por vía sistémica o local destinado a la destrucción del tejido trofoblástico, el manejo quirúrgico que puede ser radical (salpingectomía) o conservador (salpingostomía) por laparotomía o laparoscopia, y la conducta expectante en espera de la evolución del cuadro.

II. ANTECEDENTES

Internacionales

Duran Acero y Moreno Moreno, Bogotá- Colombia 2014, realizaron un estudio en mujeres que presentaron embarazo ectópico donde se enfocaron en los factores de riesgos, en 200 pacientes comprendido entre los años 2009-2013 donde se reportó que la edad media de las madres de su estudio abarco los $29,2 \pm 6,9$ años. Se encontró que 40% tenían unión libre con su pareja, 35,7% secundaria completa, 67,8% eran nulíparas, 54% tenían antecedentes de cirugía pélvica previa, 100% no tenían reproducción asistida.

Morales Zambrano y Nagua Blanca, Cuenca – Ecuador 2014, realizaron un estudio acerca de las características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico, un estudio de Prevalencia en donde se observó que la prevalencia de mujeres diagnosticadas de embarazo ectópico fue de 0.76% y las mujeres de 24 a 27 años tuvieron la mayor prevalencia de un 25% en presentar un embarazo ectópico.

Yan-Yan Fan y cols. observaron una tasa de prevalencia del 7,93% del total de ingresos ginecológicos. La edad media de los sujetos del estudio fue de $30,62 \pm 6,19$ años, y la incidencia de embarazo ectópico en pacientes <20 o >40 años fue extremadamente baja.

En el estudio realizado por Estacio M. en 2013, en Lima se determinó una media de edad de 30 años reportándose también que el 60.7% de pacientes con embarazo ectópico se encontraban en unión estable así mismo en este estudio se planteó que el embarazo ectópico previo al antecedente de aborto fueron factores de riesgo en el 36 y 37 % de los casos respectivamente el 91% de las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico requirieron tratamiento quirúrgico.

En el 2021 en un estudio realizado por Hermosa C. en Perú se determinó que el 47% de la población se encontraba entre los 20 y 29 años de edad, así mismo el 63% de las pacientes habían alcanzado un estudio secundario; la nuliparidad se encontró en el 43% de los casos de la misma manera los factores de riesgos encontrados fueron antecedentes de ectópico, antecedente de aborto, uso de Diu, la enfermedad pélvica inflamatoria (para un 9.9,16.6, 14.4 y 16% respectivamente para cada una de ellas)

Nacionales

Espinoza Reyes y García Hernández en León 2011 realizaron un estudio comparativo entre el Hospital Universitario de Utrecht (Utrecht, Países Bajos) y el Hospital Docente Oscar Danilo Rosales Argüello (León, Nicaragua). Donde se llegó a la conclusión que el tratamiento del embarazo ectópico es individualmente para cada paciente, dependiendo de la edad gestacional y el tamaño embarazo, estabilidad del paciente, resultados de ultrasonido, y pruebas de laboratorio.

Calderón Centeno en Managua 2017, en su estudio titulado factores de riesgo para embarazo ectópico en primigestas, concluyó que las características sociodemográficas que predominaron fueron el grupo etario comprendido de 15 a 20 años con estado civil de unión libre, escolaridad primaria y la ocupación de ama de casa. En más del 60% no tuvo antecedentes ginecológicos de enfermedad transmisión sexual.

III. JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fertilizado fuera del útero, según datos internacionales ocurre en el 1,5 al 2,0% de los embarazos y constituye una complicación que suele ser mortal. Sin embargo, gracias al diagnóstico precoz, la mortalidad por embarazo ectópico se puede reducir, se ha observado que la prevalencia del embarazo ectópico en las pacientes ha venido en ascenso.

Desde un punto de vista científico, el embarazo ectópico es una causa mundial de morbilidad y mortalidad. Conocer principalmente la incidencia que provocan esta patología nos permite identificar, prevenir y reducir las complicaciones de esta patología. Desde un punto de vista social, crea conciencia sobre los factores asociados con el embarazo ectópico, lo que lleva al cambio de estilo de vida y la prevención.

Como se sabe, el embarazo ectópico se ha duplicado en la mayor parte de los países industrializados y representa una de las principales causas de muerte materna. Su incremento parece estar relacionado con la utilización de las técnicas de reproducción asistida, tratamientos de esterilidad, el uso de algunos métodos anticonceptivos, entre los que hay que considerar el empleo del dispositivo intrauterino, y con la mayor incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica, que es la causa más importante.

Es por esto que nuestro estudio nos promueve identificar cuáles son los factores de riesgo asociados para embarazo ectópico dentro de la población nicaragüense, ya que los resultados servirán para fortalecer nuestro sistema de salud, de la misma manera prevenir la mortalidad y morbilidad tanto materna como fetal, y así mismo enriquecer la literatura ya que actualmente es escasa.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Embarazo Ectópico es la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, es un evento que constituye una emergencia obstétrica. Además, la realidad sociocultural de Nicaragua indica que las mujeres están haciendo mayor uso de anticonceptivos, tienen vida sexual a más temprana edad, mayor número de parejas sexuales y por ende mayor riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, lo que predispone a la población femenina a una mayor incidencia de Embarazos Ectópicos. De manera que, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021 a noviembre 2022?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los factores de riesgo asociado a embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021- noviembre 2022.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de mujeres en edad fértil con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021 a noviembre 2022.
2. Conocer las características clínicas de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de noviembre 2021 a noviembre 2022.
3. Determinar los factores de riesgo asociados en embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021 a noviembre 2022.

VI. MARCO REFERENCIAL

Definición

Embarazo ectópico (EP) es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o, por anticipación de la capacidad de implantación del huevo (MINSA, 2018).

El embarazo ectópico (EP) o embarazo extra uterino, aceptado del griego “ektopos” que significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina con un 95.5% implantados en la trompa; donde el feto o embrión usualmente está ausente o deja de crecer. Los otros sitios más comunes de implantación son el ovario (3.2%) y sitios abdominales (1.3%) (Hu, H., Jairo, L., & Vargas, S; 2019).

Fisiopatología

El trofoblasto de un embarazo ectópico, es similar al del embarazo normal y secreta hormona Gonadotropina Coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos para preparar el cuerpo para la gestación. Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del cigoto en un sitio que no es, lo que lo conlleva a no evolucionar. Hay factores de riesgo: alteraciones anatómicas (>50%, por daño mucosa fimbria y altera transporte ciliar), trastornos hormonales (> estradiol o progesterona), o defectos del huevo fertilizado no hay irrigación suficiente, no hay distensión adecuada y trofoblasto invade espesor pared fertilizado. (Viera MI, Molina L, Tapia G; 2017).

Incidencia

Su incidencia es del 1/200-300 embarazos. Con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida (TRA), en las últimas décadas, se ha registrado una tendencia al aumento en los países desarrollados. En EE.UU ha pasado del 4'5 al 19'7 por mil, entre 1970 a 1992, debido por una parte al desarrollo de las técnicas de detección precoz, y por otra, al aumento de prevalencia de los factores de riesgo entre la población. En cuanto a la edad, afecta en el 48'2% a mujeres entre los 30-39 años y en el 36'8% entre los 20-29 años, representando las nulíparas el 34'4% y las que han tenido 1-2 hijos el 23,6%. (Addi., Artacho, & Navarro, (s/f).

