



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA
INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTES MAYORES
DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPA DE
CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA: RAMIREZ LAURA, GABRIELA PATY

ICA – PERU

2016

DEDICATORIA

A mi Hija por ser mi motivación para seguir adelante y poder así culminar esta aspiración personal de ser una gran profesional de la salud.

AGRADECIMIENTO

- ◆ A Dios, por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, valor, para llegar a la meta de culminar mi carrera profesional.
- ◆ A mi hija, quien me motiva y me hace tomar impulso para avanzar con más fuerza y lograr mis metas personales.
- ◆ A mis padres, por su fortaleza y apoyo incondicional, por que confiaron siempre en mí.
- ◆ A mi alma mater, Facultad de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, la cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente.
- ◆ Alas(os) docentes, que guiaron mi formación académica.
- ◆ A mis amigos, por compartir a lo largo de estos años de estudio, las fortalezas y lo ánimos necesarios para llegar hasta el final de nuestra formación profesional.

Mi eterno agradecimiento.

RESUMEN

Se realizó un estudio sobre Relación entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014, teniendo una metodología de investigación de tipo deductivo, inductivo y descriptivo, tanto para la recolección como para la interpretación de datos.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la ficha de recolección de datos, con la cual se copiaba información obtenida de las historias clínicas y reportes estadísticos de las pacientes atendidas en el Hospital de René Toche Groppo de Chíncha de enero del 2011 a diciembre del 2014, donde el coeficiente de correlación es de 0,747 puntos, lo que significa que la relación entre las variables de estudio, resulta ser una relación directa muy significativa, en el presente estudio llegamos a la siguiente conclusión: Que entre los principales factores de riesgo encontrados en este estudio; se encuentran embarazos anteriores, embarazos ectópicos previos, abortos anteriores y cesáreas previas, esta información obtenida en las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Palabras claves: Embarazo ectópico, factores de riesgo.

ABSTRACT

A study was realized on Relation between the associate Factors of risk and the incident of the ectopic pregnancy in gestantes major of 35 years attended in the Hospital René Toche Groppo of annoys from January, 2011 to December, 2014, which aim was: To determine the relation that exists between the associate factors of risk and the incident of the ectopic pregnancy in gestantes major of 35 years attended in the Hospital René Toche Groppo of Annoys from January, 2011 to December, 2014, having a methodology of investigation of Deductive, inductive and Descriptive type, both for the compilation and for the interpretation of information.

The results obtained by application of the tab data collection, with which information obtained from medical records and statistical reports of patients treated at the Hospital of René Toche Groppo Chincha January 2011 to December 2014 is it collected, where the correlation coefficient is 0.747 points, which means that the relationship between the study variables, turns out to be a very significant direct relationship, in this study we came to the following conclusion: that the main risk factors found in this study found previous pregnancies, previous ectopic pregnancies, and Caesarean previous previous Abortions, this information obtained in medical records of patients diagnosed with ectopic pregnancy.

Keywords: Ectopic pregnancy, risk factors.

INDICE

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	9
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	12
1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO	12
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	15
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2. BASES TEÓRICAS	20
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	32

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.2. VARIABLE	37
3.2.1. VARIABLES	37
3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
4.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	40
4.1.3. MÉTODO	41
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.2.1. POBLACIÓN	41
4.2.2. MUESTRA	41
4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	41
4.2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	41
4.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
4.3.1. TÉCNICA	41
4.3.2. INSTRUMENTO	42
4.3.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS	42
4.3.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	42

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	43
3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS	44
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
FUENTES DE INFORMACIÓN	51
ANEXOS	54
- MATRIZ DE CONSISTENCIA	55
- MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57

INTRODUCCIÓN

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 sangramiento interno de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser perecedero y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

Existe cierto número de factores de riesgo que llevan a un daño y a una disfunción tubárica y son generalizados en factores mecánicos y factores funcionales; entre los factores de riesgo mecánicos se encuentran: cirugía tubárica previa, bloqueo tubárico bilateral (BTB), embarazo ectópico previo enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias post aborto y cirugía abdominal y los factores de riesgo funcionales son: uso de DIU, hábito de fumar, uso de duchas vaginales, fertilización in vitro, edad de inicio de la vida sexual activa y número de parejas sexuales.

Siendo un problema de salud con alta probabilidad de complicaciones maternas, asociado su presencia a determinados factores de riesgo, se realizó el presente estudio para determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en las gestantes con dicho diagnóstico que acudieron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital René Toche Groppo De Chincha.

CAPITULO I
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

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. Este tipo de embarazo se caracteriza por implantación del cigoto en un sitio distinto a la cavidad uterina. Se sabe que la localización más frecuente es en la trompa de falopio (95%). De ésta, la porción más afectada es la ampulla con 60% de los casos, en el istmo se presenta en 25%, en la fimbria en 15%, en el intersticio en 3%, mientras que en el ovario y el cérvix en menos de 2%.¹

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 sangramiento interno 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 esa mujer. Durante el estudio, la morbilidad por embarazo ectópico fue más común en las mujeres mayores de 35 eran 3-4 veces más propensas a morir por complicaciones asociadas que las menores de 25 años, este resultado coincide con el hecho de que la edad va modificando las trompas de falopio.²

En Estados Unidos, 12 de cada 100 embarazos son ectópicos; la mayoría se detecta en la primera consulta médica. En los 80, moría 1 mujer con embarazo ectópico por cada 90.000 nacidos vivos. En los últimos años, la mortalidad se redujo a 1 por cada 200.000 nacidos vivos. "Es posible que detrás de ese descenso

¹ Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2012 Sep.-dic. 28

² Bakken IJ. Chlamydia trachomatis Infection and the Risk for Ectopy Pregnancy. Sex Transm Dis 2010;34:6

esté nuestra mayor capacidad para diagnosticarlo y tratarlo a tiempo".³

La incidencia en Lima Perú, del embarazo ectópico varía de acuerdo a los centros hospitalarios, 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.⁴

En el Hospital René Toche Groppo se observa esta problemática de manera alarmante, en el año 2011 se presentaron 06 casos, en el 2012 07 casos, en el 2013, 06 casos, y en el 2014 también se presentaron 06 casos.⁴

1.2.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación Temporal

La investigación se realizó en enero 2011 a diciembre 2014.

