



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**CARACTERÍSTICAS CLINICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2015.**

TESIS PRESENTADO POR:

ILLANES BACA RUTH KERSTIN

SALIZAR CONTO GERALDINE SUSANS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA. OBST. YOLANDA V. LEÓN VILLALOBOS

CUSCO – PERÚ

2016



DEDICATORIA

*Dedico este trabajo principalmente a **Dios**, por haberme dado la vida y el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado , por ello , con toda la humildad de mi corazón doy gracias por permitir llegar a este momento tan especial en mi vida.*

*De igual forma dedico esta tesis a mis padres por ser el pilar más importante de mi vida **Héctor Illanes Huamán y Mariza Baca Fernández** por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad con buenos sentimientos, hábitos, valores, principios y que sin duda alguna me han demostrado su amor y cariño infinito, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este agradezco infinitamente por estar siempre a mi lado .*

*A mi abuelita **Dorotea Fernández Mendoza** por su apoyo incondicional y por demostrarme la fe que tiene en mí.*

A mi familia en general ,abuelos(as) , tíos(as) , primos(as) por acompañarme durante todos estos años de arduo trabajo y sacrificio , por el apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria gracias por compartir conmigo alegrías y fracasos.

*A una persona muy importante en mi vida en la cual ha estado en todo momento con su apoyo constante, amor incondicional y compañero inseparable que ha sido fuente de sabiduría, calma y consejo gracias por compartir tu vida conmigo **Jonathan.S.O.***

A mis docentes, gracias por su tiempo, por su apoyo así como la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Gracias a todas las personas que me ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

BACH. ILLANES BACA RUTH KERSTIN

**DEDICATORIA**

*Primeramente gracias a **Dios** por ser nuestro guía, inspiración, el ejemplo más grande de amor en este mundo y por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.*

*A **mi Padre Benjamín Salizar Carrasco** Por los ejemplos de perseverancia, constancia y gallardía que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y nunca rendirnos. Te quiero con todo mi corazón papito.*

*A **mi madre Yolanda Olga Conto Tocre** Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y su paciencia hacia a mí. Te amo mamita.*

*A mis hermanos **Katherine, Jhonatan, Janina, Benjamin y Jessica** por pertenecer a esta linda familia, donde todos me apoyaron y me acompañaron en mis momentos difíciles; a mi cuñada **Margaret**, a mi tía **Gabriela** y a mis abuelos(as), tíos(as), primos(as), sobrinos(as) que directa o indirectamente participaron en mi tesis.*

*Al amor de mi vida por haberme acompañado en esta vida universitaria y haber estado en mis momentos buenos y malos, aconsejándome a seguir adelante y nunca rendirme, gracias por compartir y seguir compartiendo mi vida contigo **Roberto Carlos.T.C.***

Finalmente a mis maestros por confiar en mí, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, que sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, tantas desveladas sirvieron de algo y aquí está el fruto. Les agradezco a todos ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean.

Gracias a todos por compartir este logro más conmigo, los quiero mucho.

BACH. SALIZAR CONTO GERALDINE SUSANS



AGRADECIMIENTO

Primeramente agradecemos a Dios por permitirnos estar en este mundo, y por tener unos padres maravillosos, que nos brindaron su apoyo incondicional y nos enseñaron a luchar por nuestros sueños y cumplir nuestras metas.

Agradecemos también a nuestra asesora de tesis Dra. Obst. Yolanda V. León Villalobos por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico así, como también habernos tenido toda la paciencia para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.

Gracias a nuestra Universidad Andina del Cusco por habernos aceptado ser parte de ella y habernos abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar esta carrera, así también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos y sus apoyos para seguir adelante día a día, como la Dra. Obst. Alicia Enriqueta de la Cruz Galarza, Dra. Obst. Gladis Edith Rojas Salas, Obst. Cinthia Vila Maguiña , Obst. Mirtha Estrada Chiroque, Obst. Sharmely Paucar Timpo , Obst. María Elena Ugarte Larico, Dr. Hérmogenes Concha Contreras, Dr. Carlos Concha Rendón y Dr. Oscar Daniel Castañeda Ponze.

Gracias a cada uno de los docente que se hizo parte de nuestro proceso integral de formación, que nos deja como producto terminado este grupo de graduados, y como recuerdo y prueba viviente en la historia; esta tesis , que perdurara dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que están por llegar.



PRESENTACIÓN

SRA. DRA. HERMINIA NAVEDA CAHUANA

**DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA
UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO**

Según el Reglamento De Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco, elevamos ante usted la tesis intitulada “CARACTERÍSTICAS CLINICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2015” con la finalidad de optar el grado académico de Licenciadas en Obstetricia.

Así mismo, es importante recalcar que la presente investigación ha sido concluida con normas de investigación establecidas.



INTRODUCCIÓN

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

En más de la mitad de las gestantes que acuden al servicio de emergencia ginecoobstétrica, 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 ginecoobstétricas, 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

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.



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, a ello la Organización Mundial de Salud se refiere al concluir que menos el 50% de estas pacientes intervenidas tienen embarazos exitosos posteriores.³

Las tasas variadas sobre la frecuencia y sobre todo sobre las complicaciones del embarazo ectópico muestran diferencias en el nivel socioeconómico, obstétrico, entre otros. En nuestro país, 1 por cada 767 en el Hospital San Bartolomé, 1 por cada 533 en el Hospital Edgardo Rebagliati, 1 por cada 156 en el Hospital María Auxiliadora, 1 por cada 129 en el Hospital Cayetano Heredia y 1 por cada 130 en el Hospital Hipólito Unanue.⁴

³ Martínez, M.; Martínez, O.; Waltiez, R.; López, R. Embarazo ectópico. Revista Cubana Obstetricia Ginecología 2011.

⁴ López, F. Embarazo ectópico Hospital Santa Rosa Lima 2012



La consecución de los objetivos propuestos en este trabajo, se basan en la estructura, el cual está dividido en:

Capítulo I: Planteamiento del problema, que contiene la caracterización del problema, justificación del estudio, limitaciones y consideraciones éticas y objetivos.

Capítulo II: Marco teórico, que contiene los estudios previos, base teórica, hipótesis, variables, operacionalización de variables.

Capítulo III: Metodología, en el que se considera el tipo de estudio, diseño de investigación, población y muestra, criterios de selección de la muestra, técnica e instrumentos, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de análisis de datos.

Capítulo IV: Resultados, tablas y gráficos, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.



RESUMEN

CARACTERÍSTICAS CLINICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2015.

Objetivo: Determinar las Características Clínicas del Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, de corte transversal. Resultados: Las características demográficas son: edad entre 20 a 34 años 71%, grado o nivel de instrucción secundaria 57%, convivientes 62% con trabajo independiente 55%. Las características obstétricas son: antecedente en el uso de anticoncepción oral de emergencia, legrado uterino o aspiración manual endouterina. Las características clínicas son: edad gestacional entre 8 a 10 semanas 34%, embarazo ectópico tubárica 92% con localización en la ampolla izquierda 51%, los signos y síntomas son dolor pélvico 72%, metrorragia 87%, el tratamiento 100% quirúrgico, las complicaciones son anemia 40%, no hubo ningún caso de mortalidad materna; la estancia hospitalaria es de 3 a 5 días 71% la condición final es como curada 95%, el método de planificación elegido fue inyectable mensual 30%.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico, características clínicas.



ABSTRACT

CLINICAL FEATURES IN PATIENTS ECTOPIC PREGNANCY HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2015.

Objective: To determine the clinical characteristics of patients Ectopic Pregnancy Hospital Antonio Lorena Cusco 2015. Methodology: descriptive, quantitative, retrospective study, non experimental design, cross section. Results: Demographic characteristics are: age between 20 to 34 years 71%, grade or level of secondary education 57%, 62% cohabiting with freelancing 55%. Obstetric characteristics are: history in the use of emergency contraception, curettage or manual vacuum aspiration. The clinical features are: gestational age between 8 to 10 weeks 34%, ectopic pregnancy, tubal 92% located in the blister left 51%, signs and symptoms are pelvic pain 72%, metrorragia 87%, treatment 100% surgical, the complications are anemia 40%, there were no cases of maternal mortality; hospital stay is 3 to 5 days 71% as the final condition is cured 95%, the method chosen was planning monthly injectable 30%.

KEY WORDS: Ectopic pregnancy, clinical features.



ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	4
1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	
1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ASPECTOS TEÓRICOS PERTINENTES	
2.1.1 ESTUDIOS PREVIOS.....	7



2.1.1.1 ESTUDIOS PREVIOS INTERNACIONALES.....	7
2.1.1.2 ESTUDIOS PREVIOS NACIONALES.....	11
2.1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.....	12
2.2. BASES TEÓRICAS.....	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	35
2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	37
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
 CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.3. POBLACIÓN.....	43
3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	44
3.3.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN).....	44
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	44
3.5 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.6. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	45
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES.....	65



SUGERENCIAS.....67

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: PÉRFIL MATERNO DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 47
GRÁFICO N° 2: PÉRFIL OBSTÉTRICO DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 49
GRÁFICO N° 3: EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 51
GRÁFICO N° 4: TIPO DE EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 52
GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO SEGÚN LOCALIZACIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 53
GRÁFICO N° 6: MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 54
GRÁFICO N° 7: TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....	Pág. 56



GRÁFICO N° 8: EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO Y COMPLICACIONES EN
PACIENTES EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....Pág. 57

GRÁFICO N° 9: ESTANCIA HOSPITALARIA Y CONDICIÓN FINAL DE LA
PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....Pág. 58

GRÁFICO N° 10: MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ELEGIDO EN
PACIENTES QUE TUVIERON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN
EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.....Pág. 59



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

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

⁵ Tay, J., Moore J, Walker, J. Embarazo Ectópico. West J Med 2010; 173:131-4.



estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados⁶.

