



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”

**HALLAZGOS CLINICOS REPORTADOS EN TESIS
PUBLICADAS SOBRE EMBARAZO ECTÓPICO EN LA
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 “LUIS
CASTELAZO AYALA”, IMSS.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. TOMÁS CORTÉS MARTÍNEZ

ASESOR:

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER

CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que el **C. Tomás Cortés Martínez** residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis **“HALLAZGOS CLINICOS REPORTADOS EN TESIS PUBLICADAS SOBRE EMBARAZO ECTÓPICO EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”, IMSS.”** con No. de registro del proyecto R-2023-3606-022, por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Asesor de tesis

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Rogelio Apolo Aguado Pérez

Jefe de la División de Educación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, “Luis Castelazo Ayala”

Instituto Mexicano del Seguro Social

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a Dios por darme la fuerza, salud y energía para seguir adelante.

Le dedico este trabajo a mis padres, por siempre confiar en mí, darme las herramientas para cumplir todas mis metas, por esos mensajes diarios al dormir y despertar.

A mí prometida Rubí Selene Luna Ramírez que siempre estuvo conmigo, dándome ánimos, palabras de aliento y dando su apoyo incondicional en los momentos más difíciles de la residencia.

Al Dr. Juan Carlos Martínez Chequer, por su confianza y apoyo en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	7
Marco teórico	9
Planteamiento de problema	14
Justificación	14
Objetivos	15
Hipótesis	16
Metodología	17
Resultados	23
Discusión	24
Conclusiones	27
Referencias bibliográficas	28
Anexos	31

RESUMEN

Antecedentes: Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el embarazo ectópico representa aproximadamente 2 % de todos los embarazos informados. A pesar de las mejoras en el diagnóstico y manejo, el embarazo ectópico roto continúa siendo una causa importante de morbimortalidad relacionada con el embarazo, la cual implica una de las principales patologías de mayor morbimortalidad de la patología obstétrica, abarcando un 9 – 13 % de las muertes maternas en el primer trimestre.

Hasta la mitad de las pacientes que se les diagnostica embarazo ectópico no tienen factores de riesgo. Las mujeres con embarazo ectópico previo están en mayor riesgo, aumentando la recurrencia del 10 - 25% dependiendo el antecedente.

En la literatura actual se describen abordajes diagnósticos mediante ecografía, laboratorio y datos clínicos, así mismo existen dos tipos de tratamientos, siendo el quirúrgico el de mayor prevalencia tanto en embarazos ectópicos rotos como en los que no lo están. En la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS, no son excepcionales las pacientes en las que realizar un abordaje quirúrgico de urgencia se torna difícil, ya que no se cuenta en todos los turnos laborales con recurso de laboratorio (Fracción β -hCG) para llegar a un diagnóstico claro, retrasando la atención médica. En la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS, donde se realizó el presente estudio, no existe información detallada sobre los hallazgos de las tesis publicadas que permitan proponer estrategias para un abordaje oportuno y posible reducción de días de estancia intrahospitalaria, ya que el diagnóstico y tratamiento tardíos condicionan más estancia intrahospitalaria, aumento de la morbimortalidad y gastos de operación que afectan a la institución.

Objetivo: Describir la información contenida en las tesis publicadas sobre embarazo ectópico en la UMAE Hospital de Gineco obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, retrolectivo, donde se revisaron los datos clínicos reportados en todas las tesis relacionadas con embarazo ectópico que se han publicado en este hospital a partir de la primera tesis identificada.

Para calcular el porcentaje de casos de embarazos ectópicos por el número de nacimientos, se tomaron en cuenta todos los casos de embarazos ectópicos incluidos en cada tesis durante los meses de captación de la información. Posteriormente, el índice resultante se extrapoló a la cifra registrada de nacimientos anuales que son 10,000 y con ello se determinó el porcentaje de embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos.

La información se analizó mediante pruebas de estadística descriptiva, reportándose mediante gráficos y tablas de frecuencias.

Resultados: Se identificaron 7 tesis de posgrado en Ginecología y Obstetricia en el periodo 1978-2022, que incluyeron a un total de 444 casos con embarazo

ectópico. El rango de edad en el cual se encontró el mayor número de casos fue entre 26-35 años, representando a casi la mitad de los casos. En casi 9 de 10 casos de embarazo ectópico no se reportó el antecedente de la utilización de dispositivo intrauterino, ni de enfermedad inflamatoria pélvica. El tratamiento quirúrgico fue el más utilizado para la resolución del embarazo ectópico (98.4%), mientras que el tratamiento médico fue en el 1.6% restante. El reporte histopatológico solo se reportó en 1 de cada 5 casos de embarazo ectópico y en todos ellos existió concordancia clínica-histopatológica. El embarazo ectópico reportado desde 1978-2022 representó aproximadamente el 0.5% de todos los nacimientos calculados en el periodo de captación de información de cada tesis.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico comprendió el 98.4% de los casos. No se reportó mortalidad por embarazo ectópico en las tesis publicadas. La información recabada adolece de criterios uniformes y de sistematización. El embarazo ectópico comprendió el 0.5% de los nacimientos.

Palabras Clave: Ectópico, quirúrgico, calidad, tesis.

ABSTRACT

Background: According to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), ectopic pregnancy accounts for approximately 2% of all reported pregnancies. Despite improvements in diagnosis and management, ruptured ectopic pregnancy remains a major cause of pregnancy-related morbidity and mortality, accounting for 9-13% of first trimester maternal deaths.