1.2.2. Delimitación Espacial

Hospital René Toche Groppo de Chincha-Ica, servicio de Gineco-Obstetricia.

1.2.3. Delimitación social

Gestantes mayores de 35 años.

1.2.4. Delimitación Conceptual

Se realizó la investigación tratando de explicar los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años.

³ Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2009; 176:103-7.

⁴ Reportes Estadísticos del Hospital René Toche Groppo

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Lo expuesto en el primer numeral de este capítulo, permite plantear algunas interrogantes previas como las siguientes:

1.3.1 Problema Principal

¿Qué relación existe entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuál es la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014?

¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014?

1.4.- OBJETIVOS

Para el desarrollo de esta investigación, se plantean los siguientes objetivos:

1.4.1 Objetivo general

-Determinar la relación existe entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014.

1.4.2. Objetivos específicos

-Determinar la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014.

-Identificar las complicaciones que se presentan en el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años

atendidas en el Hospital René toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene como finalidad aportar sobre el conocimiento, diagnóstico e identificación temprana de las pacientes con factores asociados a embarazo ectópico.

Teniendo en cuenta que el embarazo ectópico 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. Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos.⁵

El objetivo principal del manejo del embarazo ectópico es disminuir la morbilidad y mortalidad materna que produce el embarazo ectópico, es preciso diagnosticarlo precozmente, antes de que aparezcan complicaciones, pues éstas pueden ser fatales.

Este problema de salud tiene un gran impacto social debido a los daños físicos y psicológicos en la mujer a corto o largo plazo así como el considerable costo económico que representa para la familia y el estado. Actualmente en el sistema nacional de salud pública, existen políticas de medicina preventiva; sin embargo las mismas no son evaluadas o no son ejecutadas de manera correcta, la tasa de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna. Además, es un

⁵ Benson R.: Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 2012:707-16

reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el Estado tiene la salud de sus ciudadanos.⁶

En el Hospital René Toche Groppo, se observa esta problemática de manera alarmante, en el año 2011 se presentaron 06 casos, en el 2012 07 casos, en el 2013, 06 casos, y en el 2014 también se presentaron 06 casos. ⁴

⁶ Decherney A., Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Novena Edición. New York. Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2010.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1.- A nivel internacional

Rodríguez Y. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. (2010) en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" - **Cuba**. Se realizó un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en cuyos 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 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.⁷

Durán D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico (2011) 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,

⁷ Rodríguez Y. (2010). *Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" - Cuba*

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. ($p 0,000$).⁸

Torres L. Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico (2013). 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

⁸ Durán D. (2011) *Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato Ecuador*

contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.⁹

2.1.2.-A nivel nacional

Mercado W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", (2013), Lima-Perú 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.¹⁰

Martinez A. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (2013). Lima-Perú 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

⁹ Torres L. (2013). *Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico*

¹⁰ 10.- Mercado W. (2013) Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz",

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.¹¹

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. (2010). Trujillo – Perú 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

¹¹ Martínez A. (2013). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

estuvo presente en los casos en 9,52% y en los controles en 2,38% ($p < 0,05$).¹²

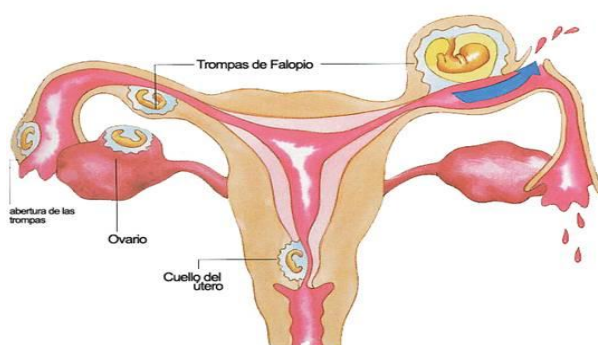
2.1.3.-A nivel Local

No se encontraron.

2.2.- BASES TEÓRICAS

2.2.1.- DEFINICIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO:

El embarazo ectópico es la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina normal. La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico (casi 95%); también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico (3.2%), en el epiplón, en vísceras abdominales (1.3%) y en astas uterinas rudimentarias. A pesar que existe una evolución en cuantas técnicas de detección temprana o de diagnóstico sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad materna.¹³



2.2.2.-FACTORES DE RIESGO:

Existen múltiples factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero es importante tener en cuenta que los embarazos ectópicos también pueden presentarse en las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo.

¹² 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

¹³ Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rev. 2011; 9:70-94.

Los principales factores de riesgo de un embarazo ectópico son:

-Historia previa de un embarazo ectópico. La tasa de recurrencia es de 15% después del primer embarazo ectópico, y 30% después del segundo. Cualquier alteración de la arquitectura normal de las trompas de falopio puede ser un factor de riesgo para un embarazo tubárico o embarazo ectópico en otros lugares.

-Cirugía previa en las trompas de Falopio como la esterilización tubárica o reconstructiva, los procedimientos pueden conducir a la cicatrización y la alteración de la anatomía normal de las trompas y aumenta el riesgo de un embarazo ectópico.

-Las infecciones, procesos inflamatorios, anomalías congénitas o tumores de las trompas de Falopio puede aumentar el riesgo de una mujer de tener un embarazo ectópico.

-La enfermedad inflamatoria pélvica es otro factor de riesgo para el embarazo ectópico.

-Las infecciones pélvicas son causadas generalmente por microorganismos de transmisión sexual, como la clamidia o *N. gonorrhoeae*.

- La infección causa un embarazo ectópico al dañar u obstruir las trompas de falopio. Normalmente el revestimiento interior de las trompas de falopio, se recubre con pequeñas proyecciones similares a pelos llamados cilios. Estos cilios son importantes para transportar el huevo suavemente desde el ovario a través de la trompa de falopio y en el útero. Si estos cilios están dañados por la infección, el transporte de huevos se interrumpe. La infección provoca la cicatrización y obstrucción parcial de las trompas de falopio que también puede impedir que el óvulo llegue al útero.

