

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADEMICO

**FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTOPICO EN LAS
PACIENTES DE 18 A 45 AÑOS HOSPITALIZADAS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL III PUNO
ESSALUD ENERO - DICIEMBRE 2017**

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

MELANIA HUANACUNI CHURACUTIPA

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENFERMERIA EN GINECO OBSTETRICIA
PROMOCION – 2014
PUNO- PERU**

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TRABAJO ACADEMICO



FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTOPICO EN LAS PACIENTES
DE 18 A 45 AÑOS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL III PUNO ESSALUD ENERO - DICIEMBRE 2017

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

MELANIA HUANACUNI CHURACUTIPA

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

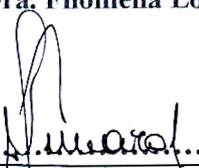
ENFERMERIA EN GINECO OBSTETRICIA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

: 
Dra. Filomena Lourdes Quicaño de López

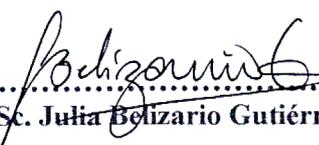
PRIMER MIEMBRO

: 
MSc. Clotilde Pinazo Calsin

SEGUNDO MIEMBRO

: 
MSc. Julia Belizario Gutiérrez

ASESOR

: 
MSc. Julia Belizario Gutiérrez

Área : Enfermería en Gineco Obstetricia
Tema : Factores de riesgo del embarazo ectópico
Fecha de sustentación : 31/12/2018

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta aquí

y haberme dado salud para lograr mis metas,

Además de su infinita bondad y amor

A mis A mi padre, y a mi esposo Fredy, a mis hijos Lucas Fernando y Luis Manuel, por apoyarme en todo momento para lograr mis metas y haber depositado su entera confianza en cada reto que se me ha presentado sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir esta monografía.

Para ellos es esta dedicatoria de monografía, pues es a ellos a quienes se las debo por su apoyo incondicional.

INDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| DEDICATORIA | 3 |
| ÍNDICE DE CUADROS | 6 |
| RESUMEN: | 7 |
| I. PRESENTACION DEL CASO | 9 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO | 9 |
| 1.2 JUSTIFICACION | 11 |
| 1.3. OBJETIVOS: | 12 |
| 1.3.1. OBJETIVO GENERAL | 12 |
| 1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO | 12 |
| II. MARCO TEORICO | 13 |
| 2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES | 13 |
| 2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS | 13 |
| 2.2. TEORIAS BASICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO | 18 |
| 2.2.1. Embarazo ectópico historia y definición | 18 |
| 2.2.2. Localización | 18 |
| 2.2.3. Cuadro clínico y diagnóstico del embarazo ectópico. | 21 |
| 2.2.4. El antecedente de aborto medico | 25 |
| 2.2.5. El uso dispositivo intrauterino (DIU) | 25 |
| 2.3. ANTECEDENTES DE RIESGO | 27 |
| 2.3.1. Cuadro clínico | 28 |
| 2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIADO | 32 |
| 2.5. ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS | 33 |
| 2.6. SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO (28) | 33 |
| 2.6.1. Manejo | 33 |
| 2.6.3. Complicaciones | 37 |
| 2.6.4. Estancia hospitalaria (18) | 37 |
| 2.6.5. Condición final de paciente (18) | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 2.6.6. Métodos anticonceptivos (22, 23)..... | 37 |
| III. DEFINICIÓN DE VARIABLES | 44 |
| IV. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 45 |
| V. METODOLOGÍA | 47 |
| 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 47 |
| 5.3.1 Descripción de la población | 47 |
| 5.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 48 |
| 5.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS..... | 48 |
| VI. RESULTADOS Y DISCUSION..... | 49 |
| VII. CONCLUSIONES..... | 55 |
| RECOMENDACIONES:..... | 56 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 57 |
| ANEXO | 60 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| Cuadro 1. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según edad de pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno Es Salud enero - diciembre 2017. | 49 |
| Cuadro 2. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según grado de instrucción atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017..... | 50 |
| Cuadro 3. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según estado civil atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017. | 51 |
| Cuadro 4. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según ocupación principal de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017. | 52 |
| Cuadro 5. Factores de riesgos obstétricos y antecedentes del embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017. | 53 |

RESUMEN:

Según OMS, Una de las causas de hemorragia durante la primera mitad del embarazo es el embarazo ectópico, en las últimas décadas hubo incremento de esta patología, ya que es un riesgo en la salud materna y en ocasiones son lesiones graves irreversibles, a nivel mundial existe un caso por cada 28 embarazos, incluso según la Organización Mundial de Salud existe un caso de cada 40 embarazos. (1)

A nivel nacional en más de la mitad de las gestantes que acuden al servicio de emergencia ginecobstetricia, a las cuales se les diagnóstico embarazo ectópico, este no ha sido identificado en la primera evaluación, motivo por el cual existe un alto riesgo de morbimortalidad materna.

Muchas de las características del embarazo ectópico están relacionados con antecedentes de intervenciones ginecológicas, patologías infecciosas ginecobstetricas, uso de dispositivos intrauterinos, inicio temprano de las relaciones sexuales, y técnicas de fecundación in vitro. La mayoría de estos altera la probabilidad de fecundación y la probabilidad de una implantación extrauterina. (2)

En el departamento de Puno, Las muertes maternas por embarazo ectópico han disminuido en nuestra población por el diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno, sin embargo la complicación de esta patología es un daño tubárico y otorga un pobre futuro reproductivo para muchas mujeres, en el Hospital III puno se presenta un porcentaje regular de casos con embarazo ectópico y ningún caso con muerte materna por embarazo ectópico

TITULO DE LA MONOGRAFIA

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO EN LAS PACIENTES DE
18 A 45 AÑOS HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL
HOSPITAL III PUNO ESSALUD ENERO - DICIEMBRE DEL 2017.

I. PRESENTACION DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO

El embarazo ectópico constituye actualmente un problema grave de salud pública, el cual se incrementan los casos día a día, según la Organización Mundial de la Salud constituye la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en los primeros meses de la gestación (5). Afortunadamente, con la llegada de la ecografía transvaginal y las pruebas de la subunidad Beta hCG, disminuyeron las tasas de incidencia de lesión en las trompas de Falopio y las tasas de mortalidad. En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de estudios en hospitales informaron tasa 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 Beta hCG. 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. La factibilidad de implementar diversas intervenciones para el embarazo tubárico se puede considerar desde varios aspectos: éxito médico, costos, disponibilidad de equipos y de personal de atención de la salud capacitado. La cirugía laparoscópica y el metotrexato sistémico son las dos mejores opciones para el tratamiento de un embarazo ectópico sin complicaciones. Por su simplicidad y bajo costo, se preferirá el metotrexato sistémico para el tratamiento de las primeras etapas de un embarazo ectópico y en el resto de los casos se usará la cirugía

laparoscópica, lamentablemente la terapia mediante el metotrexato no es usada actualmente en nuestra ciudad, lo que conlleva únicamente a la intervención quirúrgica provocando la incapacidad muchas veces de ser madre en las mujeres que cursan esta patología.

1.2 JUSTIFICACION

Es necesario un estudio que analice la presencia de embarazo ectópico en pacientes del Hospital III Puno ESSALUD, para identificar nuevos factores de riesgo asociados a embarazo ectópico diferentes a los que se reporta en la literatura a nivel mundial, además busca establecer la asociación de estos factores de riesgo con las complicaciones de embarazo ectópico en nuestra población, estos datos nos permitirá implementar protocolos y herramientas para la identificación precoz de las pacientes en riesgo de desarrollar un embarazo ectópico y las potenciales complicaciones derivadas de este, lo que podría permitir la posibilidad de intervenciones oportunas, con la consecuente disminución de la morbilidad materna durante el primer trimestre del embarazo. Se desarrollará un análisis de tipo analítico, observacional y retrospectivo, que permitirá determinar la población susceptible, ayudando a la prevención y tratamiento oportuno para minimizar complicaciones en la salud de los pacientes. La OMS ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud, más aún al tratarse de mujeres gestantes, para así poder orientar acciones no solo como una forma de prevenir problemas individuales y sociales, sino como posibilidad de hacer de la salud un bien común, que se convierta en un medio para lograr bienestar y un aporte al desarrollo social y económico del país. Desde este punto de vista, este trabajo de monográfico 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, y que la formulación de políticas públicas y la orientación de programas de prevención sobre el problema estudiado.

