

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES DE RIESGO, SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
GOYENCHE DE AREQUIPA DURANTE EL PERIODO ENERO 2010 A
DICIEMBRE DEL 2016**

Tesis presentada por el Bachiller en Medicina
Humana:

Rodriguez Núñez, Christian Manuel

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor: **Dr. Galindo Paredes, José**

**AREQUIPA-PERÚ
2018**



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 198 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES DE RIESGO, SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE AREQUIPA DURANTE EL PERIODO ENERO 2010 A DICIEMBRE DEL 2016”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

CHRISTIAN MANUEL RODRIGUEZ NUÑEZ

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa,



DR. MIGUEL FERNANDO FARFÁN



DRA. NOEMÍ DEL CASTILLO SOLORZANO



DRA. AQUEADA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por ser el forjador de mi camino y darme la sabiduría para la conquista de mis objetivos; a mis padres, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, motivándome constantemente para alcanzar mis anhelos. A mi hermano, por ser un ejemplo a seguir, a mis amigos, maestros y a todas las personas que creyeron en mí. A todos ellos mi agradecimiento eterno.

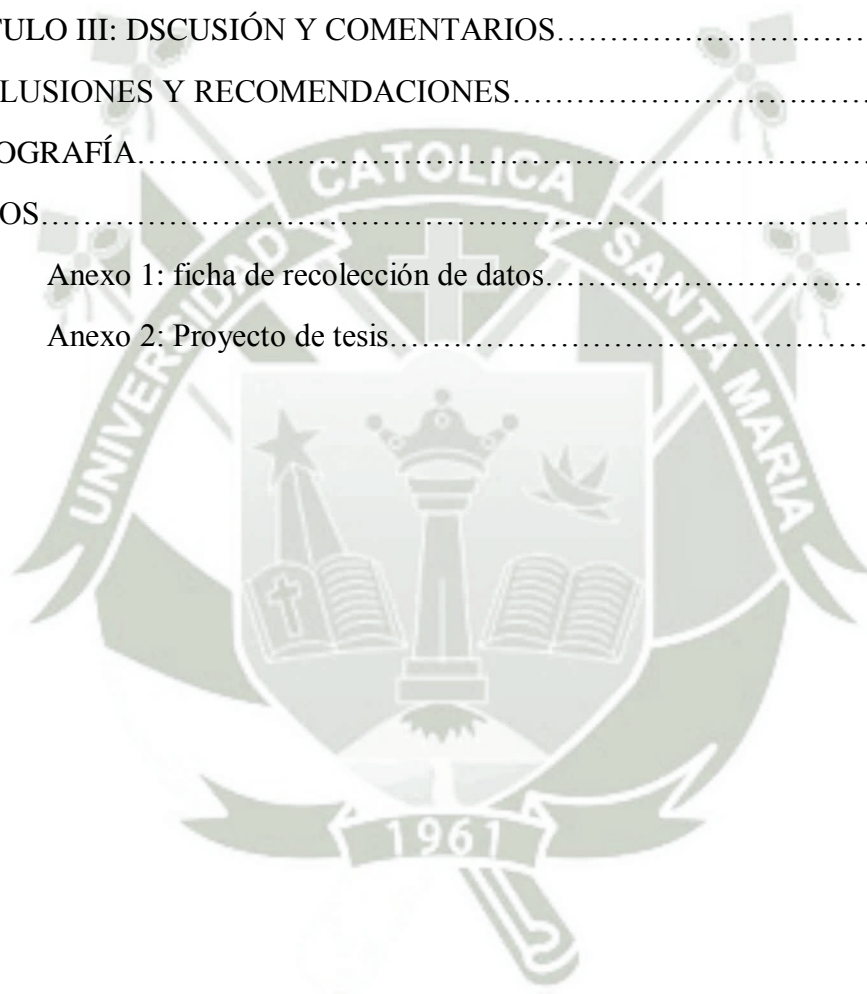


“El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad.”

Victor Hugo

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	12
CAPÍTULO III: DSCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	65
Anexo 1: ficha de recolección de datos.....	66
Anexo 2: Proyecto de tesis.....	70



RESUMEN

Antecedente: El embarazo ectópico es una complicación frecuente y peligrosa de la gestación, la cual, durante los últimos años, ha mostrado un aumento en su incidencia, por lo que es importante conocer los factores de riesgo que facilitan su aparición, la forma de presentación y los métodos de diagnósticos, y de esa forma mejorar el manejo y tratamiento, evitando la presentación de nuevos casos.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo, la sintomatología, métodos de diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en pacientes del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016.

Resultados: Se hallaron 281 embarazos ectópicos, con una incidencia de 18.48 por cada 1000 partos. La edad promedio de las pacientes fue de 28.92 ± 7.03 años. El 45.9% tuvo educación secundaria completa. Predominaron las convivientes 49.5% y las solteras con 36.3%. El dolor abdominal fue el síntoma que se presentó con mayor frecuencia (100%), mientras que el sangrado vaginal y las náuseas/vómitos estuvieron presentes en el 77.2% y 21.0% respectivamente. La ecografía se realizó al 88.3% de pacientes, confirmándose el diagnóstico en el 94% de casos. El dosaje β -hCG y la culdocentesis se realizaron en el 61.9% y 8.4% de casos respectivamente. Se efectuó tratamiento expectante y médico al 1.1% de pacientes, y tratamiento quirúrgico al 98.9%, habiéndose realizado salpinguectomía total o parcial en el 91.1% de casos. La principal ubicación del embarazo ectópico fue la trompa uterina con una frecuencia de 95.5%, siendo ampular en el 56.9% del total.

Conclusiones: Los principales factores de riesgo conexos al embarazo ectópico fueron las edades comprendidas entre los 20 y 39 años, ser conviviente o soltera, haber tenido más de una pareja sexual, el uso de la píldora de emergencia y haber presentado enfermedad inflamatoria pélvica. Los principales signos y síntomas fueron dolor abdominal, retraso menstrual, sangrado transvaginal, náuseas y vómitos. La ecografía transvaginal y el dosaje de β -hCG fueron los principales métodos de diagnóstico. El principal tratamiento fue el quirúrgico, donde predominaron la salpinguectomía total y parcial.

PALABRAS CLAVE: gestación, embarazo ectópico.

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy is a frequent and dangerous complication of pregnancy, which during the last years, has shown an increase in its incidence, so it is important to know the risk factors that facilitate its appearance, the form of presentation and the diagnostic methods, and in this way improve the management and treatment, avoiding the presentation of new cases.

Objective: To determine the risk factors, the symptomatology, diagnostic methods and treatment of ectopic pregnancy in patients of the Goyeneche Hospital of Arequipa during the period January 2010 to December 2016.

Results: 281 ectopic pregnancies were found, with an incidence of 18.48 per 1000 deliveries. The average age of the patients was 28.92 ± 7.03 years. 45.9% had complete secondary education. Predominant cohabitants 49.5% and single women with 36.3%. Abdominal pain was the symptom that occurred most frequently (100%), while vaginal bleeding and nausea / vomiting were present in 77.2% and 21.0% respectively. Ultrasound was performed in 88.3% of patients, confirming the diagnosis in 94% of cases. The β -hCG dosage and the culdocentesis were performed in 61.9% and 8.4% of cases respectively. Expectant and medical treatment was performed on 1.1% of patients, and surgical treatment at 98.9%, with total or partial salpingectomy performed in 91.1% of cases. The main location of the ectopic pregnancy was the uterine tube with a frequency of 95.5%, being ampullar in 56.9% of the total.

Conclusions: The main risk factors related to ectopic pregnancy were age between 20 and 39 years old, living together (but not married) or single, having had more than one sexual partner, use of the emergency pill and having presented pelvic inflammatory disease. The main signs and symptoms were abdominal pain, menstrual delay, transvaginal bleeding, nausea and vomiting. Transvaginal ultrasound and the measurement of β -hCG were the main diagnostic methods. The main treatment was surgical, where total and partial salpingectomy predominated.

KEY WORDS: pregnancy, ectopic pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una complicación del embarazo donde el ovulo, una vez fertilizado, se implanta y desarrolla en algún tejido distinto al endometrio, fuera de la cavidad uterina, pudiendo ser en trompas uterinas, cuello uterino, ovarios, entre otros.

Para el año 2004, según reportes de la OMS y la UNICEF, el embarazo ectópico era causante del 5 al 12% de muertes maternas a nivel mundial. Actualmente dicha frecuencia ha reducido notablemente, pero la incidencia está en incremento por factores dependientes de las pacientes y los centros asistenciales, siendo aún una “complicación no resuelta”

Un mayor número de parejas sexuales, el aumento de las enfermedades inflamatorias pélvicas, la “píldora del día siguiente”, tratamientos de infertilidad, entre otros, son factores causantes de este incremento, el cual se reafirma con estudios Norteamericanos y Cubanos, y Finlandeses, los cuales reportan que en una década, dicha patología se incrementó en un 50% y 100% respectivamente. En el Perú, en el 2015, la incidencia osciló entre 1-2 casos por cada 100 partos, y constituyó el 1.58% del total de muertes maternas.

La diversidad de factores que contribuyen a la presentación de esta patología me motivó a realizar el presente estudio, en el cual se consideran todos los embarazos ectópicos, con algunas excepciones, atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo comprendido entre los años 2010 al 2016.



CAPÍTULO I

MATERIALES Y METODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- **Técnicas:** se aplicó la técnica de revisión documentaria (historias clínicas)
- **Instrumentos:** Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una ficha de recolección de datos de elaboración propia (ver Anexo 1)
- **Materiales:**
 - Fichas de recolección de datos
 - Computadora personal
 - Materiales de escritorio

2. Campo de verificación

- **Ubicación espacial:** Hospital III Goyeneche, Arequipa
- **Ubicación temporal:** Periodo comprendido entre enero del 2010 y diciembre 2016
- **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes con diagnóstico final de embarazo ectópico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, entre el periodo comprometido entre enero del 2010 y diciembre 2016
- **Población:** Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico final de embarazo ectópico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, entre el periodo comprometido entre enero del 2010 y diciembre 2016
- **Muestra:** Integrantes de la población que cumplieron con los criterios de selección

3. Criterios de Selección

- **Criterios de Inclusión:**

Pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, entre el periodo comprometido entre enero del 2010 y diciembre 2016.

Historia clínica accesible e información requerida

- **Criterios de exclusión:**

Historia clínica de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que no sea accesible.

4. **Tipo de investigación**

- **Por el tipo de estudio:** Observacional descriptivo
- **Por el número de poblaciones:** Unipoblacional
- **Por el periodo de captación de la información:** Retrospectivo
- **Por la evolución del fenómeno estudiado:** Transversal

5. **Estrategia de recolección de datos**

- **Organización**

Para la realización del presente trabajo de investigación se procedió de la siguiente manera:

Se solicitó el permiso del Director, del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia y del jefe de la Unidad de Estadística y Archivo del Hospital III Goyeneche para la realización del estudio y la búsqueda de las historias clínicas para la obtención de los datos para la ficha respectiva. Una vez aprobado, se procedió a la búsqueda de historias clínicas de pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio, utilizando para esto la base de datos de la Unidad de Estadística y Archivos, con lo que se logró seleccionar a las pacientes según los criterios de inclusión.

La información fue recolectada en función de las variables de estudio, en fichas de elaboración propia. El llenado de fichas fue realizado por el mismo investigador.

La recolección de la Información de llevo a cabo durante los meses de noviembre a diciembre del 2017.

- **Validación de instrumentos**

No requiere validación por tratarse de una ficha de recolección de información.