Up to half of the patients diagnosed with ectopic pregnancy have no risk factors. Women with previous ectopic pregnancy are at higher risk, increasing recurrence from 10 - 25% depending on the history.

The current literature describes diagnostic approaches using ultrasound, laboratory and clinical data, and there are two types of treatment, with surgery being the most prevalent in both ruptured and unruptured ectopic pregnancies. In the UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", IMSS, there are not exceptional patients in whom an emergency surgical approach becomes difficult, since laboratory resources (Fraction β -hCG) are not available in all shifts to reach a clear diagnosis, delaying medical attention. In the UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", IMSS, where the present study was carried out, there is no detailed information on the findings of the published theses that allow proposing strategies for a timely approach and possible reduction of days of in-hospital stay, since late diagnosis and treatment condition more in-hospital stay, increased morbimortality and operating expenses that affect the institution.

Objective: Describe the information contained in the theses published on ectopic pregnancy at UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", IMSS.

Material and methods: A cross-sectional, retrolective study was performed, in which the clinical data reported in all the theses related to ectopic pregnancy that have been published in this hospital from the first thesis identified were reviewed.

To calculate the percentage of ectopic pregnancy cases per number of births, all cases of ectopic pregnancy included in each thesis during the months of data collection were taken into account. Subsequently, the resulting index was extrapolated to the recorded number of annual births, which is 10,000, and thus the percentage of ectopic pregnancies per 100 births was determined.

The information was analyzed using descriptive statistical tests and reported using graphs and frequency tables.

Results: Seven postgraduate theses in Obstetrics and Gynecology were identified in the period 1978-2022, which included a total of 444 cases with ectopic pregnancy. The age range in which the highest number of cases was found was between 26-35 years, representing almost half of the cases. In almost 9 of 10 cases of ectopic pregnancy, the history of intrauterine device use or pelvic inflammatory disease was not reported. Surgical treatment was the most used for the resolution of ectopic pregnancy (98.4%), while medical treatment was in the remaining 1.6%. The histopathological report was only reported in 1 out of every 5

cases of ectopic pregnancy and there was clinical-histopathological concordance in all of them. Ectopic pregnancy reported from 1978-2022 represented approximately 0.5% of all births calculated in the data collection period of each thesis.

Conclusions: Surgical treatment comprised 98.4% of the cases. No mortality from ectopic pregnancy was reported in the published theses. The information collected lacks uniform criteria and systematization. Ectopic pregnancy comprised 0.5% of births.

Keywords: Ectopic, surgery, quality, thesis.

MARCO TEÓRICO

El embarazo ectópico (EP) o embarazo extrauterino, aceptado del griego “ektopos” que significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina (1).

Antecedentes históricos

Corresponde al médico árabe Albucassis la primera descripción de un embarazo abdominal, realizada en el año 963 d.C (2). Posteriormente en el año 1618 Jean Riolan en su libro titulado *Anthropographia, et osteología* en París, fue el primero en informar sobre un auténtico embarazo tubárico extrauterino, tratándose de una paciente que se encontraba en el cuarto mes de su octavo embarazo y que murió un día después del inicio de los síntomas (3). En el año 1668, en París, François Mauriceau incluyó al embarazo ectópico como una complicación obstétrica (4).

En 1816, John King de Carolina del Sur realizó una sección vaginal por embarazo ectópico y la mujer sobrevivió a la operación. Hacia finales del siglo XIX la patología del embarazo ectópico se hizo más evidente y se intentó el diagnóstico, a veces con éxito. El diagnóstico se basaba en los siguientes criterios: (a) palpación de un tumor posterior o lateral a un útero agrandado; (b) síntomas gástricos y mamarios del embarazo; (c) ausencia de la menstruación; (d) tono púrpura de la vagina; y (e) detección de tambaleo del tumor. Dado que se pensaba que el feto ectópico era el responsable de la muerte de la madre, el tratamiento se dirigía a matar al feto (5).

En este mismo siglo XIX -no en balde conocido como el “siglo de los cirujanos”- se consiguió la primera intervención quirúrgica de un embarazo ectópico con supervivencia de la madre. Se le debe ese honor al escocés Robert Lawson Tait, quien es considerado junto con el norteamericano James Marion Sims el padre de la ginecología moderna (6). En 1953, Stromme describió la primera salpingotomía con éxito. Años más tarde en 1973, J. Shapiro informó de la primera descripción de un embarazo ectópico tratado por laparoscopia quirúrgica, desde entonces, la cirugía laparoscópica ha ganado mucha popularidad en el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico, la cual permite combinar el diagnóstico y el tratamiento en un solo procedimiento (7).

Las aportaciones fundamentales que han cambiado notablemente el diagnóstico, la evolución y el pronóstico del embarazo ectópico en los últimos 100 años la introducción del tratamiento quirúrgico, la mejora de los medios de diagnóstico como la laparoscopia la cual es preferible en el manejo del embarazo ectópico (5-8).

Epidemiología

El embarazo ectópico se presenta en un rango que va del 1 al 2 % de todos los embarazos. La incidencia global del embarazo ectópico ha aumentado desde mediados del siglo veinte, alcanzando a principio de los años noventa una cifra aproximada de 20 por 1,000 embarazos (9).

Se cree que la incidencia es mayor en los países en desarrollo, pero se desconocen las cifras concretas. Aunque la incidencia en el mundo desarrollado ha permanecido relativamente estática en los últimos años, entre 1972 y 1992 se estima que la incidencia de embarazos ectópicos se multiplicó por seis en la incidencia de embarazos ectópicos (10).