1.3. OBJETIVOS:**1.3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital III puno ESSALUD, de enero a diciembre del 2017.

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO.

- Identificar los factores sociodemográficos asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología.
- Identificar los antecedentes obstétricos de las pacientes con el diagnóstico del embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología: (Embarazo Ectópico, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Quirúrgico, legrado uterino, uso dispositivo intrauterino (DIU.).

II. MARCO TEORICO

2.1 ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES

2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS

2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Rodríguez, Y.; Altunaga, M. (2010) Factores Epidemiológicos del Embarazo Ectópico en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Eusebio Hernández” La Habana Cuba Metodología: Estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, durante dos años. 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 para un 59,7 %. La primera relación sexual antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó

dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %.

Conclusiones: El grupo de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años. La enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos (7).

- **Ponce, J. (2012) Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen**

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, con una población de 100 casos

Resultados: La edad promedio fue de 20 a 25 años (53%), grado de instrucción secundaria (56%), estado civil conviviente (78%), no tuvieron hijos anteriores (52%), antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (62%), antecedente de legrados uterinos.

- **D'antoni, V., Vásquez, J., Vides, M., Sabillón, O. (2005). Embarazo Ectópico Revisión de 140 Casos Hospital Vicente.**

Metodología: Se realizó un análisis de 140 casos de embarazo ectópico en el Hospital Vicente D'Antoni. La Ceiba, Honduras, C. A.

Resultados: La incidencia fue 2.44%. 1 por cada 46 partos. El embarazo tubárico representó el 97.86% (137); abdominal secundario 1.43% (2) y abdominal primario 0.71%. El tipo ampular 62 casos (44.29%) y el ístmico 29 casos (20.71) fueron los de mayor incidencia. 78.54% de los síntomas estuvieron representados por dolor abdominal. Sangrado genital y la amenorrea. El diagnóstico de ingreso se hizo en 82 casos (58.57%) y fueron llevados con diagnóstico preoperatorio de ectópico 150 casos (92.03%) de 163 expedientes revisados, comprobándose únicamente 140 casos (85.89%) 13 casos (14.11%) correspondieron a otra patología. El medio diagnóstico más usado fue la culdocentesis en un total de 44 casos. Se usaron transfusiones sanguíneas en 48.56% de los casos y 2 autotransfusión es por carecer del tipo de sangre correspondiente. El tratamiento fue quirúrgico 100 r /< y en algunos casos se practicó cirugía conservadora. La mortalidad materna fue nula. (9).

- García, A.; Molina, Jc.; Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. (2007). Embarazo Ectópico y su morbilidad en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi Cochabamba Bolivia.

Metodología: Estudio donde se revisaron Historias Clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acudieron al Hospital Materno Infantil German Urquídi durante enero del 2003 -2005.

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 previos son antecedentes que se deben tomar en cuenta ya que el 12,7% (13 casos) presentaron este antecedente, las pacientes usuarias del dispositivo intrauterino (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.

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. (10).

2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- **Naranjo, M.; Lazo, M.; Flores, M.; Saona, P. (2009) Tratamiento Médico del Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007-2008 Perú.**

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, serie de casos, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima Perú.

Estudio con 106 casos de embarazo ectópico atendidos.

Resultados: Cinco tuvieron tratamiento médico y solo se pudo obtener información de cuatro casos. Evolución de los embarazos ectópicos con tratamiento médico. Solo uno de los casos correspondió a un embarazo ectópico no complicado, el cual presentó buena evolución con el tratamiento médico (metotrexato). Los otros tres casos, por tamaño, nivel de gonadotropina coriónica humana beta o líquido libre en cavidad, no cumplieron con los criterios para recibir tratamiento médico.

El embarazo ectópico en nuestro medio sigue siendo causa de emergencia ginecológica por el estado de complicación en el que llegan las pacientes a los centros de emergencia, lo que no permite detectar casos elegibles para tratamiento médico. (11).

- **Polar, M. (2010 – 2017) Características clínicas y factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes del Hospital de Apoyo Ministerio de Salud y Antonio Lorena del Cusco Perú.**

Metodología: Estudio retrospectivo, comparativo, secundario, diseño de investigación no experimental de corte transversal. La población constituida por 233 historias clínicas de mujeres con cuadro de embarazo ectópico. La muestra de estudio estuvo conformada por 208 historias clínicas de mujeres con embarazo ectópico. Resultados: El embarazo ectópico se presentó con mayor frecuencia en mujeres de 25 a 29 años, nulíparas de las

cuales 28 presentaron antecedentes de aborto, convivientes, con grado de instrucción secundaria; la localización del embarazo ectópico que presento mayor frecuencia fue de localización tubárica y dentro de esta la porción ampular, siendo la trompa izquierda la más afectada, presentándose como casos raros un embarazo ectopicoabdominal y no cervical. Dentro de la localización tubarica se encontró que en la mitad de los casos no registraron la localización del embarazo; las características clínicas del embarazo ectópico fueron: dolor abdominal con predominio a nivel de hemiabdomen inferior 39.90%, sangrado transvaginal 87.98%, retraso menstrual de 4 a 8 semanas 78.37%, se encontró masa anexial en un 14.90%, presentaron hipotensión un 28%, el signo de blunber (+) al examen en un 28.8%; los factores de riesgo de embarazo ectópico a tener en cuenta en nuestro medio son: antecedentes de aborto con legrado uterino, antecedentes de cirugía pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de uso de dispositivo intrauterino.(13).

2.1.1.3. ANTECEDENTES LOCALES:

- Cajan, A. (2011) Técnica Laparoscópica: Universidad Nacional del Altiplano Facultad de Medicina Humana Puno. Realizado en el hospital III puno ESSALUD.

Metodología: Estudio retrospectivo, analítico y comparativo durante el período 2001-2011 del Hospital III EsSalud Puno.

Resultados: Técnica laparoscópica tiempo operatorio 60 min (57,1%), no presentaron complicaciones intraoperatorias (95,2%), como sintomatología post operatoria dolor asociado a náuseas y vómitos (81,0%), salpingectomía total (81%), estancia hospitalaria de 3 días (52,4%) y sin posterior a la cirugía (66,7%) Conclusiones: Se halló menor:

tiempo operatorio, sintomatología postoperatoria, y estancia hospitalaria en la cirugía laparoscópica. (12)

2.2. TEORIAS BASICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO

2.2.1. Embarazo ectópico historia y definición.

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y hasta mediados del siglo XVIII, era una patología generalmente fatal. La palabra ectópico proviene de las palabras griegas ectos: “fuera” y topos: “lugar”, por lo cual se define como un embarazo que se produce en cualquier lugar fuera de la cavidad uterina, y que puede llevar a una alta morbi – mortalidad si no se resuelve el problema con tiempo.¹⁰ La gran mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio, sin embargo, pueden ocurrir en otras localizaciones, tales como el ovario, cuello del útero, y la cavidad abdominal. ¹² El riesgo para la salud de un embarazo ectópico es la ruptura que conduce a una hemorragia interna. La tasa de supervivencia de los embarazos ectópicos está mejorando a pesar de que la incidencia de embarazos ectópicos también está aumentando. La razón principal de un mal resultado es el fracaso para buscar atención médica temprana. El embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en el primer trimestre del embarazo.¹² Gráfico 1 Embarazo Ectópico Tubario.

2.2.2. Localización

Desde su lugar de origen, el óvulo puede ser fecundado y anidar en cualquier parte del trayecto que normalmente sigue: ovario, trayecto ovárico-abdominal, ²² trompa y útero. De esta forma se originan las distintas variedades

topográficas de embarazo ectópico y así podemos observar las siguientes: 1. Abdominal primitivo: el huevo se implanta en la serosa abdominal en cuanto se fecunda. 2. Ectópico ovárico superficial o profundo. 3. Fímbrico, ampular, ístmico o intersticial: si el huevo se fija en las partes correspondientes de la trompa. 4. Cervical: cuando la anidación se hace en esta región del útero. Todos los estudios revisados establecen que la mayor localización se encuentra en la trompa y el resto en cualquier parte del trayecto restante: ovárico abdominal y cuello uterino con menor incidencia considerados como variedades de embarazo ectópico. 11

CONCEPTO Y LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO.



El embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la uterina(1,7); también es llamado embarazo extrauterino (3), la causa principal se relaciona con una lesión localizada en la luz de la salpíngex resultado, a su vez, de la destrucción del epitelio y la formación de micro adherencias (12), presentándose migración e implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina, por presencia de obstáculos; y pudiendo ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario (15). El embarazo ectópico, es un término aceptado de la palabra griega "ektos" que significa fuera de lugar, y constituye una condición médica seria, que no solo puede generar secuelas graves en la vida reproductiva femenina, incluyendo el embarazo ectópico recurrente y la infertilidad; sino que también es una causa importante de morbilidad y mortalidad asociada con el riesgo de ruptura y hemorragia intrabdominal, por lo que se requiere un diagnóstico temprano y una rápida intervención médica para lograr disminuir las tasas de morbimortalidad materna por esta patología (12). La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico; también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias. El embarazo ectópico tubárico comprende de los casos (4); de acuerdo con su sitio de implantación puede ser: -Amputar: En esta localización puede evolucionar hacia la resolución espontánea por aborto tubárico o permitir el crecimiento del embrión, lo que ocasiona ruptura de la trompa. -Istmico: Por estar localizado en la porción más estrecha de la trompa ocasiona rupturas más tempranas. -Intersticial o intramural: El embarazo ovárico es excepcional. Se discute la ocurrencia del embarazo abdominal primario, pero se acepta la implantación secundaria de un aborto tubárico. El embarazo cervical es la implantación del huevo en el endocérvix (12). Otros autores (15), detallan otros lugares, y de manera general en el cuello uterino (EE cervical), en los ovarios (EE ovárico), en el

epiplón, en las vísceras abdominales (EE abdominal), en la porción intersticial de la tropa (EE comual) y en el muñón de las trompas ligadas (EE del muñón), y se han descrito varios casos de embarazo ectópico bilateral. Esta patología, actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos (5); a pesar del avance en los métodos de diagnósticos y terapéuticos, sigue siendo una de 23 las principales causas de morbilidad durante el primer trimestre del embarazo (9), por ello, es considerada una emergencia médica que pone en riesgo de manera inminente la vida de una mujer durante la. Primera mitad del embarazo (16).

2.2.3. Cuadro clínico y diagnóstico del embarazo ectópico.

El cuadro clínico presenta la tríada clásica de dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal {3,7}, esta sintomatología siempre debe hacer sospechar al clínico que puede estar frente a un caso de embarazo ectópico (3); además de lo indicado se puede agregar la presencia de tumoración anexial dolorosa y dolor al movilizar el cérvix (15); pudiendo la paciente presentar signos de hipovolemia e irritación peritoneal (15). Desafortunadamente el diagnóstico puede ser todo un reto debido que la presentación de un embarazo ectópico puede variar muy significativamente (3). El cuadro clínico en un embarazo ectópico no roto o en evolución, de acuerdo con la evolución, pueden presentarse los hallazgos siguientes: dolor pélvico o abdominal, amenorrea o modificaciones de la menstruación, hemorragia del primer trimestre de la gestación y presencia de masa pélvica (12). El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico no roto se debe hacer con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), apendicitis; otros diagnósticos que deben considerarse son cuerpo lúteo persistente, ruptura del cuerpo lúteo, quiste ovárico funcional, vólvulos de la trompa, litiasis o infección renal y amenaza de aborto o aborto {1,2}; en la mayoría de casos se puede llegar a establecer un diagnóstico 24 con base en los hallazgos clínicos; en los demás casos es necesario

apoyarse en exámenes paraclínicos (12). El diagnóstico de EE no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico (7). El diagnóstico precoz reduce la mortalidad y morbilidad asociada con el embarazo ectópico (3). Después de la historia clínica y el examen físico, las dos más importantes pruebas diagnósticas para evaluar un probable embarazo ectópico son la ecografía transvaginal (ECO-TV) y el nivel sérico de la subunidad p- de gonadotropina coriónica humana (P-hCG) (3,6). El primer paso en el diagnóstico de un embarazo ectópico es evaluar por un probable embarazo intraútero. La confirmación de una gestación intraútero casi siempre descarta un embarazo ectópico; el riesgo de embarazo heterotópico es de 1 en 10,000 a 30,000 embarazos espontáneos. Sin embargo, en el contexto de reproducción asistida puede aumentar a 1 en 1 00. La ecografía puede identificar una gestación intrauterina en un embarazo de 5.5 semanas menstruales con casi una exactitud del 100. Entre las 4.5 y 5 semanas, el primer marcador ultrasonográfico de embarazo intraútero es un "signo decidual doble" (Doble anillo ecogénico alrededor del saco gestacional). El saco gestacional aparece cerca a la 5 y 6 semanas y permanece hasta la semana 10. El embrión (polo fetal) y la actividad cardíaca pueden identificarse entre las 5.5 y 6 semanas. Se debe descartar la presencia de un pseudosaco, que describe como una colección de fluido dentro de la cavidad endometrial que usualmente está localizado centralmente dentro de la cavidad uterina (3). Respecto a la ayuda diagnóstica por imagen: 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 (15). La ecografía transvaginal, detecta gestaciones intrauterinas desde las 5-6 semanas de gestación y cuando la concentración de HCG es 1.500mUI/ml. El saco vitelino se puede identificar a las tres

semanas pos concepción (cinco semanas desde la última menstruación) y los movimientos cardiacos embrionarios desde las tres y media a cuatro semanas pos concepción (5 a 6 semanas desde la última menstruación). Con excepción del embarazo heterotofico, la identificación por ultrasonido de un embarazo intrauterino descarta la posibilidad de embarazo ectópico. La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de HCG de 1. úOOmUVmL tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnosticar embarazo ectópico. Los hallazgos ultrasonográficos más específicos son: Masa anexial extra ovárica, embrión vivo en la trompa, anillo tubárico y masas mixtas o sólidas en las trompas. Cuando se realiza ultrasonido transabdominal convencional la ausencia de saco gestacional intrauterino con concentraciones de HCG mayores de 6.500 mUI/mL (zona discriminatoria) se ha relacionado con embarazo ectópico (24). Respecto a la ayuda diagnóstica por laboratorio: Dosificación seriada de HCG. En los casos de embarazo intrauterino normal la concentración de la hormona se duplica 26 aproximadamente cada 1,4 días, con un aumento mínimo de 66% en dos días. En los embarazos intrauterinos de mal pronóstico y en los ectópicos no se observa la progresión normal de la HCG. Las determinaciones seriadas de HCG también indican el momento óptimo para realizar un ultrasonido transvaginal (24). La ausencia de una gestación intrauterina en el ultrasonido transvaginal con concentraciones de HCG superiores a 1.500mUI/ mL es diagnóstica de embarazo ectópico (15,12). Una posible excepción son las gestaciones múltiples (se ha informado gestaciones múltiples normales con concentraciones de HCG>2300mUI/mL antes de la identificación por ultrasonido transvaginal). Cuando se ha realizado un legrado uterino sino ocurre un descenso de por lo menos 15% de la hormona en 8-12 horas, debe considerarse el embarazo ectópico (12). Además, se considera que el dosaje

de subunidad beta HCG que cada tercer día no se duplica como sucede en un embarazo normal (15). Otro examen es el de progesterona, una determinación única de la concentración de progesterona puede excluir el embarazo ectópico cuando se encuentra por encima de 25 ng/mL y una concentración de progesterona 1) (11). Tabaquismo (3,8).

Dentro de los factores de riesgos también evaluamos los factores demográficas y obstétricas.

a) Los factores demográficos

Son las características objetivas de una población que se utilizan a menudo como base para la segmentación de estudios.

En la presente investigación se consideran las características demográficas para tener una visión más objetiva de la población en estudio, con datos estadísticos que nos revelen distintos aspectos.

- Edad: En cada etapa de la vida humana hay enfermedades que encuentran situaciones orgánicas y fisiológicas más propicias para desarrollarse.
- Estado civil: La existencia o carencia de lazos formales o informales con una pareja permite conocer, en partes las formas que tiene un individuo de interactuar ante la sociedad y su relación con la salud.
- Escolaridad: Las personas con menor escolaridad suelen ignorar las medidas preventivas más elementales para evitar enfermedades.
- Ocupación: La relación de la persona con su fuente de trabajo es determinante para conservar la salud.
- Ubicación física del hogar: Es un factor geográfico de gran importancia para la salud.

Como estas características difieren en cada persona, la enfermedad no se comporta de igual manera en todos los individuos, y existen variadas respuestas a ella.

b). Antecedentes Obstétricas:

Las características obstétricas en la presente investigación se enfocan en relación a la patología en estudio, y éstas vienen a ser los antecedentes que tienen un comportamiento de riesgo como son antecedente de embarazo ectópico, de enfermedad pélvica, de intervenciones quirúrgicas, entre otros, los cuales nos ayudaran a un análisis objetivo que corresponderá a la población en estudio.