- **Criterios para manejo de resultados**

a) **Plan de recolección**

Una vez obtenida la autorización de las autoridades hospitalarias, se aplicaron los instrumentos (ficha de recolección de datos) para la recolección de datos

b) **Plan de procesamiento**

Los datos obtenidos en la recolección de datos fueron clasificados y tabulados para posteriormente ser analizados e interpretados.

c) **Plan de clasificación**

Se clasificaron los datos obtenidos en una matriz de sistematización diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016)

d) **Plan de análisis**

El análisis de los datos obtenidos se hizo mediante estadística descriptiva haciendo uso de Excel 2016 y el programa SPSS.



**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 1

Prevalencia de embarazo ectópico

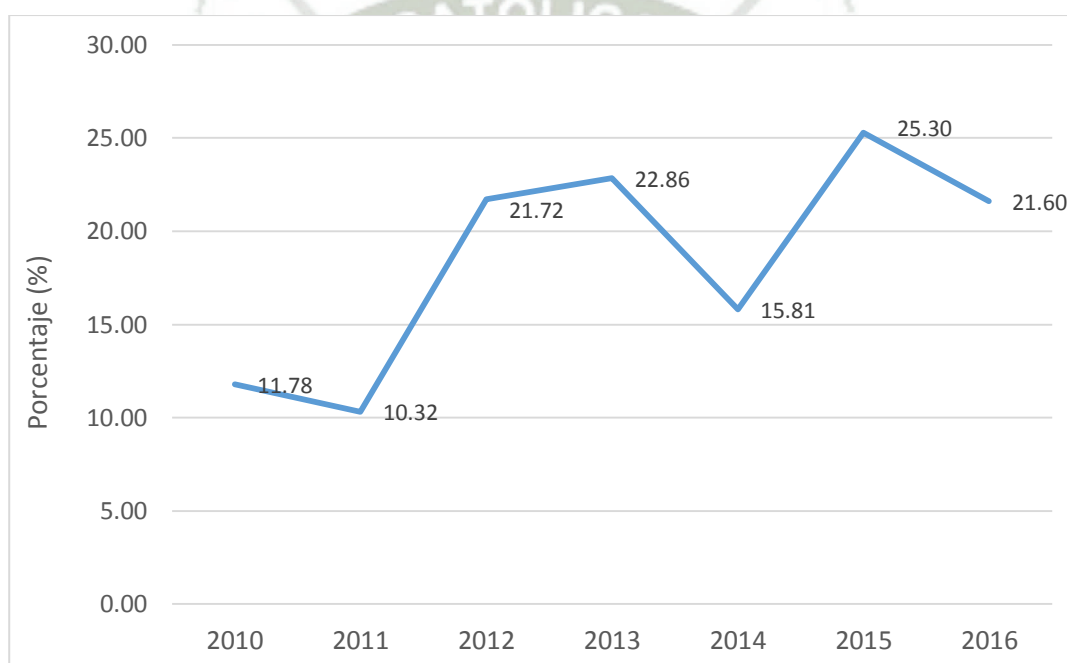
Año	N°	Total de partos	Incidencia x1000
2010	27	2292	11.78
2011	24	2325	10.32
2012	45	2072	21.72
2013	48	2100	22.86
2014	31	1961	15.81
2015	53	2095	25.30
2016	53	2454	21.60
Total	281	15299	18.48

La tabla nos muestra un incremento en la frecuencia de presentación de embarazo ectópico a través de los años, obteniéndose un promedio de 18.48 casos por cada 1000 partos.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 1

Prevalencia de embarazo ectópico



El gráfico nos muestra un ascenso progresivo del embarazo ectópico a través de los años desde un 10.32 por 1000 partos en el 2011 a 21.60 en el 2016, teniendo el mayor incremento en el año 2015 con 25.30 casos por cada 1000 partos atendidos.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 2

Servicio de ingreso a emergencia

Modo de ingreso	N°	Porcentaje (%)
Ginecología	243	86.5
Medicina	21	7.5
Cirugía	17	6.0
Total	281	100.0

Observamos que el 86.5% de pacientes fueron atendidos en emergencia directamente por ginecología, mientras que el 13.5% restante lo hicieron por medicina y cirugía.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 3

Edad

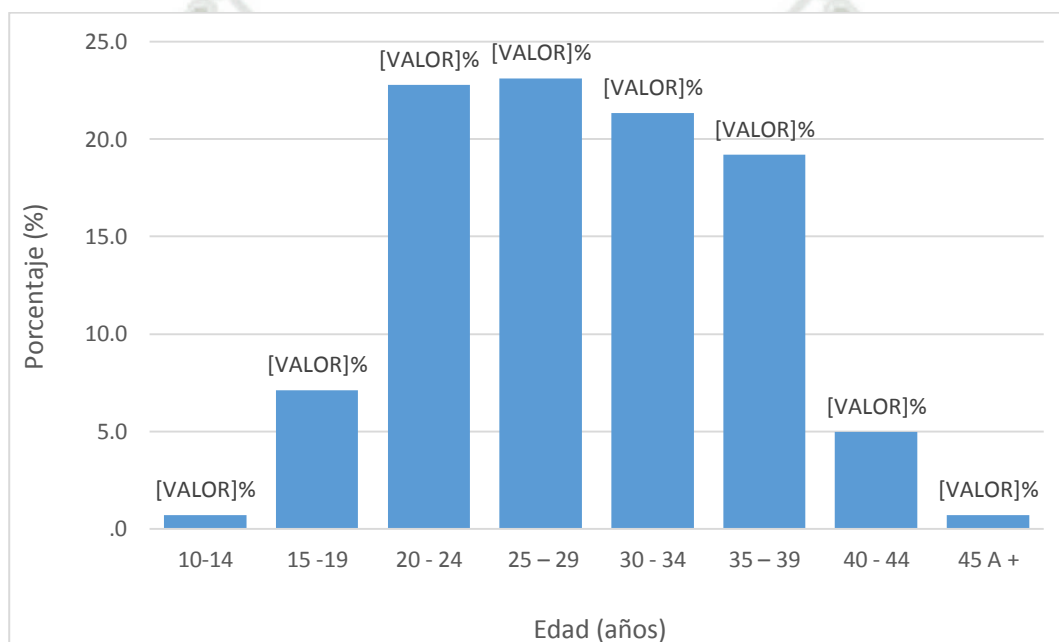
Edad (años)	N°	Porcentaje (%)
10-14	2	0.7
15 -19	20	7.1
20 - 24	64	22.8
25 – 29	65	23.1
30 - 34	60	21.4
35 – 39	54	19.2
40 - 44	14	5.0
45 A +	2	0.7
Total	281	100.0

El 88.3% de paciente tuvieron edades entre los 20 y 39 años; el intervalo entre los 25 y 29 años presento el mayor porcentaje de casos de embarazo ectópico con el 23.1%.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 2

Edad

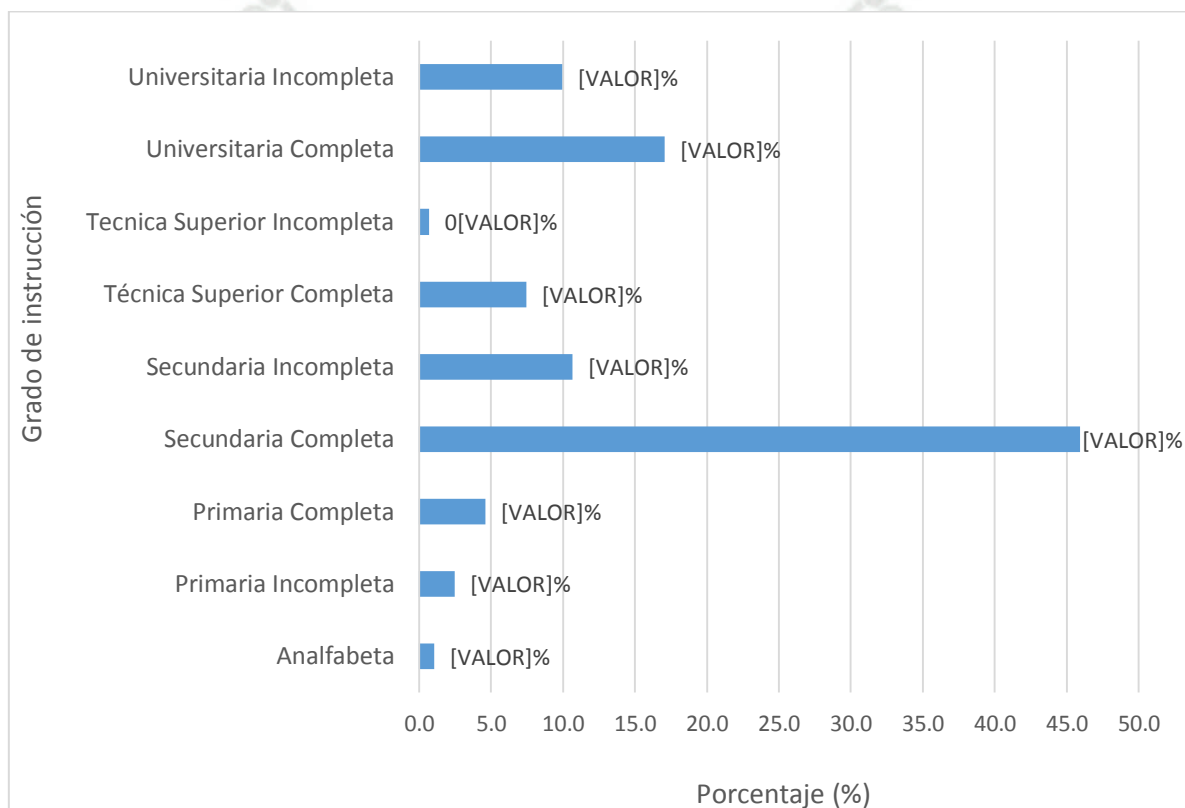


Edad promedio \pm DE (min – max): 28.92 ± 7.03 años (13-47 años)

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 3

Grado de instrucción

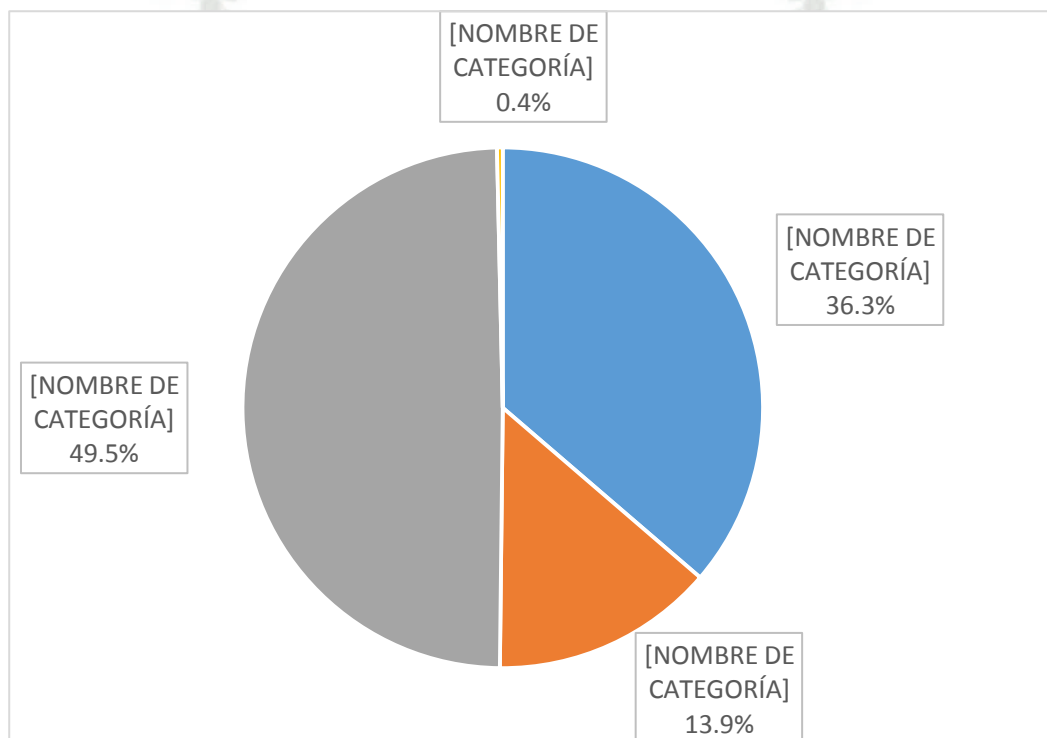


El gráfico nos muestra que en el 45.9% de pacientes tuvieron educación secundaria completa, mientras que el 17.15% de ellas la tuvo universitaria completa. Ambas representan el 63% del total del paciente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 4