En los Estados Unidos, el número reportado de las hospitalizaciones por embarazo ectópico aumentaron de 17,800 en 1970 a 88,400 en 1989. Los datos oficiales más recientes sobre la incidencia de embarazo ectópico en Estados Unidos son de 1992, donde la CDC estimó una tasa de 19.7 por 1,000 embarazos reportados, lo que representó aproximadamente el 2 % de los embarazos notificados (11). El número de embarazos ectópicos ha aumentado de manera notable durante las últimas décadas. Los datos obtenidos en la *National Hospital Discharge Survey* indican que la incidencia de embarazo ectópico prácticamente se cuadruplicó entre 1970 (4.5 por 1,000 embarazos) y 1989 (16 por 1,000). En México la incidencia varía de uno por cada 200/500 embarazos a 1.6 a 2 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos (12).

Morbilidad y mortalidad

Es la emergencia más común durante el primer trimestre de embarazo; por este motivo, es la causa más frecuente de muerte materna durante este periodo de la gestación, lo que compromete a su diagnóstico y tratamiento oportuno (13).

En 1970 y 1989 el 13.0 % de todas las muertes maternas fueron a causa de embarazo ectópico, con un descenso en el porcentaje en el periodo comprendido entre 1991 a 1999, causando en este periodo aproximadamente el 6.0 % de las muertes maternas. Esta disminución en la mortalidad probablemente se atribuya a los avances tecnológicos, a un diagnóstico más rápido y oportuno y a mejoras en el tratamiento (14). En los países en vías de desarrollo las tasas de mortalidad por embarazo ectópico van, aproximadamente, del 1 al 3 %, es decir, diez veces más que las informadas en los países desarrollados (15). En la actualidad aproximadamente el 75 % de las muertes en el primer trimestre y el 9 % de todas las muertes relacionadas al embarazo son por embarazo ectópico (1-12).

Factores de riesgo

Cualquier factor que desencadene la destrucción anatómica de las trompas de Falopio, desequilibrios hormonales o alteraciones en la motilidad tubárica parece estar involucrado en la etiología del embarazo ectópico (16). El 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa, Siendo sus formas no tubáricas el embarazo cervical (0.1 %) el embarazo ovárico (0.5 %), el embarazo abdominal (1.3 %), el embarazo cornual (3 %), el embarazo intraligamentario (0.1 %), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario (17). Numerosos autores coinciden al plantear los múltiples factores etiológicos asociados al embarazo ectópico: A) Las Infecciones de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*), B) Antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) C) Antecedentes de infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, D) Cirugías pélvicas previas, E) Esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral, F) Uso de anticonceptivos intrauterinos, G) Antecedentes de embarazo ectópico y H) Tabaquismo (18).

El embarazo ectópico se encuentra fuertemente influenciado por la exposición del tabaquismo, el cual representa un riesgo hasta 3.8 veces mayor en pacientes

fumadoras en comparación con las no fumadoras (19). El riesgo de embarazo ectópico se triplica como mínimo en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada. En la mayoría de los casos, la lesión tubárica es consecuencia de infecciones de transmisión sexual, entre las que la gonococia y las clamidias son las más frecuentes. Tras un episodio de infección tubárica, el riesgo de embarazo ectópico es de alrededor de 10 % y aumenta de forma progresiva con cada infección posterior (20). Respecto a la edad el riesgo aumenta en mujeres mayores de 30 años; este se relaciona principalmente con la función de las trompas de Falopio debido a que pueden retrasar el transporte de los óvulos y provocar una implantación en estas, en mujeres usuarias de dispositivo intrauterino, el riesgo para desarrollar un embarazo ectópico no aumenta, sin embargo, un embarazo con un DIU *in situ*, es más a menudo ectópico que un embarazo intrauterino (18-21). Las alteraciones patológicas tubáricas demostradas, como el antecedente de cirugía, infección pelviana o la endometriosis, constituyen los factores de riesgo más sólidos del embarazo ectópico con un riesgo relativo de 21 (22).

Diagnóstico

El diagnóstico del embarazo ectópico es uno de los retos a los que nos enfrentamos en el ejercicio obstétrico diario (23). El diagnóstico temprano es posible gracias a la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG), ultrasonografía transvaginal, progesterona sérica y la técnica de laparoscopia (24). El diagnóstico moderno de embarazo ectópico es mediante ultrasonido ya que, aunque los niveles de β -hCG en embarazo ectópico son más bajos que en un embarazo normal la medición de la β -hCG no arroja nada de información de la ubicación de implantación (17). El ultrasonido (US) es la modalidad de imagen de elección para las mujeres en las que se sospecha un embarazo ectópico (25). El primer paso para diagnosticar el embarazo ectópico es diferenciarlo del embarazo intrauterino y el aborto espontáneo por la visibilidad de un saco gestacional intrauterino mediante ultrasonido transvaginal (26). Si bien el diagnóstico de embarazo ectópico no se basa en el ultrasonido transvaginal solo, podríamos decir que la gran mayoría de las mujeres que presentan embarazo

ectópico, pueden diagnosticarse de manera confiable utilizando este método como una única prueba independiente (27). La ecografía y las estimaciones seriadas de la β -hCG en suero se utilizan para detectar o excluir un embarazo ectópico (28).