La incidencia ha aumentado en las últimas décadas debido al incremento de los factores de riesgo, aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos (MINSA,2018)

Aspectos epidemiológicos

En Nicaragua no hay un estudio central oficial que describa el comportamiento del embarazo ectópico. Sin embargo, se están estudiando actualmente cuales pueden ser aquellos factores que predisponen a que se de esta patología en el embarazo. Según estudios, el 1,6% de los embarazos es ectópico y de estos el 98% se producen en las trompas de Falopio. Por motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes. Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de Falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, la exposición fetal al dietilestilbestrol o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye trompa de Falopio), la endometriosis. Los embarazos ectópicos son menos frecuentes entre las mujeres de raza blanca. (Calderón, 2017)

Mortalidad

Actualmente la mortalidad materna asociada a embarazo ectópico se redujo de manera exponencial, en Estados Unidos disminuyó de 1.15 por cada 100.000 nacidos vivos entre 1980-1984 a 0.5 entre los años 2003-2007, esto debido probablemente a un diagnóstico más temprano, un mejor acceso a la atención y a la evolución en las modalidades terapéuticas, incluyendo la cirugía laparoscópica. A pesar de esto la mortalidad por embarazo ectópico sigue siendo importante, se calcula que correspondió aproximadamente al 12% de todas las muertes maternas para 1987 y al 9% actualmente. Se estima que la tasa de decesos es 6.8 veces más alta en mujeres afroamericanas que en blancas, y 3.5 veces mayor en mujeres >35 años (Duran, Moreno; 2014).

Cuadro clínico

- Sangrado vaginal anormal.
- Amenorrea
- Sensibilidad en una o ambas mamas.

- Lumbalgia - Náuseas y/o vómitos
- Dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis

-Si presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar.

Estos pueden abarcar:

- Sensación de desmayo o pérdida de conciencia
- Presión intensa en el recto
- Dolor que se siente en el área del hombro
- El sangrado interno puede llevar a que se presente hipotensión (Meira Da La Costa y Arancibia Ulloa,2013).

Examen físico

- Dolor: En 75% de las pacientes, de tipo punzante a la palpación abdominal.
- Presión arterial y pulso: La hemorragia interna es el signo más característico de un embarazo ectópico y está acompañado de palidez,
- taquicardia e hipotensión al levantarse.
- Masa anexial: Al examen bimanual se palpa una masa pelviana alrededor del 20% de las mujeres con consistencia blanda y elástica, debido a que la hemorragia genera una consistencia más firme. (De la Cruz Vargas,2018)

Factores de riesgo

Cualquier factor que afecte a la capacidad de la trompa para transportar los gametos o embriones. Todos ellos tienen en común la producción de una lesión del epitelio tubárico y/o la interferencia en la movilidad de las trompas.

- Cirugía tubárica previa
- Esterilización tubárica
- Embarazo ectópico previo
- Exposición intrauterina a Dietilestilbestrol (DES)
- Uso de Dispositivos Intrauterinos

- Cirugía pelviana previa
- Lesión Tubaria documentada
- Infertilidad previa
- Infección pelviana previa
- Promiscuidad sexual
- Tabaquismo previo
- Tabaquismo actual
- Duchas vaginales
- Edad del primer coito <18 (MINSA,2018).

a) Factores sociodemográficos

1. Factores sociodemográficos

1.1 Edad

Juega un papel muy importante en la asociación con el embarazo ectópico, Mamani Barboza señala que existe mayor riesgo de un embarazo ectópico en mujeres entre 35 a 44 años, aumentando de 3 a 4 veces el riesgo de un embarazo ectópico respecto a las mujeres entre 15 a 24 años.

Duran y Moreno en su investigación concluyeron que la edad materna comprendida entre 18 a 35 años eleva de 5 a 6 veces el riesgo de un embarazo ectópico frente a las madres menores de 18 años.

1.2 Grado de instrucción

Quispe Vargas en su estudio concluyó que existe 10,3 veces la probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico si la mujer estudió hasta secundaria incompleta, con un porcentaje de 43.8%. esto puede deberse a que había un bajo nivel educativo que permitiera a las mujeres tener mejores hábitos higiénicos, actuar antes enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, tomar mejores decisiones respecto a las parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales y múltiples parejas

1-3 Estado Civil

Herrera y Cáceres reportan que el embarazo ectópico se presenta mayormente en gestantes convivientes, ya que en más de mitad de su serie se encontró la presencia de este factor.

Así mismo en otro estudio del Hospital María Auxiliadora el embarazo ectópico se presentó un 72% de gestantes con estado civil de convivientes, y dieron como conclusión que la razón probable sea la inestabilidad de las parejas ante un compromiso.

2 Factores Gineco obstétricos

2.1 Antecedente de aborto más legrado Uterino

Mamani Barboza en su estudio concluye que existe 9 veces la probabilidad de desarrollar embarazo ectópico mujeres con antecedente de aborto respecto a las que no lo tuvieron.

Cuando se realiza un raspado o aspiración de la cavidad uterina la variabilidad inflamatoria local que se genera en esta ubicación ya sea por el hecho físico o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede distenderse y empitonarse y a la trompa y provocar cambios anatómo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad en el futuro.

2.2 Antecedente de embarazo ectópico

En la investigación de Álvarez concluye que un embarazo ectópico previo incrementa en 4 veces más el riesgo de embarazo ectópico, sin embargo, no representa un dato significativo. Una primera ocurrencia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de desarrollar nuevamente casos de aproximadamente en un 7 %.

Se ha reportado que, en presencia de antecedente de tratamiento conservador de un embarazo ectópico tubárico, el riesgo de un nuevo embarazo ectópico se incrementará hasta en un 15%.

Se describe que la posibilidad de tener embarazo intrauterino luego de un cursar con esta patología es de 50-80%, pero la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico se incrementa de 7 a 13 veces, es decir, que de 10 a 25% de gestantes podrían tener un siguiente embarazo ectópico.

2.3 Antecedente de cirugía tubárica previa

Según el estudio de Palomino (2018), la cirugía tubárica realizada anteriormente es el principal factor de riesgo para un embarazo ectópico, originado por la interrupción anatómica de la trompa de Falopio por complicaciones como una cirugía inadecuadamente desarrollada, infección, anomalía congénita o tumores. La disrupción anatómica puede producir un empeoramiento de la actividad ciliar tubárica. Un embarazo ectópico es más probable que se presenta posteriormente

de una cirugía tubárica de reconstrucción, lo que genera, a su vez, de la condición anterior de la trompa y el tipo de técnica usada. La microcirugía reduce el riesgo de embarazo ectópico en 50%.

2.4 Antecedentes de Infección de Transmisión Sexual

Las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* aumentan cuatro veces las posibilidades de embarazo extrauterino. Cada episodio sucesivo aumenta sustancialmente las probabilidades, debido al daño que se produce en la acción de los cilios, la obstrucción de las trompas y las adherencias pélvicas. Según estudios el odds ratio para embarazo ectópico después del segundo y terceros episodios de infección por *Chlamydia* fue de 2.1 y 4.5 respectivamente.

Las infecciones por *Chlamydia* resultan en la producción de una proteína especial, PROKR2, con propiedades quimiotácticas que hacen que la implantación tenga mayores posibilidades de presentarse en las trompas de Falopio dañadas. Es de destacar que otras infecciones abdominales y pélvicas tales como apendicitis, pueden influir en la presencia del Embarazo Ectópico en el futuro.