-La clamidiasis y otras ITS, se han incrementado en los últimos años, debido a cambios en el comportamiento sexual y social, con tendencia a mayor precocidad y promiscuidad sexual. Los adolescentes caracterizados por falta de control de los impulsos, ambivalencia emocional, cambios emotivos y de conducta, además de una maduración sexual, cada vez más temprana, los lleva a la búsqueda de las relaciones íntimas, como inicio de su vida sexual activa, lo que agravado por la falta de conocimientos acerca de estas infecciones, condiciona comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas de las ITS.

-Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de una mujer de infecciones pélvicas, también está asociado con un mayor riesgo de embarazo ectópico.

-Infecciones pélvicas, condiciones tales como endometriosis, fibromas o tejido cicatrizante en la pelvis (adherencias pélvicas), puede reducir las trompas de falopio e interrumpir el transporte de huevos.

-Métodos anticonceptivos: Su papel ha sido muy estudiado y todavía está sujeto a controversias. Tanto el dispositivo intrauterino (directamente) como las tabletas anticonceptivas no parecen estar ligadas con la modificación de riesgo de embarazo ectópico.

-Alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos pos ovulación, como ocurre con el uso

de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea.

-Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos pos ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea.

-El tabaquismo tiene una toxicidad directa debido a que la nicotina actúa disminuyendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también presenta una toxicidad indirecta, dada por la acción antiestrogénica, variando los niveles de hormonas.

-Cirugías pélvicas o abdominales: La apendicectomía y la cirugía tubárica, debido a las adherencias peritoneales que se observan frecuentemente después de esta cirugía.

-Técnicas de reproducción asistida: La estimulación ovárica y la fecundación in vitro se han introducido de forma rutinaria en el tratamiento de las parejas estériles desde la década de los 80 y son directamente responsables del aumento de la incidencia general del embarazo ectópico.¹⁴

¹⁴ Bakken IJ, Skjeldestad FR, Nordbo SA. Chlamydia Trachomatis Infections Increase the Risk for Ectopic Pregnancy: A Population-Based, Nested Case-Control Study. Sex Transm Dis 2010

2.2.3. EVOLUCION:

El embarazo tubárico es el más representativo de la implantación ectópica, dependiendo su curso clínico, en gran parte de la localización topográfica, su evolución puede ser de 2 formas:

a) **NO COMPLICADO:** Cuando el diagnóstico se realiza precozmente antes de que ocurra alguna complicación, evitando los riesgos de ruptura.

b) **COMPLICADO:** Hay que diferenciarlo en dos grupos:

- Con estabilidad hemodinámica
- Cuando existen signos de descompensación hemodinámica. 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 embarazo¹⁵

2.2.4. CLASIFICACION DEL EMBARAZO ECTÓPICO:

SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO:

-TUBÁRICO: Es posible la reabsorción espontánea con escasa sintomatología.

A. Ampular: al ser la zona más distensible de la trompa evoluciona durante más tiempo. Generalmente el huevo es expulsado a cavidad abdominal con discreta hemorragia en el Fondo de saco de douglas conformando el cuadro de aborto tubárico.

¹⁵ Cabezas Cruz E. Evolucion de la mortalidad materna en cuba . rev Cubana Sal Publ. 2006 [17 de mayo 2009]; 32

B. Istmico: Rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.

C. Fímbrico: El huevo progresa hacia cavidad abdominal evolucionando hacia el embarazo ectópico abdominal secundario.

D. Intersticial: La rotura uterina es la norma, ocurriendo más tardíamente que el embarazo ectópico ístmico.

El embarazo intraligamentario, llamado también del ligamento ancho, se produce cuando el cigoto se implanta hacia el mesosalpinx y la rotura puede ocurrir en la porción de la trompa no cubierta inmediatamente por peritoneo y el contenido del saco gestacional es eliminado en el espacio formado entre las hojas del ligamento ancho.

-OVÁRICO: Evoluciona hacia la rotura y hemorragia.

-ABDOMINAL: Puede ser abdominal primitivo (muy raro) con fecundación e implantación en peritoneo y órganos pélvico - abdominales, o abdominal secundario como evolución de un embarazo ectópico fímbrico u ovárico. Es la única forma posible de que un embarazo ectópico llegue a término, siendo frecuentes las malformaciones fetales. Es un cuadro grave, ya que la placenta, buscando nutrición, se inserta en epiplón, intestino e hígado. En muchas ocasiones la gestación se interrumpe y calcifica.¹⁶

2.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Los signos y síntomas clásicos de un embarazo ectópico incluyen:

- Dolor abdominal,
- La ausencia de períodos menstruales (amenorrea), y
- Sangrado vaginal o sangrado intermitente (manchado).

¹⁶ Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics Gynecology. Ectopic Pregnancy. 2010; 42(1):2-8.

Estos síntomas característicos se presentan en embarazos ectópicos accidentados (hemorragia interna grave). Los signos y síntomas de un embarazo ectópico se presentan típicamente seis a ocho semanas después del último período menstrual normal, pero puede ocurrir más tarde si el embarazo ectópico no se encuentra en la trompa de falopio. Otros síntomas del embarazo (por ejemplo, náuseas y molestias en las mamas, etc.) también pueden estar presentes en el embarazo ectópico. Debilidad, mareo y síncope pueden ser signos de hemorragia interna grave y presión arterial baja. Su diagnóstico se retrasa hasta que la mujer muestra signos de choque (hipotensión arterial, taquicardia, bradicardia, piel pálida y confusión) lo que es una emergencia médica.¹⁷

2.2.6.- DIAGNÓSTICO

A. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** Se impone un diagnóstico precoz, teniendo en cuenta que es una de las causas que está altamente asociada con la mortalidad materna. En la actualidad el diagnóstico se basa primero en la sospecha clínica, y la misma 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. Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico no accidentado en evolución, se caracterizan por pérdidas hemáticas irregulares y dolor abdominal. Estos síntomas inespecíficos, que también pueden observarse en otros procesos ginecológicos, tienen la siguiente particularidad:

A.1 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.

¹⁷ Berek, J.; Adashi, E.; Hillard, P. Tratado de Ginecología de Novak. Decimotercera edición. Interamericana Mc Graw Hill. México: 490 - 94. 2010.

