



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO
ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
PISCO 2012 - 2016”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
DE LA CRUZ BRAVO, ALEXANDRA ESTEFANY**

**ASESORA:
LIC. SEDANO MIRAVAL, ENMA ZORAIDA**

**PISCO – PERU
2017**

DEDICO A:

Mis padres Blanca y Andrés, por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, por los valores que me han inculcado y por los consejos que me brindaron.

Mis hermanos, por ser parte de mi vida y por apoyarme en aquellos momentos de necesidad.

AGRADEZCO A:

Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, por ser mi luz y mi camino.

La Universidad Alas Peruanas, porque nos ofrece una gran calidad de educación para hacer de nosotros unos grandes profesionales.

Mi asesora de tesis la Lic. Enma Sedano Miraval, por la orientación y paciencia que me brindó para la realización de mi tesis.

Mis docentes, por transmitirme sus conocimientos y dedicación para lograr ser una profesional competente.

A todos los que fueron mis compañeros de clases durante todos los ciclos de la Universidad, por su compañerismo y amistad.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento de problema	09
1.2. Formulación del Problema	11
1.2.1. Problema Principal	11
1.2.2. Problemas Secundarios	11
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos	12
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	12
1.5. Limitaciones de la Investigación	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	14
2.2. Bases Teóricas	18
2.3. Definición de términos Básicos	33
2.4. Hipótesis de la Investigación	36
2.5. Variables	36
2.5.1. Variable Independiente	36
2.5.2. Variable Dependiente	37
2.5.3. Operacionalización de las variables	38

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1.	Diseño de la Investigación	39
3.1.1.	Tipo de Investigación	39
3.1.2.	Nivel de Investigación	39
3.1.3.	Método	39
3.2.	Descripción de ámbito de la investigación	39
3.3.	Población y Muestra de la Investigación	40
3.3.1.	Población	40
3.3.2.	Muestra	40
3.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	40
3.4.1.	Técnicas	40
3.4.2.	Instrumentos	40
3.5.	Validez y Confiabilidad del Instrumento	41
3.6.	Plan de Recolección y Procesamiento de Datos	41

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1.	Resultados	42
------	------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1.	Discusión	50
------	-----------	----

CONCLUSIONES	53
---------------------	----

RECOMENDACIONES	54
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
-----------------------------------	----

ANEXOS	59
---------------	----

RESUMEN

Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose este fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva.

Se realizó una investigación en el Hospital San Juan de Dios de Pisco a fin de determinar los principales factores de riesgo que estarían asociados al embarazo ectópico, pues esta patología es en muchas ocasiones motivo de muerte materna por el sangrado profuso que produce una vez que eclosiona la trompa uterina. Para ello se revisó 48 historias clínicas debidamente seleccionadas por criterios de inclusión y exclusión de las cuales se formaron dos grupos de igual tamaño cada uno así 24 tuvieron embarazo ectópico y 24 presentaron gestación normal y que pertenecían al tiempo de donde se obtuvieron el primer grupo, encontrándose los siguientes resultados: Existe una prevalencia de 0.7% de embarazos ectópicos en las pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016. Existe asociación no significativa entre uso de dispositivos intrauterinos y embarazo ectópico. Existe asociación no significativa entre cirugía pélvica previa y embarazo ectópico. Existe asociación significativa entre infección pélvica previa y embarazo ectópico. Existe asociación significativa entre promiscuidad y embarazo ectópico. Existe asociación no significativa entre tabaquismo y embarazo ectópico. Existe asociación no significativa entre duchas vaginales y embarazo ectópico.

PALABRAS CLAVES: FACTORES DE RIESGO, EMBARAZO ECTÓPICO.

ABSTRACT

There has been a significant increase in ectopic pregnancy in the last 30 years not only in our country but in the world, and this phenomenon has become a problem of sexual and reproductive health.

An investigation was carried out at the San Juan de Dios Hospital in Pisco in order to determine the main risk factors that would be associated with ectopic pregnancy, since this pathology is often cause for maternal death because of the profuse bleeding that occurs after it hatch The uterine tube. For this, 48 clinical histories were duly selected by inclusion and exclusion criteria, of which two groups of equal size were formed each, thus 24 had ectopic pregnancy and 24 presented normal gestation and that belonged to the time from where the first group was obtained, With the following results: There is a prevalence of 0.7% of ectopic pregnancies in patients treated at Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016. There is no significant association between use of intrauterine devices and ectopic pregnancy. There is no significant association between prior pelvic surgery and ectopic pregnancy. There is a significant association between previous pelvic infection and ectopic pregnancy. There is a significant association between promiscuity and ectopic pregnancy. There is a non-significant association between smoking and ectopic pregnancy. There is no significant association between vaginal douches and ectopic pregnancy.

KEY WORDS: RISK FACTOR'S, ECTOPIC PREGNANCY

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos decenios la incidencia del embarazo ectópico ha aumentado de forma notable, debido en parte al incremento de los factores de riesgo y en parte a una mayor precisión en los métodos diagnósticos, aunque es muy difícil cuantificarla, dado que actualmente, en muchas ocasiones los embarazos ectópicos se tratan de forma ambulatoria.

El 90% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa y de estos el 80% en la porción ampular. Los de localización extratubárica se asocian a una mayor morbilidad.⁽¹⁾

Todo embarazo en sus inicios se localiza fuera de la cavidad uterina, ya que la fecundación del óvulo se produce en el tercio externo de la trompa de Falopio, comenzando entonces la migración del mismo, hasta llegar a la cavidad uterina e implantarse. La fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en que la implantación del huevo se produzca en un lugar impropio viéndose comprometido el desarrollo normal del embarazo y a su vez la vida de la paciente.

Las causas de un embarazo ectópico siguen siendo un reto en el campo de la investigación científica. Como causa principal se invoca la destrucción anatómica e histológica de las trompas de falopio, también por desequilibrios hormonales, aberraciones de la motilidad tubárica, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa y en casos muy raros puede originarlo la traslocación del huevo.⁽²⁾

Ante la incidencia cada vez mayor de embarazos ectópicos en nuestro país, me sentí motivada a realizar un estudio epidemiológico con el propósito de realizar la pesquisa y seguimiento de los grupos de riesgo que puedan disminuir la incidencia de la enfermedad.

Para ello se diseñó la investigación según el esquema de la Universidad Alas Peruanas filial Pisco que consta de cinco capítulos, en las que en el primer capítulo se trata de la problemática del embarazo ectópico en nuestra región, en el capítulo II se mencionan los antecedentes de la investigación y las bases teóricas, hipótesis y variables, en el capítulo III diseño, población, muestras e instrumentos y en el capítulo IV se muestran los resultados, en el capítulo V. La discusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

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 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%.

Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose este fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva. En el norte europeo la incidencia se incrementó desde 11,2 a 18,8 por 1 000 embarazos en los últimos años.

Representa actualmente el 2 % de todos los embarazos en los Estados Unidos de Norteamérica, donde hubo un incremento de 5 veces la incidencia en las últimas dos décadas. En las mujeres de Estados Unidos

de Norteamérica que presentan complicaciones letales a causa de una gestación ectópica, la muerte es el resultado de una hemorragia en el 85% de los casos. Además, el pronóstico para la reproducción futura es malo; solo la mitad de las mujeres serán madres de un recién nacido vivo.

En Cuba, las cifras de muerte materna que existían en la década 1950, se han reducido en un 78,3 %, comparada con el año 2004. En Cuba del 2010 al 2013, la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 por 100 000 nacidos vivos, constituyendo el embarazo ectópico la principal causa.

La incidencia en Lima Perú, del embarazo ectópico varía de acuerdo a los centros, así tenemos: 1 por cada 767 en el Hospital San Bartolomé, 1 por cada 303 en el Hospital Edgardo Rebagliati, 1 por cada 156 embarazos en el Hospital María Auxiliadora, uno por cada 129 en el Hospital Cayetano Heredia, en el Hospital Hipólito Unanue 1/130, en el Hospital Arzobispo Loayza 1/75 y en el Instituto Materno Perinatal 1/303 embarazos.⁽³⁾

Son múltiples los factores relacionados al embarazo ectópico y la prevalencia de tales factores está en aumento, lo que constituye en parte a una mayor frecuencia de la patología. La frecuencia de embarazo ectópico se correlaciona con historia de enfermedad de transmisión sexual, embarazo ectópico, cirugía tubárica, mujeres adultas y tabaco. Todos estos factores se encuentran presentes en la realidad de la provincia de Pisco por lo que al observar aquello durante el internado hospitalario es que creo conveniente realizar una revisión científica sobre los principales factores de riesgo para el embarazo ectópico.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.S.1. ¿Es el uso de dispositivos intrauterinos (DIUs) un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

P.S.2. ¿Es cirugía pélvica previa un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

P.S.3. ¿Es infección pélvica previa un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

P.S.4. ¿Es la promiscuidad sexual un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

P.S.5. ¿Es el tabaquismo un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

P.S.6. ¿Son las duchas vaginales un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia y factores de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 – 2016

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E.1. Precisar si el uso de dispositivos intrauterinos (DIUs) es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016.

O.E.2. Evaluar si la cirugía pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016.

O.E.3. Determinar si la infección pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016.