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 usado 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.²

⁶ Tenore, J. Embarazo Ectópico. Ginebra 2011;61: 1080-8



Es así que surge la necesidad de estudiar las Características Clínicas del Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015, para lo cual se formuló el siguiente problema de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son las Características Clínicas del Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las Características Demográficas de las pacientes con el diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015?
- ¿Cuáles son las Características Obstétricas de las pacientes con el diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015?
- ¿Cuáles son las Características Clínicas en pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015?



1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.

La presente investigación busca determinar las características clínicas, demográficas y obstétricas del embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco, en beneficio de las pacientes obstétricas desde el estudio del caso específico.

Es relevante porque este estudio recaen en el aspecto metodológico de estudio de casos concretos, de considerar muestras en la que se considerarán variables, en modo tal que al conocer estos perfiles de la población en estudio, y de la calidad misma del servicio, sus puntos débiles y sus fortalezas.

Es pertinente porque un estudio de esta naturaleza busca entre otras cosas, desde el estudio de un caso específico, aportar para la mejora de salud de la población.

El presente trabajo de investigación es importante por cuanto permitirá conocer la vulnerabilidad de las pacientes cuando se complican con patologías obstétricas las cuales debemos identificar de forma inmediata, y la necesidad de intervenciones adicionales en base a esta identificación requerida.

En el Hospital Antonio Lorena con nivel III-1 centro de referencia no se ha realizado un estudio sobre características clínicas del embarazo ectópico, motivo por el cual surge el interés de realizar el presente estudio con el fin de aportar datos estadísticos así como estimular la realización de otras investigaciones.



Proveerá de datos locales sobre el tema los cuales se harán llegar al Hospital Antonio Lorena para que sean valorados en el manejo de la problemática de riesgo y genera perspectivas de prevención a todo nivel.

1.4.LIMITACIONES

- El inadecuado llenado de historias clínicas o datos faltantes en ellas, que se superaron al revisar documentos secundarios como cuaderno de registros y/o seguimientos.
- La disponibilidad del personal de estadística, motivo por el cual se acudió a la recolección de datos bajo su disponibilidad.

1.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la realización del presente trabajo de investigación, se cumplió con las normas bioéticas de la investigación, con énfasis en los siguientes aspectos:

- Se informó previamente y se solicitó la autorización para la aplicación del instrumento.
- Este estudio de investigación respetó los derechos de la persona, en el sentido de que no se divulgó el secreto profesional.
- Se manejó con veracidad la información obtenida de las fuentes documentales, sin modificarla, limitarla, sesgarla.
- Los datos recogidos fueron usados exclusivamente para responder a los objetivos de la investigación planteada.



1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las Características Clínicas del Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las Características Demográficas de las pacientes con el diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015.
- Identificar las Características Obstétricas de las pacientes con el diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015.
- Identificar las Características Clínicas de las pacientes con el diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

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 %. Las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %.

Conclusiones: El grupo de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 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 o AMEU

⁷ Rodríguez, Y; Altunaga, M. Factores Epidemiológicos del Embarazo Ectópico En el Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Eusebio Hernández” La Habana Cuba 2010.



(Aspiración Manual Endouterina) (22%), 34% acudió por dolor, 45% por hemorragia, 45% uso métodos anticonceptivos orales incluidos AOE, tratamiento quirúrgico (100%).⁸

- **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

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.



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

Metodología: Estudio donde se revisaron Historias Clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acudieron al Hospital Materno Infantil German Urquidí 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 etareo 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

¹⁰ García, A.; Molina, J.; Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. Embarazo Ectópico y su morbilidad en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí Cochabamba Bolivia 2007.



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

- **Cajan, A. (2011) Técnica Laparoscópica: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Medicina Humana Puno.**

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

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.



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

2.1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES

- **Polar, M. (2001 – 2004) 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 ectópico

¹² Cajan, A. Técnica laparoscópica: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Medicina Humana Puno 2011.



abdominal y uno cervical. Dentro de la localización tubárica 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

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 de 2001 – 2004.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO ¹⁴

Las características clínicas son aquellas encontradas respecto a una patología en particular en una persona, estas pueden ser encontradas al interrogatorio o evaluación.

Dentro de las características clínicas también evaluamos las características demográficas y obstétricas.

a) Características demográficas

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.

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



- 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) Características 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, 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. La infección recurrente por chlamydia provoca inflamación intramural y depósitos de fibrina

¹⁵ Alvarado, D. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. Pág. 37 en Danforth. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 8va Edición. Pág. 607-629. 2010.



con cicatrización tubárica. *Neisseria gonorrhoeae* productora de endotoxina, provoca una inflamación pélvica virulenta y rápida, mientras que la respuesta inflamatoria por *chlamydia* es crónica y alcanza su punto máximo entre 7 a 14 días. Los antígenos persistentes contra *chlamydia* desencadenan una reacción de hipersensibilidad tardía con cicatrización continua.

El antecedente de aborto médico 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

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.
- Existe una mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, principalmente infección por *chlamydia*.
- Ha aumentado el uso de dispositivo intrauterino y de esterilización tubárica y los fracasos predisponen al embarazo ectópico.

¹⁶ Schwarcz, R.; W. Fescina, R.; Duverges, C. Embarazo Ectópico V edición 2006, páginas 181 – 186



- Tres o más abortos espontáneos previos.

- Aborto médico o quirúrgico previo.^{17, 15}

c) Características clínicas

Para comprender las características clínicas propias del embarazo ectópico, debemos recordar que esta 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 (95%); también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico (3.2%), en el epiplón, en vísceras abdominales (1.3%) y en astas uterinas rudimentarias.

Con el advenimiento del para detectar a la fracción β de la gonadotropina coriónica humana, combinado con la ecografía transvaginal de alta resolución; el cuadro inicial rara vez es tan peligroso como lo era en la antigüedad. Sin embargo el embarazo ectópico sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad.^{18, 19}

2.2.2. EMBARAZO ECTÓPICO

A. 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

¹⁷ 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.

¹⁸ Salas, L. Embarazo ectópico 2013

¹⁹ Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive 2006.



tubárico (95%); también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico (3.2%), en el epiplón, en vísceras abdominales (1.3%) y en astas uterinas rudimentarias. (10)

Con el advenimiento del para detectar a la fracción β de la gonadotropina coriónica humana, combinado con la ecografía transvaginal de alta resolución; el cuadro inicial rara vez es tan peligroso como lo era en la antigüedad. Sin embargo el embarazo ectópico sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad.^{20, 21}

FISIOPATOLOGÍA

Histopatología: La ausencia de una capa submucosa dentro de la trompa de Falopio, facilita el acceso del óvulo fertilizado al epitelio y permite su implantación dentro de la pared muscular. Conforme el trofoblasto erosiona la capa muscular subyacente, la sangre materna se derrama dentro de los espacios del trofoblasto. La ubicación de un embarazo tubárico pronostica el grado de la lesión.^{22, 15}

ETIOLOGÍA

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.^{23, 15}

²⁰ Salas, L. Embarazo ectópico 2013

²¹ Ministerio de Salud, Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria 2006.

²² Bustinza, N., Embarazo Ectópico en el Hospital María Auxiliadora, Lima – Perú 2009.

²³ Alvarado, D. Infecciones pélvicas y enfermedades de transmisión sexual. Cáp. 37 en Danforth. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 8va Edición. Pág. 607-629. 2010.



INFLAMACIÓN

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. La infección recurrente por chlamydia provoca inflamación intramural y depósitos de fibrina con cicatrización tubárica. Neisseria gonorrhoeae productora de endotoxina, provoca una inflamación pélvica virulenta y rápida, mientras que la respuesta inflamatoria por chlamydia es crónica y alcanza su punto máximo entre 7 a 14 días. Los antígenos persistentes contra chlamydia desencadenan una reacción de hipersensibilidad tardía con cicatrización continua. El antecedente de aborto médico 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.²⁴

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.

²⁴ Schwarcz, R.; W. Fescina, R.; Duverges, C. Embarazo Ectópico V edición 2006, páginas 181 – 186



- 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, 15}

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:

²⁵ 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.



- 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 palpase 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



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.



- **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.

²⁶ Schwarcz, R. Fescina, C, Duverges, A. Obstetricia 6ta Editorial El Ateneo 2005, 215 – 220.

**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 período 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.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIADO

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

ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS ¹⁷

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.

²⁷ Carson, S. Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo ectópico. Clínicas Obst. y Gine. Vol. 1, 2008.



Para ello es necesario conocer el manejo:

SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO ²⁸

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

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:

²⁸ Ministerio de Salud Guías Nacionales de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva Perú 2004



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 resolutiva esencial.
- Hospitalización en establecimiento con capacidad resolutiva esencial:
 - Buscar signos de hipovolemia a través del control de funciones vitales.
 - Buscar signos peritoneales.
 - Tacto vaginal: Buscar tumoración anexial o dolor anexial al mover el cérvix.
 - 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.
 - Salpinguectomía.
 - 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 gonodatrofina 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.

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

El tratamiento médico tiene por objetivo tratar de conservar la trompa funcional 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.²⁹

²⁹ Pérez, A. II edición 1995. Embarazo Ectópico, páginas 475 – 489.



COMPLICACIONES

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

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.

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.

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS** ^{22, 30}

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.

³⁰ Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud Cusco.-NTS de Planificación Familiar.-2005



- 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.



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 progéstagenos, 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 levornogestrel para tres años, y otro contiene dos cápsulas.

G. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS LIBERADOR DE COBRE

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre, contiene T de Cobre 380-A con una duración de 10 años.

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.



2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

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}

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

EMBRIÓN

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

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

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

³¹ Ministerio de Salud Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011

³² Wikipedia. Enciclopedia libre <http://www.es.wikipedia.org/wiki/2015>

³³ Carson, S. Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo ectópico. Clínicas Obst. y Gine. Vol. 1, 2013.