Estado Civil



Se aprecia que en el 49.5% de pacientes predomina el estado civil de conviviente, seguido de soltera en el 36.3% del total.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 4

Lugar de procedencia

Procedencia	N°	Porcentaje (%)
Alto selva alegre	39	13.9
Miraflores	37	13.2
Paucarpata	32	11.4
Cercado	29	10.3
Mariano Melgar	21	7.5
Hunter	13	4.6
J.L.B y R	13	4.6
Cerro Colorado	31	11.0
Cayma	23	8.2
Otros	43	15.3
Total	281	100.0

Se observa que el mayor número de pacientes provinieron de los distritos de Alto Selva Alegre, Miraflores, Paucarpata, Cercado y Cerro Colorado con el 59.8% el total.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 5

Edad de inicio de relaciones sexuales

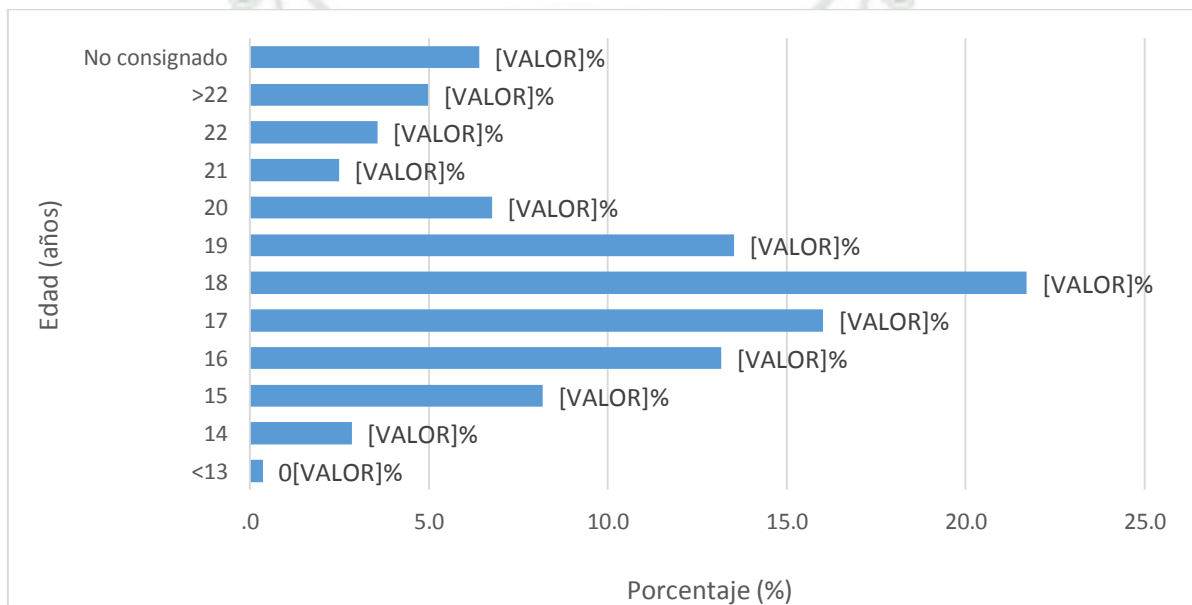
Edad (años)	N°	Porcentaje (%)
<13	1	.4
14	8	2.8
15	23	8.2
16	37	13.2
17	45	16.0
18	61	21.7
19	38	13.5
20	19	6.8
21	7	2.5
22	10	3.6
>22	14	5.0
No consignado	18	6.4
Total	281	100.0

Se observa que el 75.8 % de pacientes iniciaron su vida sexual a una edad menor a los 19 años, estando el mayor porcentaje entre los 17 y 18 años con 37.7%

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 5

Edad de inicio de relaciones sexuales

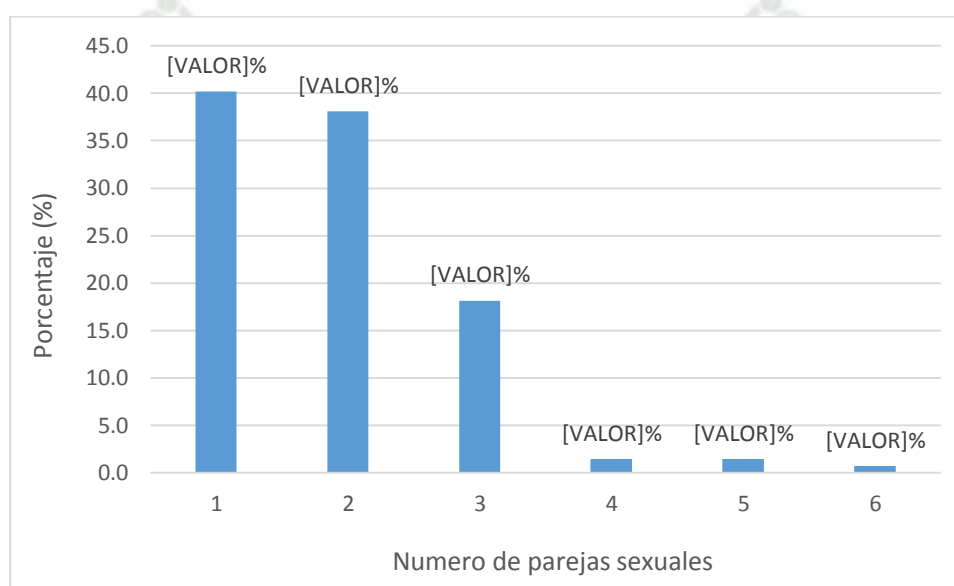


Edad promedio de inicio de relaciones sexuales \pm DE (min – max): 18.03 \pm 2.4 años (10-25 años)

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 6

Número de parejas sexuales

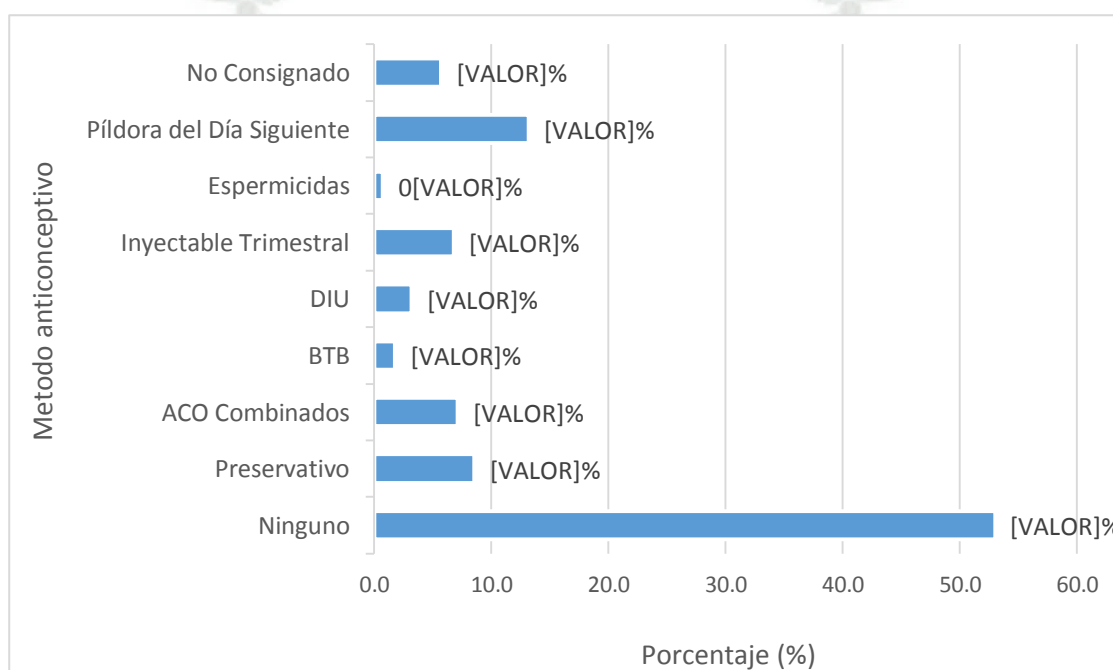


En el gráfico observamos que el 78.3% de pacientes tuvieron hasta 2 parejas, y tan solo el 3.5% de ellas entre 4 y 6 parejas sexuales.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 7

Método anticonceptivo utilizado



El gráfico muestra que el 53.0% de pacientes no hicieron uso de método anticonceptivo alguno, mientras que la píldora del día siguiente fue el método anticonceptivo más utilizado con el 13.2%.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 6

Antecedentes ginecológicos

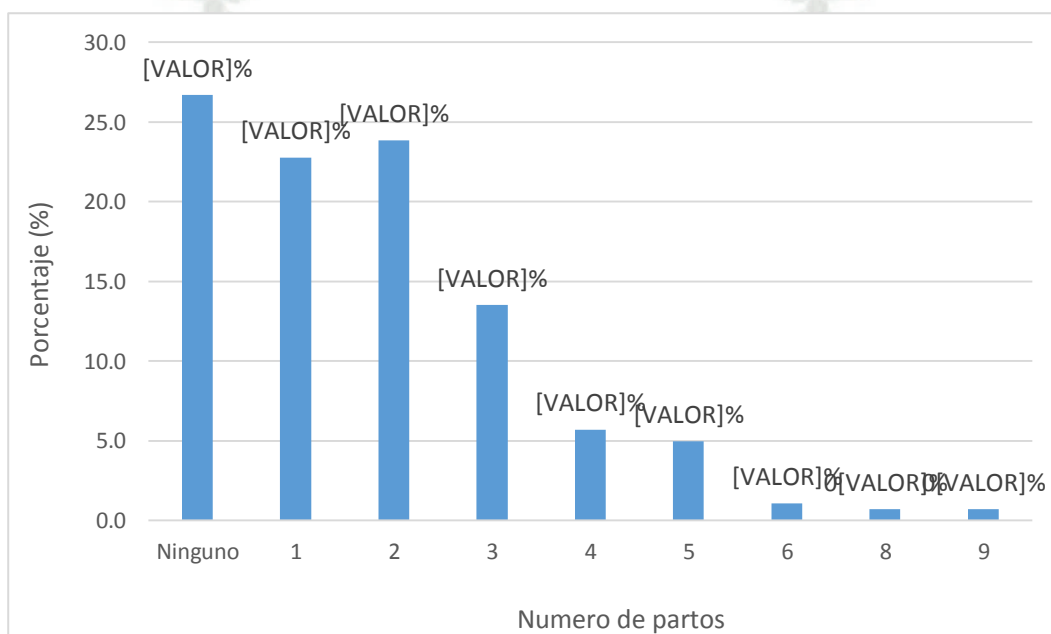
Antecedente	N°	Porcentaje (%)
Ninguno	220	78.3
Leucorrea	40	14.2
Endometritis	8	2.8
EPI	8	2.8
Endometriosis	5	1.8
Total	281	100.0

Se evidencia que el 78.3% de pacientes no refirieron antecedentes ginecológicos. La leucorrea y la EPI estuvieron presentes en el 14.2% y 2.8% respectivamente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 8