A.2 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. La sangre que cae al peritoneo se acumula en el fondo del saco de Douglas y va a constituir el hematocele que se hace reconocible entre las 24 y las 48 horas. Esta colección es una masa fluctuante, renitente, que va apareciendo en el fondo del saco vaginal posterior en forma progresiva y sensible. La paciente puede sentir tenesmo vesical – **Signo de Oddi** – y rectal – **Signo de Moyley y Mosadeg** – o ambos.

El dolor grave “en puñalada” que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro derecho – **Signo de Laffont** -, 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. 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. También podemos encontrar lo siguiente: A veces aparece el ombligo de color azulado, **Signo de Hoffater Cullen Hellendal**. La exploración ginecológica revela la existencia de:

A.2.1. Hipersensibilidad abdominal: El abdomen está blando, sensible, pero sin defensa refleja. Cuando hay hemoperitoneo, hay signos de matidez, sin signo de oleada.

A.2.2. Hipersensibilidad anexial: Se puede percibir el Douglas ocupado y doloroso, cuando hay hematocele.

A.2.3 Tumoración anexial palpable: Puede encontrarse una masa anexial en el lado contrario al del Ectópico, que suele corresponder a un quiste de cuerpo lúteo.

A.2.4 Útero ligeramente aumentado

Al tacto, el fondo del saco de douglas es muy doloroso. Este signo unido a la ausencia de defensa abdominal, constituye el **Signo de Proust**, característico del derrame de sangre abdominal.

B. DIAGNÓSTICO POR COMPLEMENTARIOS

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.

Determinación seriada de β -HCG: Puede ser identificada en el suero de la gestante entre el 8vo y 12mo día después de ocurrida la fertilización. Consta de dos subunidades α y β y es producida por el Sincitiotrofoblasto y sus valores aumentan cada 2,5 días.

El Internacional Reference Preparation señala que la zona discriminatoria para un embarazo intrauterino está entre las 1200-1500 mU/L.

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.

CULDOCENTESIS: La punción y aspiración del fondo de Saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre libre en la cavidad abdominal.

LEGRADO UTERINO: Se procede a realizar un legrado, si las anteriores exploraciones no son concluyentes. Se asocia a la existencia de un incremento de β -HCG menor del 66 % en 48

horas y valores de Progesterona < 5ng/ml. Permite el estudio histológico intraoperatorio del material extraído, y diferenciar entre restos abortivos y endometrio atípico con signos de Arias Stella.

LAPAROSCOPIA: La laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del embarazo ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico.^{18 19}

2.2.6.- TRATAMIENTO

Hace algún tiempo todo embarazo Ectópico era tributario de tratamiento quirúrgico. Con el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas y de procederes terapéuticos, su conducta ha cambiado mucho y se ha favorecido la conservación de las trompas. Así podemos hablar de tratamiento:

1.- Expectante: Se plantea la posibilidad del mismo al haberse observado la regresión espontánea del embarazo ectópico, pero sólo es aplicable en pacientes asintomáticas, hemodinámicamente estables, con integridad del huevo y con niveles decrecientes de B-HCG. Requiere un control muy estricto de la paciente apoyándonos en determinaciones seriadas de B-HCG y ecografías.

Dificultad para su utilización: Selección de las pacientes. Asintomáticas y clínicamente estables.

- Diámetro del embarazo ectópico entre 2 – 4 cm.
- Ausencia de latido cardiaco embrionario.

¹⁸ Carvallo, F.; Pacheco, J.; Tanaka R.; Palomino C. Embarazo ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Acta Médica Peruana 11: 43 - 48.2009.

¹⁹ Benrubi G. Urgencias Obstétricas y Ginecológicas. Segunda Edición. Madrid. .Marban Libros S. L.; 2010.

- Valores iniciales de β - HCG inferiores a las 2000 UI/L y con tendencia decreciente de un 20 % entre dos determinaciones. Escasa cantidad de líquido en el saco de douglas.

Cambios en estas variables obligan a otro tipo de tratamiento, casi siempre el quirúrgico.

2.- Médico: Se basa en la administración de metrotexate (MTX), por su acción inhibidora sobre la dihidro-folato-reductasa a nivel del trofoblasto, alterando la síntesis del DNA y la multiplicación celular.

Requiere también de una paciente con situación estable y con características similares a las expresadas en el tratamiento expectante. Existen dos tendencias para la administración del MTX:

Sistémica: Se utilizan diferentes dosificaciones, de la siguiente forma:

1.- MTX 1mg/KG cada 48 horas, hasta un total de 4 dosis. Se alterna con ácido fólico 0,1mg/KG. Es la forma más utilizada.

2.- MTX 50 MG IM en una sola dosis, más ácido fólico 0,1mg/KG.

3.- MTX 50 mg / m² superficie corporal.

4.- MTX 5 mg/Oral cada 8 horas por 5 días, más ácido fólico 0,1mg/KG.

Local: Guiados por laparoscopia o ultrasonido transvaginal, se realiza punción de la trompa y se aspira su contenido y se inyectan entre 10-50 MG de MTX o 1 MG/KG de peso. Es más usada en presencia de latido cardiaco, embarazo cervical o del cuerno, en los últimos dos casos para conservar el útero.

3.- Quirúrgico: Es la primera opción en pacientes hemodinámicamente inestables o que se visualice,

mediante ecografía un embarazo ectópico accidentado. El tratamiento del embarazo ectópico ha sido siempre quirúrgico y durante mucho tiempo la salpinguectomía fue la técnica de elección. La introducción de la laparoscopia ha sustituido la laparotomía, en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura de la mujer. Así la **Salpingostomía lineal** ha sustituido la salpinguectomía, en los casos en que no haya daño tubárico extenso.

A) PACIENTE INESTABLE: EL TRATAMIENTO ES SIEMPRE QUIRÚRGICO. SE PROCEDE A LA LAPAROTOMÍA

La cirugía suele ser de tipo radical: salpinguectomía, que además sigue siendo la más indicada, en el embarazo 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 por laparoscopia programada. Se considera el procedimiento ideal, en mujeres que desean conservar su fecundidad.