Hay una serie de características que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican. En teoría cualquier cosa que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica. (15) Se supone que la inflamación aguda participa en la lesión tubárica que predispone a embarazos ectópicos. Así mismo la salpingitis crónica y la salpingitis ístmica nudosa.

2.2.4. El antecedente de aborto medico

Aumenta el riesgo de embarazo ectópico. La profilaxis con antibióticos en el momento del legrado por aspiración tiene un efecto protector de daño tubárico inflamatorio. (16)

2.2.5. El uso dispositivo intrauterino (DIU)

Los DIUs no protegen contra las ITS, se describe una relación entre su uso y el incremento de la enfermedad inflamatoria pélvica.^{2,11,22} Para recomendar o no su uso hay que evaluar las características personales de la usuaria, aquellas que tengan prácticas sexuales de riesgo, tendrán mayor riesgo de contraer ITS/VIH,^{3,9,12,22} no obstante pueden constituir una opción válida. Nunca debe insertarse un DIU en una adolescente que tenga o haya tenido una infección genital o una ITS en los últimos tres

meses. El DIU puede incrementar el riesgo de EIP y de infertilidad en las mujeres que padecen una ITS que no ha sido tratada, este riesgo también se incrementa si el procedimiento no se realiza en condiciones asépticas. Las adolescentes tienen un mayor riesgo de expulsión del DIU sobre todo las que no han paridos, así como tienen mayor frecuencia de incremento del sangrado y duración de las menstruaciones, de los cólicos menstruales, flujo vaginal patológico y riesgo de padecer de infecciones genitales bajas y E.I.P

2.2.6. Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)

Las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria tiene una alta incidencia de embarazo ectópico, la causa más frecuente es el antecedente de infección causada por chlamydia trachomates.(3) Los pacientes con infección por clamidias tiene una gama de presentaciones clínicas, desde un cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida y una enfermedad inflamatoria pélvica, esto resulta en una acumulación de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio, causando daños a los cilios sin embargo si los dos tubos se ven ocluidos por la EIP. El embarazo no se produce, y esto sería protección contra un embarazo ectópico.

2.2.6. Antecedente ligrado uterino/ AMEU.

El legrado se realiza como parte del estudio de una mujer que tiene reglas abundantes o irregulares, o que ha sangrado tras la menopausia. Obstétrico: el **legrado** se realiza para evacuar los tejidos residuales de la matriz en caso de aborto o tras un parto, cuando uedan restos de placenta. También, consiste en introducir dentro del útero una varilla con un mango que el ginecólogo puede agarrar desde fuera, y que tiene en su extremo una pequeña asa delgada que permite raspar la superficie de la cavidad u terina,

extrayendo así el endometrio, que se saca poco a poco a través del mismo cuello uterino.

¿COMO IDENTIFICAR LOS RIESGOS?

El legrado es una intervención sencilla que se suele realizar tras un aborto espontáneo, pero que también se emplea en otros casos. Te explicamos cuándo está indicada, en qué consiste, y sus posibles complicaciones.

¿QUÉ CUIDADOS SE DEBEN TENER DESPUÉS DE UN LEGRADO?

Después del legrado hay síntomas que deben alertar a la mujer de que algo no va bien y por los que debe acudir al centro médico más cercano cuanto antes. Los más importantes son la fiebre, los calambres, los cólicos muy intensos, el flujo vaginal con mal olor, los sangrados abundantes con coágulos y los mareos.

¿CÓMO SE HACE UN LEGRADO POR ASPIRACION?

La realización de un aborto implica extraer el producto de la concepción (embrión y placenta) de la cavidad uterina. A través de ésta se aspira el contenido uterino, con el que se extraen el embrión y la placenta. Entre los métodos por aspiración se pueden señalar la regulación menstrual y el legrado por succión.

2.3. ANTECEDENTES DE RIESGO

Diversos antecedentes ayudan a explicar la mayor frecuencia de embarazos ectópicos; si se conocen estos es posible establecer un diagnóstico oportuno, mejorando la supervivencia materna como su potencial reproductivo ulterior, estas son:

- Embarazo ectópico previo.
- Patología tubárica demostrada.
- Intervención quirúrgica para restablecer la permeabilidad tubárica.

- Tabaquismos de más de 20 cigarrillos diarios Existe una mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, principalmente infección por chlamydia.
- Se ha retrasado la edad en la que la mujer se embaraza, acompañado del mayor uso de tecnología de reproducción asistida, que conlleva mayor riesgo de embarazos ectópicos.
- Ha aumentado el uso de dispositivo intrauterino y de esterilización tubárica y los fracasos predisponen al embarazo ectópico.
- Tres o más abortos espontáneos previos.
- Aborto médico o quirúrgico previo.
- Infertilidad mayor de un año.
- Mayor de 40 años.
- Más de 5 parejas sexuales en la vida. (25).

2.3.1. Cuadro clínico

De acuerdo con la evolución, pueden presentarse cuatro cuadros clínicos:

a) Embarazo ectópico no roto o en evolución

Los hallazgos más comunes son:

- Dolor pélvico o abdominal.
- Amenorrea o modificaciones de la menstruación.
- Hemorragia del primer trimestre de la gestación.
- Masa pélvica.

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico:

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

- Apendicitis.

- Otros diagnósticos que deben considerarse son: cuerpo lúteo persistente, ruptura del cuerpo lúteo, quiste ovárico funcional, vólvulos de la trompa, litiasis o infección renal y amenaza de aborto. En 50% de los casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos; en los demás casos es necesario apoyarse en exámenes paraclínicos:

- Dosificación seriada de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (subunidad Beta hCG): La ausencia de una gestación intrauterina en el ultrasonido transvaginal con concentraciones de β hCG superiores a 1.500 mUI/ mL es diagnóstico de embarazo ectópico. Cuando se ha realizado un legrado uterino si no ocurre un descenso de por lo menos 15% de la hormona en 8-12 horas, debe considerarse el embarazo ectópico.

- Ecografía Transvaginal: La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de la Gonadotropina Coriónica Humana de 1.000 mUI/mL tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnosticar embarazo ectópico. (13-15)

b) Aborto tubárico

En éste caso ocurre sangrado hacia la cavidad peritoneal a través de la fimbria. El proceso de irritación peritoneal acentúa la sintomatología, el dolor se hace más intenso. A la exploración vaginal el cuello permanece cerrado y hay dolor a la movilización; el útero se encuentra reblandecido; puede o no palparse masa anexial y hay dolor a la presión del fondo de saco posterior. El hemoperitoneo resultante puede producir abombamiento del saco de Douglas. El estado hemodinámico de la paciente empieza a deteriorarse. Aparece palidez mucocutánea, hipotensión, hipotensión postural, taquicardia lipotimias transitorias y el cuadro hemático muestra anemia.

c) Embarazo ectópico roto

El aumento de volumen provoca la ruptura aguda de la trompa lo que ocasiona sangrado hacia la cavidad peritoneal. El cuadro clínico se caracteriza por dolor intenso en hipogastrio o en fosa ilíaca que se irradia al epigastrio y al hombro. Se instaura un cuadro de abdomen agudo acompañado de palidez mucocutánea, hipotensión, taquicardia, lipotimia y shock hipovolémico si la hemorragia es severa o no se detiene. En la exploración vaginal ocurre dolor a la movilización del cuello, a la presión del fondo de saco posterior y a la palpación bimanual, especialmente del lado correspondiente al ectópico. Puede o no identificarse (23).

engrosamiento o masa anexial. En el ultrasonido se encuentra líquido libre en cavidad (correspondiente al hemoperitoneo). El cuadro hemático muestra anemia.

d) Embarazo ectópico roto y organizado

Ocurre cuando después de la ruptura (o aborto) tubárico, cesa espontáneamente la hemorragia y quedan los productos de la concepción en la cavidad abdominal. Se presenta una historia de dolor hipogástrico difuso o localizado hacia una de las fosas ilíacas, amenorrea o irregularidades menstruales recientes, sangrado intermitente escaso y oscuro, acompañado de malestar general, palidez, lipotimia, tenesmo, 21 escalofríos y en ocasiones febrículas. La paciente puede referir un episodio transitorio de dolor agudo de localización pélvica o en una fosa ilíaca. Al examen clínico se encuentra palidez mucocutánea y signos tardíos de hemoperitoneo. En el examen ginecológico se encuentra en ocasiones sangrado escaso de color oscuro, dolor a la movilización del cuello, el útero se puede identificar de tamaño normal y puede palparse una masa dolorosa, irregular, a veces crepitante difícil de delimitar. Hay dolor a la presión del fondo de saco posterior. Es necesario hacer diagnóstico diferencial con aborto, aborto

infectado, quiste complicado del ovario, enfermedad pélvica inflamatoria y plastrón apendicular. La laparoscopia permite precisar el diagnóstico definitivo en casos dudosos (24).