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

LAPARASCOPIA

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

LAPARATOMÍA

Intervención quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales. ²⁷

ATENCIONES

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

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

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

³⁴ Ministerio de Salud Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011



2.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL

- Embarazo Ectópico

VARIABLES IMPLICADAS

Características del embarazo ectópico

- Características demográficas

Edad

Nivel de instrucción

Estado civil

Ocupación

- Características obstétricas

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

- Características clínicas

Edad gestacional

Tipo de embarazo ectópico

Localización del embarazo tubárico

Signos y síntomas



Tratamiento

Embarazo ectópico complicado

Complicaciones

Estancia hospitalaria

Condición final de la paciente

Método de planificación familiar elegido

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA Y NATURALEZA DE LA VARIABLE	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	EDAD	Tiempo transcurrido de la gestante desde el nacimiento en años hasta la fecha del estudio	< 19 años 19 a 35 años > de 35 años	De intervalo / Cuantitativa	Historia clínica/ Ficha de investigación
		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	El más alto grado académico alcanzado por la gestante	Sin estudio Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria	Nominal / Cualitativa	
		ESTADO CIVIL	Condición de la gestante en relación a una pareja estable.	Soltera Conviviente Casada Otro	Nominal / Cualitativa	
		OCUPACIÓN	Actividad a la que una gestante se dedica en un determinado tiempo	Ama de casa Trabajo dependiente Trabajo independiente	Nominal / Cualitativa	



VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA Y NATURALEZA DE LA VARIABLE	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	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 ovarios.	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 DE USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO	Uso anterior a 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	



VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA Y NATURALEZA DE LA VARIABLE	INSTRUMENTO
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	EDAD GESTACIONAL	Tiempo en semanas transcurrido desde la fecha de última regla hasta inicio del problema en salud	< 4 semanas 4 a 7 semanas 8 a 10 semanas 11 a 12 semanas > 12 semanas	Ordinal / Cuantitativa	Historia clínica/ Ficha de investigación
		TIPO DE EMBARAZO ECTÓPICO	Tipo de embarazo ectópico	Tubárica Intraovarico Abdominal Cervical	Nominal / Cualitativo	
		LOCALIZACIÓN	Localización del embarazo ectópico tubárica	Ampolla izquierda Ampolla derecha Istmo izquierdo Istmo derecho Infundíbulo izquierdo Infundíbulo derecho	Nominal / Cualitativo	
		SIGNOS Y SÍNTOMAS	Signos y/o síntomas referida por la pacientes en el momento del ingreso	Metrorragia Masa anexial Dolor pélvico Fiebre Náuseas Vómito	Nominal / Cualitativo	
		TRATAMIENTO	Medidas cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Médico quirúrgico	Nominal / Cualitativo	
		EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO	Embarazo en la trompa de Falopio el cual se rompe y produce sangrado	SI NO	Nominal / Cualitativa	
		COMPLICACIONES	Acción y efecto de una dificultad procedentes de la patología	Shock hipovolémico Pelvi peritonitis Sepsis Muerte materna Ninguna	Ordinal / Cuantitativa	



		ESTANCIA HOSPITALARIA	Días en la cual la paciente está hospitalizada	< 3días 3 a 5 días > 5 días	Nominal / Cualitativo	
		CONDICIÓN FINAL DE LA PACIENTE	Estado de la paciente en el momento de dejar el establecimiento de salud	Curada Mejorada Fallecida Alta voluntaria	Nominal / Cualitativo	
		MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ELEGIDO	Aceptación de anticonceptivos, previa consejería post intervención	Abstinencia periódica Orientación y consejería Métodos de barrera Anticonceptivos orales Inyectables Implantes DIU de cobre AQV	Nominal / Cualitativo	



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación descriptiva por que permiten conocer como están las variables de estudio y como se encuentran en la realidad, cuantitativa, retrospectiva de datos por que se basa en la información anteriormente realizada.

3.2 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.

3.3 POBLACIÓN

3.3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población fue de pacientes ginecoobstétricas atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco con el diagnóstico de embarazo ectópico, las cuales tuvieron su primera atención en el servicio de emergencia ginecoobstétrica con personal médico y



obstetra, para posteriormente ser hospitalizadas, durante el 01 de enero al 31 de diciembre del 2015, siendo un total de 63 casos.

3.3.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico, atendidas en el Hospital Antonio Lorena con historia clínica existente en la unidad de estadística del Hospital Antonio Lorena.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

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

3.4 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
- Cuaderno de registros



3.5 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 estadística del Hospital Antonio Lorena, se realizó cruce de información previamente con el SIP 2000 para obtener el total de pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico durante el período en estudio.

3.6 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.



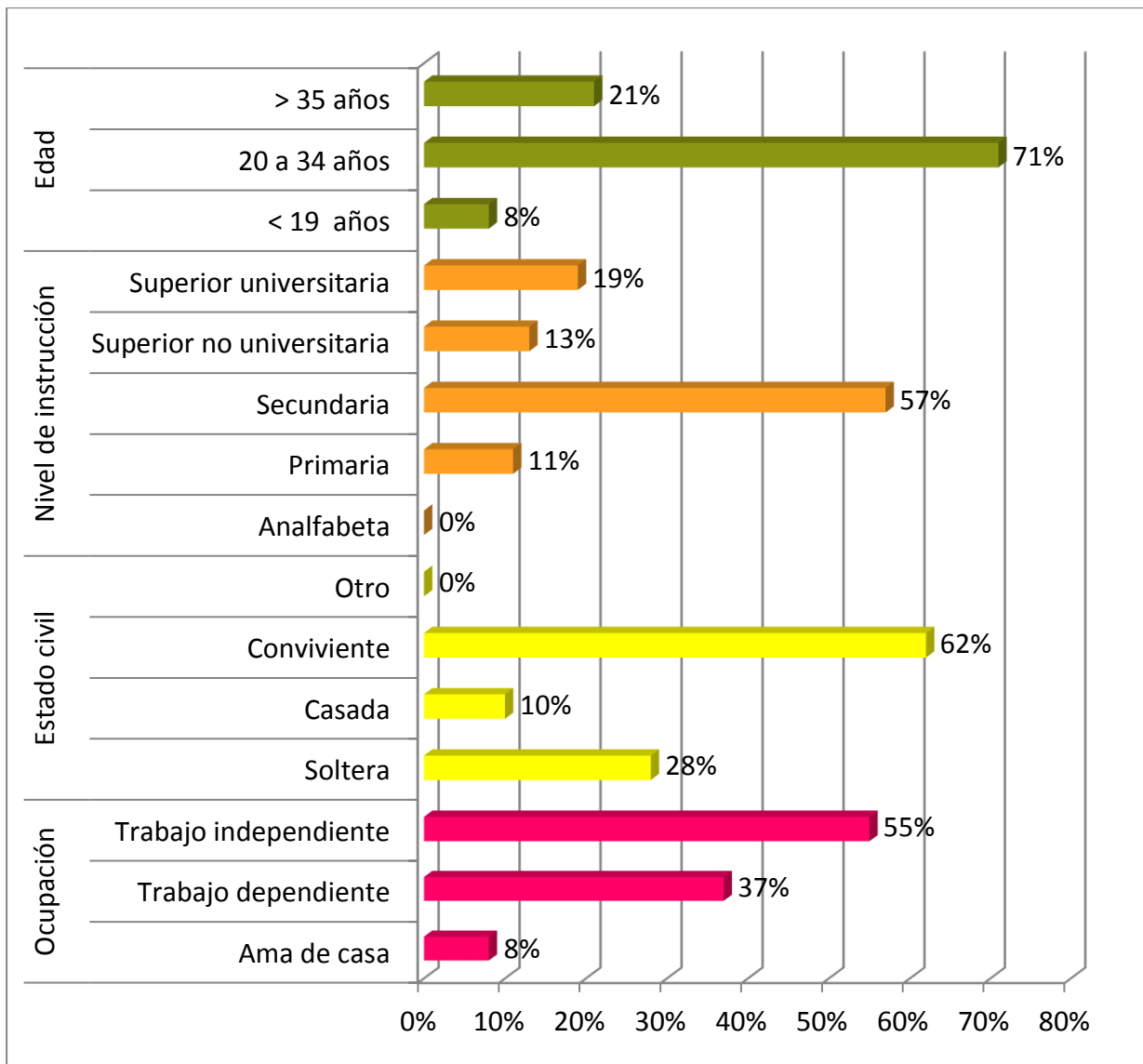
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

I: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

GRÁFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.