O.E.4. Indicar si la promiscuidad sexual es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016.

O.E.5. Investigar si el tabaquismo es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016.

O.E.6. Determinar si las duchas vaginales son un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN: La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos. Este incremento

ha sido observado en países en desarrollo como el nuestro. Se ha descrito como factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa. El diagnóstico de embarazo ectópico no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. Desde hace aproximadamente tres lustros, se hace uso de exámenes auxiliares que ayudan a precisar el diagnóstico de embarazo ectópico, tales como subunidad β de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y ultrasonografía transvaginal (USTV).⁽⁴⁾

IMPORTANCIA: La importancia de este estudio radica en que brindará las características epidemiológicas y clínicas, así como el manejo abordado en pacientes con embarazo ectópico; de modo de actualizar los datos sobre esta entidad en nuestro hospital, al que ayudará a tener mayor control sobre las pacientes en riesgo. Así mismo contribuirá en poder tomar medidas de intervención sobre los factores de riesgo en la comunidad como actividades preventivas promocionales y reducir en el futuro esta patología que pone en riesgo la vida de la madre.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las historias clínicas poco legibles limitaron el estudio.

Los resultados se limitan al área de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES

Rodríguez Y. (2010). Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Se realizó un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Eusebio Hernández". Cuba. Resultados: se mostró una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %. Más de la mitad de los casos no fumaban para un 59,7 %. La primera relación sexual antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %. **CONCLUSIONES:** el grupo de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en

pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años. La enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos.⁽⁵⁾

Durán D. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico Bogotá Colombia. Resultados: Se incluyó un total de 200 pacientes. Ambas poblaciones fueron comparables. La edad promedio de casos fue 29 años y de los controles 24.6 años; la mayoría estaban casadas o en unión libre. Con respecto a los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos ($p=0,000$) se encontró que existe un mayor riesgo de embarazo ectópico con edad entre 18-35 años, estrato socioeconómico bajo, presencia de ETS, estar casada, tener periodo intergenésico prolongado, haber tenido cirugías pélvicas previas, no usar anticonceptivos, tener endometriosis y tener antecedente de embarazo ectópico ($p=0,000$). El factor de riesgo más alto es el antecedente de un embarazo ectópico previo OR 66.2 IC95% 60.4 – 72.0 seguido de tener endometriosis con OR 20.2 IC95% 18.6 – 21.9. ($p=0,000$).⁽⁶⁾

Torres Palacios L. (2013). Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato Ecuador. Período julio 2011- julio 2012. Analizados los datos de los 2 grupos de pacientes se encontró que entre los principales factores de riesgo de este estudio que incidieron en la aparición de embarazo ectópico fueron: entre los factores de riesgo socio demográficos la procedencia rural con un 70.4%, el antecedente de tabaquismo con un 51.9%; entre los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes fueron el inicio de la vida sexual activa temprana (<18 años) con un 77.8%, el número de parejas sexuales (>1) con un 74.1%; entre los factores de riesgo Gineco-obstétricos el número de

gestas las multíparas con un 51.9%, la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%, el antecedente de abortos con 40.7%. El grupo etario, el nivel de instrucción, el tipo de anticoncepción utilizada, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, de embarazo ectópico previo, de infertilidad y de cirugía ginecológica representaron valores que no fueron estadísticamente significativos. Los factores de riesgo asociados encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.⁽⁷⁾

NACIONALES

Mercado Medrano W. (2013). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013. Resultados: se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontáneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual Conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontáneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico; y aquellas con antecedente de uso de DIU y más de una pareja sexual, tienen un riesgo moderado.⁽⁸⁾

Martínez A. (2013). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2013. Resultados: Se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue $29,2 \pm 6,5$ años; 28,5% de las pacientes fue soltera, 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina; 54,3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones, 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y 33,8% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. El tiempo promedio de amenorrea fue $6,8 \pm 2,1$ semanas y la sintomatología principal dolor abdominal (97,9%). La ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70,7% de los casos. En más de 60% la complicación fue resuelta en menos de 6 horas. El 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpinguectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular. Conclusiones: La frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical.⁽⁹⁾

Requena G. (2010). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010. Resultados: En relación a la edad de las pacientes, el grupo de casos tuvo un promedio de $29,41 \pm 7,14$ y en el grupo de los controles el promedio fue $27,59 \pm 7,92$ años de edad ($p < 0,05$). Con respecto al inicio precoz de relaciones sexuales, el promedio en el grupo de casos fue 42,86% y en el grupo de los controles el promedio fue 38,89% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de cirugía tubárica,

esta estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ($p < 0,01$). En lo que respecta al antecedente de uso de DIU, esta estuvo presente en los casos en 28,57% y en los controles en 15,87% ($p < 0,05$). En lo que respecta al antecedente de EPI, esta estuvo presente en los casos en 11,11% y en los controles en 6,35% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de embarazo ectópico, este estuvo presente en los casos en 9,52% y en los controles en 2,38% ($p < 0,05$).⁽¹⁰⁾

ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICA

2.2.1. Concepto.

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%).

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%.

Durante muchos años los clínicos y los investigadores han estudiado sobre el embarazo ectópico y los riesgos que éste representa para las mujeres en todo el mundo. Uno de los retos ha sido llevar a cabo estudios epidemiológicos fiables, lo que en parte se ha debido a las inconsistencias en el cálculo de la tasa de embarazo ectópico, dados los diferentes denominadores utilizados en el cálculo de la incidencia, la tasa de embarazo ectópico se ha expresado de diferentes maneras que no siempre son fácilmente comparables. Históricamente tres denominadores se han utilizado en el cálculo de las tasas de embarazo ectópico, estos incluyen el número total de embarazos, la cantidad de nacimientos (partos) y la cifra de mujeres en edad fértil (15-44 años). En opinión de la mayoría de autores, a pesar de las deficiencias, el número de nacimientos registrados (nacidos vivos y mortinatos) debe utilizarse como el denominador de elección, ya que estos datos son precisos y fácilmente adquiridos, esto es particularmente cierto en los países desarrollados que tienden a mantener un registro exacto de los nacimientos. En muchos países en vía de desarrollo en los que el embarazo ectópico es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna la normalización de los datos epidemiológicos es aún más importante, por lo tanto, el uso del indicador cantidad de partos es probablemente la manera más confiable de citar las tasas de embarazo ectópico en los países en desarrollo. Esto garantiza una mayor coherencia y permite comparaciones más significativas cuando se confrontan estudios de países con distinto grado de desarrollo. A pesar de la controversia en torno a la cita de las tasas de embarazos

ectópicos, hasta la fecha poco se ha escrito en la literatura médica sobre este tema.⁽¹¹⁾

La incidencia del embarazo ectópico parece haber aumentado de manera constante desde mediados del siglo XX, hasta alcanzar una meseta en la década de 1990. Durante los últimos tres decenios la incidencia de embarazo ectópico ha aumentado considerablemente en diferentes partes del mundo, por ejemplo, en Inglaterra y Gales entre 1966-1970 y 1994-1996, la incidencia registrada de embarazo ectópico aumentó 4.5 veces, de 3.45 a 15.5 por cada 1000 nacimientos; 3.8 veces, de 3.25 a 12.4 por cada 1000 embarazos; y 3.1 veces, de 30.2 a 94.8 por 100.000 mujeres en edad fértil. Hay sin embargo un pequeño número de estudios que han informado una estabilización, e incluso una disminución de la tasa de EE en Suecia, Finlandia, Australia, Francia y El Reino Unido. En términos generales la incidencia del embarazo ectópico se incrementó, pasando de un total de 17.800 casos en 1970 a 108.800 en 1992 (17.9/1000 embarazos confirmados según lo informado por el Centers for Disease Control CDC). La elevada incidencia reportada probablemente refleja un aumento real en la prevalencia de la enfermedad; también puede ser un reflejo en la mejoría de las técnicas de diagnóstico, lo que resulta en un dictamen oportuno en comparación con años anteriores. En realidad, ambos factores probablemente juegan un papel importante.⁽¹²⁾

Este aumento en la incidencia está fuertemente asociado con un incremento en casos de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Actualmente se calcula que la cifra de episodios ocurridos de embarazo ectópico es del 2% de todos los embarazos reconocidos, siendo la primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre de gestación. Un estudio en el 2010 estimó una tasa media anual de embarazo ectópico de 0.64% en mujeres de 15-44 años, la proporción

más alta de esta patología fue de 0.99% en el grupo de 35-44 años de edad. De igual manera, pueden presentarse diferencias geográficas en el índice anual de la enfermedad, según lo reportan diferentes estudios.⁽¹³⁾

2.2.2. LOCALIZACIÓN:

A / Embarazo Tubárico 98,3 %

- a. Ampular 79,6 %
- b. Ístmico 12,3 %
- c. Fímbrico 6,2 %
- d. Intersticial 1,9 %

B / Embarazo Extratubárico 1,7 %

- a. E. Ovárico: intrafolicular o intersticial 0.15 %
- b. E. Abdominal: primario o secundario 1.4 %
- c. E. Cervical 0.15 %

2.2.3. ETIOLOGÍA

Está determinada por todos aquellos factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Se pueden distinguir entre:

A / FACTORES TUBULARES: pueden ser debidos:

- a. *Enfermedad inflamatoria pélvica* (E.I.P.), y dentro de ella la causada por la salpingitis gonocócica y la TBC genital (asintomáticas en el 80-90% de casos), y las salpingitis post-abortivas. Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis.
- b. *Cirugía tubárica contra la infertilidad* y cirugía conservadora de ectópico previo.
- c. *Cirugía tubárica para la esterilidad permanente*, sobre todo si es por electrocoagulación.
- d. *Endometriosis Tubárica:* favorece la nidación precoz.

e. *Anomalías congénitas*: hipoplasias (observada en la exposición intraútero al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente largas y tortuosas.

f. *Alteraciones funcionales* del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar, debidas tanto a la hipocontractibilidad como al espasmo tubárico.