De acuerdo al lugar de implantación del cigoto: (26)

a) Embarazo tubárico

Representan del 95 al 98% de los casos de embarazo ectópico. El óvulo fecundado se puede alojar en cualquier porción de la trompa de Falopio, originando según la porción de la trompa un embarazo ectópico.

- **Intersticial / Comunal:** Llamado también intramural, representan el 2-3% de los embarazos tubáricos. Su implantación se realiza en la porción de la trompa de Falopio que recorre el útero. Generalmente se asocian con alta morbilidad debido a su diagnóstico tardío y difícil diagnóstico, además de producir hemorragia abundante. En la actualidad son menos comunes al igual que sus complicaciones debido a una mejora en la detección temprana.
- **Ístmico:** La implantación es en la porción media y más estrecha de la trompa.

Representando aproximadamente el 10 a 12% de los embarazos tubáricos.

- **Ampollar:** La implantación es en el tercio externo de la trompa de Falopio. Es la más frecuente de todas (alrededor del 75% de los casos).

En algunos casos raros, el embrión se implanta en la fimbria. Generalmente los embriones implantados en la ampolla llegan a sobrevivir un mayor tiempo en comparación a las demás ubicadas debido al mayor tamaño de esta. En cualquier caso, el producto siempre se pierde (25).

b) Embarazo abdominal

Su frecuencia alcanza aproximadamente el 2 – 2.5%. Como su nombre lo indica, es la implantación del cigoto en la cavidad abdominal. La mayoría ocurre tras un aborto tubárico seguido de implantación peritoneal. Los embarazos primariamente abdominales son extremadamente raros y para ser considerados como tales, es condición que no aparezcan signos de anterior implantación en un sitio próximo y que el trofoblasto esté adherido completamente al peritoneo. En estos casos el embrión al estar rodeado de las vísceras abdominales, su placenta busca inserción en las mismas. Los embarazos ectópicos abdominales habitualmente producen fetos muertos, pero en otros casos el feto puede llegar a término, aunque generalmente con compromiso de su vitalidad por deficiencias orgánicas y malformaciones.

c) Embarazo intraovárico

La implantación en el parénquima ovárico es una presentación rara (0.15%). Aunque el ovario puede adaptarse más fácilmente que la trompa al embarazo en crecimiento, lo más frecuente es que se produzca la rotura en periodo temprano. Si bien los factores de riesgo para embarazo ectópico ovárico son similares a los del embarazo tubárico, el uso del dispositivo intrauterino es especialmente frecuentemente.

d) Embarazo cervical

La implantación del cigoto en el cuello uterino es rara (0.15%), pero su frecuencia se ha ido incrementando con el uso de técnicas de reproducción asistida. Generalmente no alcanza su completa evolución y finalizan en aborto.

2.4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIADO

- Aborto.
- Cuerpo lúteo hemorrágico.

- Enfermedad del trofoblasto.
- Enfermedad Inflamatoria pélvica.
- Pielonefritis.
- Apendicitis.
- Quiste de ovario o pedículo torcido.

2.5. ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La prevención de las infecciones de transmisión sexual relacionadas con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y sus secuelas puede contribuir a disminuir la incidencia del embarazo ectópico. Así mismo, se podría esperar que un diagnóstico temprano de las infecciones pélvicas y una terapia antibiótica más efectiva reduzca el daño tubárico.

Las pacientes en tratamientos de infertilidad pertenecen a grupos de riesgo, deben ser advertidas, requieren vigilancia especial y considerar tempranamente la posibilidad del ectópico para poder llevar a cabo tratamientos conservativos y evitar las complicaciones. (27).

La atención y/o prevención de las emergencias obstétricas debe ser realizada en toda la red de salud, desde el establecimiento de primer nivel hasta el establecimiento con mayor capacidad resolutive. Para ello es necesario conocer el manejo:

2.6. SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO (28).

Atraso menstrual, dolor pélvico, presencia o no de sangrado vaginal y masa anexial.

2.6.1. Manejo

1.- Buscar síntomas y signos:

- Retraso menstrual.
- Dolor pélvico o dolor al movilizar el cérvix durante el tacto vaginal.

- Metrorragia.
- Lipotimia (desmayo o desvanecimiento).
- Signos peritoneales.
- Masa anexial.

2.-Buscar antecedentes

- Historia de enfermedad pélvica inflamatoria.
- Plastia tubárico.
- Esterilización.
- Ectópico previo.
- Uso del dispositivo intrauterino.

3.-Realizar pruebas auxiliares

- **De patología clínica:**

Dosaje de subunidad beta de gonadotrofinas coriónicas humanas hCG, en cantidad mayor de 1, 500 UL/ml.

Dosaje de subunidad beta de gonadotrofinas coriónicas humanas hCG, que cada tercer día no se duplica como sucede en un embarazo normal.

- **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.

4.-Iniciar manejo de embarazo ectópico

- Manejo de emergencia obstétrica.
- Referencia inmediata a establecimiento con capacidad resolutoria esencial.

- Hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive esencial:
- Buscar signos de hipovolemia a través del control de funciones vitales.
- Buscar signos peritoneales.
- Tacto vaginal: cérvix.
- Buscar tumoración anexial o dolor anexial al mover el Laboratorio: Grupo sanguíneo – factor Rh, hemograma, hematocrito seriado, hemoglobina, pruebas cruzadas.
- Control de Sub unidad BETA –hCG y ecografía.

5.- Reevaluar de acuerdo a signos de hipovolemia

- Mujer con signos de hipovolemia evidente y/o signos peritoneales realizar laparotomía exploratoria o laparoscopia quirúrgica de emergencia para :
 - Hemostasia.
 - Salpingectomía.
 - Salpingostomía.
 - Evitar en lo posible la ooforectomía.
- Mujer con signos de hipovolemia evidente sin signos peritoneales, realizar
 - Monitorización, descartar otras patologías.
 - Reevaluar con resultados de ecografía y Sub unidad BETA de hormona gonodotrofina coriónica (B-HCG).
- De empeorar, hacer laparotomía.
- Mujer sin signo de hipovolemia ni signos peritoneales, realizar:
 - Monitorización, descartar otras patologías.
 - Reevaluar con resultados de ecografía y B-hCG.

2.6.2. Tratamiento

Tratamiento médico

El tratamiento médico tiene por objetivo tratar de conservar la trompa funcionante y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico de elección, el más conocido y el más ampliamente usado es el metotrexato.

Se requiere hospitalización de la paciente, evaluación clínica estricta y seguimiento con determinación semanal de la gonadotropina coriónica humana hasta que se encuentre.

Tratamiento quirúrgico

De acuerdo con la revisión de Hajenius y colaboradores (Cochrane Review, 2003), con base en la evidencia disponible, el tratamiento de elección (para pacientes estables) es la cirugía laparoscópica.

La laparotomía es la vía de elección para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico roto y en pacientes hemodinámicamente inestables. La laparotomía también está indicada cuando el cirujano no tiene el entrenamiento o carece de los recursos técnicos adecuados o cuando la cirugía laparoscópica es técnicamente difícil. Los procedimientos quirúrgicos por laparoscopia o por laparotomía pueden ser conservativos o radicales. Las siguientes son las opciones quirúrgicas que se proponen como pautas de manejo:

Tratamiento laparoscópico Antes de efectuar el tratamiento endoscópico de un embarazo extrauterino, el cirujano debe asegurarse de la calidad de la formación y el entrenamiento de su equipo para la utilización del instrumental de endoscopia. (26)

2.6.3. Complicaciones

- Shock hipovolémico.
- Pelviperitonitis.
- Sepsis.
- Muerte materna.

2.6.4. Estancia hospitalaria (18)

Las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico que fueron intervenidas médica o quirúrgicamente tienen una estancia hospitalaria de 3 días post tratamiento, en caso de mejoría y según condición de la paciente.