C) TRATAMIENTO MÉDICO COMO SE EXPLICÓ ANTERIORMENTE Y EN PACIENTES CON LAS CONDICIONES ADECUADAS.^{20 21 22}

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.²³

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.²⁴

²⁰ Cruz Pacheco, Guillermo de la (2009). Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2011. Trabajo De Investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

²¹ Kalbermatter D. (2010), Prevalencia de embarazo ectópico en el servicio de ginecología del hospital "Ramón Madariaga" de posada. Revista de Posgrado N°167.

²² Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2009; 106:1004.

²³ Robson SJ., O'Shea RT. Undiagnosed ectopic pregnancy: a retrospective analysis of 31 "missed" ectopic pregnancies at a teaching hospital. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2010; 36:182-5.

²⁴ Dart R., Chaplain B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. Ann Emerg Med 2009;33:283

ECOGRAFÍA

Técnica de diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes del cuerpo, y los órganos del feto y de los tejidos que lo rodean.

EDAD GESTACIONAL:

Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.²⁵

EMBARAZO ECTÓPICO:

Un embarazo en el cual la implantación tiene lugar fuera de la cavidad uterina.

EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO:

Un embarazo tubárico ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, por lo general, en una de las trompas de falopio.

Un embarazo tubárico, también conocido como embarazo ectópico, es la causa número uno de las muertes de mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo.

EMBARAZO ECTOPICO OVÁRICO:

El ectópico ovárico, aunque presenta muy baja incidencia, ha aumentado en parte debido al avance de las pruebas diagnósticas (ecografía transvaginal y B-HCG sérica). Se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, multíparas y en gestaciones espontáneas. Se relaciona con gran morbilidad y, sobre todo, con consecuencias adversas para la fertilidad posterior, siendo raras las recurrencias.

EMBARAZO ECTOPICO HETEROTOPICO

El embarazo heterotópico es la coexistencia de un embarazo intrauterino y de otro extrauterino. Puede presentarse de 2 maneras: inducida

²⁵ Abusheikha N, Salha O, Brinsden P. Extra-uterine pregnancy following assisted conception treatment. Human Reproduction Update 2010; 6:80-92.

(Relacionado con técnicas de fertilización in vitro, incidencia de 1:1.000 hasta 1:1.500 embarazos) o espontánea (frecuencia de 1:20.000 hasta 1:80.000 embarazos)

EMBARAZO ECTOPICO ROTO

Ruptura de embarazo ectópico es una situación potencialmente mortal y requiere atención médica inmediata.

EMBRIÓN

Durante las ocho primeras semanas posteriores a la concepción, el feto se denomina embrión.

HEMOPERITONEO

Presencia de sangre extravasada en la cavidad peritoneal.

LAPARASCOPIA

Exploración o examen de la cavidad abdominal mediante la introducción de un laparoscopio a través de una pequeña incisión.

LAPAROTOMIA

Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. Existen dos tipos de laparotomía, la simple y la exploratoria.

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 este.²⁶

SALPINGOSTOMÍA LINEAL

Apertura lineal quirúrgica de la trompa con un embarazo ectópico, llevada a cabo para preservar la trompa e intentar mantener su función.

²⁶ Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors forectopic pregnancy: a case control study in France, with special focus oninfectious factors. Am J Epidemiol 2010; 135:587-9.

Esta apertura se realiza vía laparoscópica generalmente y en la parte distal de la trompa o fimbria. Posteriormente no se sutura la incisión. Cuando la apertura de la trompa se realiza a lo largo de la misma la técnica se denomina salpingotomía.

SALPINGECTOMÍA PARCIAL Y TOTAL.

Salpingectomía es la extirpación quirúrgica de una (Parcial) o ambas trompas de Falopio (Total).

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (TRA):

Todos los tratamientos o procedimientos que incluyen la manipulación tanto de ovocitos como de espermatozoides o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Esto incluye, pero no está limitado sólo a, la fecundación in vitro y la transferencia de embriones, la transferencia intratubárica de gametos, la transferencia intratubárica de cigotos, la transferencia intratubárica de embriones, la crio preservación de ovocitos y embriones, la donación de ovocitos y embriones, y el útero surrogado. TRA no incluye inseminación asistida (inseminación artificial) usando espermatozoides ni de la pareja ni de un donante.²⁷

ÚTERO

También llamado matriz. El útero es un órgano hueco, en forma de pera, ubicado en la parte inferior del abdomen de las mujeres, entre la vejiga y el recto; cada mes, durante la menstruación, se elimina el tejido que recubre su interior. Cuando un óvulo es fertilizado, se implanta en el útero, donde luego se desarrolla el feto.²⁸

ZIGOTO: Célula diploide resultante de la fecundación de un ovocito por un espermatozoide, la cual subsecuentemente se divide para formar un embrión.

²⁷ DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intra- and extrauterine pregnancy. J Obstet Gynecol. 2011 ;56: 119

²⁸ Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. Fertil Steril 2009; 71:282-6

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014.

3.1.2. Hipótesis Secundarias

- Existe relación significativa en la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014.

- Existe relación significativa en las complicaciones que se presentan en el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014.

3.2.- VARIABLES

3.2.1.- Variables

Variable Independiente:

Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico.

Variable Dependiente:

Incidencia del embarazo ectópico.

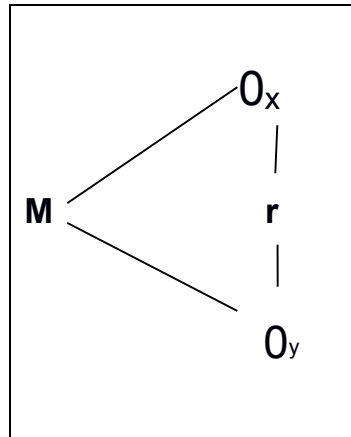
3.2.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
VI: FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO	<p>-Factores de riesgo relacionados con la edad.</p> <p>-Factores de riesgo gineco – obstétricos.</p>	Factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico.	-Cualitativa -Dicotómica	Nominal	<p>-Edad >35 -Inicio de la vida sexual activa</p> <p>-N° parejas sexuales</p> <p>-Dispositivo intrauterino</p> <p>-Anticoncepción hormonal</p> <p>-Antecedentes de embarazo ectópico previo</p> <p>-Antecedentes de Enfermedad pélvica inflamatoria</p> <p>-Antecedentes de Abortos</p> <p>-Infección de transmisión sexual</p> <p>-Cirugía ginecológica</p>	Ficha de recolección de datos	Historia clínica
VD: INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO	<p>-Manifestaciones Clínicas</p> <p>-Complicaciones asociadas a embarazo ectópico.</p>	La incidencia de un embarazo ectópico ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2% 1,9, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años.	-Cuantitativo -discontinuo	Nominal.	<p>-Dolor abdominal</p> <p>-Sangrado irregular</p> <p>-Amenorrea</p>	Ficha de recolección de dato	Historia clínica

CAPITULO IV
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación seleccionado es el analítico correlacional, que se representa de la siguiente manera:



En donde:

M = Representa a la muestra

Ox = Observación realizada a la variable X: FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO

Oy = Observación realizada a la variable Y: INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO

r = Coeficiente de correlación.

