



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

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS  
DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO  
TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
AMAZÓNICO PERÍODO 2013-2017**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**SUSY DEL CASTILLO SAAVEDRA**

***ASESOR: DRA. LEILA ROSA MARINO PANDURO DE IBAZETA***

**PARA OPTAR:**

**EL TÍTULO DE OBSTETRA**

**Agosto 2018**

## INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION	VIII
<b>I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>10</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la investigación	12
1.3 Formulación del Problema	12
1.3.1 Problema principal	12
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis de Investigación	14
1.5.1 Hipótesis	14
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	14
1.6 Diseño de la Investigación	16
1.6.1 Tipo de investigación	16
1.6.2 Nivel de la investigación	16
1.6.3 Método	16
1.7 Población y muestra	16
1.7.1 Población	16
1.7.2 Muestra	17
1.8 Técnicas e instrumentos	18
1.8.1 Técnicas	18
1.8.2 Instrumentos	18
1.9 Justificación e importancia de la investigación	19

<b>II. MARCO TEORICO</b>	<b>22</b>
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	22
2.1.1 Antecedentes	22
2.1.2 Bases teóricas	27
2.1.3 Definición de términos	40
<b>III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</b>	<b>43</b>
3.1 Presentación de resultados	43
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	43
<b>IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>63</b>
4.1 Conclusiones	63
4.2 Recomendaciones	65
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>70</b>

**Dedico a:**

Dios por permitirme llegar hasta aquí, a mis Padres por ser mi gran ejemplo de esfuerzo y superación.

**Agradezco a:**

Los docentes de la Universidad Alas Peruanas por impartirnos valiosos conocimientos, inculcarnos principios y valores, al Hospital Amazónico por abrirme las puertas para acceder a la información y realizar la investigación, y a mi asesora la de tesis, Dra. Leila Marino de Ibazeta por su invaluable apoyo para la culminación del mismo.

## RESUMEN

Estudio planteado con el **Objetivo** de Caracterizar epidemiológica y clínicamente, a las mujeres con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017. **Material y Métodos:** Investigación de tipo descriptivo no experimental, univariado de corte trasversal. Instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Conclusiones:** Se incluyó un total de 73 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico, el 78% ellas oscilaban en el rango de edades de 20-35 años, el 67% tuvieron nivel de educación secundaria, el 53% fueron convivientes, el 68% provenían de la zona urbana. Respecto a las Características Ginecológicas; el 52% de las pacientes en estudio iniciaron relaciones sexuales siendo aún adolescentes en el rango de edades de 16-19 años, el 85% tuvieron entre 2 a más parejas sexuales, el 57% presento antecedente de intervenciones quirúrgicas pélvicas, el 33% presentaron antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria, el 7% tuvieron antecedente de embarazo ectópico, 4% presento antecedente de tratamiento de infertilidad y el 16% tenían el hábito de fumar. El 19% de las pacientes no tuvieron antecedentes de parto previo, el 1% utilizaba como método anticonceptivo el Dispositivo Intrauterino (DIU) y el 23% no hacían uso de ningún método de protección contra el embarazo, en el 81% se detectó embarazo ectópico entre las semanas 6-8 de amenorrea. Así mismo, el 76% de las pacientes presentaron al ingreso dolor pélvico, masa anexial y funciones vitales alteradas respectivamente y un 12 % de ellas tuvieron metrorragia. Así también el 67% de las complicaciones se produjo por ruptura de trompas más shock hipovolémico respectivamente, no se originó ninguna muerte materna por este diagnóstico. En relación al tratamiento; el 95% fue manejada quirúrgicamente, y solo el 5% recibió tratamiento médico con Metotrexato. La prevalencia fue de 0.46%.

**Palabras clave:** Característica Epidemiológicas y Clínicas, Embarazo Ectópico Tubárico.

## ABSTRACT

The present study was proposed with the **Objective** of epidemiologically and clinically characterizing women with tubal ectopic pregnancy treated in the Amazonico Hospital period 2013-2017. **Material and methods.** The present investigation is non-experimental descriptive, univariate cross-sectional type. The instrument was the data collection form to collect the information described in the Clinical Histories. **The Conclusions:** A total of 73 clinical histories of patients attended at the Amazonico Hospital were included, 78% of them ranged in the 20-35 age range, 67% of the study population had a secondary education level, 53% were cohabitants, 68% came from the urban area. Regarding the Gynecological Characteristics it was possible to identify that 52% of the patients in the study initiated sexual intercourse while they still being teenagers in the age range of 16-19 years, 85% had between 2 to more sexual partners, 57% presented antecedent of pelvic surgical interventions such as uterine curettage and MVA, 33% of them had a history of Pelvic Inflammatory Disease (PID), 7% had a history of ectopic pregnancy, 4% of women in the study presented a history of infertility treatment and 16% were exposed to smoking. Likewise, 19% of the patients had no history of previous delivery, 1% used the Intrauterine Device (IUD) as a contraceptive method and 23% did not use any method of protection against pregnancy, in 81% of the Patients were detected ectopic pregnancy between 6-8 weeks of amenorrhea. It was also found that 76% of the patients diagnosed with Ectopic Pregnancy had pelvic pain, adnexal mass and altered vital functions, respectively, and 12% of them had metrorrhagia. Likewise, 67% of the complications were caused by tubal rupture plus hypovolemic shock respectively, no maternal death was caused by this diagnosis. Regarding the type of treatment received after the diagnosis of ectopic pregnancy, 95% was managed surgically, and only 5% received medical treatment with Methotrexate. Prevalence was 0.46%.

**Key words:** Epidemiological and Clinical Characteristics, Tubular Ectopic Pregnancy.

## INTRODUCCION

El embarazo ectópico se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, incluyendo también las trompas de Falopio.

Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. El embarazo ectópico ocurre en el 1% de los embarazos y si bien la incidencia aumentó en las últimas dos décadas, la mortalidad disminuyó, probablemente debido al avance de los métodos de diagnóstico.

El embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando un hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser percedero y limitar la vida reproductiva de la mujer. Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan la OMS y la UNICEF

. Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose éste fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva ectópico se correlaciona con historia de enfermedad de transmisión sexual, embarazo ectópico, cirugía tubárica, mujeres adultas y tabaco.

La disponibilidad de métodos de alta sensibilidad de detección de gonadotrofinas y el uso de ultrasonografía transvaginal de alta resolución han permitido realizar el diagnóstico más temprano del EE, posibilitando el uso de tratamientos menos agresivos como el uso de metotrexato parenteral con la

intención de evitar el tratamiento quirúrgico, preservando la trompa y eventualmente mejorando las expectativas de fertilidad futura.

Estudios realizados en distintos lugares del mundo, incluyendo Latinoamérica, han permitido concluir que existe un mayor riesgo de presentar un embarazo ectópico tubárico en mujeres nulíparas, con antecedente de abortos y/o embarazos ectópicos previos, pacientes que conviven en unión libre y quienes iniciaron vida sexual a edad temprana.

En el Hospital Universitario Mayor, institución de salud que presta servicios de III y IV nivel de complejidad, uno de los principales motivos de consulta al servicio de urgencias de ginecología es el sangrado vaginal y dolor pélvico en el primer trimestre del embarazo, lo que obliga a descartar el embarazo ectópico como posible diagnóstico.

El Objetivo de este estudio es caracterizar epidemiológica y clínicamente, a las mujeres con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico e un período de cuatro años, datos puntuales que nos permitirá conocer más de cerca la epidemiología que envuelve a la pacientes que cuentan con este diagnóstico con ello se las intervención por parte del personal de salud de este nosocomio pretende sea más oportuna, dado el riesgo que esta representa para la madre y su vida reproductiva.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLOGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Según publicaciones diversas el embarazo ectópico sigue siendo la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre gestación, ocurre en el 1% de los embarazos y si bien la incidencia aumentó en las últimas dos décadas, la mortalidad disminuyó, probablemente debido al avance de los métodos de diagnóstico.

El embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando una hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser irreversible y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la muerte materna constituye uno de los mayores problemas en salud que enfrentan las mujeres; la probabilidad de que una mujer muera por causas relativas

al embarazo y parto a lo largo de su vida es más elevada en países en vía de desarrollo.

Como ya se mencionó, el embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, y es evidente el incremento de este fenómeno en los últimos años a nivel mundial. Además la realidad sociocultural de nuestro país indica que las mujeres están haciendo mayor uso de anticonceptivos, tienen vida sexual a más temprana edad, mayor número de parejas sexuales y por ende mayor riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, lo que predispone a la población femenina a una mayor incidencia de Embarazos Ectópicos. Otro elemento a tener en cuenta es el desconocimiento del comportamiento de la frecuencia de los factores de riesgo para embarazo ectópico en nuestra población, así como la prevención de aquellos que pueden llegar a ser modificables. Lo que sin lugar a dudas puede llegar a contribuir a la reducción de la mortalidad materna asociada a complicaciones durante el primer trimestre del embarazo.

Afortunadamente, con la llegada de la ecografía transvaginal y las pruebas de la subunidad beta de hCG (hCG beta), disminuyeron las tasas de incidencia de rotura de las trompas de Falopio y las tasas de mortalidad. En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados. En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, lo que conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren un embarazo ectópico. Sin embargo, en las instituciones de salud pública de estos países, rara vez se dispone de ecografías transvaginales y pruebas de hCG beta. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la

vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia que con frecuencia incluye la salpingectomía (26)

## **1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se llevar a cabo en el Hospital Amazónico de Nivel II.2, establecimiento referencial de la red Federico Basadre, ubicado en el Jr. Aguaytia N° 605 Yarinacocha.

### **TEMPORAL**

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre los años 2013-2017.

### **SOCIAL**

La población sujeto de estudio fueron las pacientes que se hospitalizaron en el departamento de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de pacientes que presentan embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2013-2017?

### **1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017?

- ¿Qué Características Gineco-Obstetricas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017?
- ¿Qué manifestaciones clínicas presentan las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico al momento del ingreso al Hospital Amazónico periodo 2013-2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de pacientes con embarazo ectópico tubárico en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017?

#### **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

##### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar epidemiológica y clínicamente, a las mujeres con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017.

##### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017
- Describir las Características Gineco-Obstétricas que se identifican a las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017
- Identificar las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tubárico al momento del ingreso al Hospital Amazónico periodo 2013 – 2017
- Precisar la prevalencia del embarazo ectópico tubárico en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017

## **1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACION**

### **1.5.1 HIPÓTESIS**

En el presente estudio no se plantearan hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo, donde no se manipularan las variables de investigación.

### **1.5.2 IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES E INDICADORES**

### **1.5.3 VARIABLE**

#### **Estudio Univariado**

Características Epidemiológicas y Clínicas del Embarazo Ectópico Tubárico.

#### 1.5.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
<b>CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO</b>	<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	Edad Grado de instrucción Estado Civil Procedencia
	<b>CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS</b>	Edad de Inicio de R.S N° de parejas sexuales Antecedentes quirúrgicos pélvicos Antecedente de EPI Antecedente de embarazo ectópico Tratamiento de Infertilidad Hábito de fumar Anticonceptivo Previo N° de partos previos Edad Gestacional actual (semanas)
	<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>	<b>Signos y Síntomas</b> Metrorragia Masa Anexial Dolor Pélvico Fiebre Náuseas/vómitos Funciones vitales alteradas  <b>Condición de los pacientes al ingreso</b> Estable Inestable  <b>Tratamiento Recibido</b> Tratamiento Quirúrgico Tratamiento Médico.  <b>Complicaciones más frecuentes</b> Ruptura de trompas Shock hipovolémico Anemia severa Muerte Otros
	<b>PREVALENCIA</b>	N° de casos confirmados

## **1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

### **1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION**

El presente estudio es un diseño descriptivo transversal univariado

### **1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La investigación corresponde al nivel exploratorio de tipo univariado con el propósito de describir los indicadores de la variable.

### **1.6.3 MÉTODO**

Investigación cualitativa, descriptiva, no experimental.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION**

### **POBLACIÓN:**

La población de estudio se desprende de un universo de 19,187 embarazos, de estos embarazos 90 corresponde a Embarazos Ectópicos Tubáricos (EET)

, el cual representa la población del estudio.