Distribución de mujeres según paridad

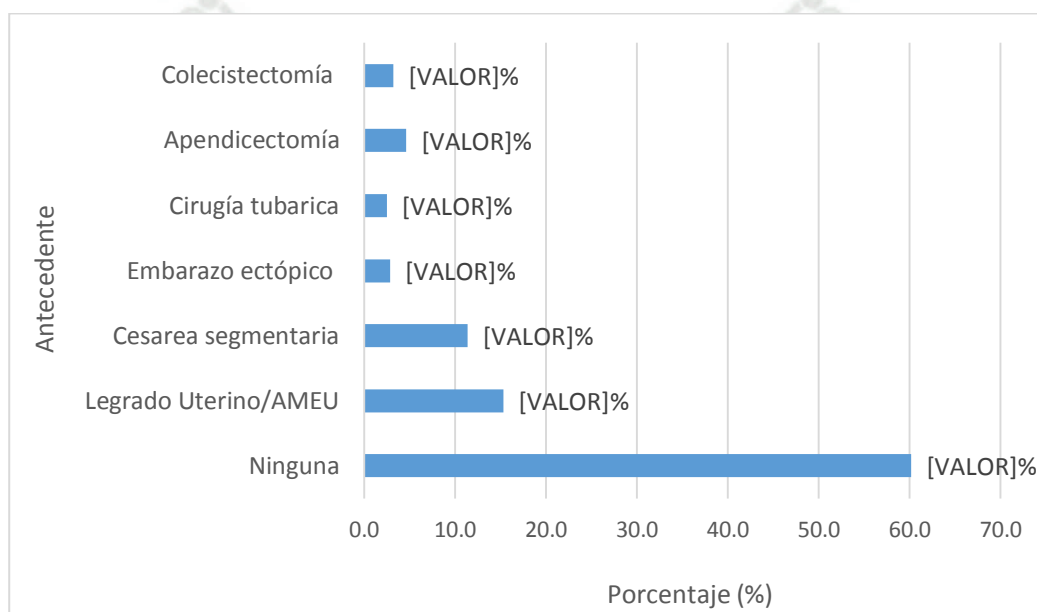


El gráfico muestra que el 26,7% de pacientes con embarazo ectópico fueron nulíparas, seguido de secundíparas en 23.8% y primíparas en 22.8% de casos.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 9

Antecedentes quirúrgicos abdomino pélvicos



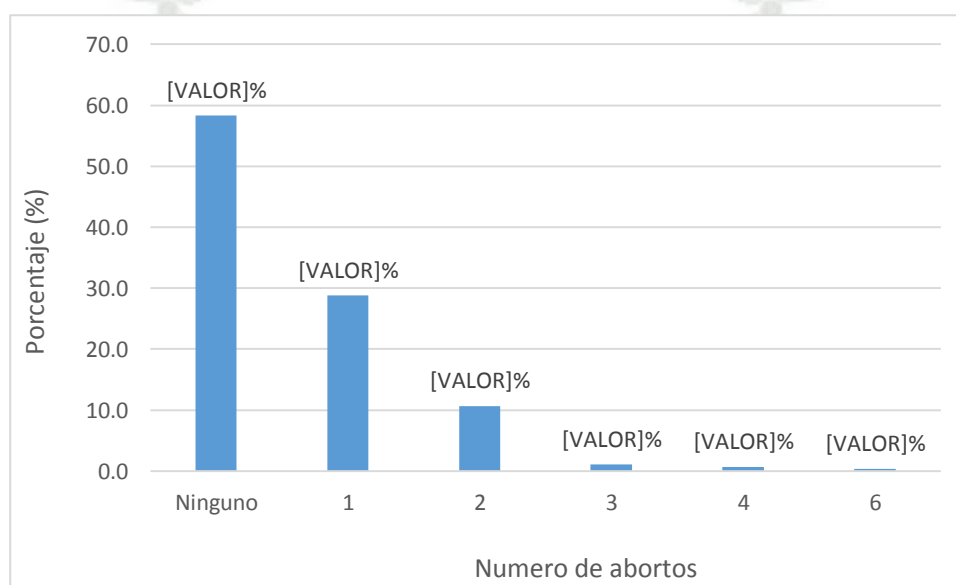
El gráfico muestra que el antecedente quirúrgico que predominó fue el legrado uterino/AMEU, con el 15.3%, seguido de Cesárea segmentaria en el 11.4% de pacientes.

El 60.1% no presentaron antecedentes.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 10

Antecedente de abortos



El gráfico nos muestra que el 58.4% de las pacientes no presentaron antecedentes de abortos, mientras que el 28.8% y 10.7% tuvieron 1 y 2 abortos respectivamente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 7

Edad gestacional

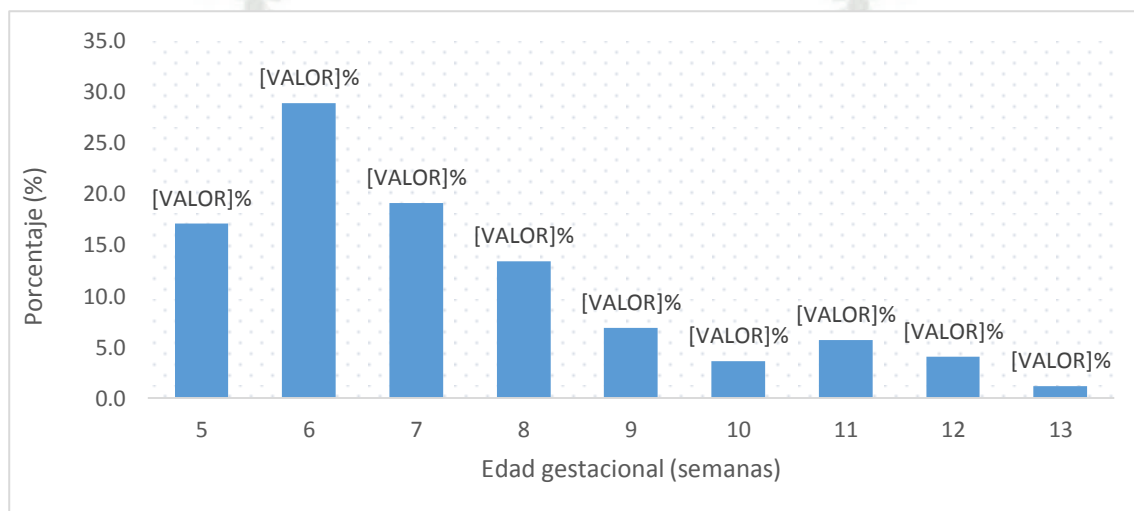
Semanas	N°	Porcentaje (%)
5	42	17.1
6	71	28.9
7	47	19.1
8	33	13.4
9	17	6.9
10	9	3.7
11	14	5.7
12	10	4.1
13	3	1.2
Total	246	100.0

La tabla muestra que la edad gestacional que predominó fue la comprendida entre las 5 y 8 semanas con el 75.8%. La edad gestacional correspondiente a 4 semanas es la que presentó el mayor porcentaje con el 28.9% del total de pacientes.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 11

Edad Gestacional



Edad gestacional promedio \pm DE (min – max): 7.26 ± 2.0 semanas (3-11 semanas)

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 8

Tiempo de enfermedad

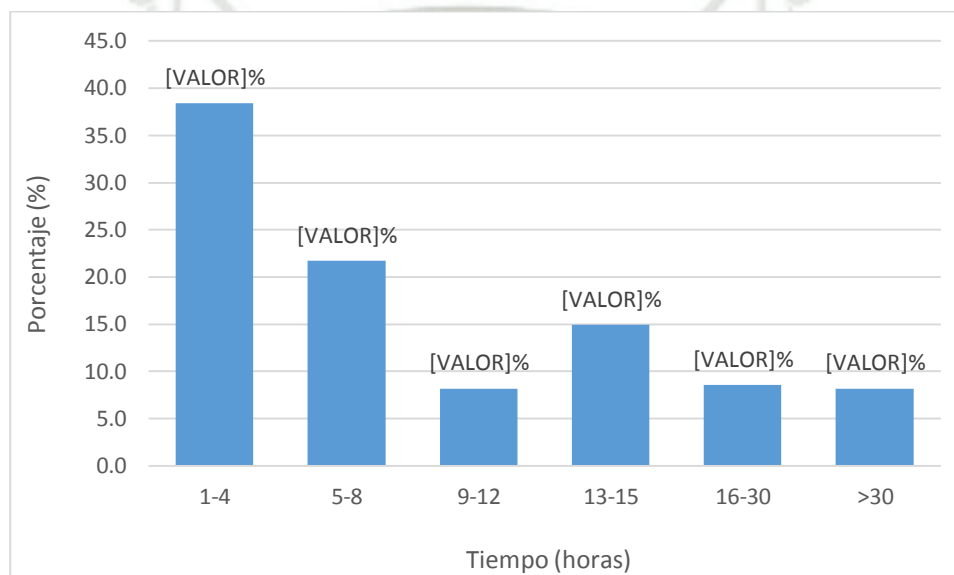
Tiempo (horas)	N°	Porcentaje (%)
1-4	108	38.4
5-8	61	21.7
9-12	23	8.2
13-15	42	14.9
16-30	24	8.5
>30	23	8.2
Total	281	100.0

Observamos que en el 38.4% de las pacientes tuvieron un el tiempo de enfermedad menor a 4 horas y en el 8.2% éste fue mayor a 30 horas.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 12

Tiempo De Enfermedad

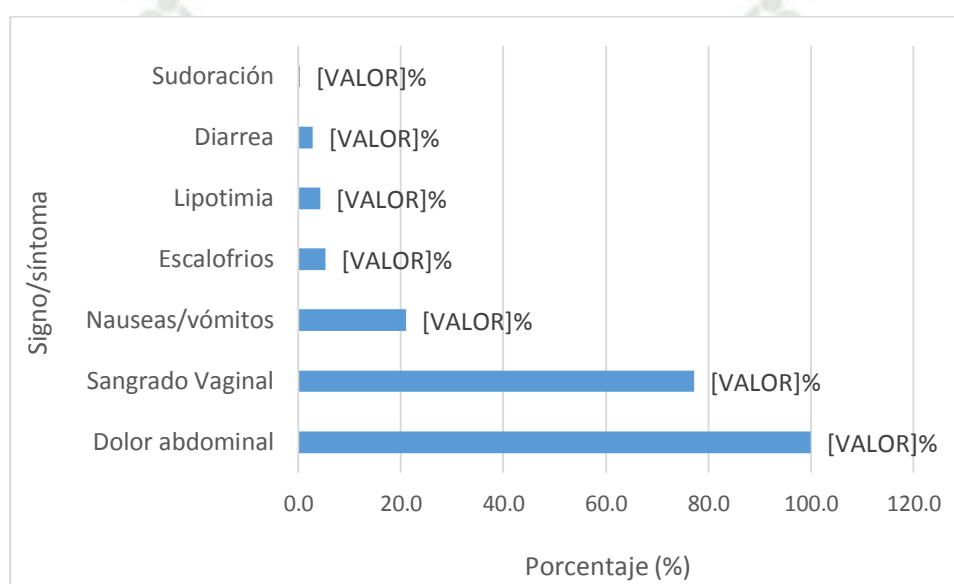


Tiempo de enfermedad promedio \pm DE (min – max): 10.09 ± 8.6 horas (3-31 horas)

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 13

Signo-Sintomatología



Observamos que el síntoma de mayor frecuencia fue el dolor abdominal, presente en el 100% de pacientes, mientras que el sangrado vaginal y las náuseas/vómitos estuvieron presentes en el 77.2% y 21.0% del total de pacientes respectivamente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 9