B / FACTORES OVULARES: aquellos que conducen a la:

a. *Nidación precoz del huevo*, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelúcida del huevo capacitando la implantación.

b. *Transmigración*: se ha sugerido la posibilidad de la Hipermigración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. Dicha Hipermigración puede ser:

>*Hipermigración externa*: cuando la trompa homolateral está ocluida.

>*Hipermigración interna*: cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.

c. *Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)*: de todos los embarazos clínicos resultantes de las TRA, el 5 – 5,7% fueron ectópicos y el 1% fueron embarazos heterotópicos (coexistencia simultánea de un embarazo ectópico y otro eutópico), debido a la hiperestimulación ovárica y a las implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones. Estas tasas incluyen todas las formas de TRA: *fecundación in vitro (FIV)*, *transferencia intrafalopiana de gametos(GIFT)* y *transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT)*.

Algunos autores afirman que la implantación ectópica está estrechamente ligada a la insuficiencia del cuerpo lúteo, y que esta insuficiencia es un factor patogénico común a muchas anomalías de la

reproducción, entre ellas algunas cromosomopatías y abortos. La ovulación retrasada como causa de una hipermadurez preovulatoria se considera común denominador en la etiología de estas entidades. Según estas observaciones, se establecen dos modalidades etiopatológicas del embarazo ectópico: Ectópico enfermedad y Ectópico accidente.⁽¹⁴⁾

2.2.4. FACTORES DE RIESGO:

Las alteraciones patológicas tubáricas demostradas, como el antecedente de cirugía, infección pélvica o la endometriosis, constituyen los factores de riesgo más sólidos del embarazo ectópico.

Factores de riesgo

- Cirugía tubárica previa
- Esterilización tubárica
- Embarazo ectópico previo
- Exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES)
- Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)
- Cirugía pélvica previa
- Infertilidad previa
- Infección pélvica previa
- Promiscuidad sexual
- Tabaquismo
- Duchas vaginales
- Edad del primer coito < de 18 años. ⁽¹⁵⁾

2.2.5. PATOLOGÍA DEL EMBARAZO TUBÁRICO:

El embarazo tubárico es el más representativo de la implantación ectópica, dependiendo su curso clínico, en gran parte de la localización topográfica de la misma. En algunas ocasiones, la interrupción del embarazo es tan precoz, que se resuelve por reabsorción espontánea,

sin llegar a dar manifestaciones ni de amenorrea. Lo habitual, sin embargo, es que progrese hasta el segundo o tercer mes del embarazo. Una vez implantado el huevo en la trompa, las vellosidades invaden rápidamente el endosalpinx, alcanzando la pared tubárica y el peritoneo. Esta penetración va acompañada de una proliferación vascular y de un hematoma peritubárico o hematosalpinx, que a menudo afecta la trompa contralateral, y que se propaga hacia el extremo distal de la trompa, entre la pared y la serosa. A partir de aquí, puede evolucionar hacia él:

A / ABORTO TUBÁRICO: el huevo carece de vellosidades suficientes y está implantado en el segmento distal de la trompa. Se atrofia y se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de Douglas formando hematocele.

En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal. El aborto tubárico se da con más frecuencia en la implantación ampular y fimbriada de la trompa.

B / ROTURA TUBÁRICA: las vellosidades son suficientes y enérgicas, pero el aumento de la presión intratubárica llega a dificultar el riego sanguíneo de la trompa, lo que produce necrosis tisular que conduce a la ruptura por corrosión vascular (no por estallido). Esta rotura suele acompañarse de hemorragia intensa, que da lugar al hemoperitoneo y al shock hipovolémico, ya que suele afectar la anastomosis de las arterias tubáricas con la uterina ascendente. La rotura tubárica se da con más frecuencia en la implantación ístmica e intersticial de la trompa.

La metrorragia se manifiesta generalmente antes de la rotura, debido a la insuficiencia placentaria (esteroidogénesis reducida), que precede las manifestaciones clínicas.

Es generalmente escasa y se acompaña a menudo de una proliferación endometrial atípica, denominada Reacción Arias Stella, constituida por una decidua que carece de vellosidades. En ocasiones (5-10% de casos) esta decidua es expulsada “en molde”, lo que simula la expulsión de restos abortivos.

C / ECTÓPICO VIABLE: lo habitual del embarazo ectópico es que progrese hasta el segundo o tercer mes, momento en que se interrumpe, y rara vez llega a ser viable. Sin embargo, el embarazo abdominal ha dado lugar ocasionalmente a fetos vivos, con tasas de morbilidad y mortalidad materna y fetal altas.⁽¹⁶⁾

2.2.6. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de sospecha de embarazo ectópico se establece, hasta demostrar lo contrario, en toda mujer sexualmente activa, en edad fértil, que consulta por metrorragia irregular y dolor en la parte baja del abdomen, sobre todo si tiene antecedentes de riesgo.

Sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas sensibles de determinación de β HCG y la ecografía transvaginal de alta resolución, han revolucionado el proceso diagnóstico y han permitido el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico, antes de dar sintomatología clínica.⁽¹⁷⁾

2.2.7. CLÍNICA:

El embarazo ectópico accidentado no precisa mucha pericia diagnóstica. La paciente suele presentar un cuadro de shock hipovolémico y dolor abdominal agudo, confirmándose el diagnóstico en quirófano, previa punción fondo de saco de Douglas. Sin embargo, es más complejo confirmar el diagnóstico de sospecha en un ectópico en evolución.

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico no accidentado en evolución, se caracterizan en el 90% de los casos por pérdidas hemáticas irregulares y dolor abdominal.

Estos síntomas inespecíficos, que también pueden observarse en otros procesos ginecológicos, tienen la particularidad:

A / METRORRAGIAS IRREGULARES: suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces intermitente, y suelen ir precedidas de un retraso menstrual no superior a 2-3 semanas en el 75-90% de los casos, aunque muchas veces la paciente lo confunde con la menstruación. Puede o no ser acompañado de dolor vago en hipogastrio.

B / DOLOR ABDOMINAL: referido como de tipo constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, y en general se localiza en la parte baja del abdomen con predominio en una de las fosas ilíacas.

El dolor grave “en puñalada” que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro, puede ser indicativo de rotura del ectópico, especialmente si se acompaña de síntomas y signos de shock hipovolémico, que no guarda relación con la metrorragia habida.

La implantación ectópica extratubárica, aunque rara, obstaculiza el proceso diagnóstico.

Un embarazo ovárico es difícil de distinguir de un quiste hemorrágico de cuerpo lúteo, incluso durante el acto quirúrgico.⁽¹⁸⁾

2.2.8. EXPLORACIÓN GENERAL Y GINECOLÓGICA

La exploración general y las constantes vitales nos pueden revelar, la existencia de signos de anemia, su intensidad y el grado de estabilidad hemodinámica de la paciente. La exploración ginecológica revela la existencia de:

a. Hipersensibilidad abdominal, que se da en el 80-95 % de las pacientes. El abdomen está blando, sensible, pero sin defensa refleja.

Cuando hay hemoperitoneo, hay signos de matidez, sin signo de oleada.

b. Hipersensibilidad anexial, en el 75-90 de los casos, y la movilización del cuello uterino suele ser dolorosa. Se puede percibir el saco de Douglas ocupado y doloroso, cuando hay hematocele.

c. Tumoración anexial palpable, en el 50% de las pacientes, pudiendo haber en el 20% de los casos, masa anexial en el lado contralateral al del ectópico, que suele corresponder a un quiste de cuerpo lúteo.

d. Útero ligeramente aumentado, en el 20-30% de casos.

Síntomas del embarazo ectópico:

- Dolor abdominal
- Amenorrea
- Hemorragia vaginal
- Mareo, síncope
- Urgencia para defecar
- Síntomas gestacionales
- Expulsión de tejido

Signos del embarazo ectópico:

- Hipersensibilidad anexial
- Hipersensibilidad abdominal
- Tumor anexial (20% en el lado contralateral al E.E.)
- Crecimiento uterino
- Cambios ortostáticos
- Fiebre. ⁽¹⁹⁾

2.2.9. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Establecido el diagnóstico clínico de sospecha, se debe realizar un test de embarazo, junto a la analítica general y la determinación del grupo

sanguíneo, que nos puede mostrar un descenso del hematocrito. Si la prueba de embarazo resulta positiva, se practica una ecografía para descartar una gestación intrauterina. Otras exploraciones importantes, que se pueden considerar labor del ginecólogo, se detallan a continuación:

1. DETERMINACIÓN SERIADA DE β -HCG: Los tests actuales, con anticuerpos monoclonales para la detección de HCG en orina, son bastante sensibles y detectan cifras de 50 mU/ml, con una fiabilidad \geq 90%. Cuando el test de embarazo en orina resulta negativo, lo indicado es la determinación seriada de β -HCG en plasma.