<b>AÑO</b>	<b>Nº DE PARTOS</b>	<b>Nº E.E.T</b>
2013	3808	14
2014	3785	12
2015	3811	16
2016	3616	26
2017	4167	22
<b>TOTAL</b>	<b>19,187</b>	<b>90</b>

### 1.7.2 MUESTRA

Se aplicó la fórmula estadística para población finita o conocida y variable cualitativa.

$$n = \frac{Z^2 N \cdot P \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 P q}$$

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida o finita

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (90) \times (0.5)^2}{(0.05)^2 (90-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

n = 73.07 = 73

Por tanto la muestra quedó definida con 73 pacientes que tuvieron el diagnóstico de embarazo ectópico tubárico.

### CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Pacientes con historia clínica cuyo diagnóstico señaló embarazo ectópico tubárico.
- ✓ Historias clínicas con datos precisos y completos.

- ✓ Pacientes atendidas en el Hospital Amazónico que presentaron estas condiciones en el periodo de estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- ✓ Se excluyeron los casos cuyas historias clínicas no registraron la información requerida.

## **1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS**

### **1.8.1. TECNICAS**

- Se realizó la búsqueda en el sistema informático perinatal (SIP 2000), el número de historias clínicas de pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico tubárico en el Hospital Amazónico, durante el periodo 2013-2017.
- Posterior se procedió a la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico tubárico en el Hospital Amazónico, durante el periodo de estudio, recopilando la información requerida para el estudio.

### **1.8.2 INSTRUMENTO**

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos que consta de cuatro componentes:

- Características Sociodemográficas
- Características Ginecológicas
- Características Obstétricas
- Características Clínicas.

## 1.9 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

En el Perú, como país en vías de desarrollo, el embarazo ectópico representa, aunque quizá no la principal, sí una de las principales causas de morbimortalidad materna. Así, mientras en la práctica médica se busca un diagnóstico certero y una intervención adecuada, estudios de corte epidemiológico sirven para situar el perfil de la mujer con embarazo ectópico, a fin de contribuir en torno a la precisión del diagnóstico, y sobre todo llevando a cabo la ejecución de medidas de prevención, puesto que a nadie resulta extraño la naturaleza social ligada a la pobreza en la que existe y persiste el embarazo ectópico.

Se define como embarazo ectópico a la implantación de un óvulo fecundado fuera de la capa endometrial del útero. El embarazo ectópico es considerado una emergencia médica que pone en riesgo de manera inminente la vida de una mujer durante la primera mitad del embarazo, representa así, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna.

En el mundo occidental, se estima que del total de embarazos aproximadamente el 1.5 al 2% será un embarazo ectópico. En estados unidos, de 1000 embarazos: 21 serán embarazo ectópico; y una de cada mil mujeres entre 15 y 44 años desarrolla esta patología. Ahora bien, aun cuando la definición de embarazo ectópico incluye la posibilidad de ocurrencia en distintos lugares: ovario, cavidad abdominal y trompas uterinas; se sabe que más del 95% de los casos son de tipo tubáricos. En una serie de 1800 casos estudiados en Francia se encontró la siguiente distribución: ampular (70%), ístmica (12%), fimbrial (11.1%), ovárica (3.2%), intersticial (2.4%) y abdominal (1.3%). Actualmente, para diagnosticar embarazo ectópico son necesarias la utilización de una serie de criterios: clínico (sangrado vaginal anormal, dolor pélvico o abdominal y masa anexial palpable), laboratorial (dosaje de gonadotropina coriónica humana, -HCG) y ecográfico (transvaginal). La detección temprana del embarazo ectópico, así como un abordaje

oportuno (en la mayoría de los casos quirúrgico), asegura un buen pronóstico para la paciente.

En ciertos países, donde existe un sistema de información organizado, se puede ver la evolución y la importancia de un abordaje que incluya tomar en cuenta los tres criterios antes descritos; así, a la luz de lo publicado se puede reconocer ya múltiples factores de riesgo que predisponen o contribuyen al desarrollo de embarazo ectópico. El principal de todos parece ser el daño de las trompas de Falopio debido a una enfermedad pélvica inflamatoria, al respecto se plantea que los procesos pélvicos inflamatorios crónicos tienden a producir alteraciones a nivel estructural y ultra estructural en las trompas de Falopio los cuales impiden una función adecuada de transporte.

En nuestro país, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que incluyó 203 casos, se encontró una frecuencia de EE de 0.55%. Al mismo tiempo se encontró que cerca de nueve de cada diez casos se encontraban entre 25 y 39 años. El antecedente de cirugía abdomino-pélvica en esta población se presentó en un 50.24% y el uso de DIU se vio en un 22.16%. El 99% de los casos requirió para su diagnóstico la utilización de ecografía y sólo en un 43% se cuantificó B-HCG (7).

Por tanto el embarazo ectópico entre ellos el ectópico tubarico es considerado una verdadera emergencia médica, de ahí la finalidad de conocer su comportamiento en la población en estudio quienes acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico, considerado un verdadero problema de salud, una emergencia médica cuyo diagnóstico posee gran importancia por sus complicaciones, desde este punto de vista, esta investigación puede presentar un impacto positivo dentro del componente de salud pública, ya que la generación de nuevos conocimientos en esta área, se espera que sea útil para la

toma de decisiones; el estudio pretende contribuir con información necesaria para realizar la detección precoz de los factores de riesgo ligados a un embarazo ectópico tubárico y las potenciales complicaciones derivadas de esta condición con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna en nuestra región.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

##### 2.1.1 ANTECEDENTES

##### ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**García; F y Col. (2007)** Bolivia. Realizo estudio sobre “Embarazo Ectópico y su mortalidad en el Hospital Materno-Infantil German Urquidi” cuyo **Objetivo** fue planteado para: Determinar la frecuencia de Embarazos Ectópicos y su mortalidad en el Hospital Materno-Infantil Urquidi-Cochabamba-Bolivia. **Método:** En el presente trabajo se tomaron en cuenta las Historias Clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acudieron al Hospital Materno Infantil German Urquidi en el periodo comprendido entre enero de 2003 -2005 se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las pacientes portadoras de esta patología ginecológica, confirmando su diagnóstico por clínica y exámenes complementarios. **Resultados:** De las 102 pacientes (100%) afectadas, el grupo etario más comprometido está entre los 20 -29 años (56,4%), la paridad de las mismas corresponde a primigestas y segundigestas 43 casos (42,15%). Las cesáreas y los abortos previas son antecedentes que se deben tomar en cuenta ya que el 12,7% (13 casos) presentaron este antecedente. Las

pacientes usuarias del D.I.U. (22 casos) (21,56%) también pueden complicarse con un embarazo ectópico como se demostró en el presente estudio. Las múltiples parejas sexuales (entre 2 y 3) son también una causa que puede inducir a esta complicación, 47 casos (46,04%). Los niveles de instrucción intermedia 45 (44,11%), presentan mayor incidencia de embarazo ectópico. Todas las pacientes (100%) 102 casos fueron sometidas a una laparotomía, 77 casos resueltos por salpinguectomía (75,49%) 5 casos (4,9%) salpingostomía, y otras variantes de la cirugía tubaria. Con estos resultados obtenidos, la incidencia de embarazo ectópico en nuestro Hospital es del 0,52% y la relación con el número de recién nacidos es de 1 por cada 191. (6)

**Rodriguez; Y. y Col. (2007) Cuba**, realizo estudio cuyo **Objetivo** fue: conocer la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico. **Método:** 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" en el período comprendido de enero de 2005 a diciembre de 2007. La muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica. Se realizó encuesta a cada paciente donde se analizaron diferentes variables: edad, hábito de fumar, inicio de las primeras relaciones sexuales, antecedentes obstétricos, afecciones pelvianas, anticoncepción utilizada. **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 con un 59,7 %. Las primeras relaciones sexuales 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 (7)

**Urrutia María, y Col. (2007) Chile.** Antecedentes: El embarazo ectópico (EE) es una de las principales causa de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo. En las últimas décadas se registra un aumento de su incidencia. **Objetivo:** Establecer los factores de riesgo asociados a esta patología, en una población de mujeres chilenas. **Método:** Se estudió a 50 mujeres con EE y se compararon con 100 puérperas en el mismo período. **Resultados:** Los factores de riesgo significativos para EE fueron: antecedentes de cirugía ginecológica, antecedentes de cirugía abdominal, antecedente de DIU al momento de la concepción, número de parejas sexuales, consumo de alcohol. **Conclusión:** Los factores de riesgo para EE en una población chilena son similares a los descritos en la literatura internacional; se enfatiza la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos. (8)

**Cabrera; I y Col.(2010) Chile.** Realizo estudio cuyo **Objetivo** fue: Conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con EE desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico y obstétrico. **Método:** Se realizó un estudio observacional analítico. La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico consecutivo, obteniendo una muestra final de 70 pacientes. **Resultados:** El promedio de edad materna fue 30,6 años. El 78,6% eran multíparas y 90% no usaban ningún método anticonceptivo. El 85,7% no tenían antecedentes de cirugías previas y el 91,4% no presentó antecedentes mórbidos. El 5,7% tenía antecedentes de proceso inflamatorio pélvico, 18,5% tabaquismo, 12,9% abortos previos, 14,3% embarazo ectópico anterior. El manejo fue quirúrgico en 95,7%. El 78,6% presentó alguna complicación asociada, siendo la más frecuente el hematosalpinx. **Conclusión:** Los antecedentes epidemiológicos y clínicos de nuestra experiencia fueron concordantes

con los registrados en la literatura y avalan nuestra conducta quirúrgica.  
Antecedentes:

**Cuestas; D; Monge. Honduras** (2007), realizaron un estudio cuyo **Objetivo** fue: Describir el perfil epidemiológico del embarazo ectópico en el Hospital Escuela **Material y Métodos.** Este es un estudio descriptivo y transversal realizado en el Hospital Escuela en el período de julio del 2003 a junio del 2005. Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos; la frecuencia se calculó con el total de las pacientes que ingresaron con Embarazo Ectópico y que se confirmó con la biopsia. **Resultados.** Se identificó 302 embarazos ectópicos de 30,568 embarazos, para una frecuencia de 9.9 por 1000 embarazos. Las pacientes presentaron factores de riesgo: dos o más parejas sexuales (46%), enfermedad pélvica inflamatoria (33%), uso de Dispositivo Intrauterino (33%), tabaquismo (10%) y ectópico previo (2.3%) . El diagnóstico se basó en la clínica, gonadotropina coriónica humana y ecografía, en 96, 88 y 42% respectivamente. El 100% de las pacientes fueron tratadas quirúrgicamente. No hubo muertes maternas por esta causa. **Conclusión.** Se encontró una frecuencia de embarazo ectópico similar a la reportada en muchos países, excepto en Estados Unidos donde se duplica la cifra (19.7 por 1000). Los factores de riesgo, presentación clínica y estudios diagnósticos son similares de los descritos en la literatura. A pesar del advenimiento del tratamiento médico, nosotros continuamos tratando a todas las pacientes en forma quirúrgica (9)

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Requena G; (2010),** Trujillo; realizó un 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. **Objetivo:** Establecer los factores de riesgo

asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período 2004 - 2010. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, evaluándose 189 gestantes, distribuidas en dos grupos, casos (63 gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico) y controles (126 gestantes con embarazo normal).

**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% ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** El antecedente de cirugía tubárica, de uso de dispositivo intrauterino y de embarazo ectópico constituyeron factores de riesgo para embarazo ectópico. (1)

**Pérez L; (2010) Lima,** realizó estudio sobre factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero-Diciembre 2010, cuyo **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero-diciembre 2010. **Material y métodos:** Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de caso y control en el cual se revisaron todas las historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y pacientes puérperas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero-diciembre 2010. **Resultados:** El rango de edad en su mayoría fue de 20-35 años 40.8%

y 25.0%; el grado de instrucción de mayor frecuencia fue el de secundaria completa 33.3% y 30.0% en el grupo de casos y controles respectivamente. El estado civil en el grupo de casos fue 20.8% y control 15.8% para las convivientes.