Tratamiento

Actualmente existen diversos tratamientos para el manejo del embarazo ectópico, todo dependiendo el estado clínico, compromiso hemodinámico, características por ultrasonido y bioquímico de la paciente. Se puede considerar el tratamiento médico con metotrexato (MTX) para mujeres con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico que se encuentran hemodinámicamente estables, que tienen una masa no rota y que no tienen contraindicaciones absolutas para la administración de MTX (29). Los 2 protocolos de tratamiento más utilizados para el tratamiento con MTX implican un protocolo de dosis múltiple o de dosis única. El protocolo de dosis múltiple implica la administración de MTX intramuscular en los días 1, 3, 5 y 7; a una dosis de 1 mg / Kg de peso corporal, alternada en los días 2, 4, 6 y 8 con factor de rescate de leucovorina (ácido folínico) 0.1 mg / Kg de peso corporal intramuscular, y se usa para reducir los efectos secundarios de grandes dosis de MTX (30). El tratamiento quirúrgico se realiza en todos los casos de embarazos ectópicos complicados, y consiste en la salpingectomía o salpingostomía por laparotomía o laparoscopia, según el caso. El éxito de la terapia es hasta 92 %. En el embarazo ectópico no complicado se puede realizar manejo médico, siempre que cumpla los criterios de inclusión (31). La cirugía laparoscópica es el método quirúrgico en aumento en los últimos años, ya que permite una cirugía mínimamente invasiva en condiciones de estabilidad hemodinámica, la visión es clara y la operación es más delicada. Se puede optar por la escisión de la trompa de Falopio o la extirpación del embrión reteniendo dentro de esta y es adecuado para mujeres con requisitos de fertilidad (32).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico es una de las causas de hemorragia obstétrica en la primera mitad del embarazo que causa gran morbilidad, además de uno de los diagnósticos diferenciales más importantes que realiza el médico especialista en Ginecología y Obstetricia en la sala de urgencias. Se trata de una patología en la que es importante realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico de manera temprana utilizando las herramientas descritas, ya sea clínica, ultrasonográfica y laboratorio para evitar desenlaces que repercutan en la fertilidad de las pacientes. En la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS, no se conoce la información contenida en las tesis de especialidad referente al tema por lo que es de importancia responder la siguiente pregunta de investigación:

En las tesis publicadas sobre embarazo ectópico en.

¿Cuáles son los hallazgos clínicos (edad, antecedentes gineco obstétricos, tipo de tratamiento y correlación clínica-histopatológica) reportados?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico es uno de los diagnósticos diferenciales de mayor importancia que causan mayor morbimortalidad en el primer trimestre de la gestación. Tener un equipo de expertos en el tema, así como, las herramientas adecuadas en todos los turnos laborales, evita un desenlace catastrófico en el que la paciente termina, en el mejor de los casos, con múltiples hemotransfusiones si no se norma una conducta adecuada o si el diagnóstico no se realiza de manera minuciosa. Muchas de las veces se retrasa el abordaje diagnóstico y por lo tanto el terapéutico por no tener en todos los turnos laborales y fines de semana la cuantificación de la fracción β -hCG, no se cuenta con equipo de ultrasonido adecuado en el área de admisión que permita realizar el complemento diagnóstico, aumentando los días de estancia intrahospitalaria de 2 a 3 días en promedio. Por todo lo anterior, es importante conocer la información generada sobre el embarazo ectópico en esta UMAE y así buscar áreas de oportunidad de mejorar condiciones en nuestra institución para brindar una mejor atención las derechohabientes al disminuir el tiempo para realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico y con ellos disminución de morbimortalidad.

OBJETIVOS

1. **General:** Describir la información contenida en las tesis publicadas sobre embarazo ectópico en la UMAE Hospital de Gineco obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.

Específicos:

1. Conocer la edad y los antecedentes Gineco Obstétricos de las pacientes incluidas en las tesis publicadas sobre embarazo ectópico en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.
2. Describir el tipo de tratamiento que recibieron las pacientes incluidas en las tesis publicadas sobre embarazo ectópico en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.
3. Conocer la concordancia clínica- histopatológica de las pacientes incluidas en las tesis publicadas sobre embarazo ectópico en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.
4. Referir la fecha de publicación de las tesis sobre embarazo ectópico en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

HIPOTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no requiere hipótesis.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Estudio transversal retrolectivo.

Periodo de estudio:

Marzo a Mayo de 2023.

Universo de estudio:

Todas las tesis de especialidad relacionadas con embarazo ectópico que se hayan publicado en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.

Obtención de la muestra:

Se consultó el acervo bibliográfico de la biblioteca mediante un rastreo electrónico que se realizó en la dirección electrónica; http://edumed.imss.gob.mx/gineco4/catalogo_tesis.html

TESIUNAM: https://tesiunam.dgb.unam.mx/F?func=find-b-0&local_base=TES01

Se revisaron todas las tesis relacionadas con embarazo ectópico que se encontraron en la biblioteca del hospital de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.

Definición de las variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.	Número de años que tenían las pacientes reportadas en las tesis.	Cuantitativa	Años
Embarazos	Número total de gestaciones que ha tenido una mujer, sin importar el resultado.	Número de embarazos que tenían las pacientes reportadas en las tesis.	Cuantitativa	Número de gestas
Utilización de dispositivo intrauterino.	Método anticonceptivo colocado dentro de la cavidad endometrial.	Uso de dispositivo intrauterino como método de planificación familiar, reportado en las tesis.	Cualitativa dicotómica	Sí No
Antecedente de embarazo ectópico	Desarrollo del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial.	Antecedente de embarazo fuera de la cavidad endometrial referido por las pacientes incluidas en las tesis.	Cualitativa dicotómica	Sí No
Tipo de tratamiento.	Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación de la enfermedad.	Método de resolución de la patología, que puede ser médico o quirúrgico y que fue reportado en las tesis.	Cualitativa dicotómica	Médico Quirúrgico

Concordancia clínica-histopatológica.	Coincidencia entre el diagnóstico prequirúrgico con el reportado histopatológicamente.	Reporte histopatológico de embarazo ectópico reportado en las tesis.	Cualitativa dicotómica	Concordante Discordante
Fecha de publicación de las tesis.	Es la fecha en que el documento se pone a disposición del público lector.	Año de publicación reportado en las tesis.	Cuantitativa	Año

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Tesis relacionadas con embarazo ectópico.