Conviene recordar que la HCG es sintetizada por el trofoblasto, y es identificada su presencia en suero a los 10 días de fecundación. Consta de dos subunidades α y β . La subunidad- β es específica de la HCG y su sensibilidad, con de las técnicas actuales de radioinmunoanálisis, es \leq 5 mU. En un embarazo intrauterino de evolución normal, los niveles de β -HCG se duplican cada 2-3 días. Si eso no sucede así, en el 95% de los casos, es señal de que existe alguna involución del embarazo.

En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, las cifras de β -HCG se muestran menores o decrecientes, que las de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Se puede afirmar, que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β -HCG aumentan por debajo del 65%, en el espacio de 48 horas.⁽²⁰⁾

2. ECOGRAFÍA: si el test de embarazo o la determinación de β -HCG resultan positivas, se practica una ecografía, para descartar la existencia de gestación intrauterina.

Con la ecografía abdominal suele observarse el saco gestacional intraútero, a partir de la 5ª semana de la última regla normal, y a partir de la 6ª semana es posible observar el polo embrionario y actividad

cardiaca. Cuando los niveles de β -HCG son > 6500 mU/ml y no se observa un saco gestacional intraútero, el diagnóstico del ectópico es muy probable. Sin embargo, en el 20% de ectópicos, se observan imágenes falsas positivas, dentro del útero. También se puede observar, la existencia de líquido en el fondo de saco de Douglas, cuya presencia puede ser secundaria, entre otros, al ectópico accidentado.

En este sentido, la ecografía transvaginal de alta resolución ha supuesto un gran avance en el diagnóstico del ectópico, alcanzando un porcentaje de aciertos del 80%, pudiendo detectar tumores anexiales hasta de 10mm. En el 5% de los casos, es posible apreciar en la masa anexial un saco gestacional y embrión con latido cardiaco.

Se puede afirmar, que existe sospecha de Ectópico, si en una mujer que tiene niveles de β -HCG > 3000 mU/ml, la ultrasonografía transvaginal no detecta un saco gestacional intraútero.

3.CULDOCENTESIS: La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intraperitoneal, con un valor predictivo positivo del 80-95%. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico accidentado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada. El índice de falsos positivos es del 5-10%. Con una culdocentesis positiva se puede proceder directamente a una laparotomía.

Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad un ectópico intacto. El índice de falsos positivos es del 10-15%. Por todo ello, actualmente la culdocentesis se reserva para circunstancias de urgencia, cuando no se puede realizar una ultrasonografía.

4. **LEGRADO UTERINO:** Se procede a realizar un legrado, si las anteriores exploraciones no son concluyentes. Permite el estudio histológico intraoperatorio del material extraído, y diferenciar entre restos abortivos y endometrio atípico con signos de Arias Stella. Si se confirma la atipia, se puede proceder a realizar la laparoscopia.

5. **LAPAROSCOPIA:** Si la punción del saco de Douglas resulta negativa o no concluyente, la laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico.

6. **OTRAS PRUEBAS:** Se están ensayando otros marcadores hormonales, como la progesterona y la inhibina, para la vigilancia de un embarazo intrauterino de desarrollo normal, y por tanto también para la detección precoz del embarazo ectópico, en caso en los que las cifras de β -HCG no sean concluyentes. Niveles de progesterona > 25 ng/ml coexisten con un embarazo intrauterino viable, en tanto que los niveles < 5 ng/ml son sugestivos de embarazo no viable.

Las cifras comprendidas entre 5 y 25 ng/ml no son concluyentes, lo que reduce la utilidad del marcador.⁽²¹⁾

2.2.10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La secuencia diagnóstica descrita del embarazo ectópico, permite establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos ginecológicos como el aborto, la enfermedad inflamatoria pélvica, el cuerpo lúteo hemorrágico o el quiste de ovario accidentado (por torsión o rotura), además de otros procesos pélvicos como la apendicitis.

1. El aborto incompleto, suele presentar un dolor abdominal de tipo cólico central, la metrorragia es igual o superior a la regla y está precedida siempre de amenorrea. La exploración general no muestra signos de anemia, y si la hay, está en relación con la metrorragia habida. Sin embargo, no es raro que un embarazo ectópico sea

diagnosticado de aborto incompleto, y la paciente sometida a legrado uterino, siendo el examen histopatológico el que revela el error diagnóstico.

2. La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), es un proceso a menudo bilateral susceptible de tratamiento médico. Se puede diferenciar del ectópico por la clínica, la analítica y en última instancia por la laparoscopia. La clínica revela fiebre y leucorrea y la analítica revela leucocitosis con desviación a la izquierda y ausencia de signos de anemia. Además, la determinación de β -HCG es negativa y en la culdocentesis se obtiene líquido purulento.⁽²²⁾

3. El quiste de ovario accidentado al igual que el cuerpo lúteo hemorrágico, suelen presentar el mismo cuadro del ectópico accidentado, con la paciente hemodinámicamente inestable, por lo que es difícil diferenciarlos del mismo. La confirmación del diagnóstico suele realizarse durante el acto quirúrgico. En este caso el error diagnóstico, no tiene trascendencia, dado que el tratamiento de ambos procesos es quirúrgico.

4. Otros procesos pélvicos como la apendicitis pueden confundirse con el ectópico. En este caso el tipo de dolor localizado en fosa ilíaca derecha con defensa abdominal, la participación de sintomatología gastrointestinal y los signos de un proceso infeccioso apendicular, orientan el diagnóstico.⁽²³⁾

2.2.11. TRATAMIENTO:

El tratamiento del embarazo ectópico ha sido siempre quirúrgico y durante mucho tiempo la salpingectomía fue una intervención estándar. La introducción de la laparoscopia ha sustituido la laparotomía, y en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura, la Salpingostomía lineal ha sustituido la salpingectomía, en los casos en que no haya daño tubárico extenso.

Por otra parte, los avances en el diagnóstico precoz del ectópico, por medios no invasivos, están impulsando un cambio en el tratamiento del ectópico, sobre todo en mujeres con deseos de procreación. En fechas recientes, la introducción de tratamiento médico mediante metotrexate, ha demostrado ser eficaz, en pacientes seleccionadas con ectópico no accidentado.⁽²⁴⁾

El tipo de tratamiento a aplicar, si bien es competencia del médico ginecólogo, conviene señalar los criterios en que se fundamenta. Va a depender de los deseos procreativos de la mujer, de la forma de presentación del ectópico, accidentado o no, y del estado hemodinámico de la paciente:

a) Paciente inestable: El tratamiento es siempre quirúrgico. Se procede a la laparotomía urgente, previa estabilización hemodinámica de la paciente. La cirugía suele ser de tipo radical: salpingectomía, que además sigue siendo la más indicada, en el ectópico recurrente y en la paciente con deseos de procreación satisfechos.

La cirugía tubárica conservadora, se puede intentar, en los casos que fuera posible (daño tubárico no extenso, aborto tubárico), en mujeres con deseos de procreación no satisfechos.

b) Paciente estable: El tratamiento suele ser de tipo quirúrgico conservador y en los últimos años se ha introducido el tratamiento médico con metotrexate.

- Cirugía conservadora: Salpingostomía lineal o expresión de la fimbria que se puede realizar per laparoscopia programada. Se considera el procedimiento ideal, en mujeres que desean conservar su fecundidad.

- Tratamiento médico con metotrexate: se ha ensayado con éxito en los casos de ectópico diagnosticado de forma precoz, sobre todo en pacientes estériles, sometidas a técnicas de reproducción asistida. Está

indicado en el ectópico no accidentado < 4 cm., antes de la 5ª semana post-fecundación.

Consiste en la administración de metotrexate 1mg/kg. /im, cada 2 días (hasta un máximo de 4 dosis), con una pausa de una semana / ciclo. Requiere controles seriados de β -HCG. El tratamiento se interrumpe cuando los niveles β - HCG en dos días descienden ≥ 15 %. Los controles seriados de β -HCG, se prosiguen sin embargo cada semana, hasta que su titulación sea < 5 mU / ml.⁽²⁵⁾

El tratamiento conservador, así como el tratamiento médico del ectópico, pueden no erradicar por completo el tejido trofoblástico, y dar lugar al ectópico persistente, que se da según algunas estadísticas entre el 2 y el 20 %.

La tasa de embarazos intrauterinos subsiguiente, se calcula en el 53 % en la cirugía conservadora frente al 49,3 % en la salpinguectomía. La tasa de ectópicos recurrente fueron del 14,8 y 9,9 % respectivamente.