2.5 Uso de Diu

Un metaanálisis realizado por investigadores de la Universidad de Ámsterdam en 1995 concluyó que el uso de preservativo y/o anticonceptivos orales disminuyó el riesgo de Embarazo Ectópico, mientras que el uso de dispositivo intrauterino y la esterilización tubárica aumentó el riesgo de presentar esta patología. El DIU se encuentra entre los métodos anticonceptivos disponibles más eficaces, la probabilidad de embarazo tanto intrauterino como extrauterino se reduce con este dispositivo.

En efecto la probabilidad de embarazo ectópico en mujeres que utilizan DIU es una décima parte de las mujeres que no usan ninguna forma de planificación, sin embargo, si una mujer se embaraza utilizando el DIU, la probabilidad de EE es generalmente más alta que en las mujeres que no usan anticonceptivos. Aunque la incidencia de embarazo ectópico con DIU es cercana al 14%, se ha encontrado que los dispositivos con progesterona aumentan el riesgo, respecto a los de cobre que aparentemente tienen un riesgo mínimo

2.6 Paridad

Respecto a la paridad Duran y Moreno (2014) en su estudio concluyen que la nuliparidad es un factor de riesgo para embarazo ectópico, aumentando el riesgo hasta 1,78 veces comparado con madres multíparas. sin embargo, Mamani Barboza en su estudio concluye que un 59.4% de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico eran multíparas.

Lugares de localización del embarazo ectópico

Aproximadamente, el 1% de todos los huevos fecundados se anidan fuera de útero, el lugar de implantación más frecuente es la trompa uterina (98%). La localización en orden de frecuencia es la siguiente:

- Ampular: 80%.
- Ístmico: 12%..
- Cornual (intersticial): 2,2%.
- Fimbrias: 6%.

Otras localizaciones más raras son: ovario (0,15%), el cérvix (0,15%) y el abdomen (1,4%), y se asocian sobre todo a técnicas de reproducción asistida. (MINSa,2018)

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales: exploración clínica, ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG). (Stovall TG, 2017).

Cursa inicialmente sin clínica y, por tanto, la ausencia de signos y síntomas no lo descarta. El diagnóstico se basa en prueba de embarazo positiva con: Anamnesis, Manifestaciones Clínicas, Ecografía de preferencia transvaginal, Marcadores plasmáticos placentarios, fundamentalmente β -HCG (MINSa,2018).

Al embarazo ectópico se le ha denominado en muchas ocasiones "el gran simulador", siempre hay que pensar en él para poder diagnosticarlo. Primero se debe diagnosticar que existe un embarazo; segundo, demostrar que no está en el interior del útero y tercero, conocer si efectivamente se trata

de un embarazo ectópico, y de ser así, valorar su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente (Calderón,2017).

- Pruebas de laboratorio: dosificación de hemoglobina y hematócrito, después de una hemorragia pueden disminuir los niveles de estos y orientar en el diagnóstico.
- Pruebas de embarazo: el ectópico no puede ser diagnosticado sólo por una prueba positiva pero las gonadotropinas coriónicas pueden ser detectadas en el suero, en concentraciones muchos más reducidas que en el embarazo normal.
- Pruebas urinarias de embarazo: las más usadas son el portaobjeto de inhibición de la aglutinación de látex, con sensibilidad para la gonadotropina corionica del orden 500-800 m UI/mL.
- Las pruebas del tubo tienen una detección entre 150-250 m UI/mL y solamente positivas entre el 80-95 %. Las pruebas que utilizan ensayos inmunoarborescentes ligados a enzimas (ELISA) son sensibles de 10-50 m UI/mL y positivas en el 90-96 %. La determinación cuantitativa de la subunidad b de la gonadotropina corionica (b- HCG) es la piedra angular para el diagnóstico, tiene una sensibilidad de 25 m UI/ml.
- La concentración de b- HCG se relaciona con la edad gestacional. Durante las primeras semanas de la amenorrea se incrementa de manera exponencial. Después de la sexta semana las concentraciones son > de 6 000 a 10 000 m UI/mL; el incremento es más lento e inconstante. (Calderón, 2017)

Manifestaciones clínicas:

En la mayoría de los casos, están determinadas por el grado de invasión trofoblástica, la viabilidad del embarazo y el lugar de implantación. Las manifestaciones clínicas dependerán de si el embarazo está conservado (pudiendo ser incluso asintomática), o roto, en este caso puede provocar un cuadro tan catastrófico con inestabilidad hemodinámica y riesgo inminente de muerte materna (MINSA,2018).

En los embarazos ectópicos rotos:

- Signos de choque hipovolémico (taquicardia, taquipnea, hipotensión, mareos, alteración del nivel de conciencia, palidez, llenado capilar lento)
- Dolor pélvico intenso (generalmente unilateral en fosa iliaca)
- Distensión abdominal
- Dolor a la palpación de fondo de saco vaginal
- Dolor referido a hombro (signo de hemoperitoneo)
- Sangrado transvaginal intenso
- Hipersensibilidad o masa anexial, dolor a la movilización cervical (MINSA,2018)

Diagnóstico Diferencial

- Amenaza de aborto o aborto incompleto.
- Embarazo Molar.
- Quistes de ovario (torsión o ruptura).
- Cuerpo lúteo hemorrágico: suele presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo (MINSA,2018).

Procedimientos y Tratamiento:

Según Normativa 109 protocolo para la atención de complicaciones obstétricas octubre 2018, la atención de la paciente según nivel de atención se realiza de la siguiente manera:

Primer nivel de atención

- Toda sospecha clínicamente de embarazo ectópico, asegurar traslado de acuerdo a normativa 068 a un hospital (COE Completo).
- Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre, con SSN 0.9 % o hartman1000cc IV 42 gotas por minuto.
- Hemoglobina, Grupo y Rh, hematocrito y prueba de embarazo

Segundo nivel de atención

-Medidas generales del embarazo ectópico no roto (conservado):

-Hospitalización inmediata.

-Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre Niveles de Fracción B- HCG-

-Exámenes complementarios (BHC más plaquetas, EGO, Tipo y Rh, VIH, RPR, TP, TPT, preparar sangre)

- Ultrasonido para valorar el tamaño de masa anexial.

En el embarazo ectópico no roto o conservado se puede manejar de 3 maneras:

a. Manejo expectante.

b. Manejo con Metotrexato.

c. Manejo quirúrgico.

Manejo Expectante.

Indicaciones para su realización:

a.a) Dolor o sangrado mínimo.

a.b) No evidencia de ruptura tubárica.

a.c) El examen ecográfico transvaginal no confirma el diagnóstico.

a.d) Niveles de Fracción BHCG menor de 1000mIU/ml y decrece.

En que consiste manejo expectante:

Manejo hospitalizado.

Consentimiento informado.

Controles bisemanales de β -HCG hasta que los niveles descendan un 50%, a partir de aquí se adecuarán los controles al descenso de la β -HCG hasta su negativización.

Ecografía bisemanal.

Fracaso del manejo expectante.

Si la fracción β -HCG se estabiliza o asciéndanse.

Si no hay un descenso de la β -HCG del 50% a la semana de seguimiento.