EDAD	
MEDIA	29 años
MODA	28 Años

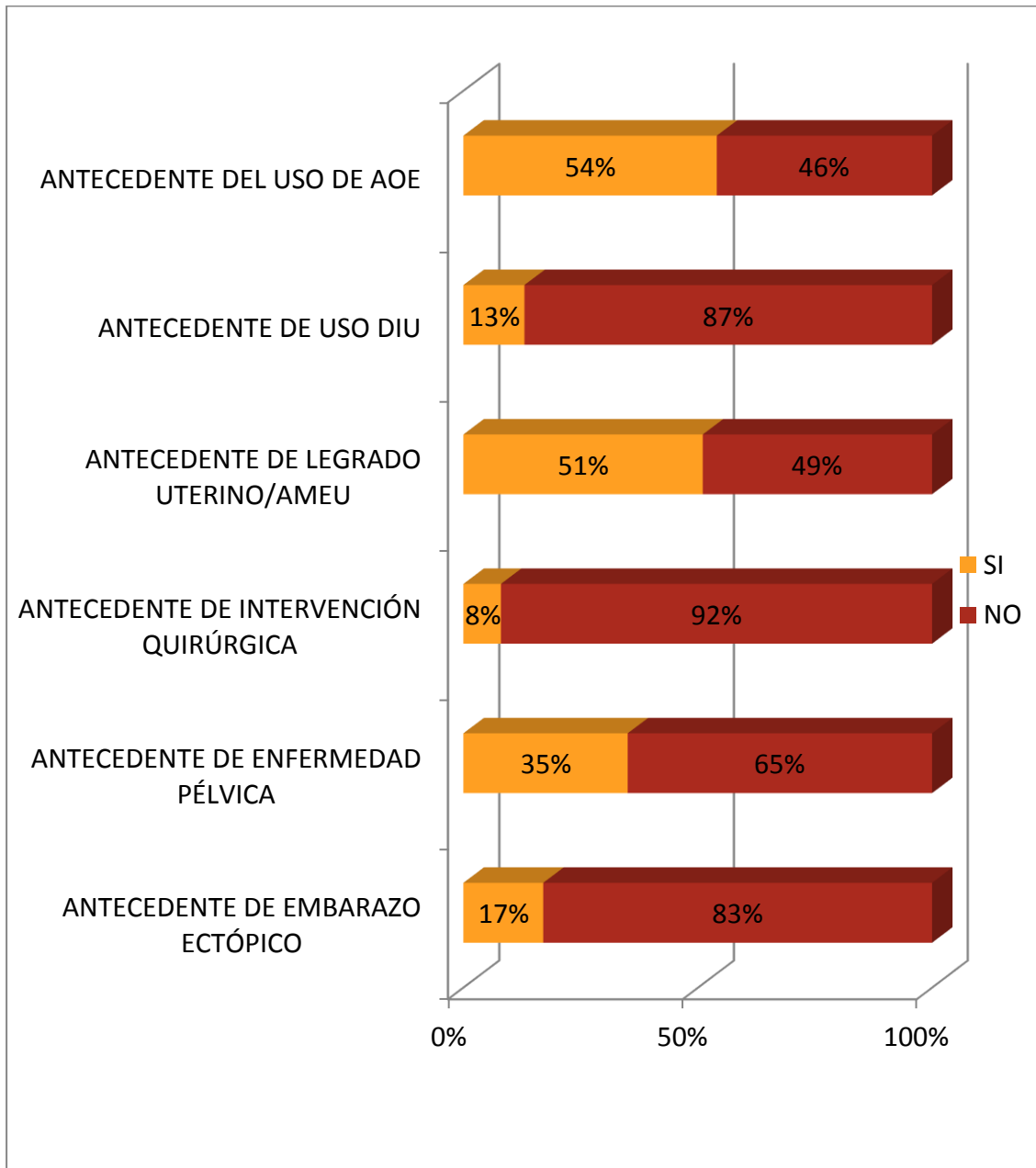
FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Respecto a las características demográficas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, el mayor porcentaje corresponde al intervalo de 20 a 34 años, siendo la media 29 años y la moda 28 años, de igual manera respecto al grado o nivel de instrucción alcanzado fue de secundaria, el estado civil de las pacientes son en su mayor porcentaje convivientes siendo este un estado civil no reconocido por el estado, lo que corresponde a la ocupación materna se evidencia que la mayor parte tiene trabajo independiente, es decir, son comerciantes o tiene algún tipo de negocio particular, seguido por el trabajo dependiente como son empleadas en restaurantes, abarrotes, instituciones y otros, y con escaso porcentaje amas de casa, lo que demuestra de alguna manera independencia económica.

II: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

GRÁFICO N° 2

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

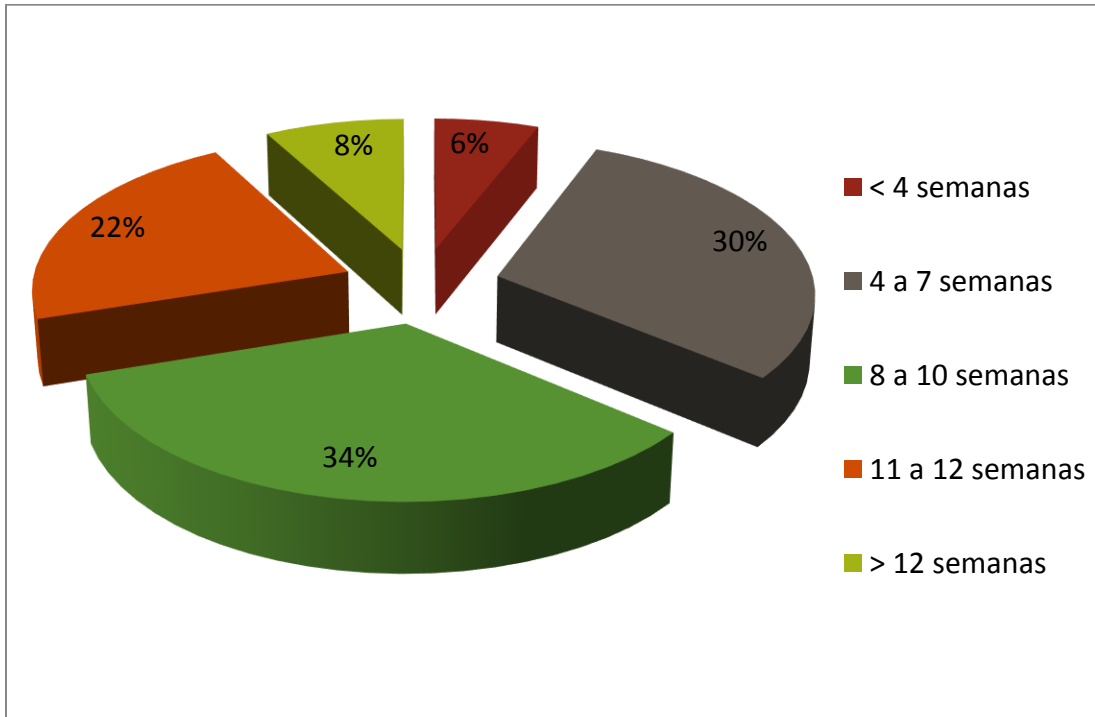


INTERPRETACIÓN: En cuanto a las características obstétricas podemos resaltar el uso de anticoncepción oral de emergencia, debido al incremento de usuarias con este método el cual conlleva un aumento de la motilidad y viscosidad de la trompa así como espesamiento del moco cervical lo cual podría producir con mayor facilidad un embarazo ectópico, así mismo el antecedente de legrado uterino o aspiración manual endouterina por hemorragia en la primera mitad del embarazo (abortos incompletos, embarazos anembrionarios o abortos frustrados); por otro lado el antecedente de uso del dispositivo intrauterino, el antecedente de intervención quirúrgica de enfermedad pélvica y embarazo ectópico fueron en poco porcentaje.

III: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

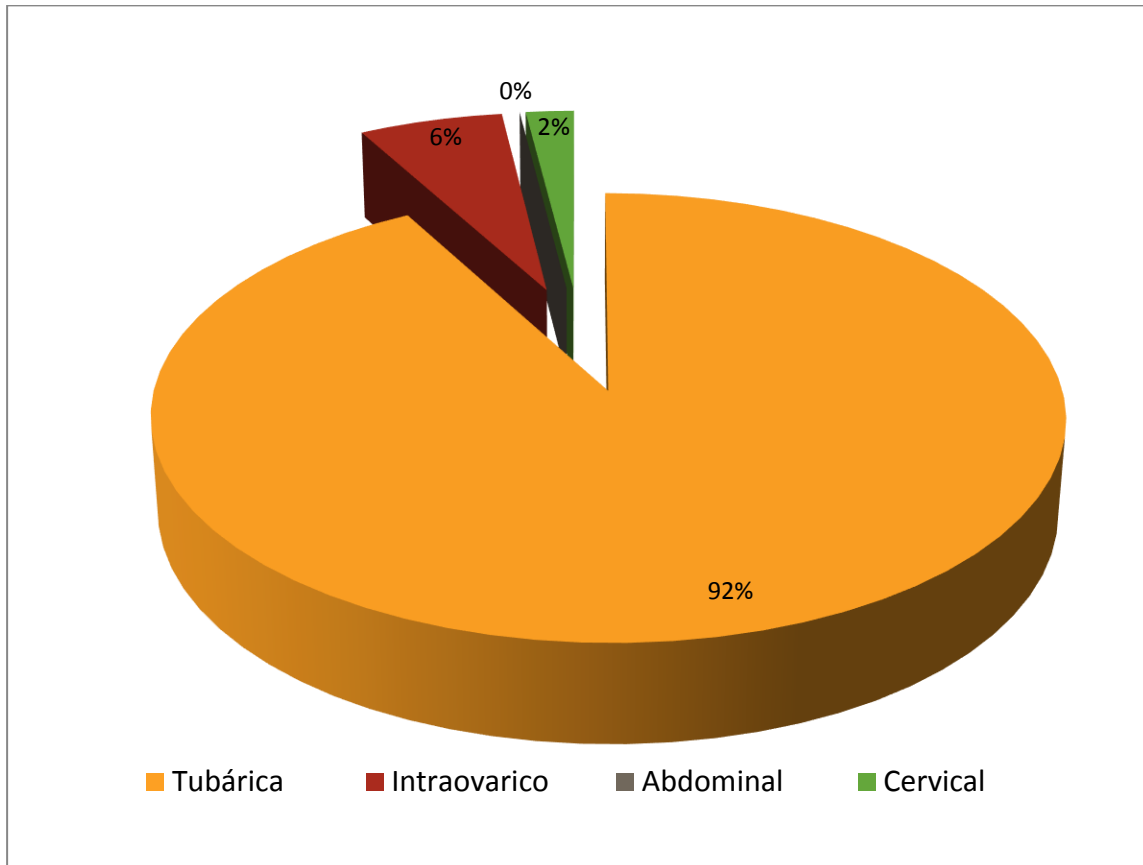
GRÁFICO N° 3

EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.