Localización Del Dolor Abdominal

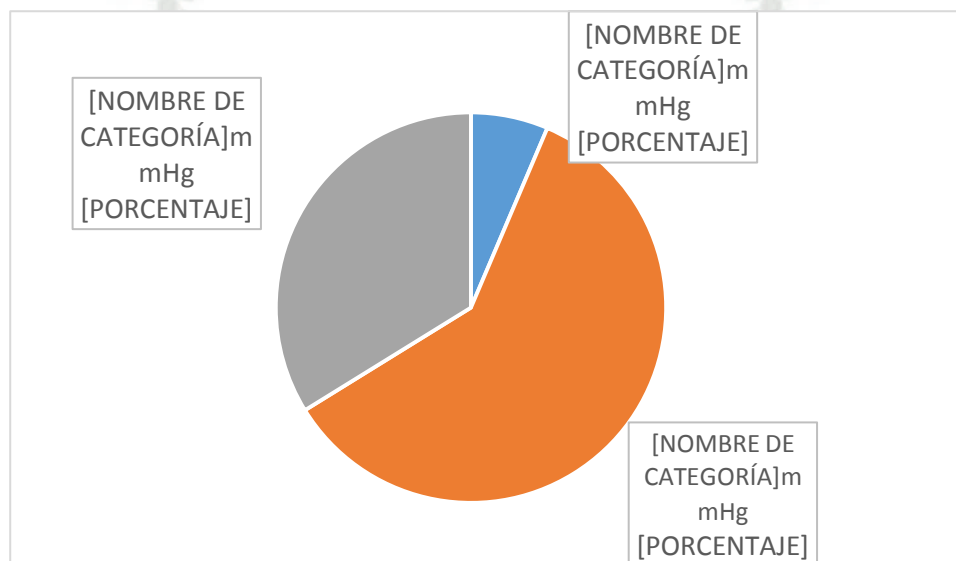
Sintomatología	N°	Porcentaje (%)
Dolor abdominal difuso	149	53.0
Dolor Hipogástrico	103	36.7
Dolor en fosa iliaca D/I	85	30.2
Dolor en hipocondrio D/I	21	7.5
Dolor epigástrico	8.0	2.8
Dolor mesogástrico	6	2.1

Del total de pacientes que refirieron dolor abdominal, predominó el dolor difuso con el 53% seguido por dolor en hipogastrio con el 36.7% y de fosas iliacas en el 30.2%.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 14

Presión arterial sistólica

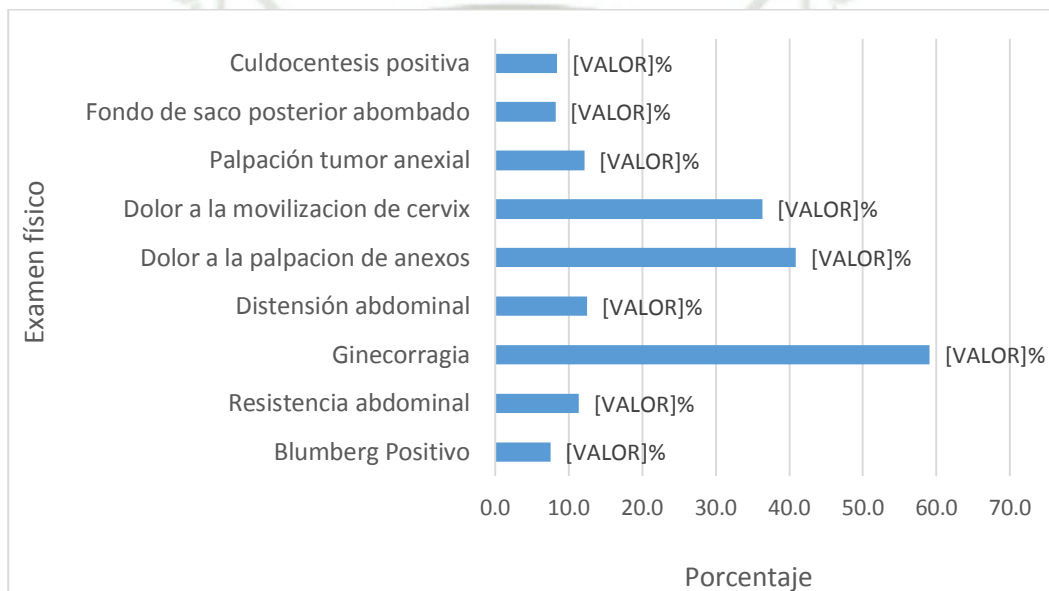


El gráfico muestra que el 94% de pacientes tuvieron una presión arterial sistólica mayor a 80 mmHg, mientras que el 6% restante presentó una PAS menor a ésta.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 15

Hallazgos en el examen físico



En el gráfico podemos ver que el sangrado transvaginal fue el hallazgo más frecuente, presente en 59.1% de pacientes, seguido de dolor a la palpación de anexos y a la movilización del cérvix en el 40% y 36,3% respectivamente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 10

Ayuda diagnóstica en embarazo ectópico

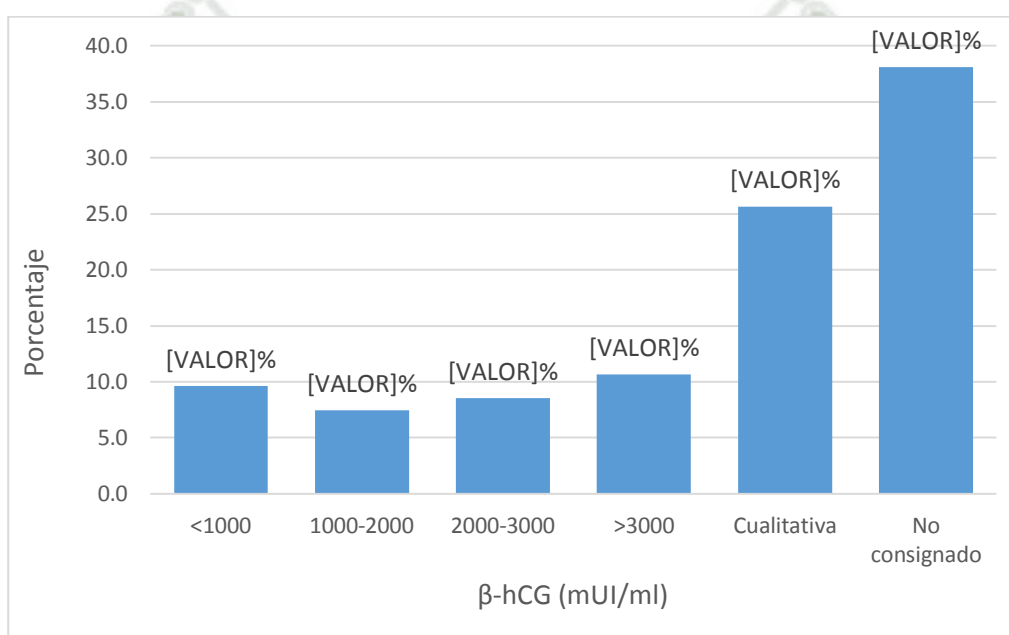
Examen	N° / Total	Porcentaje (%)
Ecografía	248 / 281	88.3
β -hCG	174 / 281	61,9
Culdocentesis	23 / 281	8,4

La ecografía se realizó en el 88.3% de pacientes, seguido del dosaje β -hCG y la culdocentesis en 61.9% y 8.4% respectivamente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 16

Concentración de β -hCG

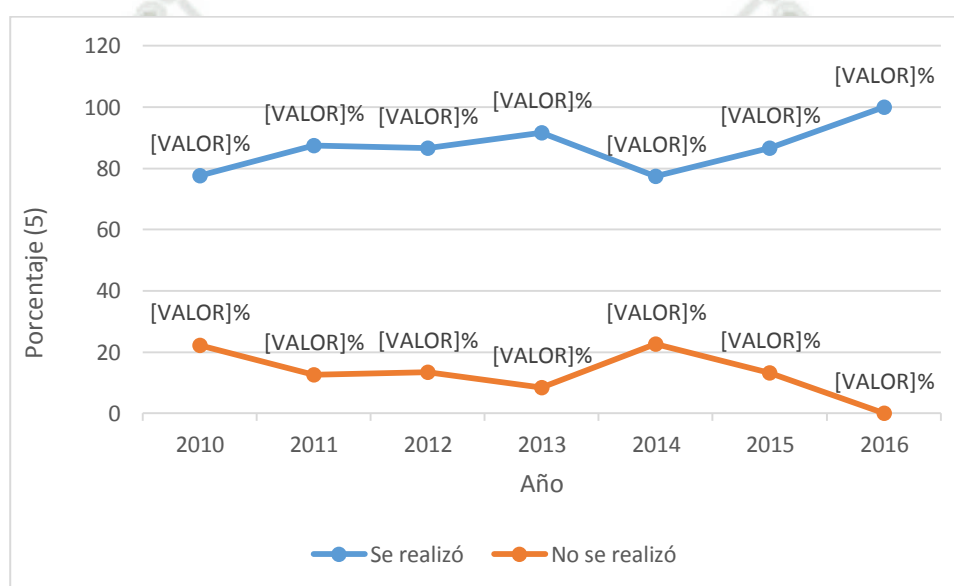


Se aprecia en el gráfico que en el 38.1% de las historias evaluadas no se consignó su estudio, en el 25.6% se realizó un dosaje cualitativo y en 36.3% un estudio cuantitativo. Del total de pacientes con medición cuantitativa de ésta hormona, el 73.5% de ellas presentó una concentración mayor a 1000 mUI/ml.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 17

Cobertura del estudio ecográfico

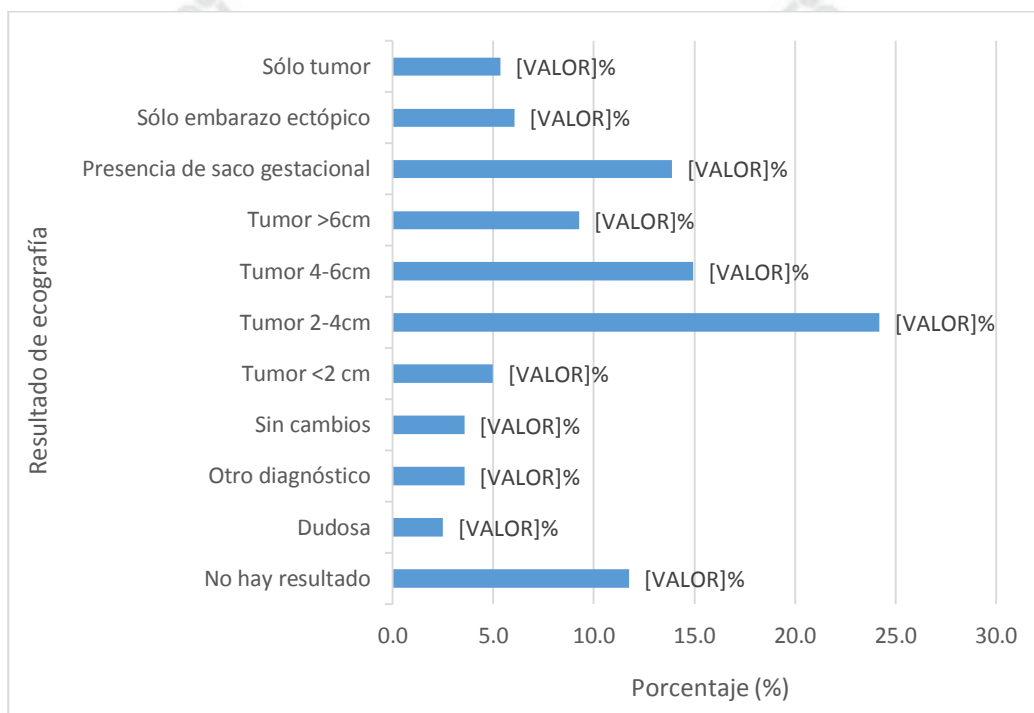


Se evidencia en el gráfico que, en el año 2016, el 100% de las pacientes con embarazo ectópico contó con ecografía diagnóstica, mientras que en el año 2014 se alcanzó el punto más bajo, cuando solo el 77.4% del total de pacientes contaron con dicho estudio.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 18