Los estudios han sugerido que el tratamiento conservador puede dar lugar a una tasa de embarazos intrauterinos subsiguiente comparable o mayor que la consecutiva a la cirugía radical, pero la tasa del ectópico recurrente también puede ser más alta.⁽²⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ABORTO ESPONTÁNEO: pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completadas las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o si la edad gestacional es desconocida, la pérdida de un embrión/feto de menos de 400 g.

ABORTO INDUCIDO: La interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completar las 20 semanas de edad gestacional (18 semanas después de la fecundación) o, si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o fetos de menos de 400 g.

ABORTO RETENIDO: aborto clínico donde el embrión o feto es no viable y no es expulsado espontáneamente del útero.

ANOMALÍAS CONGÉNITAS: todas las anomalías estructurales, funcionales y genéticas diagnosticadas en fetos abortados, en bebés al nacer o en el período neonatal.

AMNIOCENTESIS: Es una prueba que se hace para conocer la madurez fetal de embarazo en curso y descartar enfermedades importantes como el Síndrome de Down o defectos del sistema nervioso. Para realizarla hay que tomar un poco del líquido amniótico donde está el bebé, a través del vientre de la mamá con una aguja. Es decir, se hace una punción de la cavidad amniótica a través de la pared abdominal de la embarazada y se obtiene la muestra para su estudio.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA: Es cuando la placenta se desprende de la pared del útero sin que haya llegado el momento del parto. Causa el 30 por ciento de las hemorragias durante el tercer trimestre. Casi siempre se acompaña de dolor en el vientre. Es más frecuente en mujeres con hipertensión, de edad adulta, diabéticas, fumadoras, que consumen alcohol y las de grupo sanguíneo O.

ECLAMPSIA: Presenta los mismos síntomas que la preeclampsia (hipertensión, edema y proteinuria) agregando crisis convulsivas. Esto se presenta en 1 de cada 200 de las preeclampsias.

EMBARAZO ECTÓPICO: Normalmente el embrión se “pega” o implanta en una pared posterior del útero, pero cuando hay un embarazo ectópico, el embrión se “pega” en una trompa de falopio o en cualquier otro lugar fuera del útero. Cuando esto sucede, hay un dolor raro en el vientre y sangrado en manchas. Es más común en mujeres que han tenido una Enfermedad Inflamatoria Pélvica (salpingitis).

OLIGOAMNIOS: Es cuando el líquido amniótico no alcanza el ½ litro. Quiere decir que hay una situación con la placenta o con el bebé. Se diagnostica con un eco.

PARTO PREMATURO: Es cuando el bebé nace antes de las 38 semanas que dura el embarazo. Casi siempre entre la semana 28 y la 37. También se conoce como parto prematuro si el bebé no alcanza un peso de 2.500 kg.

PRECLAMPSIA: Es una enfermedad exclusiva del embarazo, la mujer embarazada presenta presión alta (hipertensión), se le hinchan las piernas (edema de miembros inferiores) y hay proteínas en su orina (proteinuria). Puede pasar entre la semana 20 del embarazo e incluso 1 semana después del parto. Se presenta en el 5 por ciento de las embarazadas y frecuentemente en las “primerizas”.

RUPTURA DEL ÚTERO: Es cuando el útero o matriz se rompe. La causa más frecuente es porque hay una ruptura de una cicatriz de una cesárea anterior. Otra causa un poco menos frecuente es el trabajo de parto intenso. Generalmente esto sucede durante el trabajo de parto y nunca antes de éste.

CICLO DE TRANSFERENCIA DE EMBRIONES: ciclo de TRA durante el cual uno o más embriones son colocados en el útero o en la trompa de falopio.

ECLOSIÓN ASISTIDA: procedimiento in vitro mediante el cual la zona pelúcida de un embrión es adelgazada o perforada por métodos químicos, mecánicos o con láser para ayudar en la eclosión del blastocisto.

ECLOSIÓN: proceso mediante el cual un embrión en el estado de blastocisto se separa de la zona pelúcida.

EMBRIÓN: producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (8 semanas después de la fecundación). Esta definición no incluye partenotes generados a través de partenogénesis ni productos de la transferencia de núcleos de células somáticas.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H1: El uso de dispositivos intrauterinos (DIUs) es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016.

H2: La cirugía pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016.

H3: La infección pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016.

H4: La promiscuidad sexual es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016.

H5: El tabaquismo es un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016.

H6: Las duchas vaginales son un factor de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores de riesgo

Indicador:

- Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)
- Cirugía pélvica previa
- Infección pélvica previa

- Promiscuidad sexual
- Tabaquismo
- Duchas vaginales

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Embarazo ectópico

Indicador: Presente

Ausente

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

EMBARAZO ECTÓPICO: Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.

FACTORES DE RIESGO: Condiciones que favorecen el desarrollo de embarazo ectópico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

EMBARAZO ECTÓPICO: Variable categórica que será medida en escala nominal.

FACTORES DE RIESGO: Variable categórica que será medida en escala nominal.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala	Instrumento
FACTORES DE RIESGO V. Independiente	Condiciones que favorecen el desarrollo de embarazo ectópico	-Uso de (DIUs) -Cirugía pélvica previa -Infección pélvica previa -Promiscuidad sexual -Tabaquismo -Duchas vaginales	Dicotómica	Ficha de recolección de datos
EMBARAZO ECTÓPICO V. dependiente	Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.	-Presente -Ausente	Dicotómica	Ficha de recolección de datos

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, pues no se modificaron las variables, retrospectiva por que los datos fueron obtenidos de registros, transversal debido a que solo se midió la variable por una sola vez y analítica pues se analizan dos variables.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional.

3.2.3. MÉTODO

Inductivo, pues el análisis empieza por las complicaciones específica y se determina una conclusión general.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, hospital que pertenece al MINSA.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, quienes presentaron embarazo ectópico durante el 2012 - 2016.

3.3.2. MUESTRA

Serán seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión, estimándose en 24 casos de embarazos ectópicos

n= 24 embarazos ectópicos que serán comparados con 24 casos de embarazos NO ectópicos.

n= 48 Tamaño de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que presentaron embarazo ectópico y cuyas historias clínicas se encuentren completas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con historias clínicas incompletas.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. TÉCNICAS

Los datos fueron obtenidos a partir de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco que presentaron embarazo ectópico las que fueron registrados en sus historias clínicas por lo que la técnica fue la documental.

4.3.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin. (ver anexos), cuyos datos fueron obtenidas de las historias clínicas.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue validado por una prueba piloto, que consistió en la aplicación del instrumento en el 10% de la muestra, a fin de detectar errores que fueron corregidos en su debido tiempo. La confiabilidad consistió en repetir el instrumento por otro investigador arrojando resultados similares.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvo el chi cuadrado para luego de ser analizados son presentados en forma de tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N° 01

**INCIDENCIA DE EMBARAZOS ECTÓPICOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016**

Número de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Número de embarazos NO ectópicos	3336	99.3%
Número de embarazos ectópicos	24	0.7%
Total	3360	100.0%

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Se observa que existe una prevalencia de 0.7% de embarazos ectópicos en las pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 – 2016

Gráfico N° 01



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 02

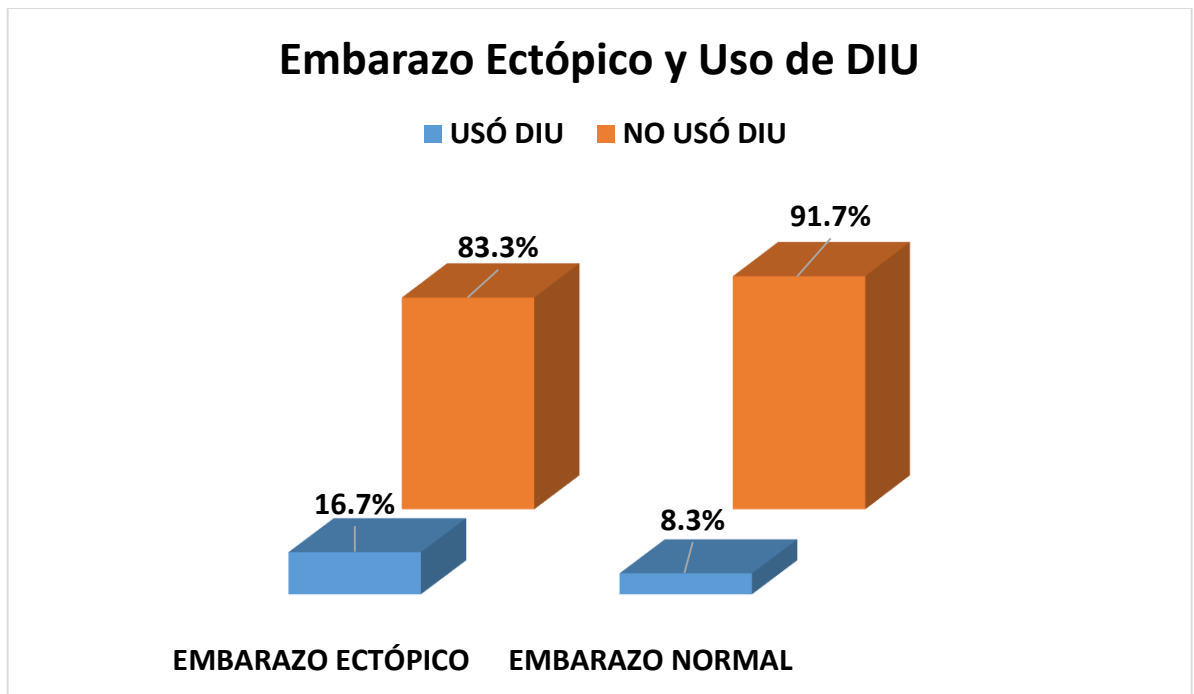
USO DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) Y EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016

Uso de DIU	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	4	16.7%	2	8.3%	6
NO	20	83.3%	22	91.7%	42
Total	24	100.0%	24	100.0%	48

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Existe un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en las pacientes que usaron dispositivos intrauterinos (16.7%) en comparación con las que no tuvieron embarazos ectópicos en las que se encuentra un (8.3%) de mujeres que usaron dispositivos intrauterinos. Con chi cuadrado de 0.76 diferencia no significativo.