2.6.5. Condición final de paciente (18)

Las pacientes al final de su atención pueden estar en la condición de:

Curada: Mantenimiento de su salud, después de haber sido tratada.

Mejorada: Persona que se pone mejor de salud sin llegar a curarse completamente, por lo cual necesitará aun cumplir con tratamiento ambulatorio

Fallecida: Paciente que fallece en proceso de atención de su salud.

Alta voluntaria: Paciente solicita el alta para acudir a otro establecimiento de salud.

2.6.6. Métodos anticonceptivos (22, 23)

El proveedor de salud realizará una evaluación integral de la persona, enfatizando el descarte de embarazo y búsqueda de factores de riesgo que contraindiquen el uso de cualquier método.

De acuerdo al nivel de complejidad o calificación del establecimiento, se derivará a la persona usuaria a otro nivel de atención dentro de la red de servicios, cuando no exista capacidad resolutive de proporcionar el método elegido, en los casos de AQV (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria) en establecimientos no calificados o la imposibilidad de colocar DIU (Dispositivo Intrauterino) por no contar con personal capacitado para ello.

A. ABSTINENCIA PERIÓDICA

Abstención de relaciones sexuales por un período de tiempo del ciclo menstrual para evitar el embarazo.

- Método del ritmo, Ogino Knaus, de la regla o del calendario: Método de abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo. (23)
- Método del moco cervical (Billigs): Abstinencia de relaciones sexuales en el período fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.
- Método de los días fijos o método del collar: Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

B. MÉTODO DE LA LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA

Único método natural basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

C. MÉTODOS DE BARRERA

- Condón: Funda delgada de caucho (látex) lubricada sin nonoxinol – 9.

- Espermicidas: Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides.

D. ANTICONCEPTIVOS ORALES (AOC)

- Anticonceptivos orales combinados: Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno, 28 píldoras de las cuales 21 contienen 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel y 7 píldoras de sulfato ferroso.
- Anticonceptivos orales de solo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos (23).

E. INYECTABLES

- Inyectables de solo progestágenos: Son aquellos que poseen sólo progestágenos, con acetato de medroxiprogesterona de 150 mg.
- Inyectable combinado: Son aquellos que poseen estrógenos y progestágenos, 5mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona, 5mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

F. IMPLANTES

Consiste en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradables, cada una contienen progestágenos que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer. Existen dos, uno contiene 68 mg de levonogestrel para tres años, y otro contiene dos cápsulas.

G. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS LIBERADOR DE COBRE

Es un anticonceptivo seguro y muy efectivo. Su eficacia no depende de la forma en la que lo uses, es un tubito delgado en forma de T con dos hilos de nylon al final. Debe ser insertado dentro de tu útero por un profesional de la salud.

Funciona evitando el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

HAY DOS TIPOS DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS:

La T de cobre: Recubierta de cobre, que por su acción paralizante sobre los espermatozoides evita que se encuentren con el óvulo. Te protege del embarazo durante 10 años.

La T hormonal: Recubierta de una silicona que libera lentamente pequeñas cantidades de una hormona llamada Levonorgestrel, esta hace que el moco del cuello uterino sea tan espeso que los espermatozoides no lo puedan atravesar. En Colombia están disponibles dos marcas comerciales Mirena® que te protege hasta 5 años y Jaydess® que dura hasta 3 años.

¿Qué beneficios tiene?

1. Estás protegida por largo tiempo (3, 5 o 10 años).
2. El método funciona por sí solo: no tienes que hacer ni recordar nada.
3. Puedes usarlo mientras estas amamantando.
4. Es muy discreto: nadie puede notar que lo usas.
5. Con la T de hormonas tendrás menos cólicos menstruales y mucho menos sangrado.
6. Los intrauterinos hormonales disminuyen el riesgo de cáncer uterino. La T de cobre no tiene efecto sobre el riesgo de cáncer.
7. La T de cobre es el método más económico de todos y aunque Mirena® y Jaydess® tienen un costo inicial mayor, es muy económico teniendo en cuenta el tiempo que te protege.

¿Cómo y cuándo se inserta?

¡Se puede iniciar HOY MISMO! ¡Empieza a funcionar desde el primer día de uso!

1. Por lo general se coloca durante la menstruación o hasta 15 días después.
2. También se puede colocar inmediatamente después de un parto o un aborto.
3. Se puede usar como método de emergencia hasta 7 días después de una relación sexual no protegida.
4. La inserción toma solo unos minutos y puedes sentir cólicos durante la misma.

¿Cómo y cuándo se retira el DIU?

1. Si después de los 3, 5 o 10 años aún no deseas un embarazo, puedes reemplazar el dispositivo por uno nuevo inmediatamente. No necesitas hacer pausas.
2. Si decides cambiar de método o deseas quedar embarazada antes de que se cumpla el tiempo de uso, tu prestador de servicios de salud puede remover el DIU.
3. Después de retirarlo recuperas tu fertilidad inmediatamente.
4. La mayoría de mujeres quedan embarazadas poco tiempo después del retiro

H. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina: Es un método anticonceptivo permanente que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.
- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina: La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre. (23)

3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

3.1. 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. (31,32)

3.2. ECTÓPICO

La ectopia es un desplazamiento o mala ubicación de un órgano del cuerpo. La mayor parte de las ectopias son congénitas, pero algunas pueden ocurrir en etapas avanzadas de la vida causadas tal vez por accidentes. (33)

3.3. EMBRIÓN

Producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (8 semanas después de la fecundación). (26)

3.4. FECUNDACIÓN

Penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un cigoto (25)

3.5. IMPLANTACIÓN

La unión y subsecuente penetración del blastocito libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación. (21)

3.6. SACO GESTACIONAL

Estructura que contiene líquido asociada con un embarazo temprano, la cual puede estar localizada dentro o fuera del útero (en caso de un embarazo ectópico). (21)

3.6. LAPARASCOPIA

Exploración o examen de la cavidad abdominal mediante la introducción de un laparoscopia a través de una pequeña incisión (27)

3.7. LAPARATOMÍA

Intervención quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales. (27)

3.8. ATENCIONES

Es el número de actividades de salud brindadas a pacientes dentro de un establecimiento de salud, en un tiempo determinado. (34)

3.9. ATENDIDOS

Es el número de personas que han recibido, por primera vez en el año, una atención de salud dentro de un establecimiento. Puede determinarse para un tiempo determinado (mes, trimestre, año). (25)

3.10. BLASTOCISTO

Embrión, 5 ó 6 días después de la fecundación, con masa celular interna, capa externa de trofoectodermo y cavidad o blastocele lleno de líquido. (25)

III. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL

- Embarazo Ectópico

VARIABLES IMPLICADAS

Factores de riesgo en embarazo ectópico

- Características demográficas

-Edad

-Nivel de instrucción

-Estado civil

-Ocupación

- Antecedentes obstétricos

-Antecedente de embarazo ectópico

-Antecedente de enfermedad pélvica

-Antecedente de intervención quirúrgica

-Antecedente de legrado uterino/AMEU

-Antecedente de uso de dispositivo intrauterino

-Antecedente de uso de AOE

IV. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DIMENSION | INDICADOR | DEFINICION OPERACIONAL | EXPRESION FINAL | ESCALA Y NATURAEZA DE LA VARIABLE | INSTRUMENTO |
|---|--------------------------------|----------------------|---|---|-----------------------------------|--|
| FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZO ECTOPICO | CARACTERISTICAS DE DEMOGRAFIAS | EDAD | tiempo transcurrido de la gestante desde el nacimiento en años hasta la fecha del estudio | <19 años 19 a 35 años >35 años | De intervalo / Cuantitativa | Historia clínica/ Ficha de investigación |
| | | NIVEL DE INSTRUCCIÓN | el más alto grado académico alcanzado por la gestante | Primaria Secundaria Superior | Nominal / Cualitativa | |
| | | ESTADO CIVIL | Condición de la gestante en relación a una pareja estable | Soltera Conviviente Casada | Nominal / Cualitativa | |
| | | OCUPACION | actividad a la que una gestante se dedica en un determinado tiempo | Ama de casa Trabajo dependiente Trabajo independiente | Nominal / Cualitativa | |

| VARIABLES | DIMENSION | INDICADOR | DEFINICION OPERACIONAL | EXPRESION FINAL | ESCALA Y NATURALEZA DE LA VARIABLE | INSTRUMENTO |
|---|--------------------------------|---|--|-----------------|------------------------------------|---|
| FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZO ECTOPICO | FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS | ANTECEDENTES DE EMBARAZO ECTÓPICO | Complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina | SI NO | Nominal / Cualitativa | Historia clínica / Ficha de investigación |
| | | ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PELVICA | Diagnostico anterior de infección del revestimiento del útero, las trompas de Falopio o los ovario | SI NO | Nominal / Cualitativa | |
| | | ANTECEDENTE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA | Intervención quirúrgica anterior como cesárea, quistectomia, otros | SI NO | Nominal / Cualitativa | |
| | | ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO/AMEU | Intervención médica anterior de legrado uterino o aspiración endouterina | SI NO | Nominal / Cualitativa | |
| | | ANTECEDENTE DEL USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO | Uso anterior de la fecha de dispositivo intrauterino | SI NO | Nominal / Cualitativa | |
| | | ANTECEDENTE DE USO DE AOE | Uso anterior de anticonceptivo oral de emergencia | SI NO | Nominal / Cualitativa | |

V. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación descriptiva analítica observacional, retrospectivo por que permiten conocer como están las variables de estudio y como se encuentran en la realidad, porque se basa en la información anteriormente realizada.