Manejo con Metotrexato

Tratamiento del embarazo ectópico con Metotrexato. Solo en caso seleccionados en Hospitales con competencias técnicas científicas, equipamiento especializado e insumos médicos requeridos para este tratamiento. Toda paciente que será sometida a tratamiento médico con Metotrexato debe recibir información y firmar consentimiento informado acerca de los efectos colaterales, posible necesidad de otros tratamientos y del seguimiento clínico. (B. ACOG 2008)

Indicaciones:

- a) Signos vitales estables y niveles bajos de sintomatología.
- b) No contraindicaciones para el uso de metotrexato (enzimas hepáticas normales, biometría hemática completa y recuento de plaquetas normales).
- c) Niveles séricos de B-H CG de menores de 2000 muI/ml.
- d) Ausencia de la actividad cardiaca del embrión.
- e) Masa anexial < 3 cm.
- f) Deseo de fertilidad futura.
- g) B-HCG estable o en aumento después del curetaje, con pico máximo menor de 5.000 mUI/mL.
- h) Sin hemorragia activa (estabilidad hemodinámica).
- i) Visualización laparoscópica completa del ectópico.
- j) Normalidad de las enzimas hepáticas y del hemograma

c. Manejo Quirúrgico

c.a) Cirugía abierta

c.b) Laparoscopia.

c.c) Laparotomía.

Embarazo ectópico roto de acuerdo con la normativa (MINSA, 2018):

- Canalizar con bránula N°16 o de mayor calibre (una o dos bránulas en dependencia del estado hemodinámico).
- Administrar Solución Salina Norma 10.9% 1000 ml o Lactato de Ringer a goteo rápido.
- Colocar sonda vesical Foley No 18 para cuantificar la diuresis.
- Mejorar hemodinámicamente a la paciente antes de la intervención quirúrgica en los casos que sea posible.
- Control de signos vitales cada 15 minutos.
- En dependencia del estado hemodinámico y el estado general de la paciente administre paquete globular o Sangre previas pruebas de compatibilidad sanguínea
- Intervenga quirúrgicamente de inmediato ya que la hemorragia compromete la vida de la paciente.

Manejo durante la intervención quirúrgica.

Laparoscopia Diagnóstica y Tratamiento Si se cuenta con los medios y la experiencia, realice este procedimiento de preferencia, por ser diagnóstico, curativo, disminuye la morbi-mortalidad y la estancia hospitalaria.

Laparotomía Exploradora

- Bajo anestesia general practique Incisión media subumbilical o Pfannenstiel según estado hemodinámico y experiencia.
- Evacúe el hemoperitoneo y detenga el sangrado activo.

- Practique salpingostomia o salpingectomia parcial o total en dependencia de la porción de trompa comprometida con el embarazo ectópico y con la necesidad de conservar la fertilidad.
- Si hay daño extenso de la trompa, practique salpingectomia total.
- Practique lavado peritoneal con solución salina normal tibia al 0.9% al finalizar la cirugía.

Histerectomía Se recurre a este procedimiento en caso de daño extenso del útero, que generalmente se presenta en las localizaciones cornuales o cervicales en donde se produce estallido del útero.

Complicaciones

De acuerdo con la Normativa 109, 2018; protocolo para la Atención de Complicaciones Obstétricas:

- a) El aborto tubárico.
- b) Ruptura de la trompa (la más común y la de mayor gravedad por la hemorragia (intensa).
- c) Ruptura del útero en dependencia de la localización del embarazo ectópico (Intersticial Cornual, cervical).
- D) Anemia Aguda.
- e) Shock hipovolémico.
- F) Muerte (MINSa,2018)

Criterios de alta

- a) Recuperación postoperatoria y anestésica.
- b) Reposición de sangre perdida.
- c) Estabilidad hemodinámica y del estado general de la paciente.
- d) No hay signos de infección. Si es Rh negativo: (Profilaxis anti-D 50 µgrs) (MINSa,2018).

VII. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación

Dentro de los factores de riesgo gineco-obstétricos , las infecciones de transmisión sexual tienen el mayor riesgo para presentar embarazo ectópico en las mujeres en edad fértil atendidas en el hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de noviembre 2021 – noviembre 2022.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio

El presente estudio fue realizado en el departamento de Managua- Nicaragua, en el Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado carretera norte; de la Siemens 1 1/2c. al sur, centrado en las pacientes que acudieron al servicio de ginecobstetricia.

El Hospital Alemán Nicaragüense actualmente oferta servicios en las especialidades de: Medicina integral, medicina interna, cirugía general, ortopedia y traumatología, pediatría, ginecología y obstetricia, anestesiología, urología, además desempeña como centro nacional de endoscopia. La Sala de ginecología consta de 18 camas, 4 médicos de base, 5 residentes de 3 y 4 año, 1 interno, 4 pre internos (tiempos de clase), 1 licenciada en enfermería 2 auxiliares de enfermería, en la consulta externa 1 médico de base y 1 residente de 3er año, 1 auxiliar de enfermería con horario de lunes a viernes de 7am a 3pm, donde se realizan consultas de nuevo ingreso como seguimientos a pacientes con problemas ginecológicos y toma de PAP. Al ser uno de los centros hospitalarios de mayor demanda en Managua el servicio es completamente gratuito, el Ministerio de Salud garantiza la calidad e insumos para cada uno de los ciudadanos que asisten en busca de atención médica.

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo Observacional, Analítico de Casos y Controles.

Periodo de Estudio

El tiempo estudiado comprendió al periodo entre noviembre de 2021- noviembre 2022.

Tiempo en que se realiza la Investigación

El presente estudio se realizó durante el periodo comprendido entre septiembre 2022 y enero 2023.

Variable principal

Factores de riesgo asociado a embarazo ectópico en mujeres en edad fértil.

Unidad de análisis

Para este estudio la unidad de análisis corresponde a cada paciente embarazada en edad fértil con embarazo ectópico, atendida en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Población de estudio

Para este estudio la población corresponde a 7,046 mujeres embarazadas en el servicio de ginecología en el periodo comprendido entre noviembre 2021 a noviembre 2022 y de esta población se extrajeron los casos y controles.

Universo

Para este estudio el universo estuvo conformado por 51 Mujeres embarazadas que presentaron embarazos ectópicos y que cumplieron con los demás criterios de inclusión para los casos.

Para los controles se contaron con 6,995 registros de mujeres embarazadas ingresadas que fueron atendidas por el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense entre noviembre 2021 a noviembre 2022 que no presentaron embarazo Ectópico.

Muestra

Para los casos la muestra estuvo conformada por 51 casos de embarazo ectópico correspondiendo al 100% del universo para los casos.

Para los controles se seleccionaron 103 expedientes de 6,995 pacientes que no presentaron embarazo ectópico.

Estrategia muestral

Para los casos la estrategia muestral fue un muestro probabilístico debido a que el 100% del universo formo parte de la muestra.

Para los controles se utilizó una razón de 2 controles por 1 caso y de esta manera se tomaron aleatoriamente de las 6995 mujeres embarazadas sin embarazo ectópico los 103 controles a través de una rifa electrónica llamada App sorteo en la plataforma digital de Google la cual nos daba un número de expediente y de esta manera se seleccionó los 103 expedientes.

Definición de Casos y Controles

Casos

Para este estudio los enfermos serán las embarazadas con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido noviembre 2021- noviembre 2022.

Controles

Para este estudio los sanos serán las embarazadas sin embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido noviembre 2021- noviembre 2022.

Criterios de inclusión para los casos

- Toda mujer en edad fértil (12-40) años.
- Mujeres que tuvieron prueba de embarazo positiva.
- Toda paciente que presento el diagnostico de embarazo ectópico.
- Mujeres que presentaron expedientes clínicos completos.