## **2.1.2 BASES TEÓRICAS**

### **EMBARAZO ECTOPICO**

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Puede ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en caso contrario (25)

### **ETIOLOGIA**

Presencia de obstáculos para la migración e implantación del huevo fecundado en la cavidad uterina (25)

### **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Son frecuentes las asociaciones con enfermedad pélvica inflamatoria, uso de DIU y múltiples compañeros sexuales (25)

### **FACTORES ASOCIADOS**

- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Uso de progestágenos orales
- Antecedentes de cirugía tubárica previa
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Uso de dispositivo intrauterino (DIU)
- Tuberculosis extra pulmonar.
- Endometriosis
- Síndrome adherencial

- Técnica de fertilización asistida

## **CUADRO CLÍNICO**

- Dolor abdomino-pélvico agudo
- Tumoración Anexial dolorosa
- Amenorrea de corta duración
- Sangrado vaginal de cuantía variable
- Dolor al movilizar el cérvix

## **DIAGNOSTICO**

### **Criterios Diagnósticos**

- Amenorrea y sangrado genital anormal
- Dolor al movilizar el cérvix durante el tacto vaginal
- Tumoración anexial

### **Diagnósticos diferenciales**

- Aborto
- Cuerpo lúteo hemorrágico
- Enfermedad del trofoblasto
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Pielonefritis
- Apendicitis
- Quiste de ovario o péndulo torcido.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Según estudios, el 1,6 por ciento de los embarazos es ectópico, y de éstos el 98 por ciento se producen en las trompas de Falopio. Por

motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes. Dos Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de Falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, la exposición fetal al dietilestilbestrol o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la trompa de Falopio), la endometriosis.

Los embarazos ectópicos son menos frecuentes en las mujeres de raza blanca. (11)

### **FISIOPATOLOGIA**

El embarazo ectópico después de una ovulación y fertilización naturales, se asocia con factores de riesgo que lesionan la trompa y alteran el transporte del embrión tales como la cirugía tubárica previa (incluyendo la esterilización) la salpingitis, el embarazo ectópico previo como resultado de tratamiento quirúrgico o por persistencia del factor de riesgo original) la endometriosis, las anomalías congénitas de las trompas y las adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas sobre el útero, el ovario y otros órganos pélvicos o abdominales.

Cuando ocurre un embarazo en una usuaria del dispositivo intrauterino hay una probabilidad mayor de que sea ectópico debido a que el dispositivo previene más efectivamente el embarazo intrauterino que la implantación extrauterina. Aunque la fertilización *in vitro* y la inducción de la ovulación constituyen factores de riesgo importantes, se ha encontrado que los factores tubáricos (salpingitis, ectópico previo y cirugía) son los factores de riesgo más importantes para embarazo ectópico después de fertilización *in vitro*.

Hay factores de riesgo: alteraciones anatómicas (>50%, por mucosa fimbria y altera el transporte ciliar), trastornos hormonales (>estradiol o progesterona), o defectos del huevo fertilizado, no hay irrigación suficiente, no hay distensión adecuada y el trofoblasto invade el espesor de la pared fertilizado (12)

## **EXAMENES AUXILIARES**

### **De Patología Clínica**

- Dosaje de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana HCG, en cantidades mayor de 1,500 UI/ml y ausencia de saco intrauterino en la ecografía transvaginal.

### **De Imágenes**

- La ecografía revela útero con decidua hiperplásica. También se puede observar masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina y líquido (sangre) en el fondo de saco en caso de complicación.

## **MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

### ***Medidas Generales y Terapéuticas***

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias y Básicas- FONP Y FONB (Categorías I-1, I-2, 1-3, I-4)

- Identificar signos de peligro y factores asociados.
- Sospecha diagnóstica: estabilizar y referir inmediatamente.
- Vía segura con CI.Na 9%<sup>0</sup> con catéter endovenoso N° 18
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
  - ✓ Vía segura con catéter endovenoso N° 18
  - ✓ Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
  - ✓ Posición decúbito dorsal
  - ✓ Abrigo adecuado
  - ✓ Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado

- ✓ Acompañante potencial donante de sangre
- ✓ Comunicar al sitio de referencia.

### **Establecimiento con funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales FONE (Categorías II-1, II-2)**

- Hospitalizar
- Establecer vía endovenosa segura
- Valorar el estado hemodinámico
- Realizar exámenes auxiliares: Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor RH, sub unidad Beta- HCG
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Embarazo ectópico no complicado: tratamiento médico o laparatomía exploratoria de requerirse.
- Embarazo ectópico complicado: laparatomía.
- Tratamiento médico. Aplicable en paciente bajo control, asintomática, con embarazo ectópico íntegro, saco gestacional menor de de 40 mm, sin actividad cardíaca embrionaria y niveles de sub unidad Beta HCG `por metro cuadrado menor de 5,000 UI con Metotrexato 50 mg de superficie corporal vía intramuscular.

#### **Técnica quirúrgica de laparatomía:**

Lo primordial es cohibir la hemorragia con el mínimo de daño a los órganos reproductivos ante la expectativa de nuevos embarazos.

Así mismo es importante:

- Lavado de la cavidad abdominal con solución salina
- Dejar, si es necesario, drenajes intra-abdominales.

## **SIGNOS DE ALARMA**

- Sangrado vaginal
- Dolor pélvico abdominal
- Distensión abdominal
- Palidez marcada.
- Desmayos o pérdida de conocimientos.

## **COMPLICACIONES**

- Shock hipovolémico
- Pelvipерitonitis.

## **ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA**

Las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) tienen una alta incidencia de embarazos ectópicos. La causa más frecuente es el antecedente de infección causada por *Chlamydia Trachomatis*. Las pacientes con infección por *Chlamydia trachomatis*. Los pacientes con infección por *Clamydiosis* tienen una gama de presentaciones clínicas, desde una cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida y una Infección Pélvica Inflamatoria (EPI). Esto resulta de una acumulación de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio; causando daño a los cilios.

Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce. La cirugía de trompas por tubos dañados puede quitar esta protección y aumentar el riesgo de la aparición de un embarazo ectópico. Más del 50% de las mujeres que ha sido infectadas no se enteran que tuvieron la exposición. Otros organismos causantes de EPI, como la *Neisseria Gonorrhoeae*, aumenta el riesgo de embarazo ectópico unas cuatro veces. La incidencia de daño tubárico, aumenta después de los episodios de EPI, es decir, un 13% después de un episodio, 35% después de 2 episodios, y 75% después de 3 episodios (14)

## **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

La cirugía tubárica, como la ligadura de trompas, puede predisponer a un embarazo ectópico. 70% de los embarazos después de un cauterio tubario son ectópicos, mientras que el 70% de los embarazos después de pinzar las trompas.

Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazada, también tiene un mayor riesgo de embarazo ectópico. Este riesgo es mayor si se emplean métodos más destructivos para la ligadura de trompas, con el cauterio de trompas o la eliminación parcial de los tubos. La explicación parece estar fundamentada en la formación de fístulas que permiten el paso de espermatozoide.

## **ANTECEDENTES ECTÓPICOS DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO**

Una historia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de futuros casos de aproximadamente el 70-10%. Este riesgo no reduce la eliminación de las trompas afectadas, aunque la otra parte parezca normal. El mejor método para el diagnóstico de la presente es hacer una ecografía. En general una paciente con previo embarazo tiene una probabilidad entre 50-80 % de tener subsecuente embarazo intrauterino, y un 20-25% de probabilidad de un futuro embarazo tubárico. (22)

## **ANTECEDENTES ETARIOS**

Las pacientes están en mayor riesgo de embarazo ectópico con la edad avanzada. La mayor tasa de embarazos ectópicos se produce en las mujeres de 35-44 años, quienes tienen un riesgo 3-4 veces mayor de desarrollar un embarazo ectópico, en comparación con las mujeres de 15-24 años.<sup>8</sup> Una explicación propuesta implica la actividad eléctrica muscular en la trompa de Falopio, que es responsable de la motilidad

tubárica. El envejecimiento puede generar una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio.

### **OTROS FACTORES DE RIESGO**

Las mujeres expuestas a dietilestilbestrol (DES) en el útero tienen también un elevado riesgo de embarazo ectópico, hasta 3 veces el riesgo de las mujeres no expuestas. Ocasionalmente se observa que existe un cuerpo amarillo en el lado contralateral del sitio de implantación, lo que hace suponer que son casos de migración demasiado larga para alcanzar el útero.

### **ALGUNOS EMBARAZOS ECTÓPICOS PUEDEN DEBERSE A:**

Defectos congénitos en las trompas de Falopio: Complicaciones de una apendicitis, Endometriosis, Complicaciones de una salpingitis.

### **TABAQUISMO**

En comparación con las mujeres que no fuman, las fumadoras que se embarazan tienen el doble de probabilidades de sufrir este trastorno, ya que la nicotina de los cigarrillos paraliza los cilios del revestimiento de la trompa de falopio.

### **PATOGENIA**

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que, varios días después, llega al útero. Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa) o si hay daño en la motilidad tubárica, el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico.

En un típico de un embarazo ectópico, el embrión no llega al útero, pero en cambio se adhiere a la mucosa de la trompa de Falopio. El

embrión implantado se encaja activamente en el revestimiento de trompas. Más comúnmente invade vasos sanguíneos y causa sangrado. Este sangrado intratubal suele expulsar a la implantación fuera de las trompas en la forma de un aborto espontáneo. Algunas mujeres tienden a pensar que están teniendo un aborto involuntario cuando realmente tienen un aborto tubárico. No suele haber inflamación de la trompa en un embarazo ectópico. El dolor es causado por las prostaglandinas liberadas en el sitio de implantación, y por la sangre en la cavidad peritoneal, por ser un irritante local. A veces, el sangrado puede ser suficientemente fuerte para amenazar a la salud o incluso la vida de la mujer. Por lo general, este grado de hemorragia es debido a la demora en el diagnóstico, pero a veces, especialmente si la implantación es en la porción proximal de la trompa, es decir, justo antes de que entre en el útero, puede invadir la arteria vecina, y provocar sangrado antes de lo habitual.

### **CUADRO CLÍNICO**

La clásica tríada clínica de embarazo ectópico incluye: dolor, amenorrea y sangrado vaginal. Los síntomas se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo. Normalmente el dolor suele ser abdominal, lo cual puede parecer un común dolor de estómago o cólicos. La diferencia es que el dolor es muy fuerte y se localiza en la parte baja del abdomen. También es posible sentir dolor al orinar o al hacer un movimiento brusco. Lamentablemente, sólo el 50 por ciento de las pacientes presentan signos clásicos. Las pacientes pueden presentar otros síntomas comunes a los embarazos precoces: náuseas, sensación de plenitud, fatiga, dolor abdominal bajo, cólicos fuertes, dolor en el hombro y dispareunia reciente.

El dolor abdominal es el síntoma más común, el cual se presenta generalmente en las fosas ilíacas e hipogastrio, pero puede afectar cualquier parte del abdomen y asociarse con dolor en el hombro por

irritación diafragmática. Le sigue la amenorrea con algún grado de sangrado vaginal.

Sin embargo, sólo el 40-50 por ciento de las pacientes con un embarazo ectópico presentan sangrado vaginal, el 50 por ciento tienen una masa palpable de anexos, y el 75 por ciento pueden tener dolor abdominal.<sup>4</sup> Aproximadamente el 20 por ciento de las pacientes con embarazos ectópicos están hemodinámicamente comprometidas en la presentación inicial, que es altamente sugestiva de rotura. Afortunadamente, con el uso de las técnicas modernas de diagnóstico, la mayor parte de los embarazos ectópicos pueden ser diagnosticados antes de la ruptura.

Muchos trastornos pueden tener una presentación similar a un embarazo extrauterino. Los más comunes son la apendicitis, la salpingitis, la ruptura de un quiste del cuerpo lúteo o folículo ovárico, un aborto espontáneo o la amenaza de aborto, la torsión de ovario y una infección urinaria.

En los últimos años se han desarrollado pruebas para la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) en el plasma sanguíneo y en la orina para detectar un embarazo antes de desaparecer el primer ciclo menstrual. Si bien algunos paquetes comerciales de análisis de orina pueden detectar la  $\beta$ -hCG a comienzos de la gestación, éstos están asociados con diferentes tasas de falsos negativos. Además, la necesidad de un valor cuantitativo hace que la prueba del  $\beta$ -hCG en el suero sanguíneo sea el criterio estándar para las pruebas bioquímicas.