5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación es de diseño no experimental puesto que no se manipuló deliberadamente las variables, además es de corte transversal, ya que las variables se midieron en una sola oportunidad y en un solo momento.

5.3 POBLACIÓN

5.3.1 Descripción de la población

La población fue de pacientes ginecoobstétricas atendidas en el Hospital III PUNO ESSALUD con el diagnóstico de embarazo ectópico, las cuales tuvieron su primera atención en el servicio de emergencia ginecobstetricia con personal médico y enfermera, para posteriormente ser hospitalizadas, durante el 01 de enero al 31 de diciembre del 2017 siendo un total de 63 casos, pero se consideró 30 casos confirmados con los que se revisa historias clínicas y entre otros según criterio de inclusión y exclusión.

5.3.2 Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico, atendidas en el Hospital III PUNO ESSALUD en servicio de Ginecología con historia clínica existente en admisión

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con historia clínica que no sean ubicadas, o presenten datos incompletos.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica fue de observación directa del fenómeno recolectado a través de una ficha de recolección de datos.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos.

- Ficha de recolección de datos
- Historia Clínica
- Libro de ingreso y egreso del servicio de ginecología

5.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos fueron recolectados mediante la ficha de recolección y la revisión de registros, historias clínicas en el servicio de admisión del Hospital III PUNO ESSALUD, se realizó cruce de información previamente con el libro de ingreso y egreso del servicio de ginecología para obtener el total de pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico durante el período en estudio.

5.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Para las variables y sus dimensiones cuantitativas como edad, número de hijos, etc. fueron manejadas y presentadas con estadística descriptiva (medias, medianas, modas, promedios) las variables cualitativas como sexo, estado civil son presentadas con porcentajes simples.

VI. RESULTADOS Y DISCUSION

Cuadro 1. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según edad de pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno Es Salud enero - diciembre 2017.

| GRUPO DE EDAD | NUMERO DE PACIENTE | % |
|----------------------|---------------------------|------------|
| < 19 Años | 2 | 6,7 |
| 20 a 35 Años | 17 | 56,7 |
| 35 Años > | 11 | 36,7 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada a historias clínicas

Comprobamos así mismo que las a tabla según edad de las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico, podemos observar el mayor porcentaje que corresponde 56.7% entre las edades eran pacientes 20 a 35 años el 36.7% tenía entre 35 años a mas, y el 6.6% restante era menores de 19 años de edad.

Según (altunaga, 2010)Epidemiológicamente, se mostró una mayor incidencia de embarazo ectópico en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51.5%, como también influye la primera relación sexual antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67.1%; Según Ponce, J. (2012). De los 100 casos la edad promedio fue de 20 a 25 años (53%), mientras que, según García, A; Molina, Jc. Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. (2007) de un total de 102 pacientes el grupo etario más comprometido está entre los 20 a 29 años (56.4%), y Polar, M. (2010 – 2017); El embarazo ectópico se presentó con mayor Frecuencia en mujeres de 25 a 29 años y también el grupo de mayor riesgo.

En el presente cuadro podemos observar que el incremento del embarazo ectópico están relacionadas con los antecedentes y la edad de la paciente, Muchos estudios concuerdan y que ha sido identificado como un factor de riesgo que ocurre en las edades de 20 a 35 años, son las edades que tienen mayor probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico y la edad más

fértil de la mujer, justificándose porque en este periodo de la vida de la mujer es donde más se utilizan los métodos anticonceptivos, incremento de la actividad sexual y por ende aumento de las enfermedades de transmisión sexual, de una revisión minuciosa de las historias clínicas reportados en el Hospital III Puno por tanto es similar a los antecedentes de otros estudios.

Cuadro 2. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según grado de instrucción atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017.

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | NUMERO DE PACIENTE | % |
|-----------------------------|---------------------------|------------|
| Primaria | 0 | 0,0 |
| Secundaria | 9 | 30,0 |
| Superior | 21 | 70,0 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada a historias clínicas

En este cuadro podemos observar que con respecto al grado de instrucción del paciente el 70% eran pacientes con superior completa, y 30% eran pacientes con secundaria completa.

Según Ponce, J. (2012) a través de análisis epidemiológico el grado de instrucción secundaria con (56%), según García, A; Molina, Jc. Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. (2007), de los 47 casos estudiados el 46.04% los niveles de instrucción intermedia 44.11% presentan mayor incidencia de embarazo ectópico, Según Polar M. 2010 – 2017. 28 casos presentaron con antecedentes de grado de instrucción secundaria con localización tubarica no complicada.

En el presente cuadro nos demuestra claramente que el embarazo ectópico puede afectar a cualquier mujer independiente del grado de instrucción por ello es importante identificar los factores de riesgos asociados a esta condición clínica permitirá orientar las estrategias de prevención sobre los factores prevenibles y elaborar escalas diagnosticas para diferenciar de otra patología con cuadro clinico similar, sin embargo, no existe diferencias en la evolución postoperatorio del propio paciente.

Cuadro 3. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según estado civil atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017.

| ESTADO CIVIL | NUMERO DE PACIENTE | % |
|---------------------|---------------------------|------------|
| Soltera | 0 | 0,0 |
| Conviviente | 13 | 43,3 |
| Casada | 17 | 56,7 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada a historias clínicas

En este cuadro podemos observar que con respecto al estado civil de la paciente el 56.7%, eran pacientes casadas, mientras el 43.3% restantes eran pacientes convivientes.

Según Ponce, J. (2012) el análisis epidemiológico de los 447 casos el 78% tiene un estado civil conviviente y no tuvieron hijos anteriores.

Esto nos está demostrando que la investigación evidencia que los factores de riesgo de sociodemográficos para el embarazo ectópico concediendo con otros autores determinan que el inicio precoz de relaciones sexuales aumenta la probabilidad de tener múltiples parejas lo que incrementa el riesgo de infección pélvico por chlamydia acrecentando las posibilidades de desarrollar el embarazo ectópico cuyo enfermedad puede afectar a cualquier mujer en edad fértil indistintamente si es casado o conviviente, también es probable que sea la inestabilidad de las parejas ante un compromiso y falta de información sobre los factores de riesgo.

Cuadro 4. Factores sociodemográficos del embarazo ectópico según ocupación principal de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017.

| OCUPACIÓN | NUMERO DE PACIENTE | % |
|-----------------------|--------------------|------------|
| Ama de casa | 7 | 23,3 |
| Trabajo dependiente | 13 | 43,3 |
| trabajo independiente | 10 | 33,3 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Encuesta aplicada a historias clínicas

En este cuadro podemos observar que: con respecto a la ocupación principal del paciente el 43.3% eran empleados públicos y el 33.3% se dedican al comercio el 23.3% eran pacientes que se dedican solo a los quehaceres de hogar

Esto nos demuestra claramente que esta es una enfermedad que afecta independientemente de su ocupación principal.

En el presente cuadro los estudios recientes realizados se observó que en las pacientes con embarazo ectópico no existe distinción en cuanto la ocupación existen múltiples factores de riesgos que predisponen dicho enfermedad y contribuye la morbimortalidad materna muchos de los cuales son susceptibles de ser modificados desde la atención primaria, y en la evolución postoperatorio, no existe diferencias, sin embargo para corroborar los datos estadísticos es importante la ocupación de la paciente por ello es considerada como uno de los factores de sociodemográficos de la presente monografía.