Criterios de exclusión para los casos

- Mujeres que no han iniciado vida sexual.
- Pacientes fuera del rango de edad estipulado en el estudio.
- Pacientes con prueba de embarazo negativa, con sintomatología similar (sangrado dolor abdominal o pélvico, síntomas gastrointestinales).
- Pacientes que presentaron expediente clínico incompleto.

Criterios de inclusión para los controles

- Mujeres con edad fértil (12-40) años.
- Mujeres embarazadas, sin diagnóstico de embarazo ectópico.
- Pacientes con el expediente clínico completo.

Criterios de exclusión para los controles

- Mujeres con prueba de embarazo negativa.
- Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
- Pacientes con el expediente clínico incompleto.

Fuentes de información

Para la presente investigación la fuente de información es primaria y corresponden a los expedientes clínicos del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Alemán Nicaragüense que se encuentran en el servicio de estadísticas con previa autorización del hospital para poder acceder al documento.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica utilizada para la obtención de información es la revisión documental de expediente clínico y para ello se elaboró un instrumentó de recolección de información que contempla cada una de las variables albergadas en los objetivos.

Validación del instrumento

Una vez elaborado el instrumento de recolección se presentó a un comité de expertos, que son médicos con especialización en ginecobstetricia quienes aportaron información para mejorar dicho instrumento, una vez elaborado se validó con cinco expedientes de casos y cinco expedientes de controles de esta manera se logró el control del sesgo que puede ser influenciado por el instrumento.

Variables por objetivos

Características sociodemográficas

- Edad.
- Grado de institución.
- Estado civil.

Características ginecobstetricas

- Antecedente de aborto más legrado uterino.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de cirugía tubárica previa.
- Antecedentes de Infección de transmisión sexual.
- Uso de DIU.
- Paridad.

Matriz de Operacionalización de Variables

Características Sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Tipo de variable	Escala
Edad	Edad de la paciente en el momento que presentó el EE	Menor de 15 16-25 26-40 Mayor de 40	Menor de 17 18-25 26-30 31-35 36-40 Mayor de 40	Cuantitativa	Continua
Ocupación	La función que ejerce tipo de trabajo que desempeña para el sustento que en la mayoría de los casos requiere cognición especializada	Desempleada Independiente Ama de casa Estudiante Sin información	Desempleada Independiente Ama de casa Estudiante Sin información	cualitativa	Nominal
Grado de institución	Nivel educativo de la paciente	Primaria Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria Sin información	Primaria Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria Sin información	cualitativa	Ordinal

Estado civil	Estado civil de la paciente	Soltera Casada Unión libre Divorciada	Soltera Casada Unión libre Divorciada	cualitativa	Nominal
Antecedente de aborto más legrado uterino	La paciente ha tenido anteriormente aborto más legrado uterino	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Antecedente de embarazo ectópico	La paciente ha cursado anteriormente con EE	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Antecedente de cirugía tubárica previa	A la paciente le han realizado sido alguna cirugía pélvica previamente diferente a la cesárea	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Antecedentes de Its	La paciente ha sido diagnosticada con una enfermedad de transmisión sexual	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Uso de diu	La paciente ha usado en algún momento dispositivos intrauterinos	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica

Paridad	Número de embarazos antes del actual	Múltipara Nulípara	Múltipara Nulípara	Cualitativa	Nominal Dicotómica
---------	--------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------	-----------------------

Matriz de Operacionalización de Variables**Características Clínicas**

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor	Tipo de variable	Escala
Embarazo ectópico asintomático	Toda mujer embarazada que no presento ningún síntoma	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Sangrado	Pacientes embarazadas que ingreso al servicio de ginecobstetricia por presentar sangrado	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Dolor abdominal	Paciente embarazada que ingreso al servicio de ginecobstetricia por dolor abdominal	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Sangrado más dolor abdominal	Paciente embarazada que ingreso al servicio de gineco obstetricia con sangrado más dolor abdominal	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica

Síntomas gastrointestinales	Paciente embarazada que ingreso al servicio de gineco obstetricia con síntomas gastrointestinales	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Shock	Paciente embarazada que ingreso al servicio de gineco obstetricia presentando shock	Si No	Si No	Cualitativa	Nominal Dicotómica

Cruce de variables

Univariado

Frecuencia de edad.

Frecuencia de escolaridad.

Frecuencia de estado civil.

Frecuencia de antecedente aborto más legrado uterino.

Frecuencia de antecedente de embarazo ectópico.

Frecuencia de antecedente de cirugía tubárica previa.

Frecuencia de antecedente de infección de transmisión sexual.

Frecuencia de uso de DIU.

Frecuencia de paridad.

Análisis bivariado

Aantecedente de LUA por aborto incompleto versus embarazo ectópico.

Antecedente de embarazo ectópico previo versus embarazo ectópico.

Antecedente de cirugía tubárica previa versus embarazo ectópico.

Infección de Transmisión Sexual versus Embarazo ectópico.

Uso de DIU versus embarazo ectópico.

Paridad Vs embarazo ectópico

Procesamiento de información

Para ejecutar el proceso de recolección de datos hay que tomar en cuenta la técnica a ser utilizada, la documentación a través de la revisión de expedientes clínicos, y el instrumento ficha de recolección de datos, tanto para la variable factores asociados y embarazo ectópico.

Toda la información se obtuvo inicialmente en una ficha de recolección impresa y luego se creó una matriz de datos. Los datos de la matriz de datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS para controlar y analizar los datos.

Para el análisis univariado se expresó en distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y variabilidad.

Para el análisis bivariado se utilizaron tablas de 2x2 para cada factor de riesgo y la variable dependiente para determinar Chi², OR e Intervalo de confianza para determinar significancia estadística riesgo confiabilidad y reproducibilidad de los resultados

Limitaciones de la investigación

La principal limitante para realizar esta investigación fue encontrar expedientes clínicos de los controles incompletos.

Estrategias de intervención

La conexión de la universidad UNICA y la Institución Hospitalaria HAN nos permitió y facilitó el poder acceder a la documentación clínica de los pacientes en estudio y de esta manera poder llevar a cabo la finalización de esta investigación.

Declaración de intereses

La Información obtenida de este estudio será puesta a disposición privilegiada de los investigadores y de los revisores involucrados en el desarrollo del mismo.

Ética de la investigación.

El estudio se basó en los principios éticos de la Declaración de Helsinki II, para lo cual se pedirá el permiso correspondiente al Comité de Investigación y Ética del Hospital Alemán nicaragüense. Por ser un estudio retrospectivo, donde no se tomó contacto con las unidades de estudio, no se llenó el consentimiento informado, pero si se guardó la confidencialidad de los datos.

La información no será alterada de ninguna manera y se muestra tal como está en los expedientes clínicos, se establecerá el anonimato tanto de la paciente como el personal médico que atendió. La información será exclusivamente de uso académico, no puede ser manipulada o utilizada para fines para otros fines, daremos a conocer los resultados de esta investigación al personal indicado de la institución.

Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Buenas Prácticas Clínicas y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes Principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

- a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
- b. El protocolo será sometido a evaluación por el Comité de Investigación y Comité de Ética en Investigación de la universidad católica “Redemptoris mater”.
- c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.

- d. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas. Todos los autores firmaron una carta de confidencialidad sobre el protocolo y sus resultados de manera que garantice reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.
 - e. Este protocolo se suspendió si se comprueba que los riesgos superan los posibles beneficios.
 - f. La publicación de los resultados de esta investigación preservará la exactitud de los resultados obtenidos.
 - g. Tomando en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, para esta investigación se requirió consentimiento informado por escrito debido a que se revisó información de los expedientes clínicos de los sujetos en investigación del hospital.
4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, y el Informe Belmont.