Se mide la gonadotropina coriónica humana en la sangre, junto con la sonografía. Si está a niveles mayores de 1500 mUI/mL (entre la tercera y cuarta semana) o 5000 mUI/mL (entre la quinta y sexta semana) y si no se visualiza el feto en el saco, o si este último no está presente, se confirma entonces el diagnóstico. (13)

Los niveles de progesterona en sangre representan otra herramienta utilizada en predecir las posibilidades evolutivas de la gestación y no para la diferenciación entre gestaciones anormales y embarazos intrauterinos saludables.<sup>6</sup> Los niveles sanguíneos de progesterona no dependen de la edad gestacional, pero siguen siendo relativamente constantes durante el primer trimestre del embarazo normal y anormal, no retornan a los valores de referencia si comenzaron fuera del rango y no se correlacionan con niveles de  $\beta$ -hCG. Sin embargo, no hay consenso sobre un valor específico que distingue entre un embarazo normal de uno anormal. Varios autores han propuesto diferentes puntos de corte en relación con la sensibilidad y especificidad de este examen de sangre. Un valor de progesterona superior a 25 ng/ml demostró una exclusión de embarazo ectópico con 97,4 por ciento de certeza en un estudio.<sup>4</sup> Además, los niveles iguales o inferiores a 5 ng/ml indican un embarazo inviable, bien sea intrauterino o ectópico, y excluyen el embarazo normal con una sensibilidad del 100 por ciento.<sup>4</sup>

Actualmente se están estudiando otros marcadores en la sangre y en la orina, a fin de ayudar a distinguir los embarazos normales y anormales. Por ejemplo, el estradiol sérico, la inhibina, la proteína A asociada al embarazo, el glucurónido de pregnanediol, las proteínas de la placenta, la creatina quinasa y un perfil cuádruple que consiste en progesterona sérica,  $\beta$ -hCG, estriol y alfa-fetoproteína.

En la actualidad, el uso de cada uno de estos marcadores sólo se indica como una herramienta de investigación hasta que aparezcan evidencias clínicas considerables que demuestren su aplicación clínica.

## **DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**

El ultrasonido es probablemente la herramienta más importante en el diagnóstico de un embarazo extrauterino, especialmente si se combina con otros métodos. Con mayor frecuencia, se utiliza para confirmar un embarazo intrauterino. La visualización de un saco

intrauterino, con o sin actividad cardíaca fetal, a menudo es suficiente para excluir un embarazo ectópico. La excepción es en el caso de un embarazo heterotópico, la combinación de embarazos intra y extrauterino que, aunque es una situación excepcional, se ven cada vez más frecuentes, entre 1 de 4000 a 1 de cada 30.000 embarazos espontáneos. El estudio de los anexos uterinos por un ultrasonido es obligatorio en pacientes sometidas a estimulación ovárica y la reproducción asistida a pesar de la visualización de un embarazo intrauterino, porque son pacientes que tienen 10 veces mayor riesgo de embarazo heterotópico.

El ultrasonido transvaginal tiene mayor resolución que el abdominal y puede ser usado para visualizar un embarazo intrauterino 24 días después de la ovulación o 38 días después del último período menstrual, que suele ser alrededor de 1 semana antes de los que es posible visualizar un ultrasonido transabdominal. El saco gestacional — un término ecográfico y no anatómico— es la primera estructura que se reconoce en un ultrasonido transvaginal.<sup>13</sup> Se ve en el ultrasonido como una zona ecogénica gruesa en torno a un centro hipogénico correspondiente a la reacción decidual trofoblástica que rodea el saco coriónico. Las estructuras que representan a un embrión en desarrollo aún no se pueden reconocer sino hasta una mayor edad gestacional. (15)

## **FACTORES MECANICOS**

Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

- La salpingitis, especialmente la endosalpinguitis, que causa aglutinación de los pliegues absorbentes de la mucosa tubárica de los pliegues absorbentes de la mucosa tubárica o estrechez de la luz o formación de bolsillos ciegos.

- Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos, orificios accesorios e hipoplasia.
- Embarazo ectópico previo, la posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15% según diferentes autores.
- Operaciones previas de las trompas, sobre todo cirugías para resolver la permeabilidad.
- Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo de aumentar la salpingitis.
- Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores de los anexos.

## **TRATAMIENTO**

Históricamente, el tratamiento de un Embarazo Ectópico se limitaba a la cirugía, con la evolución de la ciencia y la experiencia con el Metotrexato, el tratamiento de algunos embarazos ectópicos han cambiado su curso.

### **2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### **EMBARAZO**

Período mediante el cual se gesta y desarrolla un embrión. (19)

#### **EMBARAZO ECTOPICO**

Implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. La localización más frecuente es la tubárica con el 98%. Las localizaciones abdominales, ovárica, cervical, cornal e intraligamentosa son muy raras.

## **EMBARAZO TUBARICO**

En condiciones normales, el óvulo fecundado desciende por las trompas de Falopio hasta el útero o matriz, donde se implanta para comenzar su desarrollo, pero en un embarazo ectópico lo hace en otro lado, en el 98 por ciento de los casos en las trompas de Falopio.

## **EMBARAZO ECTOPICO TUBARIO NO COMPLICADO**

Se denomina a aquel embarazo ectópico sin rotura de las trompas y paciente hemodinámicamente conservada.

## **EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO COMPLICADO**

Se denomina a aquella gestación ectópica con rotura de la trompa con o sin compromiso hemodinámico materna.

## **INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) —también conocidas como enfermedades de transmisión sexual (ETS), y antes como enfermedades venéreas— son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual (20).

## **DISPOSITIVO INTRA UTEINO (DIU)**

Un dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo que se inserta en la cavidad uterina y libera cobre. Previene el embarazo, al dañar o matar a los espermatozoides, o al impedir su ingreso al útero de una mujer (22)

## **ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS**

Son aquellos anticonceptivos que contienen estrógeno y progesterona, su principal mecanismo es suprimir la ovulación y espesamiento del moco cervical (23).

**METRORRAGIA**

Hemorragia uterina fuera del periodo menstrual (24)

**AMENORREA**

Ausencia de Menstruación, porque nunca comenzó o por que se interrumpió posteriormente (24)

**FACTOR DE RIESGO**

Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

**TROMPA DE FALOPIO**

Conductos que conectan los ovarios y el útero o matriz.

**UTERO**

Órgano del aparato reproductor femenino también denominado matriz, donde se desarrolla el embrión fecundado en condiciones normales.

**GONADOTROPINA CORIONICA**

La gonadotropina coriónica humana (HCG), es una hormona glicoproteica producida en el embarazo a través del embrión en desarrollo, poco después de la concepción y más tarde por el sinciotrofoblasto.

**METOTREXATO**

El metotrexato, agente quimioterápico, es un antagonista del ácido fólico, inhibidor de la reductasa del ácido fólico que inhibe la síntesis espontánea de purinas y pirimidinas, interfiriendo así la síntesis de DNA y la multiplicación celular.

## **METOTREXATO EN EL EMBARAZO ECTOPICO**

El metotrexato actúa deteniendo el crecimiento del óvulo fertilizado antes de que ocurra la ruptura.

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACION, INTERPRETACION, ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

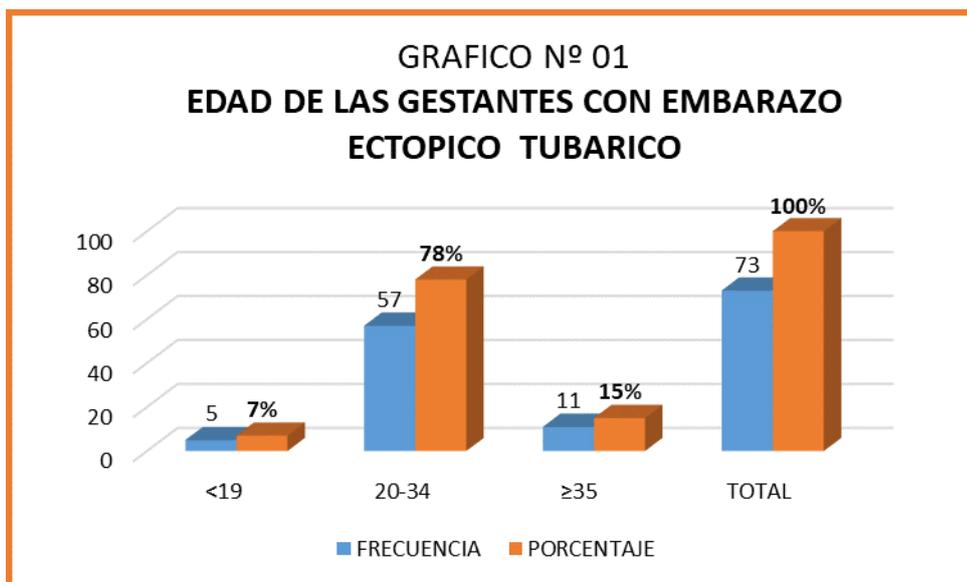
**EDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<19	5	7
20-34	57	78
≥35	11	15
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION**

En la tabla y gráfico N° 01, se observa que el 78% de la población en estudio se encuentra en el rango de edades de 20-34 años, y un 7% corresponde a la población adolescente. Contrastando con el estudio de Garcia F. y Col. (2007) donde realizo estudio cuyo objetivo fue; determinar la frecuencia de embarazos ectópicos y su mortalidad en el Hospital Materno Perinatal-Bolivia, encontró que el grupo atareo que predomino fue entre los rangos de 20-29 años haciendo un 54.4%, estos resultados concuerdan con nuestro estudio en cuanto al similar grupo de edades, pero difiere relativamente en términos porcentuales.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-20

**TABLA N° 02**

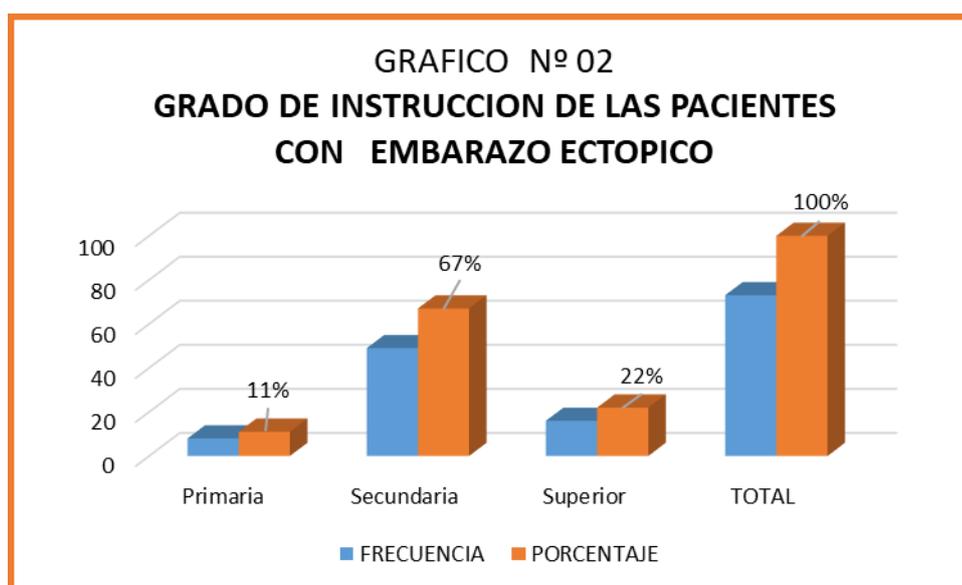
**GRADO DE INSTRUCCION DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO 2013 - 2017**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	8	11
Secundaria	49	67
Superior	16	22
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de la población en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y Gráfico N° 02, se observa que el 67% de la población en estudio cuenta con educación del nivel secundario, y el 11% de nivel primario.

Contrastando con el estudio de Pérez L.(2010), cuyo Objetivo fue: determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo 2010, encontró que el grado de instrucción que predominó en estas pacientes fue el nivel de secundaria completa con el 33.3%, estos resultados difieren porcentualmente con nuestro estudio pero son semejantes en cuanto al nivel de instrucción.



Fuente: Historias clínicas de la población en estudio 2013-2017

**TABLA N° 03**

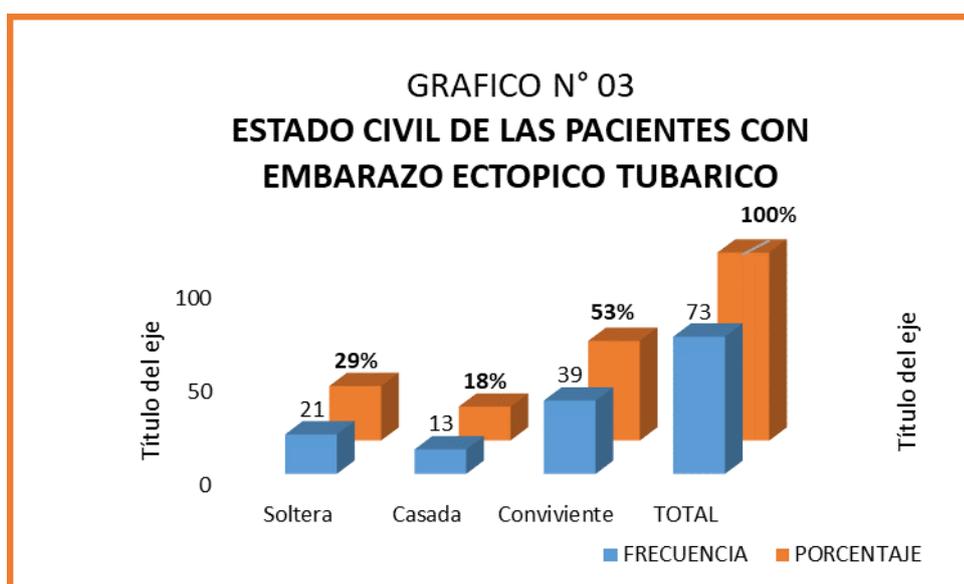
**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	21	29
Casada	13	18
Conviviente	39	53
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de población en estudio 3013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y Gráfico N° 03 se aprecia que el 53% de la población en estudio corresponde al estado conyugal de convivencia, y el 29 % fueron solteras.