Reporte Ecográfico

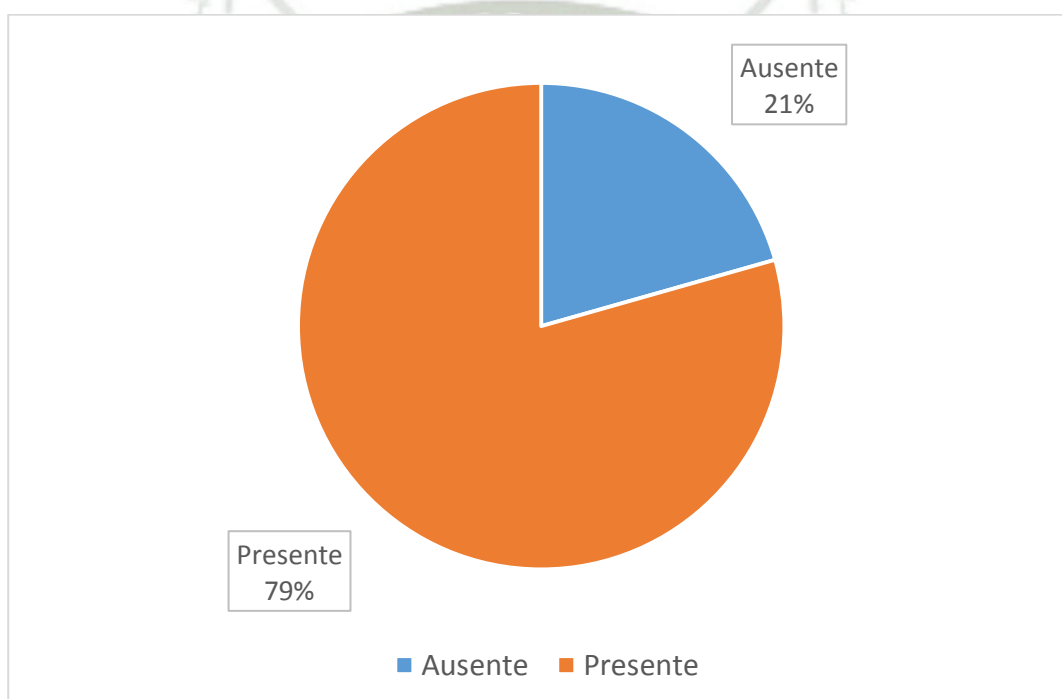


El hallazgo más frecuente en los reportes ecográficos fue una tumoración de 2 a 4 cm en 24.2% de los casos, seguido en frecuencia por 14.9% y 13.9% correspondientes respectivamente a la presencia de una tumoración de 4-6 cm y de saco gestacional.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 19

Presencia de líquido libre en cavidad según ecografía

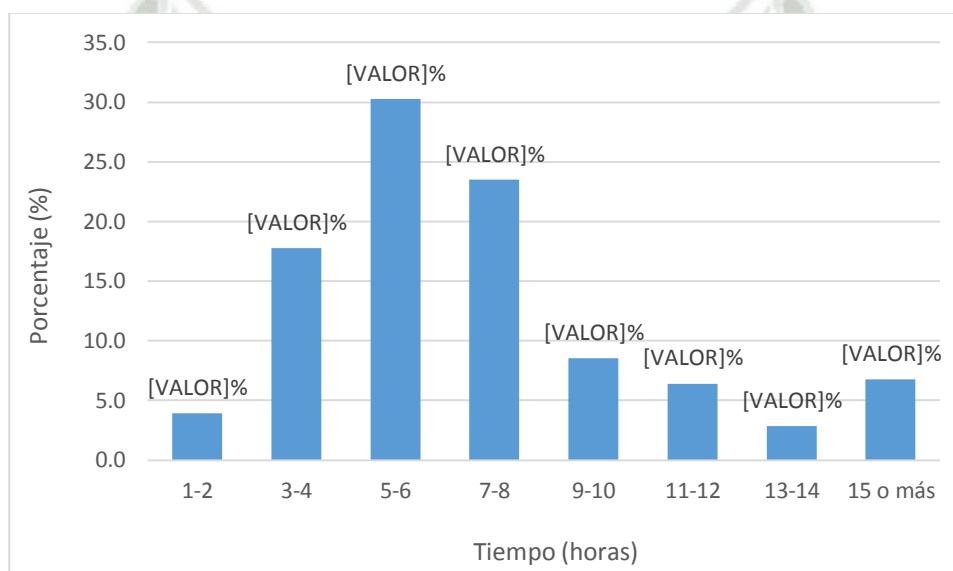


Se evidencia que del total de ecografías efectuadas, en el 79% se encontró presencia de líquido libre en cavidad, mientras que en el 21% restante éste estuvo ausente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 20

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento



El gráfico muestra que el tiempo transcurrido para recibir atención luego del ingreso fue de 3-4 horas en el 30.2% de casos, mientras que en el 23.5% éste fue de 7-8 horas.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 11

Tratamiento realizado

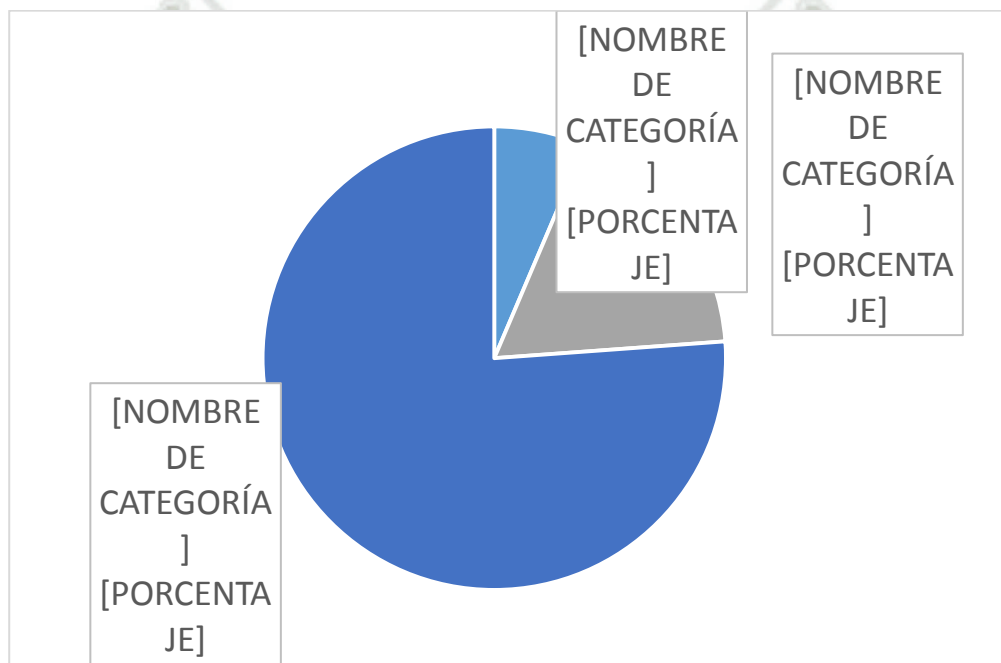
Tratamiento	N°	Porcentaje (%)
Expectante	2	0.7
Quirúrgico	278	98.9
Médico	1	0.4
Total	281	100.0

Se efectuó tratamiento quirúrgico en el 98.9% de casos, siendo el tipo de manejo más frecuentemente realizado.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 21

Estado de la trompa uterina al momento de la cirugía



El gráfico muestra que en el 76% de las intervenciones quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico tubario, la trompa se encontraba rota y que en 24% se encontraba indemne.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 12

**Relación entre estado del embarazo ectópico roto
y presencia de sangre en cavidad**

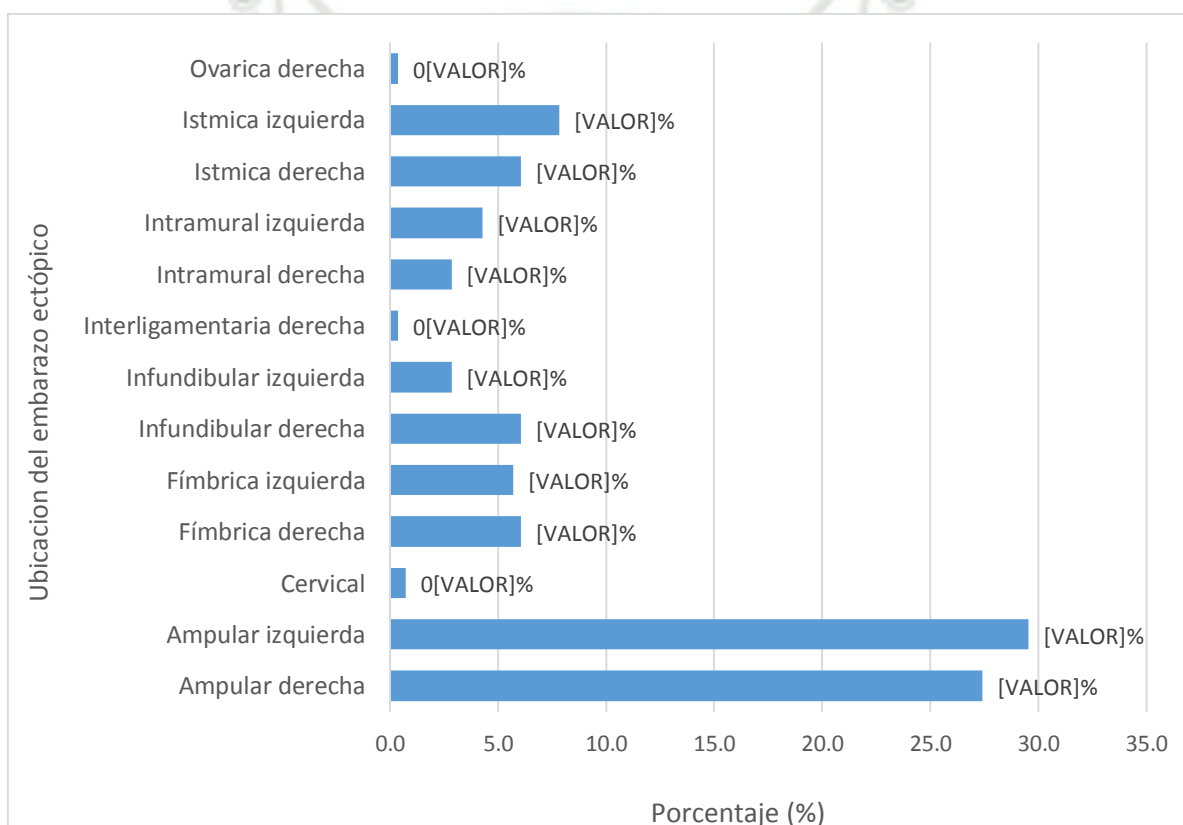
Hallazgo	N°	Porcentaje %
Embarazo ectópico roto	214	76.2
Sangre en cavidad	221	78.6

Se observa que los 214 casos de embarazo ectópico roto no guardan relación con los 221 casos donde se encontró sangre en cavidad.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 22

Ubicación del embarazo ectópico



En los 278 casos tratados con laparotomía, la ubicación más frecuente de los embarazos ectópicos en las mujeres en estudio fue la ampolla de la trompa con el 56.9% de total de casos, dividido en 29.5% izquierdo y 27.4% derecho. El tercer lugar de más frecuente ubicación fue la porción ístmica izquierda de la trompa (7.8%).