IX. Resultados

De las 7,046 de las consultas ginecológicas realizadas durante el periodo sometido a estudio se observaron 51 casos de embarazos ectópicos; con una tasa de incidencia < 1% de todas las consultas ginecológicas con una media de edad de 26 años.

OB#1- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021- noviembre 2022.

El presente estudio determinó que la mayoría de los pacientes se encontraban entre los 26 y 30 años (35.7 %), seguido este del grupo comprendido entre 21 y 25 años (32.5%). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por Grupos Etáreos		
Grupo Etáreo	Frecuencia	Porcentaje
</= 20 años	17	11
21 a 25 años	50	32.5
26 a 30 años	55	35.7
31 a 35 años	24	15.6
+ a 35 años	8	5.2
Total	154	100
Fuente: Presente investigación		

De la misma manera se observó que el (27.9%) de las pacientes eran desempleadas Tabla 2.

Tabla 2. Distribución Poblacional según Ocupación		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Empleada	20	13.0
Desempleada	43	27.9
Independiente	25	16.1
Ama de casa	34	22.1
Estudiante	13	8.4
Sin Información	19	12.3
Total	154	100
Fuente: Presente investigación		

En lo que respecta al nivel académico se observó que la mayoría de las pacientes (51.3%) habían cursado al menos algún grado de formación secundaria. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución poblacional según nivel Académico			
Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
	Alfabeta	16	10.4
	Primaria	36	23.4
	Sec. Incompleta	43	27.9
	Sec. Completa	36	23.4
	Universitaria	23	14.9
	Total	154	100.0
Fuente: Presente investigación			

La mayor parte de la población sometida a estudio se encontraba en unión de hecho estable (40.3%). Tabla 4.

Tabla 4. Distribución poblacional según estado Civil			
Estado Civil		Frecuencia	Porcentaje
	Soltera	49	31.8
	Casada	42	27.3
	Unión Estable	62	40.3
	Divorciada	1	0.6
	Total	154	100.0
Fuente: Presente investigación			

OB#2- Conocer las características clínicas de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo noviembre 2021 a noviembre 2022.

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas referidas por la población sometida a estudio se logró determinar que los síntomas preponderantes fueron en conjunto sangrado con dolor abdominal (74.5%); podemos observar de la misma manera que existe relación entre el sangrado y el shock los cuales se presentaron con una frecuencia de 7.8 %. Tabla 5.

Tabla 5. Presentación Clínica Más Frecuente			
		Frecuencia	Porcentaje
	Asintomático	2	3.9
	Sangrado	4	7.8
	Dolor abdominal	2	3.9
	Sangrado más dolor abdominal	38	74.5
	Síntomas gastrointestinales	1	2.0
	Shock	4	7.8
	Total	51	100.0
Fuente: Presente investigación			

Se logró evidenciar en el presente estudio que el 72.5% de las pacientes no tenía antecedentes de legrado (LUA) Por aborto incompleto. Tabla 6.

Tabla 6. Antecedente de LUA por A. Incompleto					
		Casos		Controles	
Antecedente de LUA		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Si	14	27.5	21	20.4
	No	37	72.5	82	79.6
	Total	51	100.0	103	100.0
Fuente: Presente investigación					

Según la población en estudio solamente el 11.8 % presentó un segundo cuadro de embarazo ectópico después de un antecedente de embarazo ectópico. Tabla 7.

Tabla 7. Distribución poblacional según antecedente de embarazo ectópico					
Antecedentes de embarazo ectópico		Casos		Controles	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Si	6	11.8	7	6.8
	No	45	88.2	96	93.2
	Total	51	100.0	103	100
Fuente: Presente investigación					

Solamente el 13.7% de la población en estudio presentó antecedente de cirugía tubárica previa. Tabla 8.

Tabla 8. Distribución poblacional según antecedente de cirugía tubárica previa					
Antecedente de cirugía tubárica previa		Casos		Controles	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Si	7	13.7	7	6.8
	No	44	86.3	96	93.2
	Total	51	100.0	103	100
Fuente: Presente investigación.					

El presente estudio reveló que el 74.5% de las pacientes con diagnósticos de embarazo ectópico presentaron un antecedente de infección de transmisión sexual. Tabla 9.

Tabla 9. Distribución poblacional según ITS					
		Casos		Controles	
Antecedente de ITS		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	SI	38	74.5	45	43.7
	NO	13	25.5	58	56.3
	Total	51	100.0	103	100.0
Fuente: Presente investigación.					

Se demostró que el 5.9% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico presentaron un antecedente de uso de DIU. Tabla 10.

Tabla 10. Distribución poblacional según uso de DIU					
Antecedente de uso DIU		Casos		Controles	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	SI	3	5.9	3	2.9
	NO	48	94.1	100	97.1
	Total	51	100.0	103	100.0
Fuente: Presente investigación.					

Se evidencio en el presente estudio que el 54.9% de las pacientes que presentaron embarazo ectópico eran Nulíparas. Tabla 11.

Tabla 11. Distribución poblacional según Paridad					
Paridad		Casos		Controles	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Nulípara	28	54.9	16	15.5
	Multípara	23	45.1	87	84.5
	Total	51	100.0	103	100.0
Fuente: Presente investigación.					

Objetivo 3. Determinar los factores de riesgo asociados en embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense de noviembre 2021 a noviembre 2022.

Se logró determinar en el presente estudio que el factor de riesgo más frecuente fue el antecedente de EPI, seguidos por el antecedente de ITS y el uso de DIU´s, según lo enunciado en la tabla 12.

Tabla 12. Frecuencia De Los Diferentes Factores De Riesgo			
		Frecuencia	Porcentaje
	Antecedentes de LUA por Aborto Incompleto	18	11.7
	Antecedentes por Embarazo ectópico Previo	21	13.6
	Antecedentes de Cirugía Tubárica Previa	14	9.1
	Antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual	34	22.1
	Antecedentes de Uso de DIU	27	17.5
	Antecedentes de Enfermedad Pélvico-Inflamatoria	40	26.0
	Total	154	100.0

En el presente estudio referente al objetivo específico n° 3 sobre los diferentes factores de riesgo para desarrollar embarazo ectópico, no se encontró significancia estadística entre los factores antes mencionados y el diagnóstico en cuestión; sin embargo, si se determinó aumento del riesgo de desarrollar embarazo ectópico al exponerse a factores como: cirugía tubárica previa, enfermedades de transmisión sexual, nuliparidad y uso de DIU como se enuncia en la tabla 13.

Tabla 13. Factores de Riesgo Para Embarazo Ectópico			
	X ²	OR	IC 95%
Antecedente de LUA	0.969	1.47	0.67 – 3.22
Antecedente de Emb. Ectópico	1.090	1.89	0.58 – 5.57
Antecedente de Cirugía Tubárica Previa	1.98	2.18	0.72 – 6.59
Antecedente de ITS	13.04	3.76	1.79 – 7.90
Uso de DIU	0.80	2.08	0.40 – 10.70
Nuliparidad más antecedentes de ITS y antecedentes de cirugía tubárica previa	25.90	6.62	3.07 - 14.25
Fuente: Presente investigación.			