Cuadro 5. Factores de riesgos obstétricos y antecedentes del embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología del hospital III Puno es salud enero - diciembre 2017.

| FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO | NÚMERO DE CASOS | % |
|---|------------------------|--------------|
| Antecedentes del embarazo ectópico | 0 | 0,0% |
| Antecedentes de EPI | 14 | 46,7% |
| Antecedentes de intervención quirúrgica | 2 | 6,7% |
| Antecedentes de legado uterino/(Aspiración Manual Endo Uterino) | 1 | 3,3% |
| Antecedentes de uso de dispositivo intrauterino | 9 | 30,0% |
| Antecedentes de uso de(Anticonceptivo oral emergencia) | 4 | 13,3% |
| Total | 30 | 100% |

FUENTE: Encuesta aplicada a historias clínicas

En este cuadro se puede observar que: con respecto al diagnóstico de ingreso del paciente el 46.7% eran pacientes con antecedentes de Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), mientras que el 30% de los casos con antecedentes de uso de dispositivo uterino (DIU), con un 30% seguido por antecedente de uso de Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE) debido el incremento de uso con este método el cual conlleva un aumento de motilidad y viscosidad en trompa de Falopio así como espesamiento del moco cervical lo cual podemos producir con mayor facilidad un Embarazo Ectópico, seguido por antecedentes de intervención quirúrgica con un 6.7% seguido por Legrado Uterino con un 3.3% y por ultimo Antecedente embarazo ectópico.

Si analizamos el diagnóstico de ingreso de la paciente y su relación con los factores de riesgos obstétricos son antecedentes de cada uno de los pacientes, el mayor porcentaje fue en enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), y sus secuelas puede contribuir a disminuir la

incidencia del embarazo ectópico. A si mismo se podría esperar que un diagnóstico temprano de las infecciones pélvicas y una terapia antibiótica más efectiva reduzca el daño tubarico.

Las pacientes en tratamiento de infertilidad pertenecen a grupo de riesgo, deben ser advertidas requieren vigilancia especial y considerar tempranamente la posibilidad del ectópico para poder llevar a cabo tratamientos conservativos y evitar las complicaciones.

VII. CONCLUSIONES.

PRIMERO. - Se ha encontrado que los factores sociodemográficos inherentes al propio paciente como edad cronológica, grado de instrucción, ocupación principal, estado civil están presentes en todas las mujeres en edad fértil.

SEGUNDO. - La investigación evidencia que los factores de riesgo sociodemográfico independiente para el embarazo ectópico fue el intervalo de edad entre 20 a 35 años (56.7%), respecto al grado o nivel de instrucción alcanzado fue de superior (70%), los estados civiles de las pacientes son en su mayor porcentaje casadas (56.7%), según ocupación materna la mayor parte tiene trabajo dependiente (43.3%).

TERCERO. – La investigación confirma que los antecedentes obstétricos actúan como factores de riesgos independientes para embarazo ectópico, incrementando la probabilidad de ocurrencia de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital III Puno ESSALUD 2017. Por lo tanto, la enfermedad inflamatoria pélvica es considerado la causa más frecuente en las mujeres en edad fértil con un (46.7%).

RECOMENDACIONES:

PRIMERO. - Se recomienda dar a conocer los factores sociodemográficos encontradas en la presente monografía a la institución de Essalud, para promover actividades preventivo promocionales donde se den a conocer los resultados de la presente monografía.

SEGUNDO. - Se recomienda dar consejería por parte de la profesión de enfermería en consultorios de planificación familiar, en centros asistenciales de primer nivel, en atención primaria sobre los factores de riesgo que se relacionan al embarazo ectópico, la atención de las emergencias obstétricas que debe ser realizada en todos los policlínicos y postas medicas de Essalud de primer nivel de atención, fortalecer la calidad de atención de enfermería en las pacientes, mediante la aplicación, de un proceso adecuado con planes de cuidados individualizados para reducir las complicaciones.

TERCERO. – Educar o brindar información sobre la enfermedad inflamatoria pélvica y los factores de riesgos, a todas las mujeres en edad fértil en coordinación con los colegios, con organizaciones de club de madres, en centros asistenciales de Essalud, promoviendo conductas generadoras de salud, a través de actividades preventivas y educativas. Tales como prevención de enfermedad de transmisión sexual, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos atención a problemas de sexualidad, seguimiento y problemas de afrontamiento y adaptación de la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabezas E. Embarazo Ectópico. Revista Cubana Médica 2010.
2. Paz, M.; Cruzat, H, Barrera, Q. El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto. Revista Cubana Médica 2009.
3. Martínez Cuevas M, Martínez Nuzarello O, Waltiez R, López Fernández R. Embarazo Ectópico. Revista Cubana Obstetricia Ginecología 2011.
4. López, F. Embarazo Ectópico Hospital Santa Rosa Lima 2012
5. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Embarazo Ectópico. West J Med 2010; 173:131-4.
6. Tenore JL. Embarazo Ectópico. Ginebra 2011;61: 1080-8
7. Rodríguez, Y; Altunaga, M. Factores Epidemiológicos del Embarazo Ectópico En el Hospital Universitario Ginecobstetricia “Eusebio Hernández” La Habana Cuba 2010.
8. Ponce, J. Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico En el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2012.
9. D'antoni, V., Vásquez, J., Vides, M., Sabillón, O. Embarazo Ectópico Revisión de 140 Casos Hospital Vicente 2005.
10. García, A.; Molina, JC.; Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. Embarazo Ectópico y su morbilidad en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi Cochabamba Bolivia 2007.
11. Naranjo, M.; Lazo, M.; Flores, M.; Saona, P. (2009) Tratamiento Médico del

Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007-2008 Lima

Perú. 69

12. Cajan, A. Técnica Laparoscópica: Universidad Nacional Jorge Basadre

Grohmann Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de

Medicina Humana Puno 2011.

13. Polar, M. Características Clínicas y Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico

en pacientes del Hospital de Apoyo III del Ministerio de Salud y Antonio Lorena

del Cusco, en el período del 2001 – 2004.

14. López, J. Triada epidemiológica, método epidemiológico. Canadá 2012.

15. Salas, L. Embarazo ectópico 2013.

16. Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias

obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2006.

17. Bustinza N., Embarazo ectópico en el Hospital María Auxiliadora, Tesis

bachiller Lima – Perú 2009.

18. Alvarado, D. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. Cáp.

37 en Danforth. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 8va Edición. Pág. 607

629. 2010.

19. Schwarez, R.; W. Fescina, R.; Duverges, C. Embarazo Ectópico V edición 2006,

páginas 181 – 186

20. Ministerio de salud. Embarazo Ectópico. Orientaciones Metodológicas para el

manejo y control en todo el Sistema de Salud de las Mujeres con Embarazos

Ectópicos y sus Complicaciones. Ciudad de la Habana. 2001.

21. Schwarcz, R. Fescina, C, Duverges, A. Obstetricia 6ta Editorial El Ateneo 2005,

215 – 220.

22. Carson, S. Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo ectópico. Clínicas Obst. y

Gine. Vol. 1, 2008.70

23. Ministerio de Salud Guías Nacionales de atención integral de la Salud Sexual y

Reproductiva Perú 2004.

24. Pérez, A. II edición 1995. Embarazo Ectópico, páginas 475 – 489.

25. Ministerio de Salud Dirección General de Salud de las personas “Norma Técnica

N° 032/MINSA DGSP-V.01” Lima-Perú 2004.

26. Ministerio de Salud Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y

Reproductiva 2011.

27. Wikipedia. Enciclopedia libre <http://www.es.wikipedia.org/wiki/2015>.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**“FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL III PUNO ESSALUD 2017”**

HC: _____

I- FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS.**1.- EDAD:**

o < 19 años

o 19 a 35 años

o de 35 años a mas

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

3.- ESTADO CIVIL:

- Soltera
- Conviviente
- Casada

4.- OCUPACIÓN:

- Ama de casa
- Trabajo dependiente
- Trabajo independiente

II. ANTECEDENTES OBSTERICOS:

- 1.- Antecedentes de embarazo ectópico: si () no ()
- 2.- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica: si () no ()
- 3.- Antecedente de intervención quirúrgica: si () no ()
- 4.- Antecedente de legrado uterino/AMEU: si () no ()
- 5.- Antecedente de uso de dispositivo intrauterino: si () no ()
- 6.- Antecedente de uso de AOE (Anticonceptivos Orales): si () no ()