Criterios de exclusión:

- Ninguno.

Criterios de eliminación:

- Ninguno.

Desarrollo de trabajo:

Se consultaron las tesis relacionadas con el tema de embarazo ectópico a lo largo de la historia de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS. Se realizó un resumen de cada tesis consultada, identificando edad, antecedentes gineco obstétricos, tipo de tratamientos y correlación clínica-histopatológica de las pacientes incluidas en las tesis, así como la fecha de publicación, para posteriormente analizar los resultados de la información resultante y elaborar un análisis descriptivo.

Método de recolección de datos:

La información que se recolectó fue la contenida en las tesis realizadas en la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS que se encontraron en físico en la biblioteca. Se realizó un resumen de cada tesis

consultada registrando en una hoja de recolección de datos diseñada exprofeso la edad, antecedentes gineco obstétricos, tipo de tratamiento y correlación clínica-histopatológica de las pacientes incluidas en las tesis, así como la fecha de publicación.

Análisis estadísticos:

La información susceptible de ser analizada mediante estadística descriptiva fue presentada mediante gráficos y tablas de frecuencias. El resto de los hallazgos se presentaron de forma narrativa.

Consideraciones éticas:

1. El investigador garantizó que este estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este proyecto fue considerado como investigación sin riesgo, ya que en ninguno de los procedimientos para recabar información se involucran a pacientes y su integridad.
3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevaron 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 garantizó que:
 - a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
 - b. Este protocolo fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité Local de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - c. Debido a que para el desarrollo de este proyecto no se involucró directamente a seres humanos y solo se consultó la información reportada en las tesis publicadas, no se requirió consentimiento informado.

d. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos competentes y certificados en su especialidad.

e. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas.

4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.

5. El procedimiento para recolectar las tesis fue el siguiente: Se acudió con el personal encargado de la biblioteca el Hospital Gineco Obstetricia No.4 “Luis Castelazo Ayala” para buscar las tesis hasta la fecha que estuvieron publicadas ya sean de especialidad o de subespecialidad médicas.

6. El procedimiento para garantizar la confidencialidad de los datos personales y la información obtenida fue el siguiente: Se llenaron en la hoja de recolección de datos sin incluir nombres de pacientes que estuvieron reportados en las tesis publicadas, cuya información se mantendrá en resguardo por los investigadores.

Programa de trabajo:

El estudio se llevó a cabo en la UMAE, Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” en el período de Marzo a Mayo de 2023.

Recursos humanos:

- Dr. Tomás Cortés Martínez

Médico Residente de cuarto año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.

UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS.
Teléfono: 555506060 Ext. 28015.

- Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

Director de Educación e investigación en salud de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”, IMSS. Av. Río Magdalena 289 Tizapán San Ángel, Ciudad de México,
Teléfono: 555506060 Ext. 28015.

Recursos materiales:

Tesis sobre embarazo ectópico elaboradas en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco obstetricia No.4 "Luis Castelazo Ayala".

Material de oficina: (hojas, lápices, plumas).

Equipo de cómputo.

Financiamiento del proyecto:

El estudio fue cubierto en su totalidad por los investigadores.

RESULTADOS

Se identificaron 7 tesis de posgrado en Ginecología y Obstetricia en el período 1978-2022, que incluyeron a un total de 444 casos con embarazo ectópico. El rango de edad en el cual se encontró el mayor número de casos fue entre 26-35 años, representando a casi la mitad de los casos. Aproximadamente en 1 de cada 20 casos de embarazo ectópico no se reportó la edad de las embarazadas, de la misma forma 1 de cada 20 casos de embarazo ectópico se presentó en mujeres de 41-45 años. En 6 de cada 10 casos de embarazo ectópico no se reportó el número de embarazos. En casi 9 de 10 casos de embarazo ectópico no se reportó el antecedente de la utilización de dispositivo intrauterino, ni de enfermedad inflamatoria pélvica. El tratamiento quirúrgico fue el más utilizado para la resolución del embarazo ectópico (98.4%), mientras que el tratamiento médico fue en el 1.6% restante. El reporte histopatológico solo se reportó en 1 de cada 5 casos de embarazo ectópico y en todos ellos existió concordancia clínica-histopatológica. Se apreció que el mayor número de tesis publicadas en referencia al embarazo ectópico se realizó en la década de 2011-2020 con un total de 3 (tabla 1). Se encontró una frecuencia de 4.3 casos promedio por mes de embarazo ectópico, cifra que coincide con la situación actual (tabla 2).

El embarazo ectópico reportado desde 1978-2022 representó aproximadamente el 0.5% de todos los nacimientos calculados en el periodo de captación de información de cada tesis.