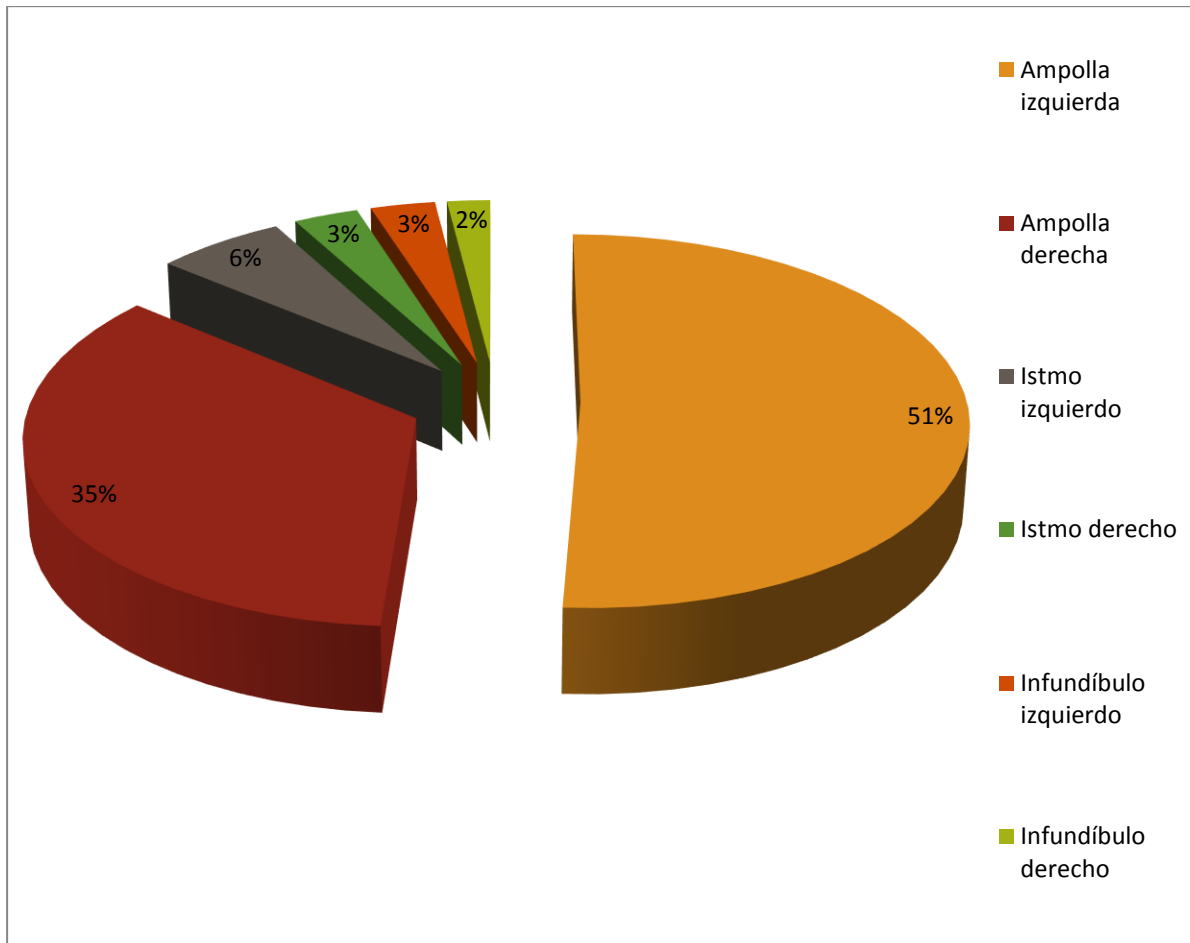
FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en su mayor parte acudieron dentro de la 8 a 10 semanas de edad gestacional, seguido por pacientes que acudieron dentro de las 4 a 7 semanas, lo cual afirma lo mencionado por Martinez, M. y Col en la Revista Cubana Obstetricia Ginecología donde afirman que las muertes maternas disminuyeron por el diagnóstico y tratamiento oportuno.

GRÁFICO N° 4**TIPO DE EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: El tipo de embarazo ectópico presente en la población en estudio fue el de embarazo ectópico tubárica, seguido por el intraovarico, hubo un caso de embarazo ectópico cervical y no se presentaron embarazos ectópicos abdominales; el sitio de implantación está estrechamente relacionado con la aparición de la sintomatología. La mayoría de los embarazos ectópicos son tubáricos al ser este órgano el encargado de transportar el óvulo fecundado hacia el útero, que es el sitio de implantación normal, los demás sitios de implantación son poco comunes y en muchos casos son debido a malformaciones e inflamaciones tubáricas.

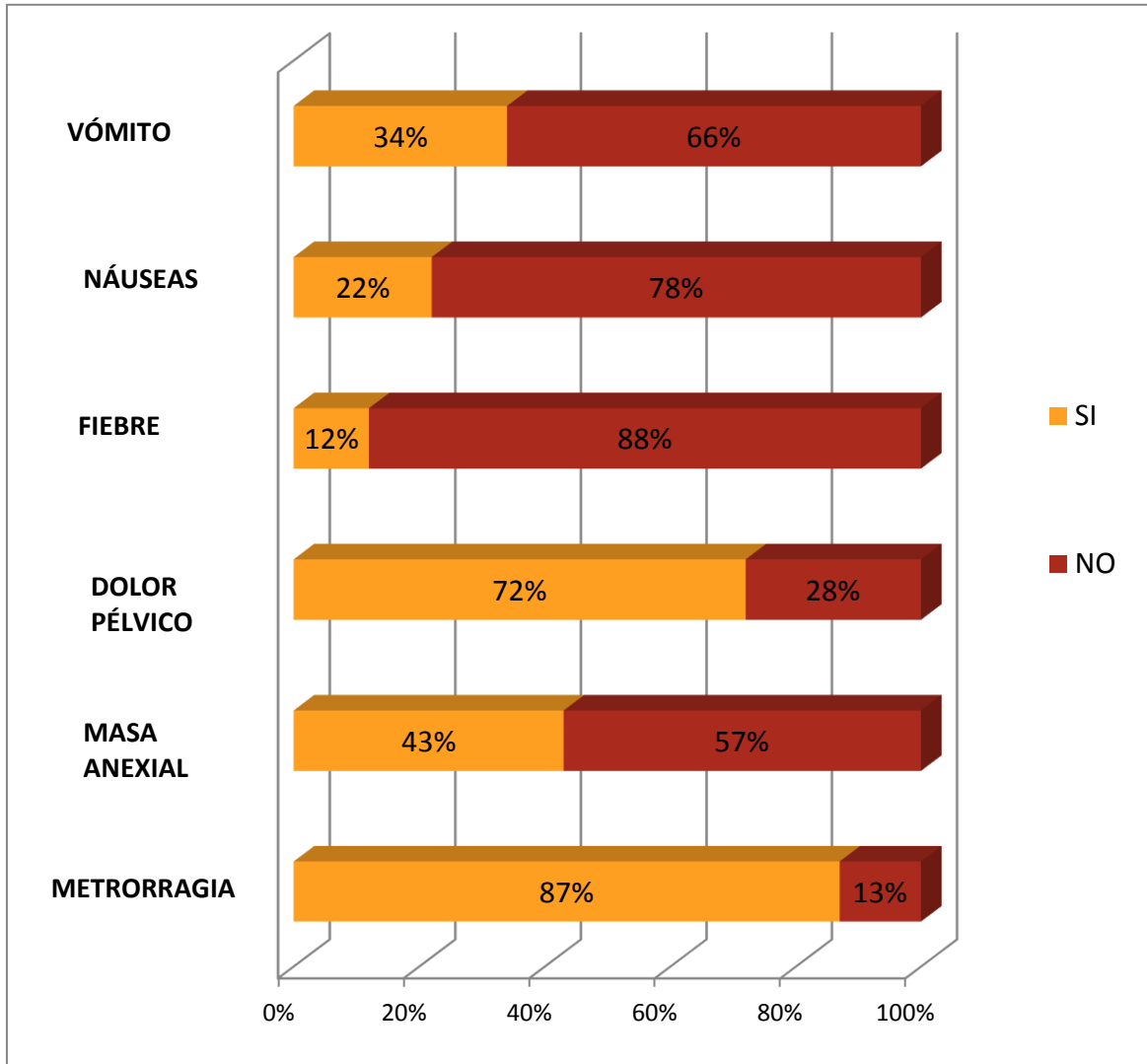
GRÁFICO N° 5**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO TUBÁRICO SEGÚN LOCALIZACIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Respecto a los embarazos ectópicos tubáricos que son representados en un 92% (Gráfico N° 4), se distribuyen en su mayor porcentaje según localización en la ampolla izquierda seguido por la ampolla derecha y en un bajo porcentaje en el istmo e infundíbulo, datos que el ginecólogo reporta en la historia para tener en cuenta como antecedente obstétrico.

GRÁFICO N° 6

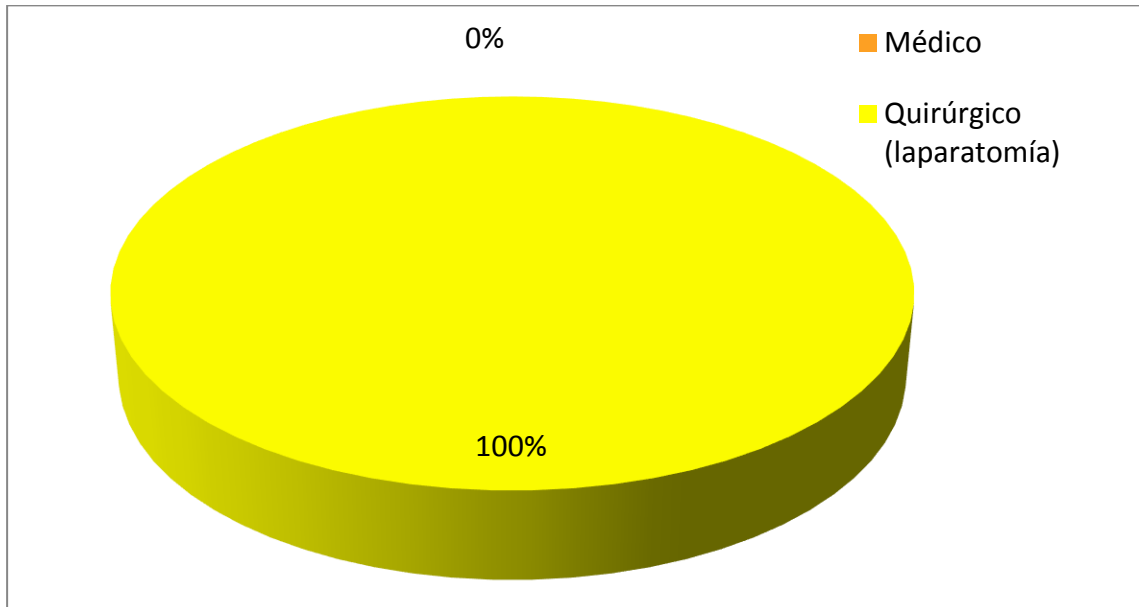
SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