Gráfico N° 02



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 03

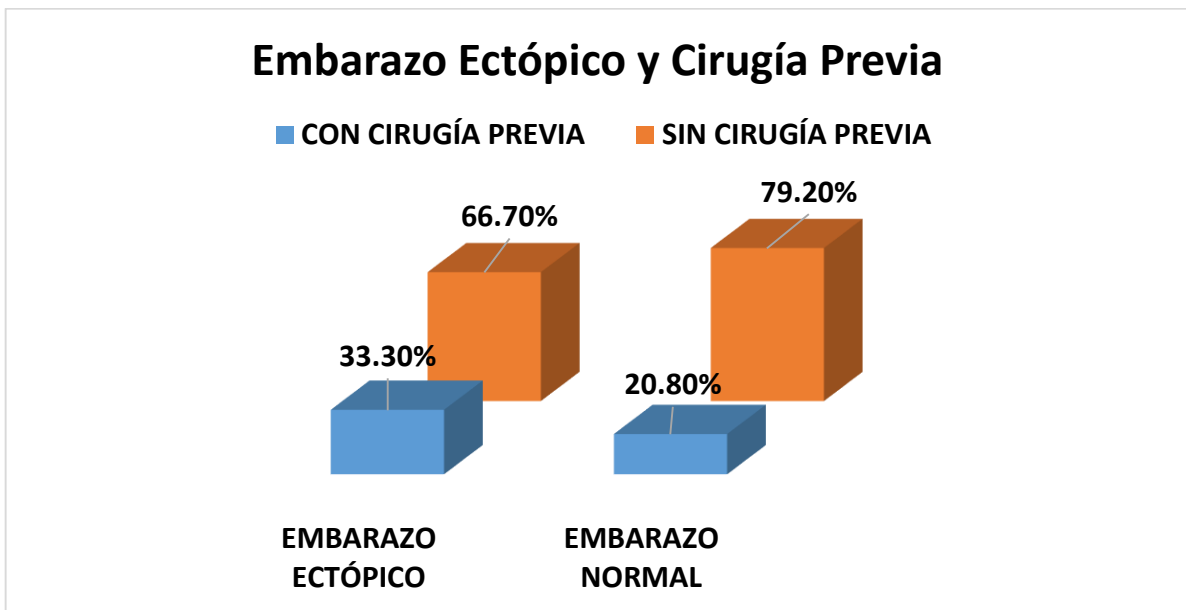
CIRUGÍA PÉLVICA PREVIA Y EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016

Cirugía pélvica previa	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	8	33.3%	5	20.8%	13
NO	16	66.7%	19	79.2%	35
Total	24	100.0%	24	100.0%	48

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Existe un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en las pacientes que tuvieron cirugía pélvica previa (33.3%) en comparación con las que no tuvieron embarazos ectópicos en las que se encuentra un (20.8%) de mujeres que tuvieron cirugía pélvica previa. Con chi cuadrado de 0.95 diferencia no significativo.

Gráfico N° 03



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

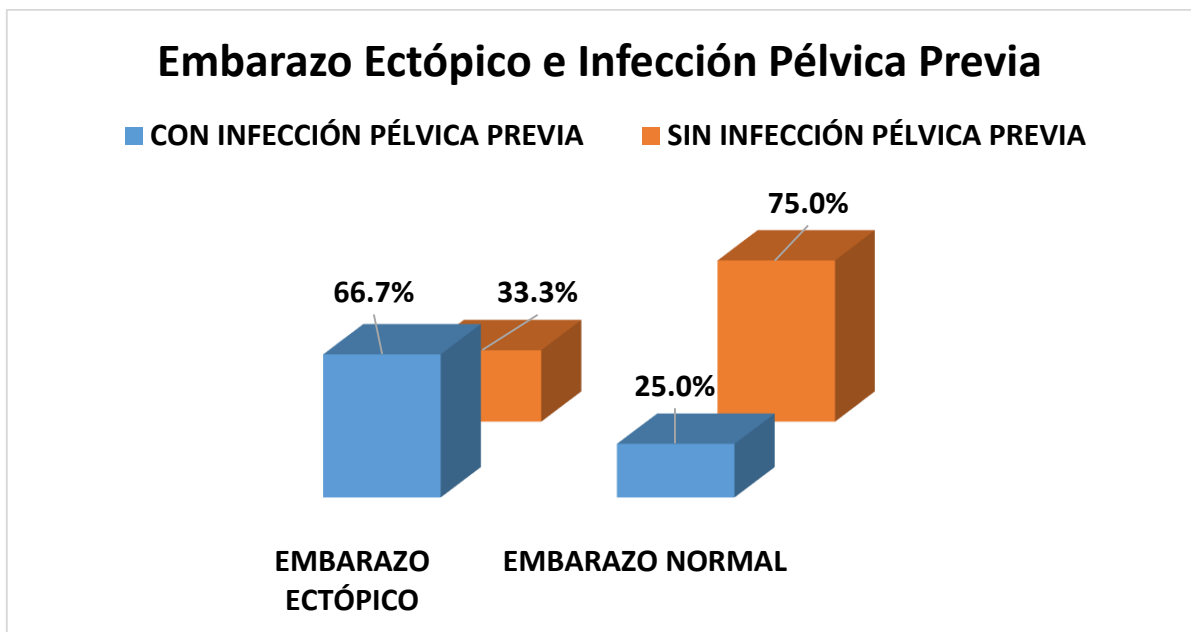
Tabla N° 04
INFECCIÓN PÉLVICA PREVIA Y EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016

Infección Pélvica Previa	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	16	66.7%	6	25.0%	22
NO	8	33.3%	18	75.0%	26
Total	24	100.0%	24	100.0%	48

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Existe un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en las pacientes que presentaron infección pélvica previa (66.7%) en comparación con las que no tuvieron embarazos ectópicos en las que se encuentra un (25.0%) de mujeres que presentaron infección pélvica previa. Con chi cuadrado de 8.4 diferencia significativa.

Gráfico N° 04



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 05

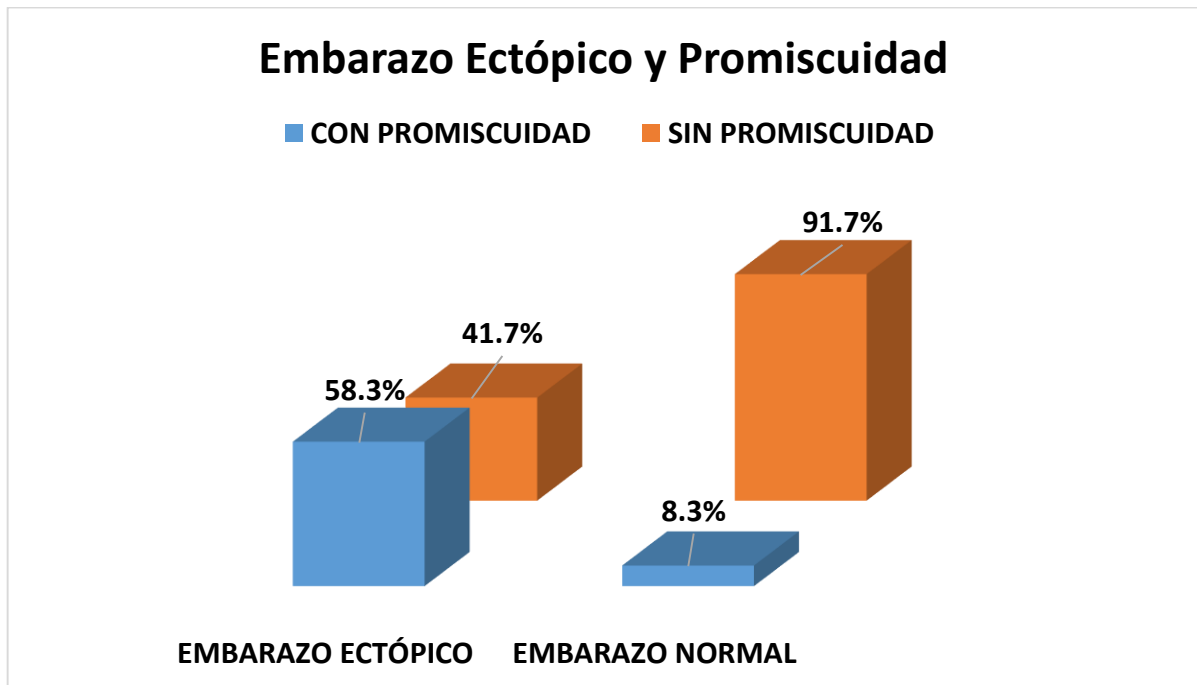
**PROMISCUIDAD SEXUAL Y EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016**

Promiscuidad	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	14	58.3%	2	8.3%	16
NO	10	41.7%	22	91.7%	32
Total	24	100.0%	24	100.0%	48

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Existe un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en las pacientes que presentaron promiscuidad (58.3%) en comparación con las que no tuvieron embarazos ectópicos en las que se encuentra un (8.3%) de mujeres que presentaron promiscuidad. Con chi cuadrado de 13.5 diferencia significativo.