DISCUSIÓN

La frecuencia de embarazo ectópico publicada por la revista médica del IMSS fue de uno por cada 122 nacidos vivos (11). Los antecedentes asociados a embarazo ectópico fueron tabaquismo, utilización de DIU antes de la concepción, embarazo ectópico previo, haberse sometido a cirugías abdominales (no cesáreas) y tener dos o más parejas sexuales. En el presente estudio la frecuencia estimada de embarazos ectópicos fue de 1 caso por cada 179 nacidos vivos. Esta cifra se obtuvo de la sumatoria de los casos de embarazo ectópico entre el periodo de tiempo de su captación extrapolado al número de nacimientos del mencionado período lo cual explica la diferencia entre los resultados de ambos estudios.

En referencia a los antecedentes clínicos asociados a la presencia del embarazo ectópico, se encontró que a pesar de que fueron tomados en cuenta en los reportes de las tesis realizadas en este hospital (31, 33, 35), no se consideraron de una manera uniforme en cada uno de ellos, por lo cual no fue posible establecer una cifra aproximada de cada uno de los antecedentes conocidos en los casos identificados de embarazo ectópico. De tal manera, aunque no son aspectos desconocidos que determinados grupos poblacionales practican ciertos hábitos no saludables como el tabaquismo y/o la promiscuidad entre otros y que estos pueden condicionar incrementos en las infecciones relacionadas con la actividad sexual y posteriormente enfermedad pélvica inflamatoria, la falta de sistematización u orientación para explorar la información relacionada con esos condicionantes de embarazo ectópico, no hicieron posible comparar los resultados encontrados en la revisión de la información generada en este hospital a lo largo de su historia con lo reportado en la literatura médico-científica.

En un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" datos publicados en la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, más de la mitad de las mujeres con embarazo ectópico tenían entre 20 y 29 años (17). Estos reportes no concuerdan precisamente con nuestro estudio puesto que en este grupo de edad se reportó un poco menos de la mitad de los casos. No obstante, si se toma en consideración la denominada edad reproductiva ideal que abarca de los 20 a los 35 años, se observó que aproximadamente dos

de cada tres pacientes que desarrollaron embarazo ectópico se encontraban en ese rango de edad. En mujeres mayores a 35 años se encontró un porcentaje discretamente mayor de embarazo ectópico que en la adolescencia, representando uno de cada seis casos identificados lo que significa un desafío adicional para el diagnóstico y el manejo. Por todo lo mencionado la edad materna juega un papel importante en la presencia de esta entidad patológica, situación que no pudo discernirse en este trabajo debido a la falta de información al respecto. Se encontró que el tratamiento quirúrgico se utilizó casi en el 100% de los casos lo que refleja una práctica común y la efectividad de la intervención quirúrgica en el manejo de esta condición, pero también puede significar la urgencia de la intervención debido a la presentación del embarazo ectópico roto. Sin embargo, un pequeño porcentaje restante recibió tratamiento médico, lo que destaca la relevancia de opciones no quirúrgicas en casos seleccionados constituyendo una alternativa terapéutica útil, reciente en la historia del Hospital (36).

Resulta inexplicable que solo a un número reducido de casos de embarazo ectópico se realizó estudio histopatológico lo que limita confirmar el diagnóstico y proporcionar una base sólida para estandarizar el manejo orientado y dirigir futuras investigaciones (34).

Los resultados del presente reporte hace necesario realizar mejoras en la atención y el manejo del embarazo ectópico a partir de promover la recolección completa y precisa de datos clínicos, como la edad de las pacientes, el número de embarazos previos y el antecedente de uso de dispositivos intrauterinos, lo que permitirá una evaluación más adecuada y precisa de los factores de riesgo y facilitará la toma de decisiones terapéuticas. Igualmente se deben fomentar estrategias que promuevan la concordancia clínica-histopatológica en todos los casos, lo cual respaldará un abordaje preciso y efectivo de esta condición. Por todo ello resulta fundamental continuar investigando y desarrollando nuevas técnicas quirúrgicas fomentando el uso de cirugía laparoscópica de mínima invasión al igual que consolidar las opciones de tratamiento médico para optimizar la resolución de los casos de embarazo ectópico, reduciendo así la estancia intrahospitalaria y la morbilidad asociada. No debe soslayarse que un enfoque multidisciplinario, que

involucre a los profesionales de la salud, las diversas instituciones y los organismos reguladores permitirán implementar cambios que conduzcan a mejores resultados clínicos y una atención óptima para las pacientes con embarazo ectópico, sin dejar de lado la gran importancia de contar con recursos materiales y humanos durante todos los turnos laborales. Solo así se podrá realizar un abordaje oportuno e integral de la paciente, que permita tomar una conducta más rápida y precisa, disminuyendo así la morbilidad materna y estancia intrahospitalaria.

Algunas estrategias para difundir el conocimiento sobre el problema que significa el embarazo ectópico tendiente a mejorar la calidad en la atención a las pacientes pudieran ser:

1. Seminarios y conferencias: Seguir fomentando la implementación de sesiones académicas que permitan desarrollar habilidades clínicas para el diagnóstico temprano de embarazo ectópico.
2. Reparto de información por medio de trípticos: Difundir el conocimiento por medio de folletos donde se haga de conocimiento al personal de salud que existe cirugía de mínima invasión (laparoscopia) que permite que pacientes seleccionadas se vean beneficiadas, disminuyendo morbilidad y estancia intrahospitalaria.
3. Realizar la gestión para la disponibilidad de la cuantificación de la fracción beta de hormona gonadotrofina coriónica humana en todos los turnos laborales para que aunada a los estudios ultrasonográficos permitan afinar su diagnóstico.