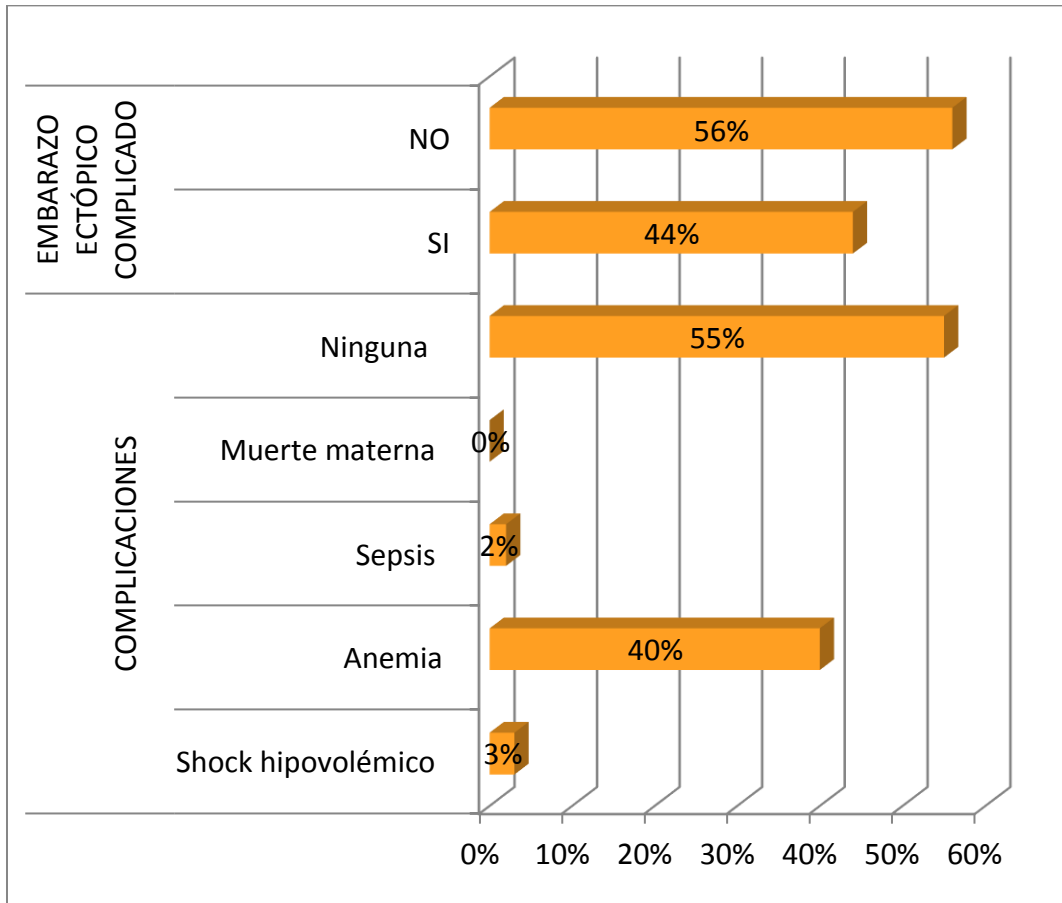


INTERPRETACIÓN: En cuanto a las manifestaciones clínicas presentes en pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico se muestran en mayor porcentaje el dolor pélvico que las pacientes refieren suele ser inicialmente en uno de los lados, puede producirse dolor al orinar, al evacuar, toser o hacer movimientos bruscos. Si se produjera una rotura de la trompa, el dolor sería muy agudo y constante durante un breve tiempo y se difundirá por toda la zona de la pelvis, también se evidencio la presencia de metrorragia y masa anexial, en caso contrario se presentan en menos porcentaje las náuseas, el vómito y la fiebre, que muchas veces lo relacionan a síntomas propios de la gestación.

GRÁFICO N° 7**TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.**

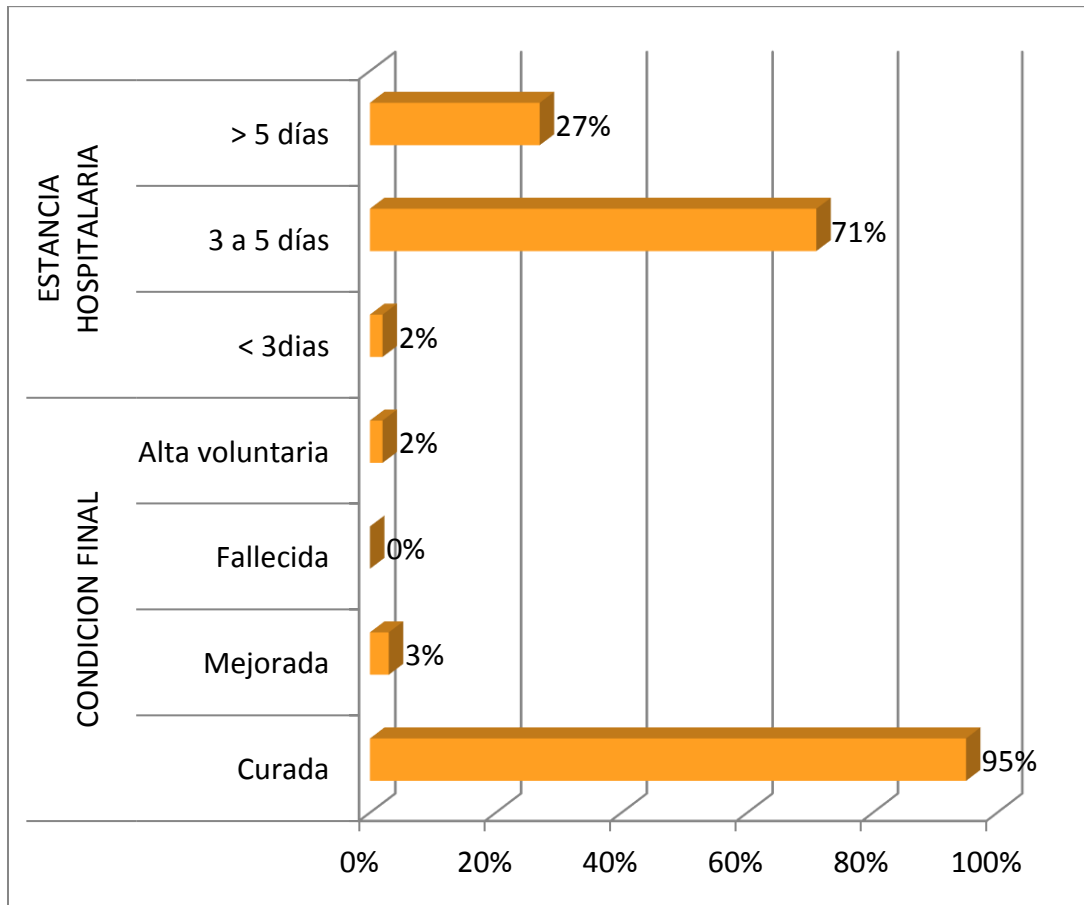
FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: El tratamiento de pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico es en un 100% quirúrgico, cabe mencionar que siendo el Hospital Antonio Lorena un hospital de nivel III – 1 la laparoscopia debía ser el método quirúrgico estándar para el tratamiento, por las ventajas en términos de costos, estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea y requerimiento de analgesia menores y una convalecencia más breve, sin embargo en la presente investigación se concluye que no se realizó ninguna intervención laparoscópica, lo que se explicaría por falta de entrenamiento debido a que si existe el equipo quirúrgico necesario.

GRÁFICO N° 8**EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Respecto al embarazo ectópico complicado este se presentó en un 44%, cabe mencionar que solo el 70% de estos fue diagnóstico como tal en la etapa pre quirúrgica y el resto como diagnóstico post quirúrgico; las complicaciones que se presentaron fue en su mayor porcentaje la anemia, en menor porcentaje shock hipovolémico, y sepsis, no hubo ningún caso de mortalidad materna.