Gráfico N° 05



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

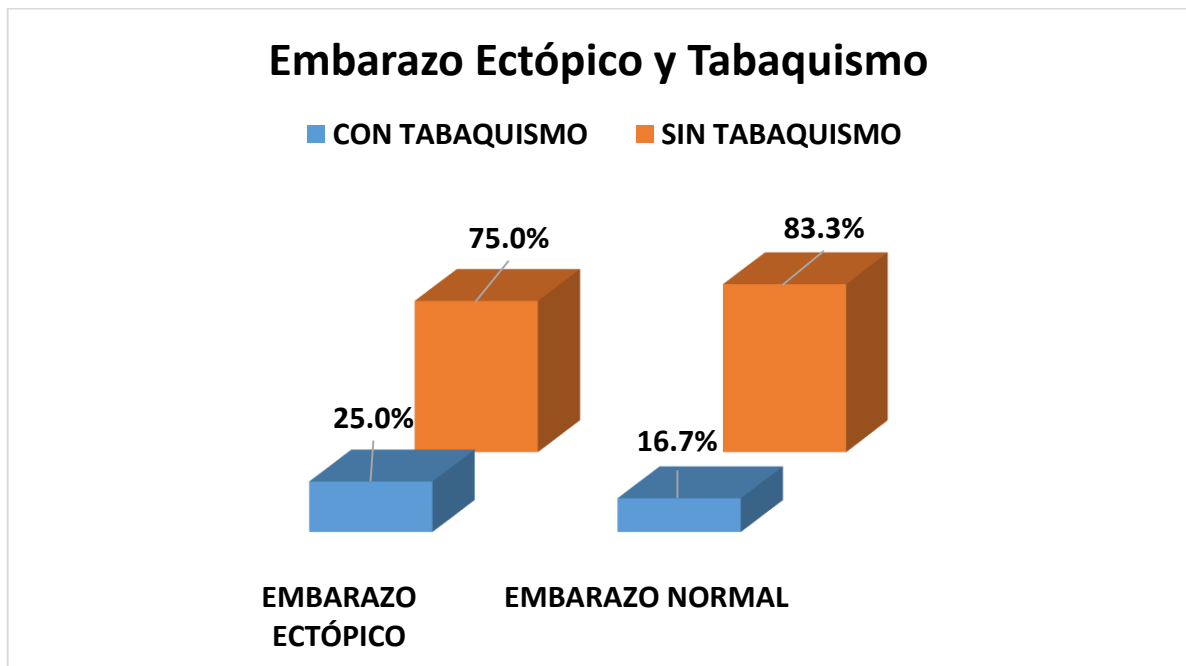
Tabla N° 06
TABAQUISMO Y EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016

Tabaquismo	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	6	25.0%	4	16.7%	10
NO	18	75.0%	20	83.3%	38
Total	24	100.0%	24	100.0%	48

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Existe un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en las pacientes que presentaron tabaquismo (25.0%) en comparación con las que no tuvieron embarazos ectópicos en las que se encuentra un (16.7%) de mujeres que presentaron tabaquismo. Con chi cuadrado de 0.50 diferencia no significativo.

Gráfico N° 06



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Tabla N° 07

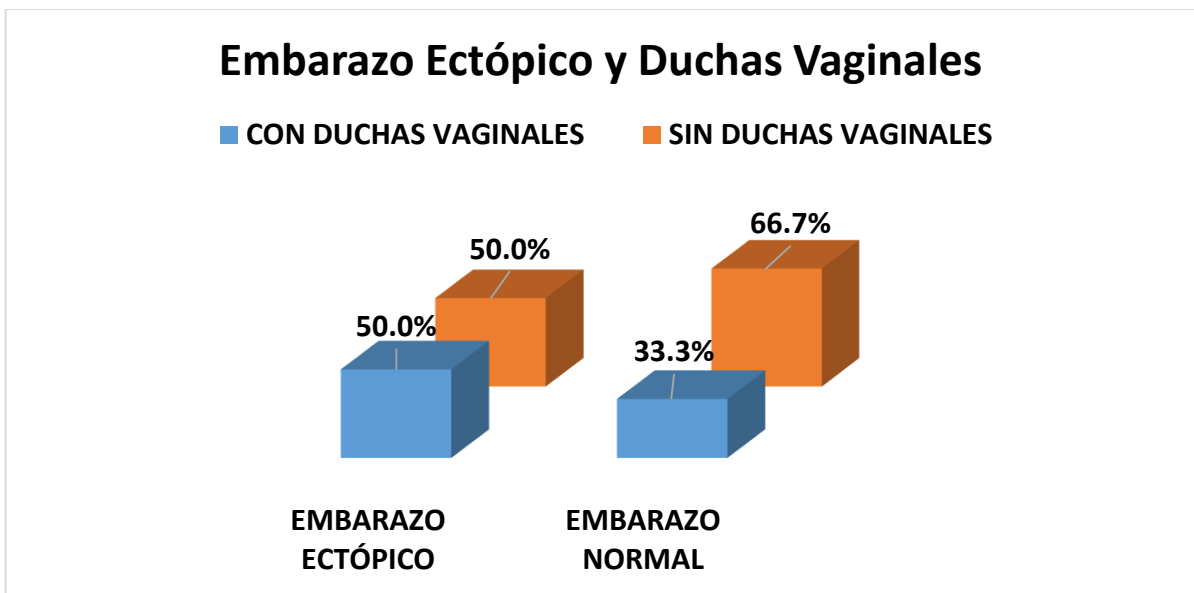
DUCHAS VAGINALES Y EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO 2012 – 2016

Duchas vaginales	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	SI	%	NO	%	
SI	12	50.0%	8	33.3%	20
NO	12	50.0%	16	66.7%	28
Total	24	100.0%	24	100.0%	48

FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

Existe un mayor porcentaje de embarazos ectópicos en las pacientes que presentaron duchas vaginales (50.0%) en comparación con las que no tuvieron embarazos ectópicos en las que se encuentra un (33.3%) de mujeres que presentaron duchas vaginales. Con chi cuadrado de 1.37 diferencia no significativo.

Gráfico N° 07



FUENTE: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 – 2016 se encontró una incidencia de embarazos ectópicos del 0.7%, que se podría considerar que se encuentran dentro de los estándares normales, aunque Martínez A.⁹ En su estudio Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2013 encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos, cifra relativamente alta, probablemente porque la población de Lima presenta mayores factores de riesgo para esta patología.

Al relacionar el uso de dispositivos intrauterinos y embarazo ectópico se encontró diferencias no significativas probablemente por la baja frecuencia de uso de estos dispositivos en la región, pero sin embargo existe diferencia pues es más frecuente los embarazos ectópicos en las que presentaron esos dispositivos, tal como encontraron Rodríguez Y.⁵ en su estudio factores epidemiológicos en el embarazo ectópico encontró que el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 % que presentaron embarazos ectópicos. Requena G.¹⁰ en su estudio sobre factores de riesgo asociados a

embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010. en lo que respecta al antecedente de uso de DIU, esta estuvo presente en los casos en 28,57% y en los controles en 15,87% ($p < 0,05$).

También se demostró diferencias, aunque no significativas entre el antecedente de cirugía pélvicas previa y el embarazo ectópico pues se presentaban con mayor frecuencia en las que tuvieron cirugías pélvicas previas tal como lo demuestra Mercado Medrano W.⁸ en su estudio sobre factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013 el antecedente de cirugía abdomino-pélvica pone en riesgo para tener embarazos ectópicos (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75). También Requena G.¹⁰ en su estudio factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010 en lo que respecta al antecedente de cirugía tubárica, esta estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ($p < 0,01$). Ello debido a que la cirugía en dichas zonas ocasiona adherencias de las trompas a los tejidos adyacentes que podrían limitar la luz del canal tubárico y favorecer el embarazo ectópico.

La relación entre infección pélvica previa y embarazo ectópico sí mostró asociación significativa pues el embarazo ectópico se encontraba en mayor proporción cuando la paciente presentó el antecedente de infecciones pélvicas, debido a las trabéculas inflamatorias que esta patología produce con la dificultad de migración para el huevo o cigoto y su implantación en la trompa. Así lo demuestra Rodríguez Y.⁵ en su estudio de factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato Ecuador. Período julio 2011- julio 2012, la enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %. Torres Palacios L.⁷ (2013). la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%. Martínez A.⁹

(2013), encontró que el 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Y Requena G.¹⁰ (2010), encuentra que en lo que respecta al antecedente de EPI, esta estuvo presente en los casos en 11,11% y en los controles en 6,35% ($p > 0,05$).