4.1.1.-TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo observacional de corte transversal porque recoge información en un tiempo determinado, haciendo un corte en el tiempo, retrospectivo porque los datos son de tiempo pasado de historias clínicas.

4.1.2.- NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es investigación de diseño no experimental ya que no se manipulan las variables de estudio, descriptiva porque describe las variables estudiadas, presenta correlación o realiza un análisis de la misma.

4.1.3.-MÉTODO

Se usó los métodos: Deductivo, inductivo y descriptivo, tanto para la recolección como para la interpretación de datos.

4.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1.- POBLACIÓN

Está constituida por todas las gestantes que fueron atendidas en el área de obstetricia del Hospital René Toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014.

4.2.2.- MUESTRA

Para el presente estudio se obtiene la muestra por **muestreo no probabilístico**, en gestantes con problema de embarazos ectópicos mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chíncha de enero 2011 a diciembre 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes mayores de 35 años.
- Gestantes con embarazos ectópicos.
- Gestantes con factores asociados al embarazo ectópico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes con embarazos normales.
- Gestantes sin problema de embarazo ectópico.

4.3.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1.- TÉCNICAS

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a utilizar será la observación documental y la recopilación de datos de las Historias clínicas de las gestantes con problemas de embarazos ectópicos, atendidas en el área obstétrica del Hospital René Toche Groppo, de ahí tomamos todos los números de las historias clínicas de las gestantes y se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos.

4.3.2.- Instrumentos

El instrumento que utilicé fueron las fichas de recolección de datos, incluye los datos necesarios para hacer el análisis respectivo de las variables. (anexo N° 02).

4.3.3.- Técnica de análisis de datos

- Los datos fueron analizados, tabulados y sometidos a pruebas de validez estadística.
- La representación y análisis de los datos obtenidos se realiza mediante la utilización del programa de investigación SPSS y Microsoft Excel, creando tablas, barras para la contrastación de hipótesis.

4.3.4.- Ética de la investigación

El compromiso de la investigadora fue de no falsear, plagiar y guardar la identidad de las informantes en este caso los integrantes de la muestra de estudio.

CAPITULO V
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS

El embarazo ectópico ha sido causa de morbilidad materna durante siglos, lo que ha motivado y generado interés por estudiar los factores de riesgo de la enfermedad ya que la mayoría pueden ser identificados y tratados oportunamente.

En la presente investigación, se han procesado y analizado los datos obtenidos a través de la estadística descriptiva y la estadística inferencial y de esta manera poder contrastar las hipótesis.

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante la aplicación de un instrumento que permitió la recolección de datos.

**RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA
INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTES MAYORES
DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPPO DE
CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014**

TABLA N° 01

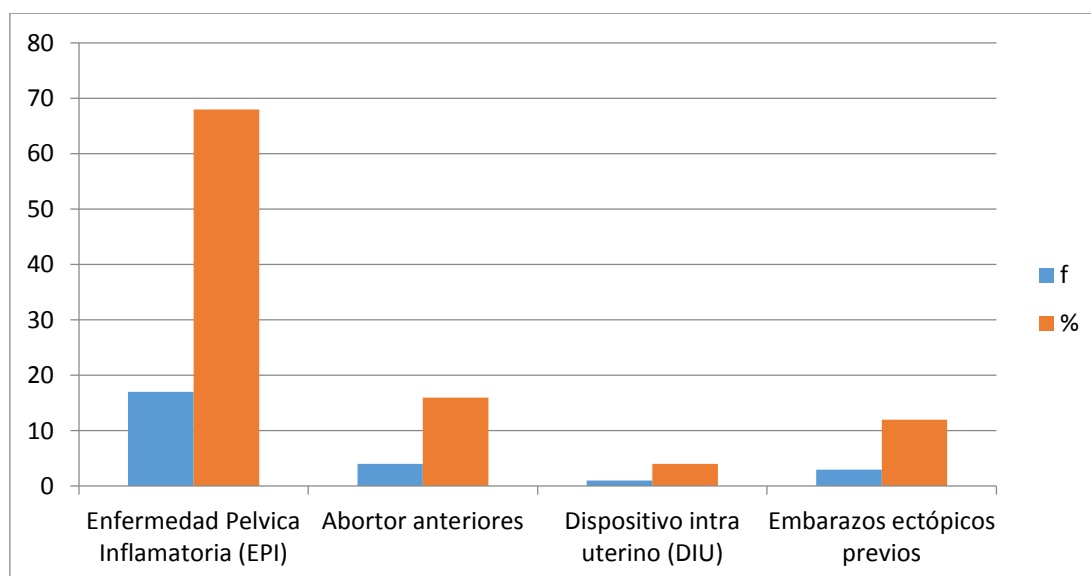
FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTES DEL EMBARAZO
ECTÓPICO EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPPO DE CHINCHA DE
ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014

	f	%
Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)	17	68
Abortos anteriores	4	16
Dispositivo intra uterino (DIU)	1	4
Embarazos ectópicos previos	3	12
Total	25	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS Y REPORTES ESTADISTICOS

GRÁFICO N° 01

FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTES DEL EMBARAZO
ECTÓPICO EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPPO DE CHINCHA DE
ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014



El 68% registra enfermedad pelvica inflamatoria (EPI), seguido 16% que registra abortos anteriores, sin embargo el 4% registra por uso de dispositivo intra uterino (DIU) y 12% registra embarazos ectópicos previos.

**RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA
INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTES MAYORES
DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPPO DE
CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014**

TABLA N° 02

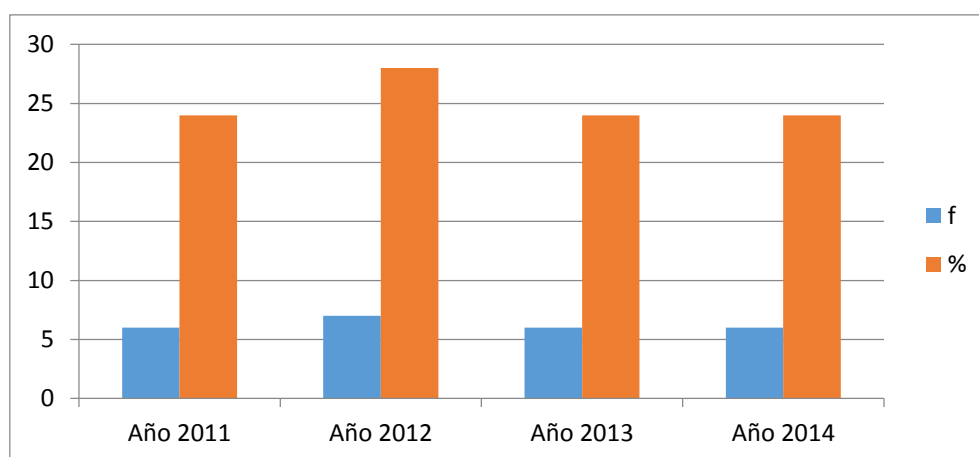
INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL RENÉ
TOCHE GROPPPO DE CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014

INCIDENCIA POR AÑO EE.	f	%
Año 2011	6	24
Año 2012	7	28
Año 2013	6	24
Año 2014	6	24
TOTAL	25	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS Y REPORTES ESTADISTICOS

GRÁFICO N° 02

INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL RENÉ
TOCHE GROPPPO DE CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014



En el año 2011 un 24%, en el año 2012 una mayor incidencia se registra un 28%, en el año 2013 un 24%, en el año 2014 un 24%. Del total de casos con embarazos ectópicos.

**RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA
INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTES MAYORES
DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROppo DE
CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014**

TABLA N° 03

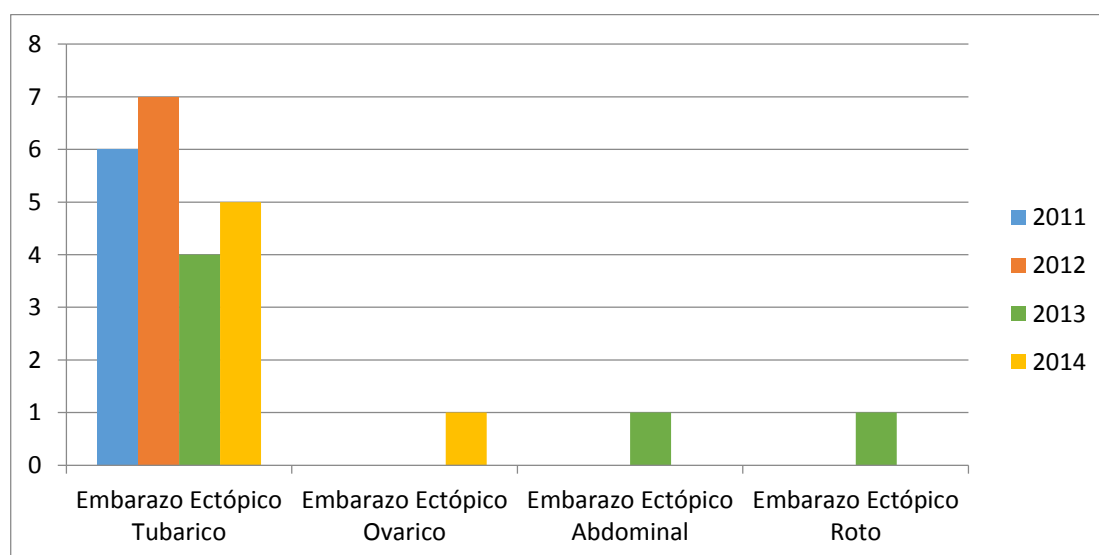
TIPO DE EMBARAZO ECTÓPICO PRESENTADOS EN EL HOSPITAL
RENÉ TOCHE GROppo DE CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE
2014

TIPOS DE EMBARAZOS ACTÓPICOS	2011	2012	2013	2014	f	%
Embarazo Ectópico Tubarico	6	7	4	5	22	88
Embarazo Ectópico Ovarico	0	0	0	1	01	04
Embarazo Ectópico Abdominal	0	0	1	0	01	04
Embarazo Ectópico Roto	0	0	1	0	01	04
TOTAL	6	7	6	6	25	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS Y REPORTES ESTADISTICOS

GRÁFICO N° 03

TIPO DE EMBARAZO ECTÓPICO PESENTADOS EN EL HOSPITAL
RENÉ TOCHE GROppo DE CHINCHA DE ENERO 2011 A
DICIEMBRE 2014



El 88% fue EE. Tubárico (Del 2011-2014), un 04% EE. Ovárico (Del 2011-2014), un 04% EE. Abdominal (Del 2011-2014), y el 04% EE. Roto.

TABLA N° 04

RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPA DE CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014

VARIABLES		FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	Correlación de Pearson	1	0,747
	Sig. (bilateral)		0,001
	N	25	25
INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO	Correlación de Pearson	0,747	1,0
	Sig. (bilateral)	0,01	
	N	25	25

FUENTE: PRUEBA ESTADÍSTICA DE PEARSON EN EL SOFTWARE SPSS.

INTERPRETACIÓN DEL TABLA N° 05:

Para determinar la correlación entre las variables **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS** (X) y **INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO** (Y), se empleó la correlación de Pearson; para ello se correlacionó el valor de la variable X y variable Y, de cada sujeto. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 18 en español, para hallar el coeficiente de correlación de Pearson, siendo éste de 0,747 puntos, lo que significa que la relación entre las variables de estudio, resulta ser una relación directa muy significativa.

CONCLUSIONES

- ✓ Existe relación significativa entre los factores de riesgo y el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Rene Toche Groppo de chincha de enero 2011 a diciembre de 2014.