Como se aprecia en la Tabla 14, tomando en cuenta la media de edad de 26 años se estratificó la población sometida a estudio en dos grupos, aquellos que estaban por encima y por debajo de los 26 años. No logramos encontrar significancia estadística entre los diferentes factores de riesgo y el embarazo ectópico a pesar de la segregación de la población.

Sin embargo, además del riesgo antes mencionado para cirugía tubárica previa, enfermedades de transmisión sexual, nuliparidad y uso de DIU, en esta ocasión se determinó un riesgo de tres y dos veces mayor de desarrollar embarazo ectópico cuando una paciente ha tenido un aborto con AMEU o un embarazo ectópico previo.

Tabla 13. Factores de riesgo para embarazo ectópico según Grupo de Edad				
		X ²	OR	IC 95%
Antecedente de LUA	< 25 años	0.43	3.61	0.38 – 6.75
	>/= 25 años	0.53	1.41	0.55 – 3.58

Antecedente de Emb. Ectópico	< 25 años	0.35	2.26	0.13 – 38.70
	>/= 25 años	0.72	1.72	0.48 – 6.09
Antecedente de Cirugía Tubárica Previa	< 25 años	0.33	2.26	0.13 – 2.04
	>/= 25 años	1.55	2.13	0.63 – 7.20
Uso de DIU	< 25 años	0.95	1.48	1.22 – 1.80
	>/= 25 años	3.12	6.28	0.62 – 6.77
Antecedente de ETS	< 25 años	2.94	2.93	0.83 – 10.25
	>/= 25 años	10.19	4.27	1.69 – 10.75
Fuente: Presente investigación.				

X. Discusión de resultados

En el presente estudio la población correspondía a su mayoría adultos jóvenes es decir entre los 26 y 30 años, con una media de edad de 26 años, lo que está acorde con el estudio realizado por Duran en 2014 en donde la edad media encontrada fue de 29 años; y es también similar a lo descrito por Yan-Yan Fan y Cols, donde la media de edad fue de 30 años; es así como los grupos etarios más representativos son aquellos que se encuentran por debajo de los 30 años según lo reportado por Morales y Cols (representando el 76% de toda la población en estudio) similar a lo encontrado en la presente revisión (donde los grupos de edad por debajo de los 30 años correspondió al 79.2% de la población).

De la misma manera se evidencio que la mayoría de la población había alcanzado algún grado de educación secundaria (51.3%), lo que va en lineamiento con lo descrito por Duran en su estudio realizado en Colombia. Morales y Espinoza Reyes no describieron dicha característica sociodemográfica en su estudio.

Respecto a la paridad se logró determinar una frecuencia de pacientes nulípara del 28%, lo cual resulta inferior a lo descrito por Duran y Cols en el 2014, quienes reportaron que el 67% de la población era nulípara: Morales y Cols, no evalúan este factor reproductivo.

También se determinó que el 50% de las pacientes realizaban labores domésticas; lo que difiere de lo reportado por Morales y Cols, en donde se determinó que el trabajo doméstico represento solo el 26.25% de las ocupaciones de la población sometida a estudio.

Concerniente a las características clínicas más frecuentemente reportadas se determinó que la sintomatología preponderante en la población sometida a estudio correspondió a dolor abdominal más sangrado (38%), lo cual difiere con el estudio realizado por Yan-Yan Fan en Beijing, donde se reportó una frecuencia del 65% para la misma sintomatología; igualmente Morales determino un 61.8% y 90.6% para metrorragia y dolor pélvico respectivamente.

En lo que respecta a los diferentes factores de riesgo fue posible determinar en el presente estudio que el 11.7 % de la población sometida a estudio tenían historia de un aborto previo, lo cual discrepa de lo reportado por Hermoza en donde se determinó el 42% de las pacientes habían sufrido un aborto previo; e igualmente discrepan de lo reportado por Estasio M. quien determinó que el 37.4 % de su población había sufrido un aborto previo.

Respecto al antecedente de embarazo ectópico previo se logró determinar que solamente el 13.6% de las pacientes sometidas al estudio guardaban el antecedente de embarazo ectópico previo; lo cual es acorde con lo reportado por Hermoza en donde encontró un 9.9% de pacientes que desarrollaron embarazo ectópico posterior a un primer cuadro; sin embargo, esto difiere con lo reportado por Estasio M. quien logro determinar que el 36.8% de su población tenía el antecedente de embarazo ectópico previo.

En lo que respecta al antecedente de cirugía ginecológica (OTB o Cesárea) asociada a embarazo ectópico se logró determinar en el presente estudio que el 9.1% de la población sometida a estudio tenían dicho antecedente, lo cual va en correspondencia con lo reportado por Hermoza en donde el 16.6% de su población habían sido sometida a una cirugía ginecológica y difiere ampliamente con lo reportado por Estasio en donde el 66,9% de la población sometida a estudio contaba con el antecedente de una cirugía ginecológica previa.

Tomando en cuenta el antecedente de enfermedades de transmisión sexual el presente estudio logro determinar que el 53.9% de la población sometida a estudio había presentado el antecedente de ITS previo a embarazo ectópico, lo que concuerda con lo reportado con Calderón y Hermoza quienes reportaron que en sus respectivas poblaciones estudiadas el antecedente de ITS se presentó en el 50 y 42% de la población sometida a estudio respectivamente.

Así mismo se logró determinar que el antecedente de uso de dispositivos intrauterinos asociado a la presencia de los cuadros de embarazo ectópico se presentó 3.9% de la población sometida a estudio lo cual concuerda lo determinado por Hermoza y Estasio, quienes reportaron que solamente el 14.4% y 13.5% de la población habrían utilizado dispositivos intrauterinos previos a embarazo ectópico.

En lo que respecta a la paridad de las pacientes relacionadas a la presencia de embarazo ectópico el presente estudio reporta que solamente el 28.6% de la población eran nulíparas lo que está en contraposición con lo expuesto por Hermoza quien reportara un 43.1% de las pacientes que presentaron embarazo ectópico eran nulíparas.

Podemos apreciar en el presente estudio que no se logró determinar significancia estadística entre los diferentes factores de riesgo y la aparición de embarazo ectópico en la población

sometida a estudio, difiere ampliamente con lo reportado por Estacio y Cols, quienes encontraron significancia estadística entre los cuadros previos de embarazo ectópico y ser portadores de DIU's; así como, lo hicieron también Hermosa y Cols, obteniendo significancia estadística con la cirugía ginecológica previa; esto podría atribuirse al hecho de que el universo del estudio es reducido, explicado por el factor incidencia donde es una enfermedad poco frecuente.

XI. Conclusiones

Las características sociodemográficas predominantes fueron el grupo etáreo de 26 a 30 años, la ocupación doméstica, con la escolaridad secundaria, estado civil unión libre.

La característica clínica más relevante que se observó fue: Sangrado más dolor abdominal (38%).

Para este estudio entre los Factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico son las Infecciones de Transmisión sexual y este factor al sumarse a otros factores de riesgo individuales duplica el factor de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico.

XII. Recomendaciones

A las autoridades del Hospital Alemán Nicaragüense

- Realizar charlas educativas al personal de atención primaria para la detección oportuna de esta patología.
- Promover el desarrollo de buenas prácticas de educación sexual para contribuir a disminuir el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

A los profesionales de la salud de la especialidad

- Realizar estudios multicentricos dirigidos a determinar tanto incidencia como la frecuencia de los principales factores de riesgo.
- Ampliar el tiempo de estudio para aumentar el universo y de esta manera lograr obtener significancia estadística entre su patología y los diferentes factores de riesgo.
- Sensibilizar a las pacientes mediante charlas en la consulta para que acudan a todas sus atenciones prenatales sobre todo en el primer trimestre para identificar de manera temprana los factores de riesgo.