Contrastando con el estudio de Pérez L.(2010), cuyo Objetivo fue: determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo 2010 encontró que 15.8% de las pacientes con embarazo ectópico fueron de estado conyugal de convivencia, estos resultados difieren con lo encontrado en nuestro estudio, ya que la convivencia fue estado conyugal que predominó.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 04**

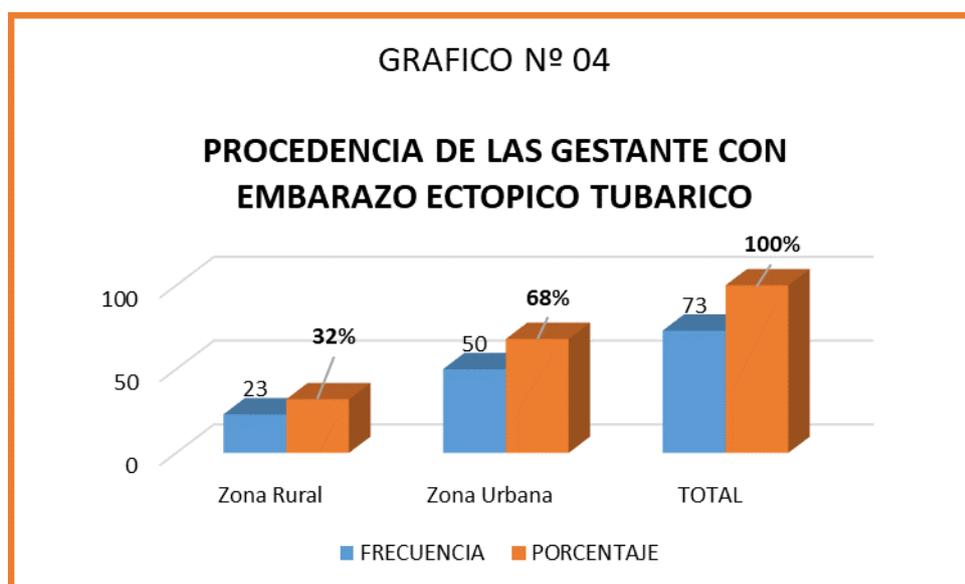
**PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Rural	23	32
Zona Urbana	50	68
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N° 04 se observa que el 68% de la población en estudio proceden de zona urbana, a diferencia de un 32% que son pacientes que proceden de la zona rural.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 05**

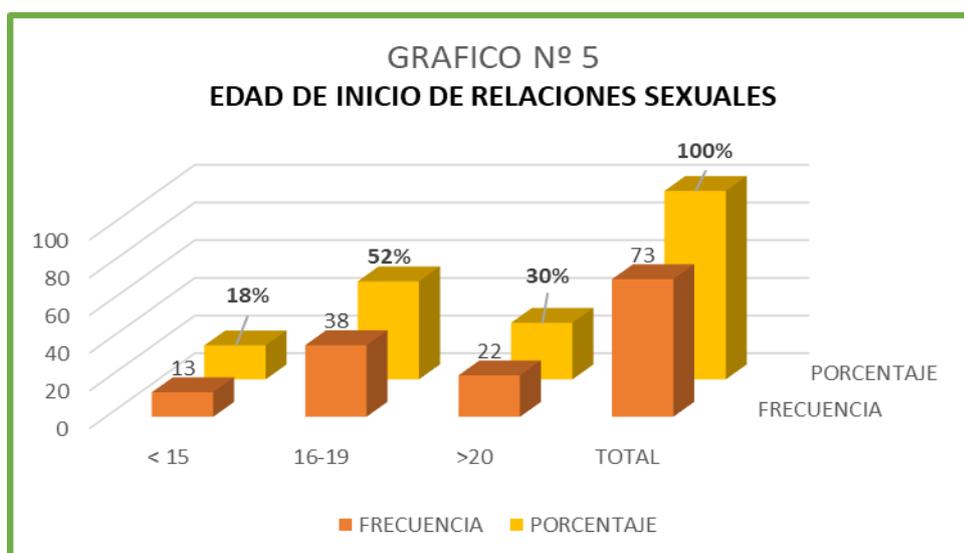
**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 15	13	18
16-19	38	52
>20	22	30
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 05 se aprecia que el 52% de las pacientes con embarazo ectópico tubárico iniciaron relaciones sexuales en entre las edades de 16-19 años y un 18% lo hicieron ≤ 15 años.

Contrastando los resultados con el estudio de Rodríguez Y. y Col. (2007) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico; encontró que las pacientes que reportaron mayor porcentaje de embarazos ectópicos iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, estos resultados tienen similitud con nuestro estudio ya que también se observa mayor porcentaje en la población adolescente con un 70% de los casos.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 06**

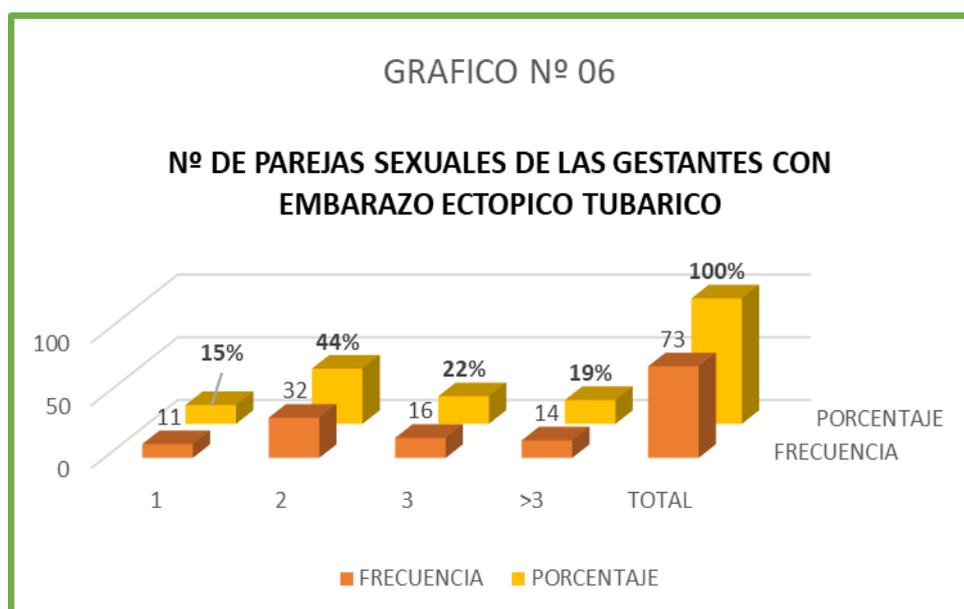
**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

Nº DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	11	15
2	32	44
3	16	22
≥4	14	19
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 06 se evidencia que el 44% de las pacientes con embarazo ectópico tubárico tuvieron 02 parejas sexuales y el 41% tuvieron más de 3 parejas, lo que incrementa el riesgo para una ITS y por consiguiente un embarazo ectópico.

Contrastando con los resultados del estudio de Garcia F. y Col. (2007) cuyo objetivo fue: determinar la frecuencia de embarazos ectópicos y su mortalidad en el Hospital Materno Infantil-Bolivia, encontró que las múltiples parejas sexuales (entre 2-3) son factores que pueden inducir al embarazo ectópico, este resultado se asemejan a nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 07**

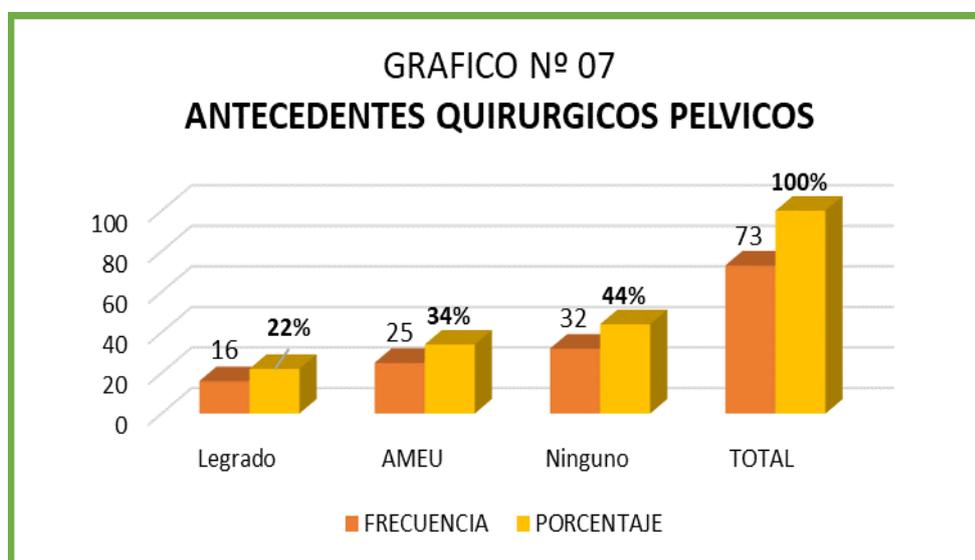
**ANTECEDENTES QUIRURGICOS PELVICOS DE LAS PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

ANTECEDENTES QUIRURGICOS PELVICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Legrado	16	22
AMEU	25	34
Ninguno	32	44
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 07 se observa que el 56% de la población en estudio presentó antecedentes quirúrgicos pélvicos entre AMEU, legrado respectivamente.

Contrastando con el estudio realizado por Cabrera I y Col.(2010) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con embarazo y el punto de vista clínico, médico quirúrgico y obstétrico, encontró que el 85.7% de las pacientes no tuvieron antecedentes de cirugía previa; estos resultados difieren con lo encontrado en nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 08**

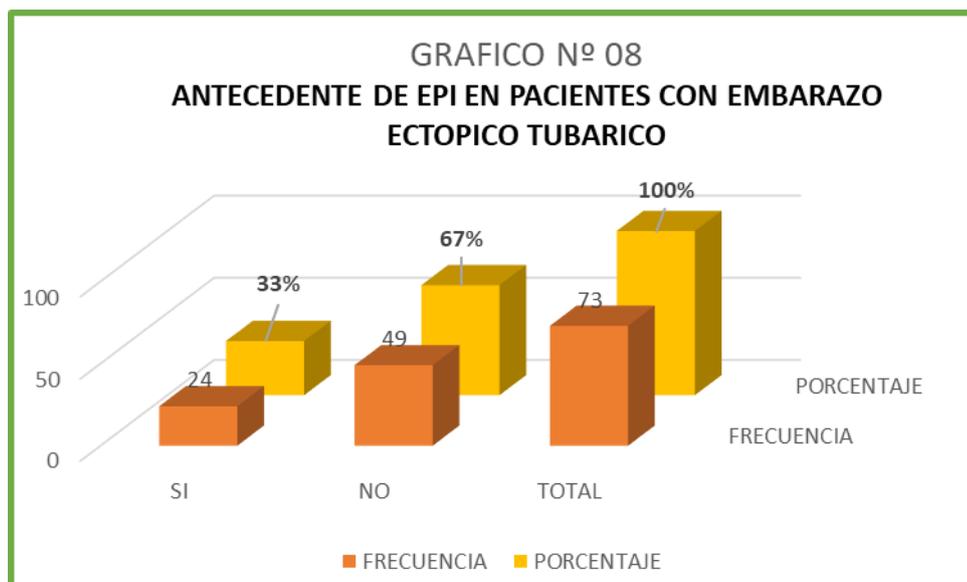
**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PELVICA DE LAS PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	33
NO	49	67
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 08 se observa que el 33% de las pacientes con embarazo ectópico presentaron enfermedad pélvica inflamatoria, siendo un factor de riesgo para que se produzca esta complicación.