Como es de conocimiento general, el embarazo ectópico es uno de los diagnósticos diferenciales más graves y comunes durante el primer trimestre del embarazo que comúnmente acuden a los servicios de urgencias por lo que diagnosticar oportuna y eficientemente esta condición aunado al tratamiento adecuado y oportuno redundaría en una menor morbilidad asociada a ella.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento quirúrgico comprendió el 98.4% de los casos.
2. No se reportó mortalidad por embarazo ectópico en las tesis publicadas.
3. La información recabada adolece de criterios uniformes y de sistematización.
4. El embarazo ectópico comprendió el 0.5% de los nacimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Liang HH, Vargas JS, Sánchez AGH, Mora JV. Embarazo Ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*. 2019 Feb 28; 9 (1): pág. 28–36.
2. Doroszewska K, Milewicz T, Bereza T, Horbaczewska A, Komenda J, Kłósowicz E, et al. Cesarean scar pregnancy - various methods of treatment. *Folia Medica Cracoviensia* [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 2]; 59(2): pág. 5–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31659344/>.
3. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2011 Mar 1 [cited 2021 Feb 23]; 37(1): pág. 84–99. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010.
4. Lurie S. The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 1992 Jan [cited 2021 Mar 12]; 43(1): pág. 1–7. Available from: [https://www.ejog.org/article/0028-2243\(92\)90235-Q/pdf#:~:text=Until%20the%2019th%20century%2C%20ectopic](https://www.ejog.org/article/0028-2243(92)90235-Q/pdf#:~:text=Until%20the%2019th%20century%2C%20ectopic)
5. Cearra I, Da Silva A, De Luis N, Domínguez I. Pasado, presente y futuro del embarazo ectópico. *Gaceta Médica de Bilbao*. 2009 Jan; 106(2): pág. 53–60.
6. Kotarba DD, Claman P. Laparoscopic Versus Laparotomy Treatment of Ectopic Pregnancy: A Canadian Perspective. *Journal SOGC*. 1995 Aug; 17(8):pág. 755.
7. Chaudhary P, Manchanda R, Patil VN. Retrospective Study on Laparoscopic Management of Ectopic Pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2012 Nov 10;63(3):173–6.
8. Cabrera Samith I, Perales C I, Romero A G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital base de los Ángeles. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 9]; pág. 75(2). Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v75n2/art04.pdf>
9. Sivalingam VN, Duncan WC, Kirk E, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* [Internet]. 2011 Jul 4 [cited 2019 Oct 15]; 37(4): pág. 231–240. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3213855/>
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy-- United States, 1990-1992. *MMWR Morbidity and mortality weekly report* [Internet]. 1995 Jan 27; 44(3): pág. 46–48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7823895/>
11. Escobar-Padilla B, Perez-López CA, Martínez-Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2017 Jul 15 [cited 2023 Jan 27]; 55(3): pág. 278–285. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72970>

12. Viera Hernández MI, Molina Peñate L, Tapia Llody G. Embarazo ectópico cervical. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2023 Jan 27]; 43 (3): pág. 125–135.
13. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, Zane S, Berg CJ, Callaghan WM. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(4): pág. 837-843.
14. Mignini L. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico. Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2008. Available from: https://www.cochrane.org/es/CD000324/MENSTR_intervenciones-para-el-embarazo-ectopico-tubarico.
15. Pisarska MD, Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *The Lancet*. 1998 Apr; 351(9109):pág. 1115–1120.
16. Valladares BL, Castillo J, Valladares MJ, Medina D, Solórzano S, Pérez Ó. Embarazo cervical: Reporte de caso revisión bibliográfica. *Archivos de medicina* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 27]; 12(3):20. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5728823>
17. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2022 Sep 10]; 36(1): pág. 36–43.
18. Sánchez SRS, Miranda PM, Buen AEI. Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC* [Internet]. 2005 [cited 2023 Jan 27]; 50(2): pág. 58–61. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=7027>
19. G. Sierra García, J. Álvarez, M. Chimal. Factores de riesgo del embarazo ectópico. *artículos de investigación materno infantil*. 2009; I, No. 2: pág. 85–89. Available from: <https://docplayer.es/43635507-Factores-de-riesgo-del-embarazo-ectopico-graciela-janet-sierra>
20. Xiong X, Buekens P, Wollast E. IUD use and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis of case-control studies. *Contraception*. 1995; 52(1): pág. 23-34.
21. Mohamed A, Santiago-Cuadri Artacho, J. Navarro Repiso. Embarazo ectópico. Available from: <https://docplayer.es/3262792-Embarazo-ectopico-embarazo-ectopico.html>
22. Faneite P, Amato R, Faneite J, Rivera C, Palacios L. Embarazo ectópico. 2000-2007. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* [Internet]. 2008 Sep 1 [cited 2023 Jan 27]; 68(3): pág. 155–159.
23. Lipscomb GH, Stovall TG, Ling FW. Nonsurgical treatment of ectopic pregnancy. *N Engl J Med*. 2000; 2; 343(18): pág. 1325- 1329.
24. Lee R, Dupuis C, Chen B, Smith A, Kim YH. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Apr 1]; 37(1): pág. 78–87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769947>
25. Winder S, Reid S, Condous G. Ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. *Australasian Journal of Ultrasound in Medicine* [Internet]. 2011 May 1 [cited 2020 Mar 15]; 14(2): pág. 29–33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5024893/>.