La promiscuidad también se encontró asociada significativamente con el embarazo ectópico, pues esta patología se encontraba con mayor frecuencia en las que presentaron promiscuidad, probablemente porque estaba más expuesta a las infecciones pélvicas, tal como lo demuestra Torres Palacios L.⁷ encontrando que el número de parejas sexuales (>1) presentan embarazo ectópico más frecuente en el 74.1% de casos.

Mientras que el tabaquismo presentó asociación no significativa con el embarazo ectópico, así encuentra Rodríguez Y⁵. (2010) que más de la mitad de los casos no fumaban para un 59,7 %. Torres Palacios L.⁷(2013). Encuentra que el antecedente de tabaquismo se está presente en un 51.9%; entre los factores de riesgo relacionados. Mercado Medrano W.⁸ Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013. encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09)

Finalmente, al relacionar las duchas vaginales con el embarazo ectópico, no se encontró asociación significativa debido a que esta práctica está cada vez menos usada.

CONCLUSIONES

1. Existe una prevalencia de 0.7% de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 – 2016.
2. Existe asociación no significativa entre uso de dispositivos intrauterinos y embarazo ectópico.
3. Existe asociación no significativa entre cirugía pélvica previa y embarazo ectópico.
4. Existe asociación significativa entre infección pélvica previa y embarazo ectópico.
5. Existe asociación significativa entre promiscuidad y embarazo ectópico.
6. Existe asociación no significativa entre tabaquismo y embarazo ectópico.
7. Existe asociación no significativa entre duchas vaginales y embarazo ectópico.

RECOMENDACIONES

1. Ampliar la cobertura de captación de gestantes a fin de poder tener contacto frecuente con ellas y poder tratar a tiempo las patologías asociadas al embarazo ectópico.
2. Mostrar mayor interés en aquellas pacientes con antecedentes de cirugías pélvicas previas por la posibilidad de tener embarazo ectópico tomando las medidas precautorias.
3. Realizar cambios periódicos de los dispositivos intrauterinos a fin de evitar infecciones facilitadas por estos dispositivos.
4. Tratar oportunamente las infecciones pélvicas pues son factores de riesgo para embarazo ectópico por las adherencias inflamatorias que se producen en el interior de la trompa
5. Fomentar estilos de vida saludables que eviten la promiscuidad, brindando consejería sobre los factores de riesgos que ocasionarían un embarazo ectópico no solo a la paciente sino también a la pareja y fomentando el uso de preservativos, pues la promiscuidad es uno de estos factores.
6. Difundir las complicaciones en la gestación que provoca el tabaquismo a fin de evitar o disminuir el consumo de cigarrillos.
7. Evitar las duchas vaginales sobre todo si se realiza con bombillas pues ocasiona migración de los gérmenes hacia el útero y trompas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D, Santos-Bolívar J, Labarca-Acosta M. Embarazo ectópico crónico. *Avan Biomed* 2016; 5: 182-6.
- 2.- Registro de la Sociedad española de Fertilidad: Técnicas de reproducción asistida (IA y FIV/ICSI). Año 2.013. www.registrosef.com.
- 3.- Dirección Regional de Salud de Ica. Análisis de la situación de salud de la Región Ica 2013. Disponible en:
www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/.../Asis2014/ASIS%202014.pdf
- 4.- Aguilar M, Vázquez Y, Areces G, de la Fuente M, Tamayo T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2013 Oct 25]; 38(1): 80-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100009&lng=es.
- 5.- Rodríguez Y. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010;36(1) 36-43
- 6.- Durán D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. Facultad de Medicina Departamento Ginecología y Obstetricia Bogotá D.C. Abril de 2014
- 7.- Torres Palacios L. (2013). Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato Ecuador. Período julio 2011-julio 2012
- 8.- Mercado Medrano W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013

- 9.- Martínez A. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2013. Rev. Perú ginecol obstet. 2013;59: 177-186
- 10.- Requena G. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010
- 11.- Marrugo-Flórez M, Valencia M, Hernández-Ramírez E. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: Presentación de un caso. Revista Científica Salud Uninorte. [revista en la Internet] 2013[citado 2013 Oct 24]; (29):3. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5521>
- 12.- Martínez N, Guzmán M, González J, Martínez E, Solano J, Nieto A, Heron S, Zapico A. Tratamiento médico de la gestación ectópica cervical: Nuevos avances. Progresos de Obstetricia y Ginecología. [revista en la Internet] 2012 [citado 2013 Oct 24]; 55 (4): 204-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304501311004651?via=sd>
- 13.- Álvarez Zapata D, Minaberriet Conceiro E, Puertas Álvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno 10 de octubre. Año 2011. Rev. Cubana de Tecnología de la Salud[Internet]. 2013 [citado 10 jul 2013]; 4(1). Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/93/137>
- 14.- Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Jun 03]; 37(4): 513-523. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008&lng=es.

15.- Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguiar Delgado R, Olano Trujillo Y, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2014 Jun 03]; 39(3): 236-248. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es.

16.- Bretón P, Garcés M, Orós D, González-de-Agüero R, Romero MA, Fabre E. Tratamiento conservador de la gestación ectópica cervical. Ginecol Obstet Mex [revista en la Internet] 2012 [citado 2015 Mar 11];80(8):514-20. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23088070&lang=es&site=ehost-live>

17.- Rana P, Kazmi I, Singh R. Embarazo ectópico: Una revisión. Arch Gynecol Obstet. 2013 Oct; 288 (4): 747-57

18.- P. de Rosnay, L. M. Irvine. Reporte de embarazos ectópicos: J Obstet Gynaecol. 2012 Jan; 32 (1): 64–7

19.- Marion LL, Meeks GR. Embarazo ectópico: Historia, Incidencia, Epidemiología y Factores de riesgo. Clin Obstet Gynecol. 2012 Jun; 55 (2): 376–86

20.- Sivalingam VN, Duncan WC, Kirka E, et al. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico. J Fam Plann Reprod Health Care. 2011 Oct; 37(4): 231–40.

21.- Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010; 36 (1): 36-43.

22.- Lipscomb GH. Manejo Médico del embarazo ectópico. Clin Obstet Gynecol. 2012 Jun; 55 (2): 424–32.

23.- Kirk E. Embarazo Ectópico. Obstet Gynaecol Rep Med. 2011; 21 (7).

24.- Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Abr 05]; 37(1): 84-99. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.

25.- Plaza T, Suero M, Montano J, Almora C. Diagnóstico ultrasonográfico del embarazo ectópico como urgencia ginecobstétrica. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Abr 29] ; 15(3): 73-80. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300008&lng=es.

26.- Martínez R, Pérez M, Torriente B. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate: Reporte de un caso. Rev Cubana Obstet. Ginecol. [citado 2013 Oct 28]; 26(2): 87-90.

ANEXOS

?

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA PRINCIPAL	PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVO PRINCIPAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es la incidencia y factores de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016?	<p>-¿Es el uso de dispositivos intrauterinos (DIUs) es un factor de riesgo para el embarazo ectópico?</p> <p>-¿Es cirugía pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico?</p> <p>-¿Es infección pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico?</p> <p>-¿Es la promiscuidad sexual es un factor de riesgo para el embarazo ectópico?</p> <p>-¿Es el tabaquismo es un factor de riesgo para el embarazo ectópico?</p> <p>-¿Son las duchas vaginales son un factor de riesgo para el embarazo ectópico?</p>	Determinar la incidencia y factores de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012 - 2016	<p>-Precisar si el uso de dispositivos intrauterinos (DIUs) es un factor de riesgo para el embarazo ectópico.</p> <p>-Evaluar si la cirugía pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico.</p> <p>-Determinar si la infección pélvica previa es un factor de riesgo para el embarazo ectópico.</p> <p>-Indicar si la promiscuidad sexual es un factor de riesgo para el embarazo ectópico.</p> <p>-Investigar si el tabaquismo es un factor de riesgo para el embarazo ectópico.</p> <p>-Determinar si las duchas vaginales son un factor de riesgo para el embarazo ectópico.</p>	Existen factores de riesgo para el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012-2016	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>DEPENDIENTE</p> <p>Embarazo ectópico</p>	<p>-Uso de dispositivos intrauterinos</p> <p>-Cirugía pélvica previa</p> <p>-Infección pélvica previa</p> <p>- Promiscuidad sexual</p> <p>Tabaquismo</p> <p>-Duchas vaginales</p> <p>Presente</p> <p>Ausente</p>	Ficha de recolección de datos	HC



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Ficha N° _____

2.- Edad

3.- G _____ P _____ A _____

4.- Embarazo ectópico

(Presente) (Ausente)

5.- Mes de gestación _____

6.- Uso de dispositivos intrauterinos

(SI) (NO)

7.- Cirugía pélvica previa

(SI) (NO)

8.- Infección pélvica previa

(SI) (NO)

9.- Promiscuidad sexual

(SI) (NO)

10.- Tabaquismo

(SI) (NO)

11.- Duchas vaginales

(SI) (NO)