Contrastando los resultados del estudio de Cabrera I y Col.(2010) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con embarazo y el punto de vista clínico, médico quirúrgico y obstétrico, encontró que el 85.7% de las pacientes no tuvieron antecedentes de cirugía previa, este resultado tiene cierta similitud porcentual con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 09**

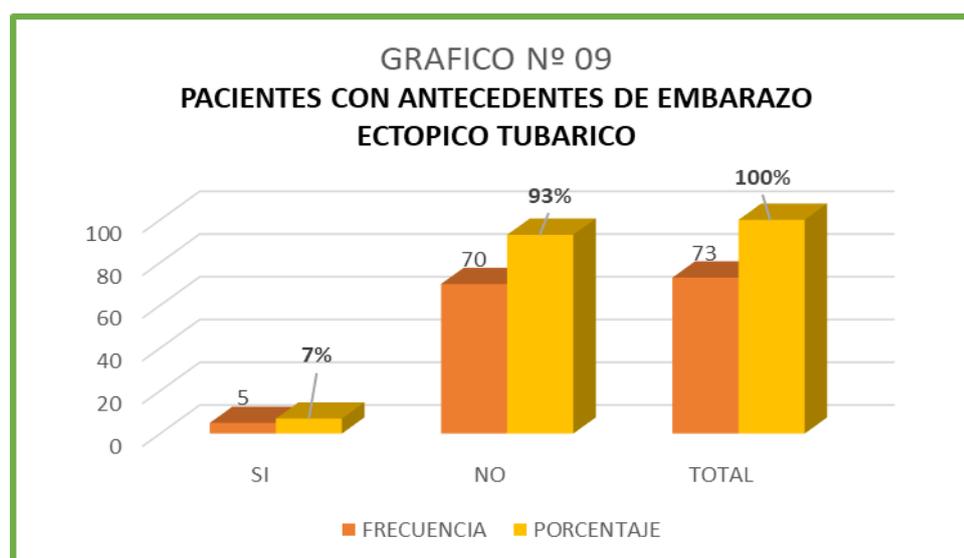
**ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTOPICO DE LAS PACIENTES  
CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013- 2017**

ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	7
NO	70	93
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y grafica N° 09 observamos que el 93% de las pacientes que actualmente presentan diagnóstico de embarazo ectópico, tuvieron antecedente con el mismo diagnóstico.

Contrastando con el estudio realizado por Moreno P.(2014) cuyo objetivo fue: identificar las formas del tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico complicado en el Hospital María Auxiliadora encontró que el 1% fueron embarazos ectópico complicados, Así mismo Pérez L. (2010) cuyo estudio determino los factores de riesgo de embarazo ectópico en el hospital Nacional D.A Carrión, encontró que el 5.2% de las pcientes en estudio tuvieron antecedentes de embarazo ectópico, teniendo este último cierta similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

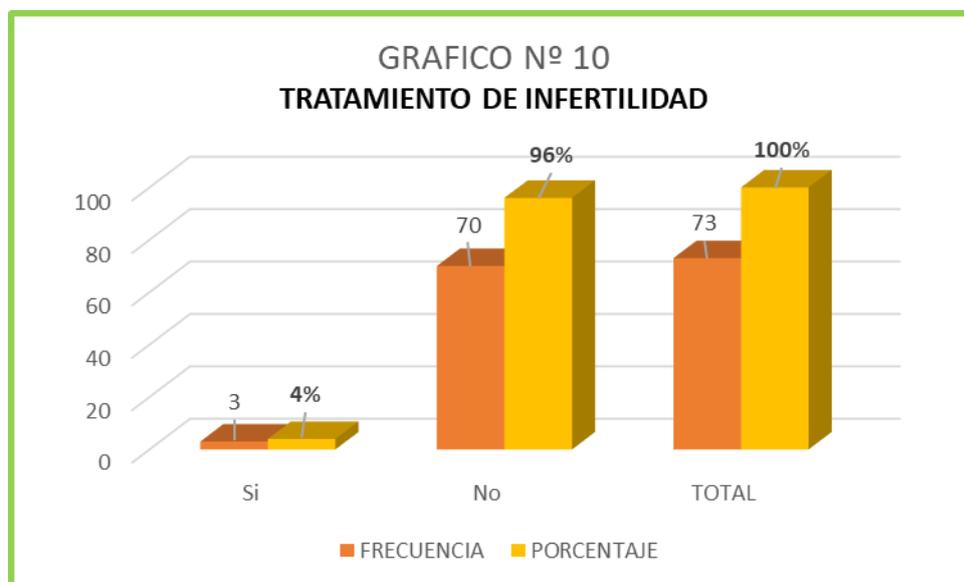
**TABLA N° 10**

**ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD DE  
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO  
TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO  
2013- 2017**

TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	4
No	70	96
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 10 se observa que el 4% de las pacientes que tuvieron el diagnostico de embarazo ectópico tuvieron antecedentes de tratamiento por infertilidad.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

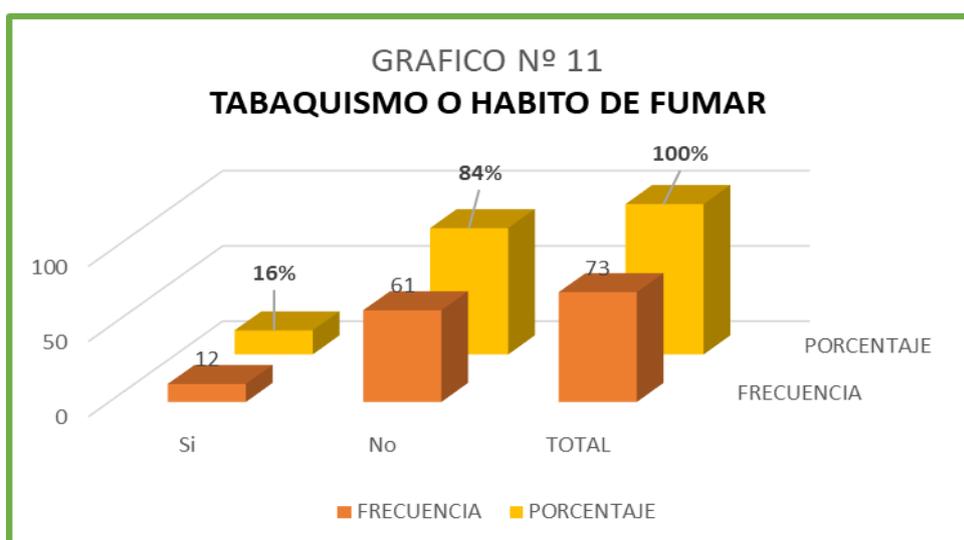
**TABLA Nº 11**  
**TABAQUISMO O HABITO DE FUMAR DE PACIENTES CON**  
**DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO**  
**2013- 2017**

TABAQUISMO O HABITO DE FUMAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	16
No	61	84
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico Nº 11 observamos que el 84% de las pacientes en estudio no tuvieron hábitos de fumar o tabaquismo, a diferencia de un 16% que sí presento este hábito.

Contrastando el estudio realizado por Rodríguez Y, y Col (2007) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico encontró que el 59.7% no fumaban lo que represento más de la mitad de los casos estudiados. Así mismo el estudio realizado por Cabrera I y Col. (2010) cuyo objetivo fue: Conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con embarazo ectópico desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico y obstétrico, encontrando que el 18.5% tenían antecedentes de tabaquismo; este último estudio tiene coincidencia con nuestra investigación.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 12**  
**NUMERO DE PARTOS PREVIOS DE PACIENTES CON**  
**DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO**  
**2013- 2017**

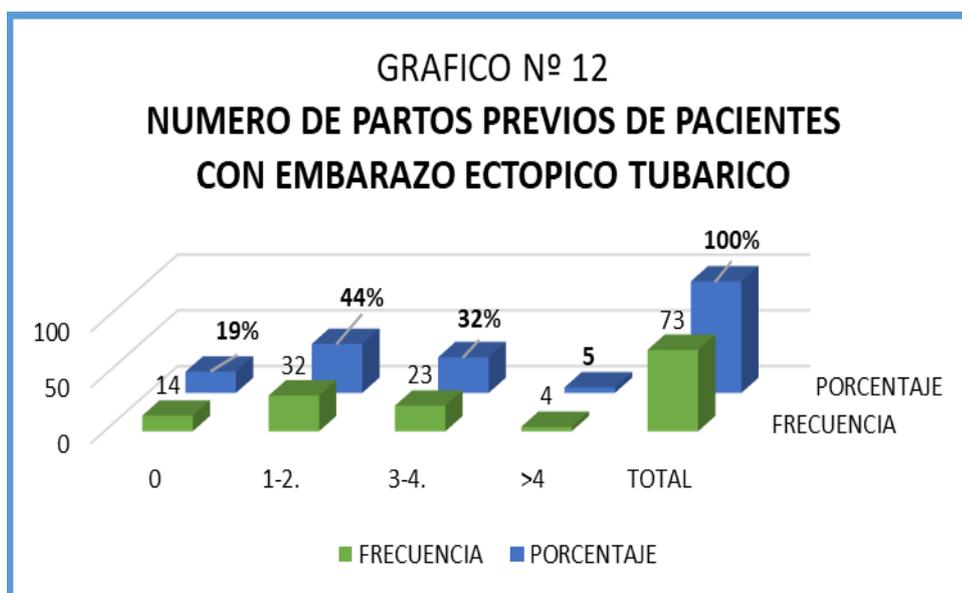
NUMERO DE PARTOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	14	19
1-2	32	44
3-4	23	32
>4	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:**

En la tabla y gráfico N° 12 se aprecia que el 44% de la población en estudio tuvieron de 1-2 partos previos al embarazo ectópico, y el 19% fueron nulíparas.

Contrastando con el estudio de García F.y Col (2007) cuyo objetivo fue: Determinar la frecuencia de embarazos ectópicos y su mortalidad en el Hospital Materno infantil-Bolivia, encontró que el 42,15% correspondió a primigestas y segundigestas, teniendo gran similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 13**

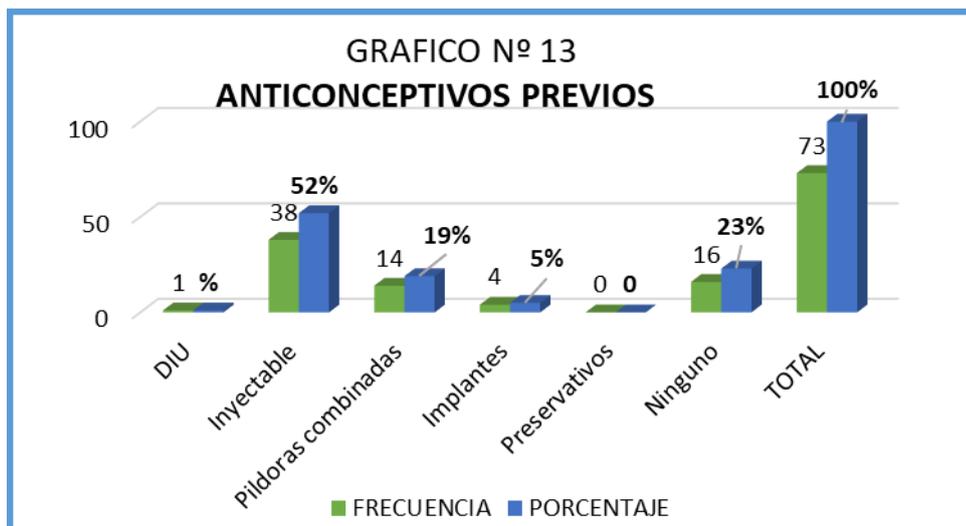
**ANTICONCEPTIVOS PREVIOS EN PACIENTES CON  
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO  
2013- 2017**

ANTICONCEPTIVOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIU	1	1
Inyectable	38	52
Píldoras combinadas	14	19
Implantes	4	5
Preservativos	0	0
Ninguno	16	23
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente. Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTRPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 13 se evidencia que el 59% de las pacientes en estudio fueron usuarias del inyectable, sólo 1 paciente fue usuaria de DIU.