- ✓ La enfermedad pélvica inflamatoria constituye un factor de riesgo para el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Rene Toche Groppo de chincha de enero 2011 a diciembre de 2014.

- ✓ La incidencia del embarazo ectópico durante los años 2011 a 2014, se mantiene estable en un 24%.

- ✓ Dentro de los embarazos ectópicos, el más frecuente es el tubárico en el Hospital Rene Toche Groppo de chincha de enero 2011 a diciembre de 2014.

RECOMENDACIONES

- ✓ Elaborar esquemas de evaluación de los factores de riesgo para embarazo ectópico basados en las características de nuestra población, para ser utilizados en la consulta preconcepcional.

- ✓ Insistir en la importancia de la consulta preconcepcional para determinar así factores de riesgo en las pacientes.

- ✓ Crear en los centros de salud una consulta de orientación a las pacientes que incluya educación sexual, planificación familiar, higiene ginecológica, como parte fundamental de cualquier programa de salud.

- ✓ Desarrollar programas sobre anticoncepción y reproducción que ayuden a las pacientes a desarrollar su capacidad de tomar decisiones responsables.

- ✓ Incidir en programas de información y fomentar la importancia del control desde el inicio del embarazo, con la finalidad de identificar los factores de riesgo del embarazo ectópico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2012 Sep.-dic. 28
- 2.- Bakken IJ. Chlamydia trachomatis Infection and the Risk for Ectopy Pregnancy. Sex Transm Dis 2010;34:6
- 3.- Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. Am JObstet Gynecol 2009; 176:103-7.
- 4.-Reporte Estadístico del Hospital René Toche Gropó
- 5.-. Benson R.: Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 2012:707-16.
6. Decherney A., Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Novena Edición. New York. Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2010.
- 7.- Rodríguez Y. (2010) Cuba. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico.
- 8.-Durán D. (2009) Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico
- 9.- Torres L. (2013). Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico
- 10.- Mercado W. (2013) Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz",

- 11.- Martinez A. (2013). Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- 12.- 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
- 13.- Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev.* 2011; 9:70-94.
- 14.- . Bakken IJ, Skjeldestad FR, Nordbo SA. Chlamydia Trachomatis Infections Increase the Risk for Ectopic Pregnancy: A Population-Based, Nested Case-Control Study. *Sex Transm Dis* 2010
15. Cabezas Cruz E. Evolucion de la mortalidad materna en cuba . rev Cubana Sal Publ. 2006 [17 de mayo 2009]; 32
16. Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology. Ectopic Pregnancy.* 2010; 42(1):2-8.
17. Berek, J.; Adashi, E.; Hillard, P. Tratado de Ginecología de Novak. Decimotercera edición. Interamericana Mc Graw Hill. México: 490 - 94. 2010.
18. Carvallo, F.; Pacheco, J.; Tanaka R.; Palomino C. Embarazo ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Acta Médica Peruana* 11: 43 - 48.2009.
19. Benrubi G. Urgencias Obstétricas y Ginecológicas. Segunda Edición. Madrid. .Marban Libros S. L.; 2010.
20. Cruz Pacheco, Guillermo de la (2009). Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2011. Trabajo De Investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

21. Kalbermatter D. (2010), Prevalencia de embarazo ectópico en el servicio de ginecología del hospital “Ramón Madariaga” de posada. Revista de Posgrado N°167.
22. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2009; 106:1004.
23. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intra- and extrauterine pregnancy. J Obstet Gynecol. 2011 ;56: 119
24. Abusheikha N, Salha O, Brinsden P. Extra-uterine pregnancy following assisted conception treatment. Human Reproduction Update 2010; 6:80-92.
25. Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. Fertil Steril 2009; 71:282-6.
26. Robson SJ., O’Shea RT. Undiagnosed ectopic pregnancy: a retrospective analysis of 31 “missed” ectopic pregnancies at a teaching hospital. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2010; 36:182-5.
27. Dart R., Chaplain B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. Ann Emerg Med 2009;33:283
28. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study in France, with special focus on infectious factors. Am J Epidemiol 2010; 135:587-9.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y LA INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL RENÉ TOCHE GROPPA DE CHINCHA DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema Principal ¿Qué relación existe entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014?</p> <p>Problemas Secundarios -¿Cuál es la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación existe entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014</p> <p>Objetivos específicos -Determinar la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014</p>	<p>Hipótesis General Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados y la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014</p> <p>Hipótesis Secundarias - Existe relación significativa entre la incidencia del embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO</p> <p>-Factores de riesgo relacionados con la edad.</p> <p>-Factores de riesgo gineco – obstétricos.</p>	<p>Tipo: observacional de corte trasversal, retrospectivo.</p> <p>Nivel: descriptivo.</p> <p>Método: Se usaron los métodos: Deductivo, inductivo y Descriptivo, tanto para la recolección como para la interpretación de datos.</p>

<p>-¿Cuáles son las complicaciones que se presentan en el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014?</p>	<p>-Identificar las complicaciones que se presentan en el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014</p>	<p>diciembre 2014</p> <p>- Existe relación significativa entre las complicaciones que se presentan en el embarazo ectópico en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital René Toche Groppo de Chincha de enero 2011 a diciembre 2014</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>-Manifestaciones clínicas</p> <p>-Complicaciones asociadas a embarazo ectópico.</p>	
---	--	---	---	--

3. DIAGNÓSTICO:

- ✓ Embarazo Ectópico Tubárico: ()
- ✓ Embarazo Ectópico Ovárico: ()
- ✓ Embarazo Ectópico Abdominal ()
- ✓ Embarazo Ectópico Roto: ()

1. TÉCNICA QUIRÚRGICA:

- Laparotomía

5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- Salpingostomía lineal ()
- Salpingectomía parcial ()
- Salpingectomía total ()
- Anexectomía ()

6. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS:

- Hemorragia ()
- Lesión orgánica ()

7. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS A CORTO Y LARGO PLAZO

- Hematoma ()
- Fiebre ()
- Infección de herida operatoria ()
- Re intervención quirúrgica ()
- Mortalidad ()
- Aborto posterior a la cirugía ()
- Embarazo ectópico posterior a la cirugía ()