26. Surampudi K. The Role of Serum Beta h CG in Early Diagnosis and Management Strategy of Ectopic Pregnancy. JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH. 2016;
27. ACOG Practice Bulletin No. 193. Obstetrics & Gynecology. 2018; 131(3), pág. 91–103.
28. Lipscomb GH, Givens VM, Meyer NL, Bran D. Comparison of multidose and single-dose methotrexate protocols for the treatment of ectopic pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005 Jun; 192(6): pág. 1844–1847.
29. Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el embarazo ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015 May 5; 61(1): pág. 27–32.
30. Zhou Miao. Comparison between laparoscopic surgery and laparotomy for the treatment of acute ruptured ectopic pregnancy. 2017;6(3): pág. 97-100.
31. Pacchiano de la Garza, Aldo Javier, sustentante. Embarazo ectópico, análisis de 130 casos, 1984.
32. Del Rayo Coello Garcia, Esperanza, sustentante. Utilidad comparativa del ultrasonido abdominal y vaginal en el diagnóstico del embarazo ectópico, 1994.
33. Sánchez Reyes, Karla Alejandra, sustentante. Embarazo ectópico, análisis descriptivo de su presentación en el Hospital de Ginecología y Obstetricia #4 Luis Castelazo Ayala, 2013
34. Marín Robles, Deborah del Carmen, sustentante. Confirmación del diagnóstico clínico de embarazo ectópico por estudio histopatológico, 2019
35. Gonzalez Rodriguez, Erika Nohemi, sustentante. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico tubárico, 2019.
36. Ayala Fregoso, Anahí, sustentante. Experiencia del manejo médico del embarazo ectópico tubárico con metotrexato. 2021
37. Aguilar Vargas, Esteban, sustentante. Concordancia del punto "M" en el ultrasonido de primer trimestre con el diagnóstico histopatológico de embarazo ectópico en cicatriz uterina, 2022

ANEXO 1

Casos (n=444)		
Edad (años)	No.	%
15-20	56	12.6
21-25	80	18.0
26-30	128	28.8
31-35	92	20.7
36-40	59	13.3
41-45	10	2.3
No especificado	19	4.3
Gestaciones previas	No.	%
Una	41	9.2
Dos	61	13.7
Tres	39	8.8
Cuatro	21	4.7
Cinco y más	7	1.6
No especificado	275	62.0
Antecedente de DIU	No.	%
Sí	51	11.5
No especificado	393	88.5
Tratamiento	No.	%
Médico	7	1.6
Quirúrgico	437	98.4
Reporte histopatológico	No.	%
Sí	94	21.1
No	350	78.9
Tesis publicadas por décadas	No.	%
1978-2000	2	28.6
2001-2010	0	0.0
2011-2020	3	42.8
2021-2022	2	28.6

Tabla 1.

Características clínicas de los embarazos ectópicos publicados en las tesis de posgrado de la UMAE HGO No. 4, "Luis Castelazo Ayala" de 1978-2022.

ANEXO 2

Año	Periodo	Casos	Frecuencia/mes
1984	30 meses	130	4.3
1994	8 meses	30	3.8
2013	24 meses	115	4.8
2019	24 meses	112	4.7
2019	12 meses	38	3.2
Total	98 meses	425*	4.3

Tabla 2. Embarazo ectópico por periodo de estudio en las tesis de posgrado de la UMAE HGO No. 4, "Luis Castelazo Ayala" de 1978-2022.

*No se incluyeron 19 casos debido a que se trató de 2 tesis que reportaron manejo médico.



ANEXO 3

HALLAZGOS CLÍNICOS REPORTADOS EN TESIS PUBLICADAS SOBRE EMBARAZO ECTÓPICO EN LA UMAE, HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”, IMSS.

Hoja de recolección de información

Título de la tesis	
Fecha de publicación	
Autores	
Objetivos	
Resultados	
Conclusiones	
Edad	Gesta: Parto: Aborto: Cesárea: Uso de DIU: Sí () No ()
Tipo de tratamiento.	Médico () Especificar: Quirúrgico () Especificar.
Concordancia clínica-histopatológica.	

Nombre de quien captura la información: Tomás Cortés Martínez

ANEXO 4
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Por el presente documento, Tomás Cortés Martínez alumno de posgrado de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Gineco Obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, del IMSS

Informo que he elaborado el Trabajo de investigación, tema de tesis denominado **“HALLAZGOS CLÍNICOS REPORTADOS EN TESIS PUBLICADAS SOBRE EMBARAZO ECTÓPICO EN LA UMAE, HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 “LUIS CASTELAZO AYALA”, IMSS.”**, y declaro que:

- 1) En este trabajo no existe plagio de ninguna naturaleza y es de carácter original, siendo resultado de mi trabajo personal, el cual no he copiado de otro trabajo de investigación, ni utilizado ideas, fórmulas, ni citas completas “strictu sensu”, así como ilustraciones diversas, obtenidas de cualquier tesis, obra, artículo, memoria, etc., (en versión digital o impresa)
- 2) Asimismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios estrictos como en internet.
- 3) Asimismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor, las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en la Normatividad que implique al programa.

Tomás Cortés Martínez

Ciudad de México, a 20 de Mayo de 2023

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3606**
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA

Registro COFEPRIS **17 CI 09 010 024**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 026 2016121**

FECHA **Miércoles, 22 de marzo de 2023**

Dr. Juan Carlos Martínez Chéquer

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **HALLAZGOS CLINICOS REPORTADOS EN TESIS PUBLICADAS SOBRE EMBARAZO ECTÓPICO EN LA UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4 "LUIS CASTELAZO AYALA", IMSS**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3606-022

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Oscar Moreno Alvarez

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3606

Imprimir