Contrastando con el estudio de Rodríguez Y. y Col.(2007) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico, encontró que el 24.4% utilizó dispositivo intrauterino (DIU), los resultados difieren significativamente con lo encontrado en nuestra investigación.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

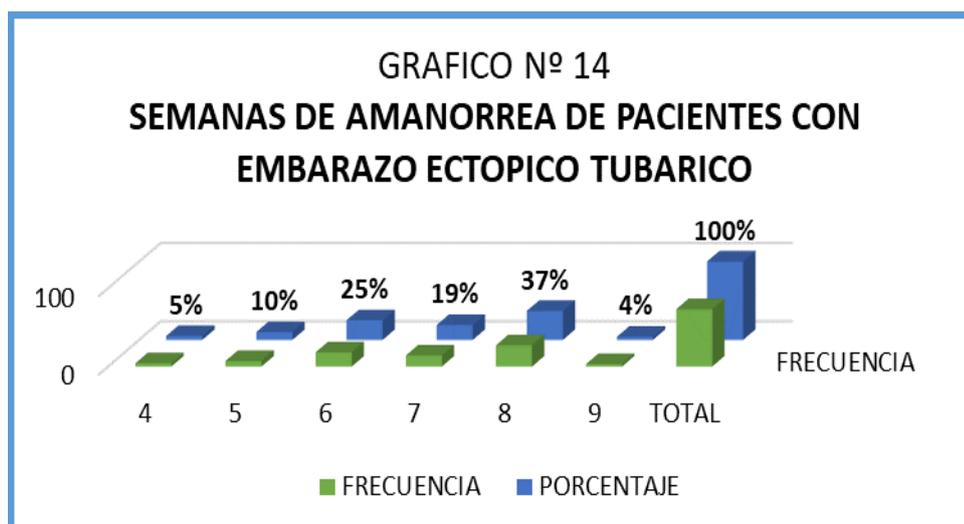
**TABLA N° 14**  
**SEMANAS DE AMENORREA EN LA QUE SE DIAGNOSTICO**  
**EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO EN PACIENTES ATENDIDAS**  
**EN EL HOSPITAL AMAZONICO**  
**2013- 2017**

SEMANAS DE AMENORREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4	4	5
5	7	10
6	18	25
7	14	19
8	27	37
9	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 14 se observa que el 37% de las pacientes en estudio el diagnóstico de embarazo ectópico se realizó a las 8 semanas de amenorrea y un 4% en la semana 9.

Contrastando los resultados de nuestro estudio con la investigación de Barrantes E,(2009) cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico, encontró que la edad gestacional más frecuente en la que se diagnosticaron los casos fue de 8 semanas, ambos resultados tienen similitud en cuanto a la semana de amenorrea diagnosticada el embarazo ectópico.



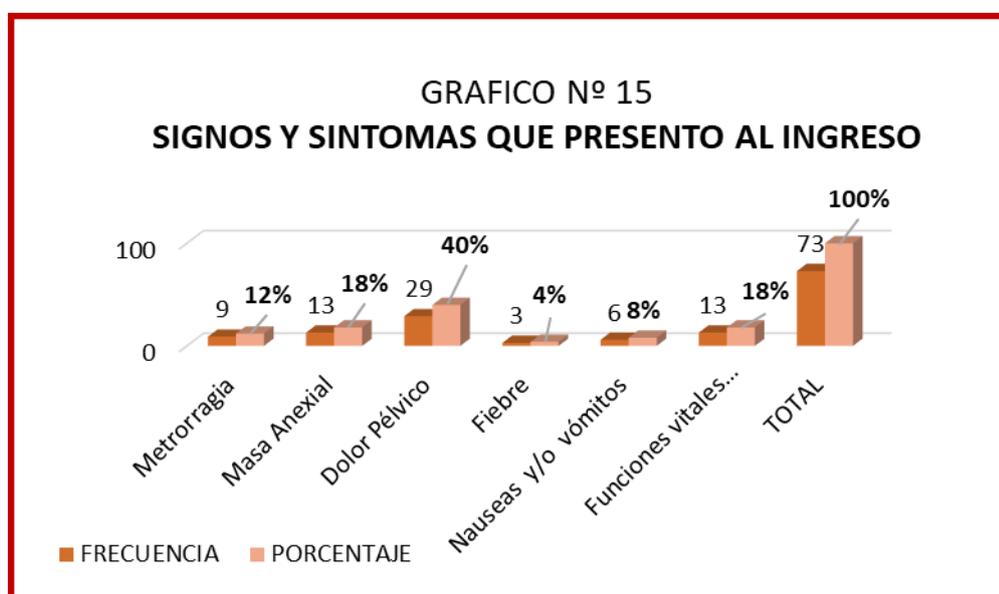
Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 15**  
**SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTARON AL INGRESO LAS**  
**PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO**  
**TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO**  
**2013-2017**

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTO AL INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Metrorragia	9	12
Masa Anexial	13	18
Dolor Pélvico	29	40
Fiebre	3	4
Nauseas y/o vómitos	6	8
Funciones vitales alteradas	13	18
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y Gráfico N° 15 se observa que el 76% de las pacientes con diagnóstico de EE. Presentaron al ingreso dolor pélvico, masa anexial y funciones vitales alteradas, y un 12 % estuvo con metrorragia.



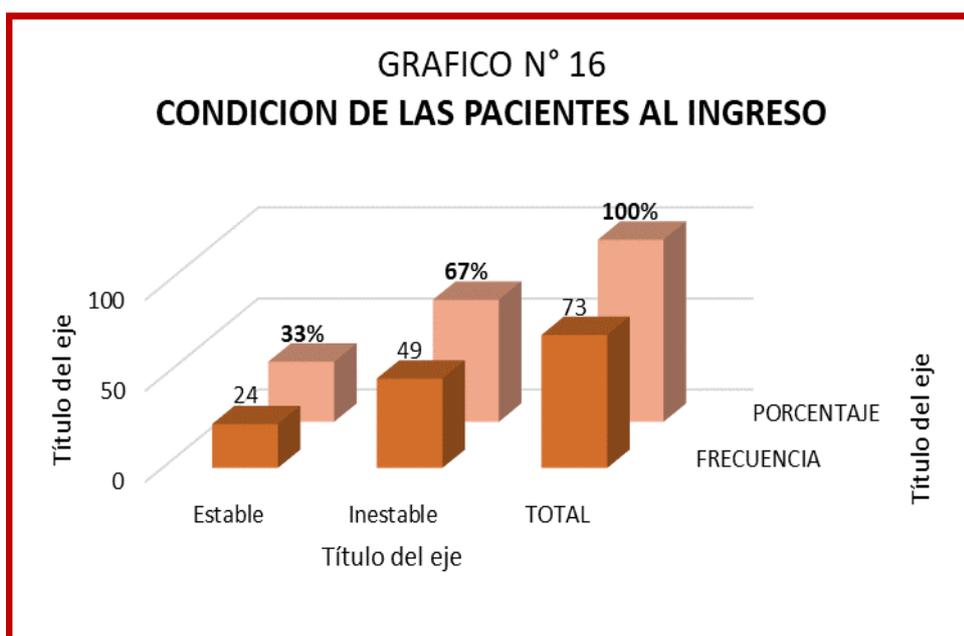
Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 16**  
**CONDICION DE LAS PACIENTES AL INGRESO CON**  
**DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO AL**  
**INGRESO AL HOSPITAL**  
**AMAZÓNICO 2013-2017**

CONDICION DE LA PACIENTE AL INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estable	24	33
Inestable	49	67
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y Gráfico N°16 se observa que el 67% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectopico tubarico, llegaron al establecimiento de salud en condiciones generales inestable, convirtiendose en pacientes de alto riesgo que podria determinar una muerte materna de no haberse tomado las medidas necesarias y aplicación de protocolos de forma inmediata.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 17**  
**COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON**  
**DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO**  
**2013-2017**

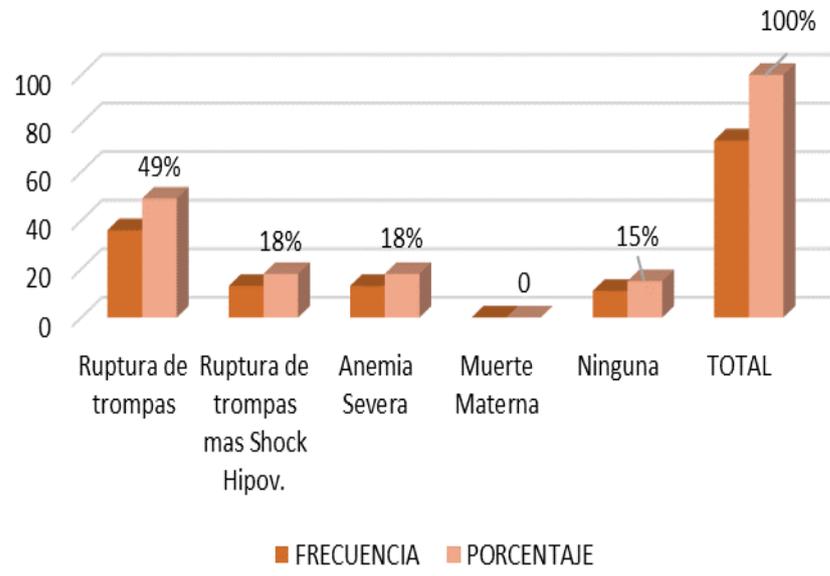
COMPLICACIONES MAS FRECUENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ruptura de trompas	36	49
Ruptura de trompas más Shock Hipovolémico	13	18
Anemia Severa	13	18
Muerte Materna	0	0
Ninguna	11	15
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente:Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla N° 17 se observa que el 67% de las complicaciones se produjo por ruptura de trompas más shock hipovolémico, no se originó ninguna muerte materna por este diagnóstico.

Contrastando el resultado con el estudio de Cabrera I,y Col.(2007) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con embarazo ectópico desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico y obstétrico, encontrando que el 78.6% de las pacientes presentaron hematosalpinx (ruptura de trompas); coincidiendo estos datos con nuestros resultados. Así mismo el estudio de Urrutia M. y Col. (2007) cuyo objetivo fue: establecer los factores de riesgo asociados a esta patología en una población de mujeres chilenas, quien menciona como antecedente que el embarazo ectópico es una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo, en nuestro estudio no se produjo muerte materna por este diagnóstico.

**GRAFICO N° 17**  
**COMPLICACIONES MAS FRECUENTES**



Fuente: Historias Clinicas de pacientes en estudio 2013-2017

**TABLA N° 18**

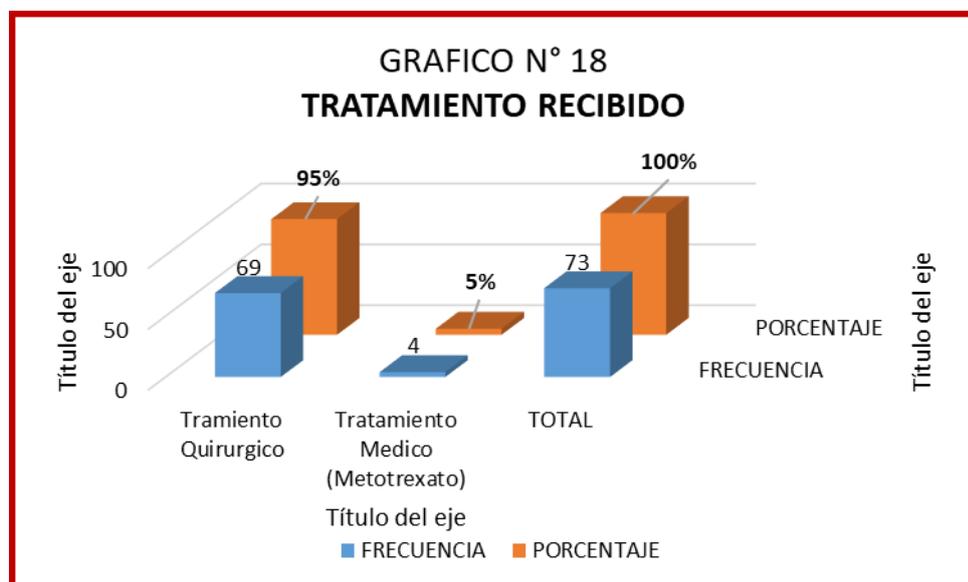
**TRATAMIENTO RECIBIDO LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2013-2017**

TRATAMIENTO RECIBIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tratamiento Quirúrgico	69	95
Tratamiento Médico (Metotrexato)	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

**ANALISIS E INTERPRETACION:** En la tabla y gráfico N° 18 se observa que el 95% de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico recibieron tratamiento quirúrgico, solo el 5% recibió tratamiento médico con Metotrexato, tratamiento que permite preservar la trompa de Falopio comprometida.

Contrastando con el estudio realizado por Cabrera I y Col.(2010) cuyo objetivo fue: conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con EE desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico, y obstétrico, encontró que en el 95.7% de casos el tratamiento fue quirúrgico, este resultado tiene coincidencia con los hallazgos en nuestra investigación.