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 13

Características de la trompa contralateral

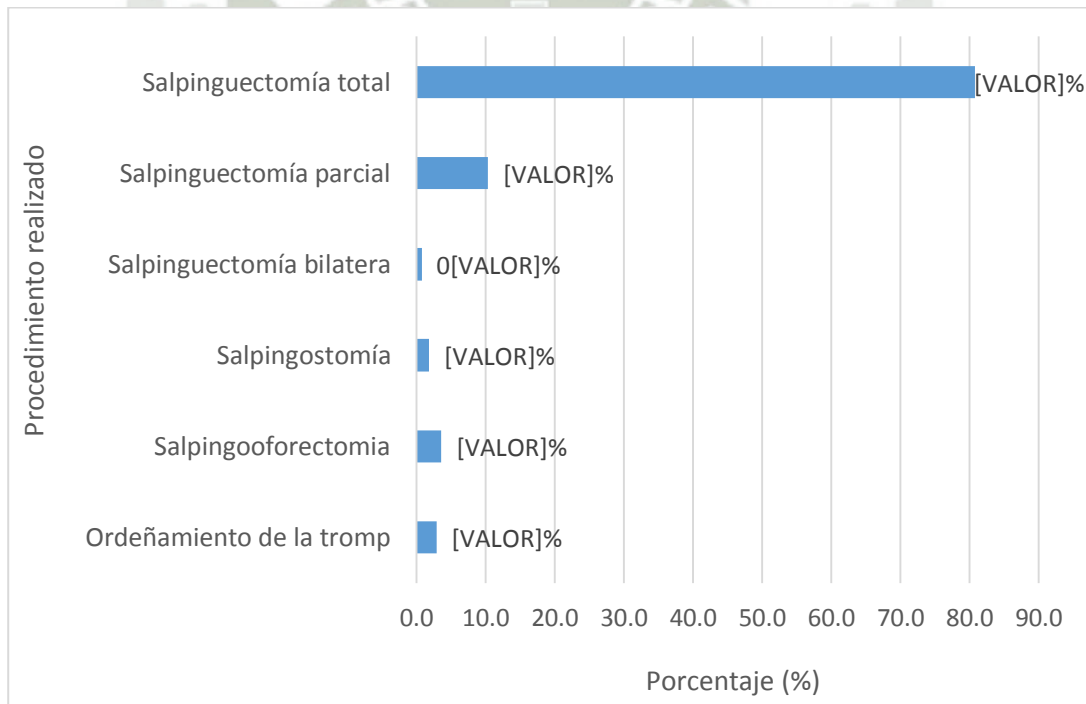
Hallazgo	N°	Porcentaje
Sin cambios	216	76.8
Congestiva	37	13.1
Congestiva y tortuosa	25	8.9
Hidrosalpinx	1	0.4
Hematosalpinx	1	0.4
Ausente	1	0.4
Total	281	100.0

Se observa que en el 76.8% de intervenciones, la trompa contralateral no presentó cambios, mientras que en el 22.8% presentó algún tipo de alteración. En el 0.4% estuvo ausente.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENECHÉ DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 23

Tratamiento: Tipo De Procedimiento Realizado

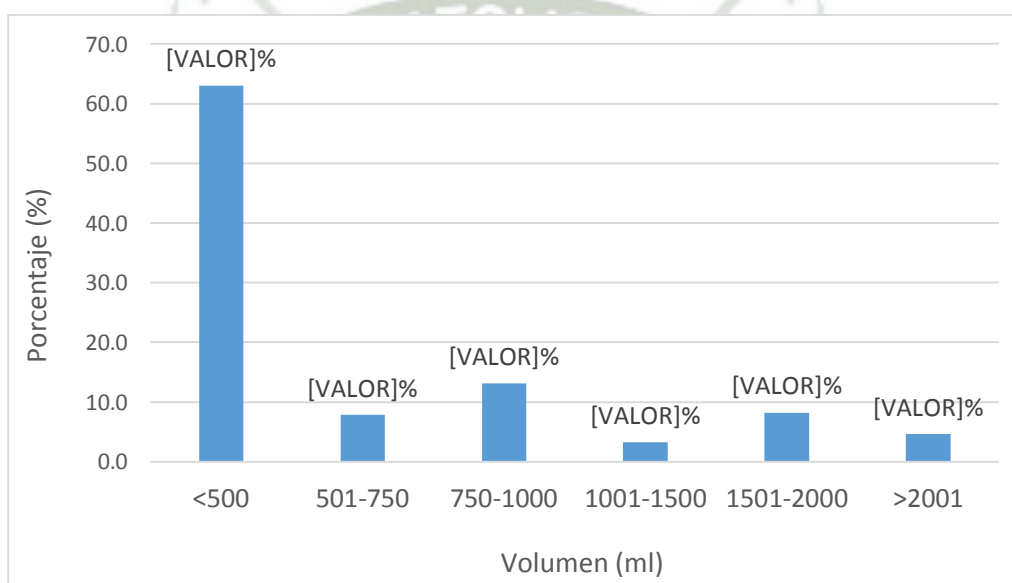


El gráfico evidencia que la salpinguectomía total fue efectuada en el 80.8%, seguido de la salpinguectomía parcial en 10.3% de los casos.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Gráfico 24

Volumen de sangre en cavidad



Volumen de sangre promedio \pm DE (min – max): 653,6 \pm 593,1 mililitros (300 -2500 ml)

El gráfico muestra que en el 63.0% de pacientes intervenidas quirúrgicamente, se encontró un volumen de sangre en cavidad <500 ml, mientras que en 13.2% de pacientes se encontró entre 751 y 1000 ml de ésta.

**EPIDEMIOLOGIA, CLÍNICA, LABORATORIO, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL III – 1 GOYENCHE DE AREQUIPA EN EL PERIODO ENERO 2010
– DICIEMBRE DEL 2016**

Tabla 14

Volumen de sangre en cavidad vs Presión arterial sistólica al ingreso

Pérdida sanguínea (ml)	Presión arterial sistólica (mmHg)			Total	Porcentaje (%)
	>100	80-100	<80		
<500	84	53	0	137	61.4
501-750	5	17	1	23	10.3
751-1000	0	27	1	28	12.6
1001-1500	0	5	1	6	2.7
1501-2000	0	3	15	18	8.1
>2001	0	2	9	11	4.9
	89	107	27	223	100.0

En la tabla comparativa se observa que en el 100% de pacientes con hemoperitoneo menor a 500 ml, la presión arterial sistólica (PAS) fue mayor a 80 mmHg, mientras que en 82.7% de pacientes con sangrado mayor a 1251 ml, la PAS fue menor a 80 mmHg.



Presentamos un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, unipoblacional y transversal efectuado en el Hospital III Goyeneche de Arequipa durante los años 2010 al 2016, en el cual se revisaron historias clínicas en busca de casos de embarazo ectópico, hallándose 281 casos de pacientes ingresadas del Servicio de Ginecología con el diagnóstico de Embarazo Ectópico y que cumplían los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

Se elaboró una ficha de recolección de datos para procesar la información obtenida de las historias clínicas para luego ser codificada en una hoja de cálculo Microsoft Excel (2016) para su tabulación, análisis e interpretación.

En la **Tabla y Gráfico 1** se aprecia que entre los años 2010 y 2016 se atendieron un total de 15,299 partos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, encontrándose una prevalencia de 1.8%, resultado cercano al 2.0% encontrado por Martínez en el 2010.³ Nuestro hallazgo es similar también a los de Cunnighan, quien reporta un 2%,² Chávez, 1.33% en 1986,⁴ Bautista, 1.4% en 1991,⁷ Freund, 1.38% en 1998,⁵ Cabrera, 1.3% en el 2003,⁶ Cuervo-Vidal, 2.1% en 2006,¹⁵ mientras que fue mayor al encontrado por Chávez en 1982 en el Hospital Cayetano Heredia (0.7%),⁸ Dextre (0.7%),⁹ Zanabria,¹⁰ Trelles en el Hospital Rebagliati en el 2002 (0.4%),¹¹ Luglio (0.54%)¹² y Zapata (0.67%).¹⁸

En nuestra investigación, encontramos un aumento progresivo en la frecuencia de presentación desde el 2011, donde ésta era de 11.78 por cada 1000 partos hasta 25.30 casos por 1000 en el 2015, con discreta disminución en el 2016, siendo ésta de 18.48 por cada 1000 partos.

Yglesias encontró una incidencia de 11.9 casos por 1000 partos entre los años 2008 y 2010¹, cifra muy semejante al 11.78 de nuestro estudio en el año 2010. Al evaluar de forma general los resultados de los 7 años de estudio, concordamos con los resultados descritos por Guerrero Martínez E. en el Hospital Ángel del Pedregal México, que encontró una prevalencia de 18.9% entre los años 2006 y 2012.¹¹

En cuanto a resultados de estudios locales, la prevalencia encontrada en el presente estudio es muy inferior a la descrita por Zevallos Melgar, quien reporta una prevalencia de 45.61 casos por 1000 partos en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo.¹⁹

Toda esta información demuestra que la frecuencia de presentación de esta patología está aumentando, al parecer por los diferentes cambios en la conducta sexual de nuestra población.

La **Tabla 2** muestra que el 86.5% del total de pacientes, por emergencia, ingresaron directamente al consultorio de ginecología de emergencia, mientras que el 13.5 % restante fueron atendidas inicialmente por medicina y cirugía, prorrogando el diagnóstico y tratamiento.

La **Tabla 3** y el **Gráfico 2** muestran que la edad promedio de presentación encontrada en nuestro estudio fue 28.92 años, encontrándose el 67.3% de pacientes entre los 20 y 34 años, lo cual coincide con la edad reproductiva ideal y de mayor frecuencia de relaciones sexuales.

Es importante considerar que el 7.8% de pacientes son menores de 19 años, lo que confirma que la vida sexual se está iniciando a menor edad, pudiendo esto traer consigo en el futuro problemas de fertilidad y embarazos de riesgo.

La cuarta parte de las pacientes que presentaron embarazos ectópicos eran mayores de 35 años. Aunque la literatura indica que la edad no es un factor preponderante para su presentación, ésta estaría en relación a factores de riesgo acumulados a través de los años, como son, la conducta sexual, mayor número de parejas sexuales, antecedentes gineco obstétricos, factores hormonales y cambios funcionales en la trompa, lo que llevaría a alteraciones en el pasaje de los óvulos, favoreciendo la implantación de la mórula o blastocito en un sitio anormal para su desarrollo.

La Edad promedio de nuestro estudio concuerda con la encontrada por Durand, 29.24 años,¹⁴ Yglesias, en el Hospital Carrión con 28.91 años,¹ Martínez en el H. Loayza, 29 años,³ Coloma, 28.26 años¹⁷ y Zevallos, 31.21 años.¹⁹

En el **Gráfico 3** observamos que el 99% de pacientes eran letradas, predominado la educación secundaria completa y universitaria completa con el 45.9% y el 17% respectivamente. Yglesias encontró que 58.3% de pacientes tuvieron educación secundaria completa y 44.75% tuvieron universitaria completa,¹ mientras que Durán encontró educación secundaria completa en 35.7% de pacientes y universitaria completa en 25.7% de ellas.¹⁴ Ambos encontraron cifras mayores a nuestro estudio en cuanto a la frecuencia

de pacientes con educación universitaria completa, pero ambos presentaron estos dos grados de educación como los más frecuentes.

El **Gráfico 4** muestra que la convivencia predominó en el 49.5%, seguida de la soltería en el 36.3%. Ambos representan el 85.8% del total de pacientes, lo que podría ser un factor de riesgo por la inestabilidad como pareja y/o actitud sexual. Del total de pacientes, sólo el 13.9% fueron casadas. Este bajo porcentaje podría explicarse por el mayor grado de cuidado que tienen las parejas “estables” en cuanto a anticoncepción se refiere.