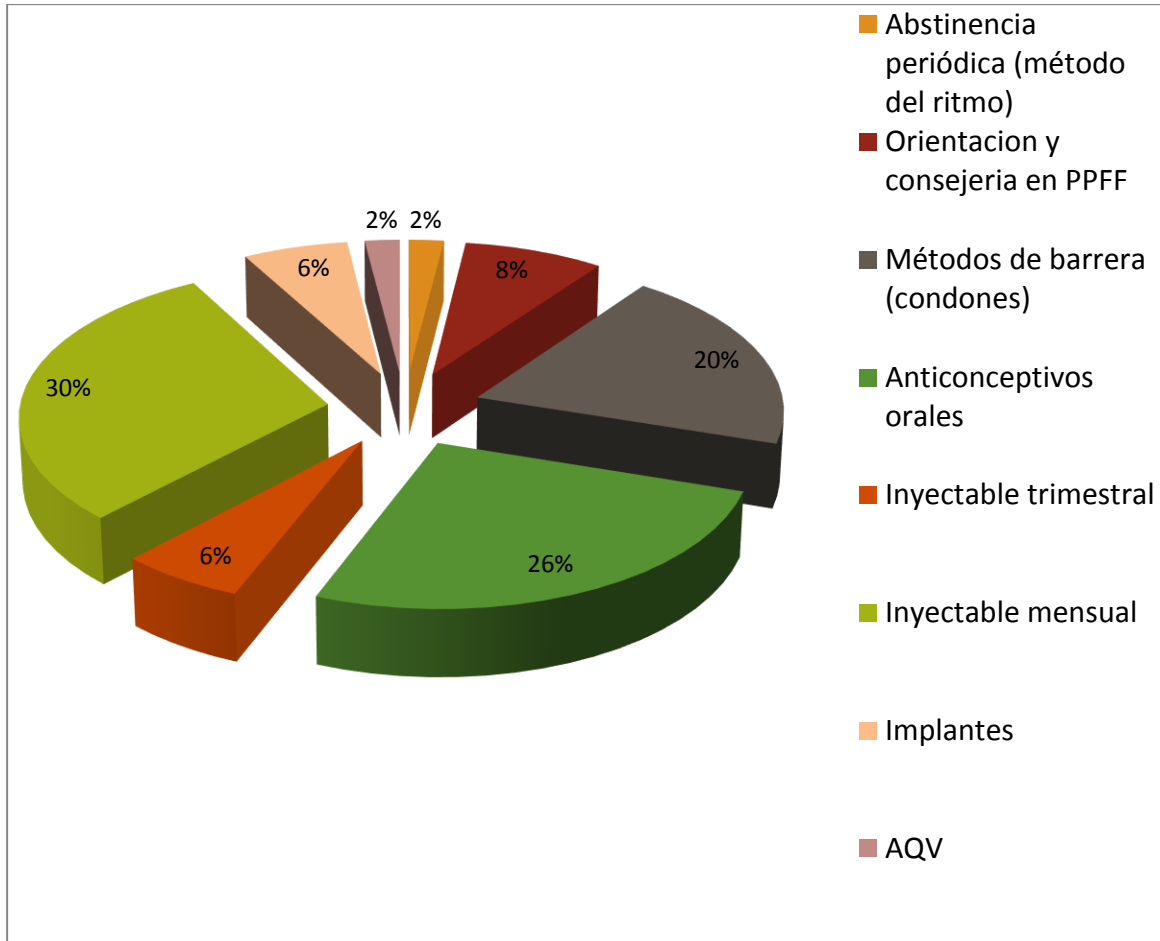
GRÁFICO N° 9**ESTANCIA HOSPITALARIA Y CONDICIÓN FINAL DE LA PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.**

FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: La estancia hospitalaria es en un mayor porcentaje de 3 a 5 días, seguido por > de 5 días y hubo un alta voluntaria que fue a los dos días post intervención quirúrgica siendo está considerada como < 3 días; la condición final es como curada, un mínimo porcentaje de mejoradas y alta voluntaria.

GRÁFICO N° 10

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ELEGIDO EN PACIENTES QUE TUVIERON EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN: Respecto a los métodos de planificación elegidos por las pacientes que tuvieron embarazo ectópico, estos fueron previa orientación y consejería por personal obstetra de consultorio externo, de las cuales el mayor porcentaje eligió inyectable mensual por tener menos alteraciones menstruales, al igual que los anticonceptivos orales, y respecto a métodos de barrera los condones.



DISCUSIÓN

PRIMERO.- Las características demográficas de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015 son: Con mayor porcentaje el intervalo de edad entre 20 a 34 años (71%), siendo la media 29 años y la moda 28 años, Rodríguez, Y.; Altunaga, M., en su estudio Factores Epidemiológicos del Embarazo Ectópico en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Eusebio Hernández” La Habana Cuba 2010 concluyeron que una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %, respecto al grado o nivel de instrucción alcanzado fue de secundaria (57%), el estado civil de las pacientes son en su mayor porcentaje convivientes (62%) siendo este un estado civil no reconocido por el estado, lo que corresponde a la ocupación materna la mayor parte tiene trabajo independiente (55%), es decir, son comerciantes o tiene algún tipo de negocio particular, seguido por el trabajo dependiente (37%) como son empleadas en restaurantes, abarrotes, instituciones y otros, y con escaso porcentaje amas de casa, lo que demuestra de alguna manera independencia económica, Ponce, J. en el Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2012, señalo que la edad promedio fue de 20 a 25 años (53%), grado de instrucción secundaria (56%), estado civil conviviente (78%), de igual manera García, A.; Molina, Jc.; Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. en su estudio Embarazo Ectópico y su Morbilidad en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi Cochabamba Bolivia 2007, concluyeron que de las 102 pacientes (100%) afectadas, el grupo atareo más comprometido está entre los 20 -29 años (56,4%). Polar, M. Características Clínicas y Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico en pacientes del



Hospital de Apoyo Iii Ministerio de Salud y Antonio Lorena del Cusco, en el periodo de 2001 – 2004, concluyo que de la muestra de estudio conformada por 208 historias clínicas de mujeres con embarazo ectópico, se presentó con mayor frecuencia en mujeres de 25 a 29 años, convivientes, con grado de instrucción secundaria.

SEGUNDO.- Las características obstétricas de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015 es: antecedente en el uso de anticoncepción oral de emergencia (54%), el antecedente de legrado uterino o aspiración manual endouterina (51%) por hemorragia en la primera mitad del embarazo (abortos incompletos, embarazos anembrionarios o abortos frustrados); por otro lado el antecedente de uso del dispositivo intrauterino (13%) , el antecedente de intervención quirúrgica (8%), de enfermedad pélvica (35%) y embarazo ectópico (17%) fueron en poco porcentaje, datos contrarios fueron encontrados por Rodríguez, Y.; Altunaga, M., en su estudio Factores Epidemiológicos del Embarazo Ectópico en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico “Eusebio Hernández” La Habana Cuba 2010 donde reporto que la enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %, de igual manera Ponce, J. en el Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2012, señalo que no tuvieron hijos anteriores (52%), antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (62%), antecedente de legrados uterinos o AMEU (22%) y 45% uso métodos anticonceptivos orales incluidos AOE; García, A.; Molina, Jc.; Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. en su estudio Embarazo Ectópico y su Morbilidad en el Hospital Materno Infantil Germán



Urquidí Cochabamba Bolivia 2007, concluyeron que de las 102 pacientes (100%) afectadas, 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 D.I.U. (22 casos). Polar, M. Características Clínicas y Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital de apoyo Iii Ministerio de Salud y Antonio Lorena del Cusco, en el período de 2001 – 2004, concluyó que de la muestra de estudio conformada por 208 historias clínicas de mujeres con embarazo ectópico, un alto porcentaje fue en nulíparas de las cuales 28 presentaron antecedentes de aborto.

TERCERO.- Las características clínicas en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015 es: Edad gestacional entre 8 a 10 semanas (34%), el tipo de embarazo ectópico presente en la población en estudio fue el de embarazo ectópico tubárica (92%), respecto a los embarazos ectópicos tubáricos se distribuyen en su mayor porcentaje según localización en la ampolla izquierda (51%) seguido por la ampolla derecha (35%), datos que concuerdan con los resultados de D'antoni, V., Vásquez, J., Vides, M., Sabillón, O. Embarazo ectópico revisión de 140 Casos Hospital Vicente 2005, donde 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). Polar, M. Características Clínicas y Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital de apoyo Iii Ministerio de Salud y Antonio Lorena del Cusco, en el período de 2001 – 2004, concluyó que de la muestra de estudio conformada por 208 historias clínicas, 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 ectópico abdominal y uno cervical.

Los signos y síntomas presentes en pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico se muestran en mayor porcentaje el dolor pélvico (72%), la metrorragia (87%) y masa anexial (43%), el tratamiento es en un 100% quirúrgico mediante laparotomía, datos similares son encontrados por Ponce, J. en el Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen 2012, señalo que el 34% acudió por dolor, 45% por hemorragia y el tratamiento es quirúrgico 100%

El embarazo ectópico complicado este se presentó en un 44%, cabe mencionar que solo el 70% de estos fue diagnóstico como tal en la etapa pre quirúrgica y el resto como diagnóstico post quirúrgico; las complicaciones que se presentaron fue en su mayor porcentaje la anemia (40%), en menor porcentaje shock hipovolémico (3%), y sepsis (2%), no hubo ningún caso de mortalidad materna, cifras similares fueron encontrados por D'antoni, V., Vásquez, J., Vides, M., Sabillón, O. Embarazo ectópico revisión de 140 Casos Hospital Vicente 2005, donde La mortalidad materna fue nula, estudio realizado por García, A.; Molina, Jc.; Molina, I. Ojalvo, C. Castrillo, H. En su estudio embarazo ectópico y su morbilidad en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi Cochabamba Bolivia 2007, concluyeron que de las 102 pacientes (100%) afectadas el (21,56%) pueden complicarse con un embarazo ectópico como se demostró. Polar, M. Características Clínicas y Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico en pacientes del



Hospital de apoyo Iii Ministerio de Salud y Antonio Lorena del Cusco, en el período de 2001 – 2004, concluyó que de la muestra de estudio conformada por 208 historias clínicas, 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%.

La estancia hospitalaria es en un mayor porcentaje de 3 a 5 días (71%), seguido por > de 5 días (27%) y hubo un alta voluntaria que fue a los dos días post intervención quirúrgica siendo está considerada como < 3 días (2%); la condición final es como curada (95%), un mínimo porcentaje de mejoradas (3%) y alta voluntaria (2%), estudio realizado por Cajan, A. (2011) Técnica Laparoscópica: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Medicina Humana Puno, concluyeron que la estancia hospitalaria de 3 días (52,4%), con la técnica laparoscópica. Los métodos de planificación elegidos por las pacientes que tuvieron embarazo ectópico previa orientación y consejería por personal obstetra de consultorio externo, eligió inyectable mensual (30%), seguido por anticonceptivos orales (26%), y métodos de barrera como son los condones (20%).

CONCLUSIONES

PRIMERO.- Las características demográficas de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015 son: Con mayor porcentaje el intervalo de edad entre 20 a 34 años (71%), siendo la media 29 años y la moda 28 años, respecto al grado o nivel de instrucción alcanzado fue de secundaria (57%), el estado civil de las pacientes son en su mayor porcentaje convivientes (62%) siendo este un estado civil no reconocido por el estado, lo que corresponde a la ocupación materna la mayor parte tiene trabajo independiente (55%), es decir, son comerciantes o tiene algún tipo de negocio particular, seguido por el trabajo dependiente (37%) como son empleadas en restaurantes, abarrotes, instituciones y otros, y con escaso porcentaje amas de casa, lo que demuestra de alguna manera independencia económica.