Fuente: Historias Clínicas de pacientes en estudio 2013-2017

## CONCLUSIONES

Concluida la investigación se llega a las siguientes conclusiones, la misma que da respuesta a los objetivos planteados:

1. En cuanto a las Características Sociodemográficas de las pacientes que presentaron embarazo ectópico tubárico se encontró que, el 78% de ellas oscilaban en el rango de edades de 20-35 años, el 67% presentaron nivel de educación secundaria, el 53% fueron convivientes, el 68% provenían de la zona urbana.
2. Respecto a las Características Ginecológicas se pudo identificar que el 52% de las pacientes en estudio iniciaron relaciones sexuales siendo aún adolescentes en el rango de edades de 16-19 años, el 85% tuvieron entre 2 a más parejas sexuales, lo que incrementa el riesgo de embarazos ectópicos, el 56% presento antecedente de intervenciones quirúrgicas pélvicas como el legrado uterino y el AMEU, el 33% de ellas presentaron antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), el 7% antecedente de embarazo ectópico, 4% presento antecedente de tratamiento de infertilidad y el 16% estuvieron expuestas al hábito de fumar.

Considerando las Características Obstétricas se encontró en el estudio que, el 19% de las pacientes no tuvieron antecedentes de parto, el 1% utilizaba como método anticonceptivo el Dispositivo Intrauterino y el 23% no utilizaban ningún método de protección contra el embarazo, el 81% de las pacientes se les detecto embarazo ectópico entre las semanas 6-8 de amenorrea.

3. Respecto a las Características Clínicas, se encontró que, el 76% de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico tubárico presentaron al ingreso dolor pélvico, masa anexial y funciones vitales alteradas respectivamente y un 12 % de ellas tuvieron metrorragia.

Así mismo el 67% de las complicaciones se produjo por ruptura de trompas más shock hipovolémico respectivamente, no se originó ninguna muerte materna por este diagnóstico.

En relación al tratamiento recibido posterior al diagnóstico de embarazo ectópico, el 95% fue manejada quirúrgicamente, y solo el 5% recibió tratamiento médico con Metotrexato.

4. A la luz de los resultados, se encontró en el presente estudio una prevalencia de 0.46% de embarazos ectópicos tubáricos, fue más prevalente en pacientes que experimentaron entre 1-2 partos previos,

## RECOMENDACIONES

Considerando los resultados de la investigación se Recomienda lo siguiente:

1. Que el personal de salud que atiende a la Mujer respecto a la Salud Sexual y Reproductiva debe Enfatizar la Orientación en el campo preventivo promocional sobre los riesgos del inicio temprano de las relaciones sexuales, el número incrementado de parejas sexuales, que potencializa grandemente el riesgo de algunas patologías, dentro de ellas el embarazo ectópico tubárico con consecuencias nefastas en la salud reproductiva de una mujer.
2. Que, la DIRESA Ucayali en coordinación con el personal de Salud de los establecimientos de la Región que atienden a la mujer en la etapa pre concepcional realicen campañas de difusión sobre la necesidad en el uso de los Métodos Anticonceptivos para la prevención de un embarazo no deseado por mujeres en edad fértil, quienes consecuentemente utilizan técnicas que interrumpen la concepción siendo necesario posteriormente realizar intervenciones quirúrgicas que amerite la práctica del Legrado uterino o la aspiración manual endouterina (AMEU), situaciones que potencializan el riesgo de un embarazo ectópico a posteriori.
3. Que, el personal de salud que labora en los establecimientos con capacidad resolutive, deben aplicar las políticas de capacitación continua en el manejo de las emergencias obstétricas, siendo una de ellas las hemorragias, diagnosticando oportunamente los casos y el manejo según guías y protocolos de atención, ya que representan la principal causa de muerte materna.
4. Recomendar a las pacientes a acudir a las atenciones pre natales muy tempranamente para un diagnóstico oportuno ante la posibilidad de un

embarazo ectópico tubárico que pueda ser manejado médicamente sin perjudicar su salud reproductiva ante la posibilidad de una salpingectomía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 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. (Tesis de especialista), Disponible en:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/472/1/REQUENA\\_GERARDO\\_EMBAZAZO\\_ECT%C3%93PICO\\_GINECOLOG%C3%8DA.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/472/1/REQUENA_GERARDO_EMBAZAZO_ECT%C3%93PICO_GINECOLOG%C3%8DA.pdf)
2. Pérez L. Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero-Diciembre 2010 (Tesis para optar el Título especialista) disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/459/1/Perez\\_dl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/459/1/Perez_dl.pdf)
3. Moreno, R; Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado hospital maría auxiliadora 2014 (Tesis par optar título de especialista), disponible en:  
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1240/1/Morenopr.pdf>
4. Mercado M, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013 (Tesis de especialidad) disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3537/1/Mercado\\_mw.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3537/1/Mercado_mw.pdf)
5. Revista Peruana de Epidemiología, artículo: Embarazo ectópico en el Hospital Daniel Alcides Carrión-Callao, Perú 2008-2010.
6. Revista Médica (Cochabamba) v.18 n.28 Cochabamba ago. 2007. Autor: Dr. Antonio García Flores Ginecólogo-Obstetra.H.M.I.G.U. y Col. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2074-46092007002800002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2074-46092007002800002&script=sci_arttext&lng=en)
7. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010:36(1) 36-43 Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol\\_36\\_01\\_10/gin06110.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol_36_01_10/gin06110.pdf)
8. Rev chil obstet ginecol 2007; 72(3): 154-159. Alberto Fernández Valdés Ebarazo Ectópico Factores de riesgo y Características Clínicas de la

- Enfermedad en un grupo de mujeres Chilenas. 2007. Disponible en:<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n3/art04.pdf>
9. Rev. Médica de post Grado de Medicina UNAH Vol. N°3 Setiembre Octubre 2006. Cuestas Monge Dunia- Hospital Escuela. Disponible en: <http://docplayer.es/35519565-Perfil-epidemiologico-del-embarazo-ectopico-en-el-hospital-escuela-epidemiological-profile-of-ectopic-pregnancy-at-escuela-hospital.html>
  10. [https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo\\_ect%C3%B3pico](https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_ect%C3%B3pico)
  11. Farreras, R. Medicina interna 14º ed. Madrid, El seviar, 2000. 1078 p
  12. [www.ginecoendocrino.cl/data/obstetricia/14](http://www.ginecoendocrino.cl/data/obstetricia/14) PDF 2010-07-22
  13. [www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia). PDF 2010- 10-23
  14. Marisol Hernández. Tipos y Niveles de Investigación . Inf Invest. [intrnet]. 2017 [citado 4 de Marzo 2018]. Disponible en: <http://metodologíadeinvestigaciónmarisol.blogspot.pe/2012/tipos-y-niveles-de-investigación.html>.
  15. Laura Martínez García. Tipos de diseño de investigación. Centro de Cochrane iberoamericano.2010.
  16. Prezi. Int. California; [Internet- Setiembre 2013; Citado el 04 de Marzo 2018] Muestreo probabilístico y no probabilístico. Disponible en: [https://prezi.com/l\\_Itam2bfwx2/muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico](https://prezi.com/l_Itam2bfwx2/muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico). Disponible en: [https://prezi.com/l\\_Itam2bfwx2/muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico/](https://prezi.com/l_Itam2bfwx2/muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico/)

17. Aydian, A. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales 4ta. Ed. New Yorck Elsevier, 2004. 739 p.
18. Barrantes, E. (2009), Pucallpa, Investigación: “Factores de riesgo Asociados al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico-2002-2008.
19. <https://www.google.com.pe/search?q=embarazo+definicion&oq=embarazo+definicion&aqs=chrome..69i57j0l5.5500j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF>  
F
20. <https://www.google.com.pe/search?q=embarazo+tubarico&oq=embarazo+tubarico&aqs=chrome..69i57j0l5.6909j1j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
21. [https://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones\\_de\\_transmisi3n\\_sexual](https://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisi3n_sexual)
22. <https://es.familydoctor.org>
23. Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSP-V.01 2005. Norma técnica de Planificación Familiar.
24. <https://es.wikipedia.org/wiki/Metrorragia>
25. MINISTERIO DE SALUD: Guía Técnica: “Guías de prácticas clínicas para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive”. Año 2007
26. Mignini L. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico; Comentario de la BSR (última revisión: 26 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Accesado:[20Enero2018]  
<https://extranet.who.int/rhl/es/topics/gynaecology-infertility-and-cancers/gynaecology-and-infertility-9>

# **ANEXOS**



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

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS**

**1.- Edad**

- a. < 19
- b. 20-34
- c. ≥35

**2. Grado de Instrucción**

- a. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

**3. Estado Civil**

- a. Soltera
- b. Casada
- d. Conviviente

**4. Procedencia**

- a. Zona Rural
- b. Zona Urbana

**II. CARACTERISTICAS GINECOLOGICAS**

**5. Edad de Inicio de Relaciones Sexuales**

- a. <15 años
- b. 16- 19 años
- c. >20 año

**6. N° de Parejas Sexuales**

- a. 1

- b. 2
- c. 3
- d. >3

**7. Antecedentes Quirúrgicos Pélvicos**

- a. Legrado
- b. AMEU
- c. Otros

**8. Antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)**

- a. Si
- b. No

**9. Antecedentes de Embarazo Ectópico**

- a. Si
- b. No

**10. Tratamiento de Infertilidad**

- a. Si
- b. No

**11. Tabaquismo (hábito de Fumar)**

- a. Si
- b. No

**III. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS**

**12. Número de Partos Previos**

- a. 0
- b. 1-2
- c. 3-4
- d. >4

**13. Anticonceptivo previos**

- a. DIU
- b. Inyectable
- c. Píldoras combinadas
- d. Implantes
- e. Preservativos

**14. Semanas de amenorrea en la que se diagnóstico de EET**

- a.  $\leq 5$
- b. 6-7
- c. 8-9
- d.  $>9$

**IV. CARACTERISTICAS CLINICAS**

**15. Signos y Síntomas al ingreso**

- a. Metrorragia
- b. Masa Anexial
- c. Dolor pélvico
- d. Fiebre
- e. Nauseas
- f. Vómitos
- g. Funciones vitales alteradas
- h. Otros

**16. Condición de las pacientes al ingreso**

- a. Estable
- b. Inestable

**17. Complicaciones más frecuentes**

- a. Ruptura de trompas
- b. Shock hipovolémico
- c. Anemia
- d. Muerte materna

**18. Tratamiento Recibido**

- a. Tratamiento Quirúrgico
- b. Tratamiento Médico (Metotrexato)

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2013-2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuales son las características epidemiológica y clínicas de las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017.?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017?</p> <p>¿Qué Características Gineco-Obstetricas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017?</p> <p>¿Qué manifestaciones clínicas presentan las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico al momento del ingreso al Hospital Amazónico periodo 2013-2017?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de pacientes con embarazo ectópico tubarico en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Caracterizar epidemiológica y clínicamente, a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPEIFICOS</b></p> <p>Describir las características sociodemográficas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017</p> <p>Describir las Características Gineco-Obstétricas que identifican a las pacientes con embarazo ectópico tubárico atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2013-2017</p> <p>Identificar las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tubarico al momento del ingreso al Hospital Amazónico periodo 2013 - 2017</p> <p>Precisar laprevalencia de embarazo ectópico tubárico en el Hospital Amazónico Periodo 2013-2017</p>	<p>En el presente estudio no se plantearan hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo, donde no se manipularan las variables de investigación.</p>	<p><b>VARIABLE</b></p> <p>Características Epidemiológicas Y Clínicas del Embarazo Ectópico tubárico</p>	<p><b>Características Sociodemograficas</b> Edad Grado de instrucción Estado Civil Procedencia</p> <p><b>Características G-O</b> Edad de Inicio de R.S Nº de parejas sexuales Antecedentes quirúrgicos pélvicos Antecedente de EPI Antecedente de embarazo ectópico Tratamiento de Infertilidad Hábito de fumar Anticonceptivo Previo Nº de partos previos Edad Gestacional actual (semanas)</p> <p><b>M Características Clínicas</b> <b>SIGNOS</b> Metrorragia Masa Anexial Dolor Pélvico Fiebre Nauseas Vómitos Funciones vitales alteradas</p> <p><b>CONDICION DEL PACIENTE AL INGRESO</b> Estable Inestable</p> <p><b>Tratamiento recibido</b> Quirúrgico Médico (Metotrexato)</p> <p><b>Complicaciones</b> Ruptura de trompas Shock hipovolémico Anemia severa Fallecida</p>	<p><b>Estudio no experimental descriptivo, exploratorio; cualitativo de corte transversal.</b></p>