A la universidad

- Promover la realización de estudios investigativos acerca de esta patología para así conocerla con mayor exactitud y disminuir su incidencia.

XIII. LISTA DE REFERENCIA

Addi, M., Artacho, S.-C., & Navarro, J. A. (s/f). Medynet.com. de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>

Álvarez A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014 [Tesis de pregrado] [internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016 Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2209/796_2016_alvarez_apaza_aj_fac5 medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Calderón Centeno, Embarazo ectópico en primigestas atendidas en emergencia obstétrica del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de junio 2013 a junio de 2016.

Duran D, Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico [Tesis de grado] [internet]. Bogotá D.C: Universidad del Rosario; 2014. Disponible en: y66

De La Cruz J; Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2014-2015 [Tesis de grado] [internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado: 2022 Noviembre]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Espinoza A, García S. Manejo del embarazo ectópico: estudio comparativo entre el centro médico Universitario de Utrecht (Utrecht-Holanda) y el Hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (León-Nicaragua), (Tesis) León, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua –León, 2011

Estacio M, factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico, Lima-Perú; 2013

Hu, H., Jairo, L., & Vargas, S. (s/f). (2019) *Embarazo Ectópico -Medigraphic.com* de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr2019/ucr191d.pdf>

Hermosa C, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito UNANUE-TACNA, 2015 al 2020

Martínez A, Mascaró Y, et. al. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Perú Ginecol Obstet.* [revista en internet]. 2013 Marzo [citado 2022 Noviembre]; 59: 177-186. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/32>

Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno [Tesis de pregrado] [internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_B_arboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Meira A, Arancibia F. Embarazo Ectópico. *Universidad, Ciencia y Sociedad* [en línea]. 2013; Mayo [citado: 2022 Noviembre]; (9): 52-58p. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S888888882013000100008&lng=es

Nacional, N. G. (2018). Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas. (Actualización). Ministerio de Salud, 109.

Schwarz, Ricardo obstetricia, 6ª edición, Argentina, Ed. El ateneo 2014

Who. Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health

Organization; 2004. [citado: 5 enero de 2017] Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/12/es/index.Html>

Viera MI, Molina L, Tapia G. Embarazo ectópico cervical. Rev Cubana obstet Ginecol 2017;
43(3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2017000300012

Yan-Yan Fan, Yi-Nan Liu, Xin-Tong Mao, Yan Fu, [The Prevalence of Ectopic Gestation:
A Five-Year Study of 1273 Cases] International Journal of General Medicine 2021:14

ANEXOS

Declaración de autoría

Managua, Nicaragua

Fecha: 21 de febrero de 2023

Yo Jennifer Gabriela Leiva Guzmán estudiante de sexto año de la carrera de medicina y cirugía de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Católica “Redemptoris Mater” con número de carné 20180635, en relación con el trabajo de investigación intitulado: **Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2021 – noviembre 2022 presentado para la defensa y evaluación.** Por lo tanto, declaro que el contenido de esta investigación de fin de grado es auténtico y de mi propiedad y en ella se presenta congruencia metodológica, así como la ética científica en las fuentes consultadas, y debidamente referenciadas en todas y cada una de sus partes, dando el crédito a sus autores y demás objetos y materiales utilizados en el proceso de pesquisa y consulta.

Así mismo autorizo a la Universidad Católica “Redemptoris Mater” utilizar mi trabajo de investigación para ser publicado como artículo científico, informe y/o ensayo si así lo considera conveniente, con el deseo de contribuir a la ciencia siempre y cuando se haga mención y por escrito en las publicaciones de mis derechos de autor, donde se me agradezca la colaboración y el aporte dado. Proporciono mi correo electrónico y mi número telefónico.

Jennifer Gabriela Leiva Guzmán

Correo electrónico: leivajennifergabriela@gmail.com

Número telefónico: 84311775

Declaración de autoría

Managua, Nicaragua

Fecha: 21 de febrero de 2023

Yo Keren Virginia Zamora Flores estudiante de sexto año de la carrera de medicina y cirugía de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Católica “Redemptoris Mater” con número de carné 20180607, en relación con el trabajo de investigación intitulado: **Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2021 – noviembre 2022 presentado para la defensa y evaluación.** Por lo tanto, declaro que el contenido de esta investigación de fin de grado es auténtico y de mi propiedad y en ella se presenta congruencia metodológica, así como la ética científica en las fuentes consultadas, y debidamente referenciadas en todas y cada una de sus partes, dando el crédito a sus autores y demás objetos y materiales utilizados en el proceso de pesquisa y consulta.

Así mismo autorizo a la Universidad Católica “Redemptoris Mater” utilizar mi trabajo de investigación para ser publicado como artículo científico, informe y/o ensayo si así lo considera conveniente, con el deseo de contribuir a la ciencia siempre y cuando se haga mención y por escrito en las publicaciones de mis derechos de autor, donde se me agradezca la colaboración y el aporte dado. Proporciono mi correo electrónico y mi número telefónico.

Correo electrónico: kerenVZamora@gmail.com

Número telefónico: 84724415

Declaración de autoría

Managua, Nicaragua

Fecha: 21 de febrero de 2023

Yo Shirley de Los Ángeles Solís Ñurinda estudiante de sexto año de la carrera de medicina y cirugía de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Católica “Redemptoris Mater” con número de carné 20170314, en relación con el trabajo de investigación intitulado: **Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense, noviembre 2021 – noviembre 2022 presentado para la defensa y evaluación.** Por lo tanto, declaro que el contenido de esta investigación de fin de grado es auténtico y de mi propiedad y en ella se presenta congruencia metodológica, así como la ética científica en las fuentes consultadas, y debidamente referenciadas en todas y cada una de sus partes, dando el crédito a sus autores y demás objetos y materiales utilizados en el proceso de pesquisa y consulta.

Así mismo autorizo a la Universidad Católica “Redemptoris Mater” utilizar mi trabajo de investigación para ser publicado como artículo científico, informe y/o ensayo si así lo considera conveniente, con el deseo de contribuir a la ciencia siempre y cuando se haga mención y por escrito en las publicaciones de mis derechos de autor, donde se me agradezca la colaboración y el aporte dado. Proporciono mi correo electrónico y mi número telefónico.

Correo electrónico: shirleysolru@hotmail.com

Número telefónico: 78595895

Ficha de Recolección de información



Hoja de registro N°: _____

Numero HC: _____

Fecha HC: _____

Edad: _____

Ocupación: Empleada Desempleada Independiente Hogar
Estudiante Sin información

Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria incompleta Secundaria completa
Universitaria Sin información

Estado Civil: Soltera Casada Unión libre Divorciada
Viuda Sin información

Antecedentes gineco-obstétricos

Aborto más legrado uterino:

Sí ___ No ___

Embarazo ectópico anterior:

Sí ___ No ___

Antecedente de cirugía tubárica previa:

Sí ___ No ___

Infección de trasmisión sexual:

Sí ___ No ___

Uso de Diu:

Sí ___ No ___

Paridad:

Nulípara ___ Primípara ___ Multipara ___

Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria:

Sí ___ No ___

Manifestaciones clínicas

Asintomático ___

Sangrado ___

Dolor abdominal ___

Sangrado con dolor abdominal ___

Síntomas gastrointestinales ___

Shock ___