SEGUNDO.- Las características obstétricas de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015 es: antecedente en el uso de anticoncepción oral de emergencia (54%), el antecedente de legrado uterino o aspiración manual endouterina (51%) por hemorragia en la primera mitad del embarazo (abortos incompletos, embarazos anembrionarios o abortos frustrados); por otro lado el antecedente de uso del dispositivo intrauterino (13%) , el antecedente de intervención quirúrgica (8%), de enfermedad pélvica (35%) y embarazo ectópico (17%) fueron en poco porcentaje.



TERCERO.- Las características clínicas en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2015 es: Edad gestacional entre 8 a 10 semanas (34%), el tipo de embarazo ectópico presente en la población en estudio fue el de embarazo ectópico tubárica (92%), respecto a los embarazos ectópicos tubáricos se distribuyen en su mayor porcentaje según localización en la ampolla izquierda (51%) seguido por la ampolla derecha (35%), los signos y síntomas presentes en pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico se muestran en mayor porcentaje el dolor pélvico (72%), la metrorragia (87%) y masa anexial (43%); el tratamiento es en un 100% quirúrgico mediante laparotomía; respecto al embarazo ectópico complicado este se presentó en un 44%, cabe mencionar que solo el 70% de estos fue diagnóstico como tal en la etapa pre quirúrgica y el resto como diagnóstico post quirúrgico; las complicaciones que se presentaron fue en su mayor porcentaje la anemia (40%), en menor porcentaje shock hipovolémico (3%), y sepsis (2%), no hubo ningún caso de mortalidad materna; la estancia hospitalaria es en un mayor porcentaje de 3 a 5 días (71%), seguido por > de 5 días (27%) y hubo un alta voluntaria que fue a los dos días post intervención quirúrgica siendo está considerada como < 3 días (2%); la condición final es como curada (95%), un mínimo porcentaje de mejoradas (3%) y alta voluntaria (2%); los métodos de planificación elegidos por las pacientes que tuvieron embarazo ectópico previa orientación y consejería por personal obstetra de consultorio externo, eligió inyectable mensual (30%), seguido por anticonceptivos orales (26%), y métodos de barrera como son los condones (20%).



SUGERENCIAS

PRIMERO.- Se sugiere dar a conocer las características demográficas encontradas en la presente investigación al personal de salud para mejorar la capacidad de respuesta frente a esta patología, promover actividades preventivo promocionales donde se den a conocer estas características.

SEGUNDO.- Se sugiere evaluar las características obstétricas en consultorio de planificación familiar, prevención de cáncer ginecológico y atención prenatal para orientar a las pacientes en las características que se relacionan a embarazo ectópico., tanto en atención de nivel primario como secundario.

TERCERO.- Se sugiere dar a conocer las características clínicas encontradas en la presente investigación para realizar planes de capacitación al personal encargado de la atención en pacientes con embarazo ectópico y al personal médico para intervenciones laparoscópicas, para lo cual ya se cuenta con equipamiento necesario, siendo este manejo el más adecuado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 Ginecoobstétrico “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.



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. Pág. 37 en Danforth. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 8va Edición. Pág. 607-629. 2010.
19. Schwarcz, 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.



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>.



ANEXOS



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“CARACTERÍSTICAS CLINICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO
EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2015”**

HC: _____ Iniciales: _____

1.- Edad:

- < 19 años
- 19 a 35 años
- de 35 años a mas

2.- Grado de instrucción:

- Sin estudio
- Primaria
- Secundaria
- Superior no universitaria
- Superior universitaria

3.- Estado civil:

- Soltera
- Conviviente
- Casada
- Otro

4.- Ocupación:

- Ama de casa
- Trabajo dependiente
- Trabajo independiente
- Estudiante

5.- Antecedentes de embarazo ectópico: si () no ()

6.- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica: si () no ()

7.- Antecedente de intervención quirúrgica: si () no ()

8.- Antecedente de legrado uterino/AMEU (Aspiración Manual Endouterina): si() no ()



9.- Antecedente de uso de dispositivo intrauterino: si () no ()

10.- Antecedente de uso de AOE (Anticonceptivos Orales) : si () no ()

11.- Edad gestacional:

- < 4 semanas
- 4 a 7 semanas
- 8 a 10 semanas
- 11 a 12 semanas
- > 12 semanas

12.- Tipo de embarazo ectópico

- Tubárico
- Intraovarico
- Abdominal
- Cervical

13.- Localización

- Ampolla izquierda
- Ampolla derecha
- Istmo izquierdo
- Istmo derecho
- Infundíbulo izquierdo
- Infundíbulo derecho

14.- Signos y síntomas

- Metrorragia
- Masa anexial
- Dolor pélvico
- Fiebre
- Náuseas
- Vómito

15.- Tratamiento: Médico () Quirúrgico () Laparotomía () Laparoscopia ()

16.- Embarazo ectópico complicado: si () no ()

17.- Complicaciones:

- Shock hipovolémico



- Pelviperitonitis
- Sepsis
- Muerte materna
- Ninguna

18.- Estancia hospitalaria:

- < 3 días
- 3 a 5 días
- > 5 días

19.- Condición final de la paciente:

- Curada
- Mejorada
- Fallecida
- Alta voluntaria

20.- Método de planificación familiar

- Abstinencia periódica
- Métodos de barrera - condones
- Anticonceptivos orales
- Inyectable mensual
- Inyectable trimestral
- Implantes
- Dispositivos intrauterinos liberador de cobre
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria



**SOLICITO: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Estimado(a) Doctor(a):

Previo un cordial saludo, la presente es para solicitar a su persona la validación mediante juicio de experto del instrumento de recolección de datos en el trabajo de investigación titulado “CARACTERÍSTICAS CLINICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO 2015”, esto a razón de ser un requisito indispensable para poder hacer efectiva la realización de dicha investigación y así cumplir con el reglamento de grados y títulos vigentes en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco para optar el Título Profesional de Obstetra.

Agradecemos por anticipado su aceptación razón por la cual quedamos infinitamente agradecidas.

Atentamente.

SALIZAR CONTO GERALDINE SUSANS

ILLANES BACA RUTH KERSTIN



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

La validez del instrumento de recolección de datos se compone de 10 ítems, lo que se acompaña con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una solución escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución de ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignada cuando se aprecie que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera total suficiente.

Marque con aspa (X) en la escala que figure a la derecha de cada ítem según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
4. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a nuestros similares, obtendremos también datos similares?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuarios a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos motivo de investigación?					

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendría que incrementarse o qué aspectos habría de aumentarse?

Firma y sello del profesional

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN

1. Se construyó una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

Nº ÍTEM	CRITERIO DE EXPERTOS					VALOR MÁXIMO (X)	PROMEDIO (Y)	$(X^n - Y^n)^2$
	A	B	C	D	E			
PRIMERO	4	4	5	4	4	4	5	4.2
SEGUNDO	5	5	4	5	5	5	5	4.8
TERCERO	5	5	4	4	5	4	5	4.8
CUARTO	5	5	5	5	4	5	5	4.8
QUINTO	5	4	5	4	5	5	5	4.6
SEXTO	5	5	5	5	5	5	5	5
SÉPTIMO	4	5	4	5	4	5	5	4.4
OCTAVO	5	5	4	5	4	5	5	4.6
NOVENO	5	4	5	5	5	5	5	4.8

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de punto múltiple (DPP) usando la siguiente ecuación:



$$DPP = \sqrt{(X1 - Y1)^2 + (X2 - Y2)^2 + \dots + (X9 - Y9)^2}$$

$$DPP = 1.21$$

Dónde:

X= Valor máximo de cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

3. Se determinó la distancia del valor obtenido respecto al punto de referencia 0 (cero) con la ecuación siguiente:

$$Dmáx = (X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + \dots + (X9 - 1)^2$$

$$Dmáx = 12$$

Donde:

X= Valor máximo para cada ítem en la escala, es decir 5.

Y= Valor mínimos de la escala para cada ítem, es decir 1.

4. La Dmáx. Se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da valor de 2.4

5. Con el valor hallado anteriormente (apartado 4) se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx; se dividió en intervalos iguales entre si y denominado con letras A,B,C,D y E.

Se debe tener en cuenta que:



A=Adecuación total.

B=Adecuación en gran medida.

C=Adecuación promedio.

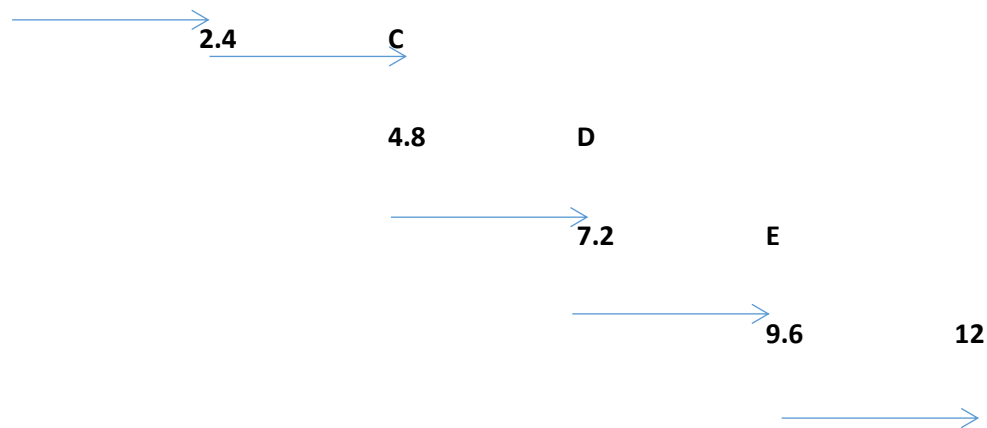
D=Escasa adecuación.

E=Inadecuación

A

0

B



6. El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de las cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

Podemos observar que el valor de DPP en el presente estudio fue de 2.6, el cual se encuentra en la zona B, lo que significa una adecuación en gran medida del instrumento, motivo por el cual el instrumento para el presente estudio fue aplicado.