Los resultados obtenidos por el presente estudio se asemejan a los de Yglesias, quien encontró que el 55.2% de pacientes fueron convivientes,¹ y con los de Durán, quien encontró que el 40% de pacientes fueron solteras y 40% fueron convivientes.¹⁴

Del total de pacientes, el 96.6% viven en la Provincia de Arequipa, de los cuales el 70.5% proceden de los distritos de Alto Selva Alegre, Miraflores, Paucarpata, Cerro Colorado, Arequipa Cercado y Cayma, tal como muestra la **Tabla 4**.

Es de resaltar que el 11% de pacientes provinieron de los distritos de José Luis Bustamante y Rivero, Hunter y Socabaya, a pesar de que estos distritos están alejados y no pertenecer a la jurisdicción del hospital.

Se conoce que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para el desarrollo de embarazos ectópicos. La **Tabla y el Gráfico 5** evidencian que, en el presente estudio, se encontró un promedio de edad de inicio de relaciones sexuales de 18.03 años (± 2.4 años) (rango entre 10 y 25 años), predominando en el 75.8% la edad menor de 19 años. El 64% de mujeres tuvieron entre 16 y 19 años, estando esto en relación con los hallazgos de Yglesias, Cabrera y Durán, quienes describieron una frecuencia de 61.2%, 62.4% y 62.8% respectivamente.^{1,6,14}

En el **Gráfico 6** se aprecia que el 59.80% de pacientes han tenido más de una pareja sexual. Resultados semejantes fueron encontrados por Loayza, quien describió una frecuencia de 65.6%,³ y ligeramente diferentes a los hallados por Zapata y Coloma (46%)^{19,20} y Durán (74.2%).¹⁴

El **Gráfico 7** muestra que el 53% de mujeres no usaron métodos anticonceptivos, frecuencia similar a la reportada por Yglesias con 55%,¹ pero mayor a la encontrada por Coloma (31%),¹⁹ y Durán (42.2%).¹⁴

El “método” anticonceptivo más utilizado entre las pacientes fue la “píldora del día siguiente” en el 13.2%, dato importante que podría hacer suponer que su uso estaría relacionado con una mayor frecuencia de presentación de embarazo ectópico, lo cual refutaría la literatura existente, que refiere que éste “método” no influye en la presentación de ésta complicación ya que el riesgo de la población en general es de 0.8% al 2% haciendo o no uso de la anticoncepción de emergencia. Lamentablemente dicha relación no puede ser confirmada en este trabajo de investigación por tratarse de un estudio descriptivo. Complementan la investigación el uso de preservativos en el 8.54% de casos, anticonceptivos hormonales en 14.23% y el uso de dispositivos intrauterinos en 2.2% del total.

Otros estudios reportan en sus resultados que el método anticonceptivo más utilizado fue el DIU, como son Guerrero con el 18%,¹³ Freund con el 26%,⁵ Martínez con 33%³ y Luglio con 22,16%,¹² a diferencia de nuestros hallazgos, donde se encontró una frecuencia para éste método de 3.2%, ocupando el quinto lugar.

La **Tabla 6** deja en evidencia que el 78.30% de pacientes no refirieron antecedentes ginecológicos. Leucorrea fue referida por el 14.23% y enfermedad inflamatoria pélvica por el 2.85%. Este último valor tiene similitud al descrito por Zapata (5.7%)¹⁸ y Coloma (1.6%)¹⁷; y es menor a los descritos por Durán (8.5%),¹⁴ Cuero-Vidal (22.1%),¹⁵ Freund (22.1%)⁵ y Trelles (22.1%).¹¹ Consideramos que los resultados de nuestro estudio, menores en relación con la mayoría, pueden deberse a que éste trabajo es una revisión de historias clínicas donde no se consideró indagar sobre esta patología.

En el **Gráfico 8** se observa que para el 26.7% de pacientes, el embarazo ectópico fue su primera gestación, para el 22.8% su segunda y para el 23.8% fue su tercera, porcentajes semejantes a los encontrados por Durán, quien describe una frecuencia de 27.14% , 21.4% y 24.2% respectivamente,¹⁴ y Coloma, quien señala una frecuencia de 72.3% para pacientes en quienes el embarazo ectópico no fue su primera gestación.¹⁹

En lo referente a los antecedentes quirúrgicos abdomino-pélvicos, es de importancia referir que los procesos inflamatorios, infecciosos y adherenciales intra-abdominales pueden afectar la anatomía y/o funcionalidad de las trompas. Se encontró que el 11.4% de pacientes tuvo una o más cesáreas previas y que el 14.3% tuvo el antecedente de habersele realizado un legrado y/o AMEU como muestra el **Gráfico 9**. Éste último valor es menor al

encontrado en los estudios de Trelles en el H. Rebagliati, Durán y Cuero-Vidal en el hospital Loayza, quienes refirieron una frecuencia de dicho antecedente de 22%, 25.9% y 25.5% respectivamente.^{11,14,15}

El **Gráfico 10** demuestra que en nuestra investigación se encontró que el 41.6% de pacientes tuvo uno o más abortos, porcentaje similar al descrito por Durán con el 35.6%¹⁴ y discretamente menor al 54.5% encontrado por Yglesias.¹

En la **Tabla 7 y en el Gráfico 11** se aprecia que el 87.5% de pacientes presentaron retraso menstrual, habiéndose hecho el diagnóstico de embarazo ectópico cuando presentaron una edad gestacional entre 5 y 8 semanas en el 78.5% de los casos. Observamos que el promedio general de edad gestacional es 7.26 ± 2.0 semanas (rango de 5-13 semanas). El valor hallado en el presente estudio coincide con los encontrados por Coloma (8.3 ± 3.0 semanas),¹⁷ Martínez (7.0 ± 1.9 semanas),³ Trelles (6.8 ± 2.1 semanas),¹¹ Zevallos (7.09 semanas)²¹ y Mercado (7.2 semanas),²⁰ por lo que podríamos considerar que las pacientes del hospital en estudio le restan importancia a dicho signo, retrasando su diagnóstico y tratamiento.

Se encontró que el 38.4% de las pacientes acudió por emergencia en las primeras cuatro horas de iniciado los síntomas mientras que el 21.7% de ellas lo hizo luego de 5 a 8 horas, tal como muestra la **Tabla 8 y el Gráfico 12**. Estos tiempos son prologados si consideramos que la mayor complicación de este cuadro es el shock hipovolémico a consecuencia del sangrado. El promedio de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la atención por emergencia fue de 10.09 ± 8.6 horas (rango de 3-31 horas). Es de importancia mencionar que el 8% de pacientes acudieron después de 30 horas de haberse iniciado los síntomas, lo cual es preocupante debido a que demuestra la poca importancia que le da la población a la salud.

En el **Gráfico 13** se evidencia que la sintomatología predominante fue el dolor abdominal, el cual estuvo presente en el 100% de pacientes, hallazgo muy similar al de Yglesias, quien reportó que este síntoma estuvo presente en 99.5% de casos y al de Zevallos Melgar, quien refirió una frecuencia de 95.63% para este síntoma.^{1,19} Nuestro resultado difiere notablemente de los descritos por Cuero-Vidal, quien reporta una frecuencia de 42.3%.¹⁵ La triada amenorrea, dolor abdominal y ginecorragia se presentó en el 77.2% de pacientes, porcentaje mayor al descrito por Martínez en el H. Loayza (67.5%)³ y Sánchez (35.1%).¹⁶

Tomando en cuenta la localización del dolor abdominal, el 53% del total de pacientes presentaron dolor abdominal difuso, seguido de dolor hipogastrio en el 36% y fosas iliacas en el 30%, tal y como lo muestra la **Tabla 9**, lo cual tiene sentido considerando la localización de las trompas uterinas.

El sangrado vaginal estuvo presente en el 77.2% de pacientes, frecuencia mayor a la descrita por Yglesias (60%) y Zevallos Melgar (68.73%).^{1,19} Podemos deducir que en la mayor parte de pacientes que presentaron sangrado vaginal, este fue escaso, debido a que sólo en 6% de pacientes se encontró la presión arterial sistólica en menos de 80mmHg al momento del ingreso como se muestra en el **Gráfico 14**. Las náuseas y vómitos estuvieron presentes en casi un cuarto del total de pacientes (21%).

El 3.5% de casos fue consignado como shock hipovolémico, cifra que difiere con la encontrada por Martínez (5.2%)³ y por Sánchez (6.54%),¹⁶ y la gran mayoría de autores, quienes en promedio reportan una frecuencia de 10%.

Podemos observar en el **Gráfico 15** que a la evaluación ginecológica, se encontró que el sangrado vaginal estuvo presente en el 59.1% de pacientes, seguido del dolor a la palpación abdomino pélvica en el 40% y la movilización del cérvix con el 36%, signología que concuerda con la literatura nacional e internacional.

La **Tabla 10** muestra las principales modalidades diagnósticas empleadas en el hospital de estudio, donde se evidencia que al 88.3% de pacientes se les realizó ecografía endovaginal, porcentaje igual al descrito por Martínez, quien reporta 89.4%³ y Cuero-Vidal quien encontró una frecuencia de 84.6%¹⁵. El 94% de ecografías realizadas confirmaron el diagnóstico, mientras que 6% restante informó otros diagnósticos. La mayor parte de pacientes cuyos informes ecográficos no fueron concluyentes, tenían un dosaje de β -hCG menor a 1000 mUI/ml.

La culdocentesis se realizó en 8.4% de pacientes, siendo positivas en 72% y negativa el 28% restante, porcentaje menor al encontrado por Martínez en el H. Loayza, quien reporta una frecuencia de 85.5%.³ En nuestro caso pudo deberse a que los embarazos ectópicos, no estaban complicados, lo cual guarda relación con el menor porcentaje de reportes ecográficos que señalan la presencia de líquido libre en cavidad.

El dosaje hormonal de β -hCG se realizó en el 61.9% de total de pacientes, de los cuales el 41.3% fueron cualitativos y el 58.7% cuantitativos como se muestra en el **Gráfico 16**. Se aprecia en este último gráfico que en el 38.1% de las historias evaluadas no se consignó su estudio, en el 25.6% del total se realizó un dosaje cualitativo y en 36.3% un estudio cuantitativo. Del total de pacientes con medición cuantitativa de esta hormona, el 73.5% de ellas presentó una concentración mayor a 1000 mUI/ml

En el **Gráfico 17** se evidencia una tendencia ascendente en cuanto la frecuencia de realización de ecografías diagnosticas en pacientes con embarazo ectópico, empezando con un 77.7% de pacientes que contaban con este estudio en el 2010 hasta llegar a un 100% en el año 2016. Esto último nos hace pensar en la importancia que se le da a este método diagnóstico en el hospital de estudio.

El **Gráfico 18** muestra que los reportes ecográficos informaron la presencia de una tumoración en el 66.2% de casos. En el 79% de ecografías se halló líquido libre en el fondo de saco posterior tal como lo muestra el **Gráfico 19**, frecuencia menor al 85.5% descrita por Martínez y Cabrera.^{3,6} Este dato podría hacernos deducir que la mayoría de pacientes, al momento de acudir al hospital, ya presentan pérdida de sangre en pequeño o gran volumen.

El **Gráfico 20** deja en evidencia que el tiempo comprendido desde el ingreso hasta el inicio del tratamiento específico fue de 4 o menos horas en el 22% de casos y dentro de las 14 primeras horas en el 93.3% de éstos. Consideramos que estos tiempos son muy largos para resolver este cuadro, ya que una complicación podría acabar con la vida de la paciente en poco tiempo. Más preocupante aun es que en 6.7% de casos se resolvió el cuadro entre las 15 horas y tres días, situación que pone en riesgo la vida de las pacientes.

En la **Tabla 17** se aprecia que, de acuerdo a los criterios clínicos y de ayuda diagnostica, el 0.7% de las pacientes fueron sometidas a tratamiento expectante, cuando los valores de β -hCG fueron menores a 1000 UI/ml, y al 0.4% se le dio tratamiento médico por un embarazo ectópico cervical, valor menor al reportado por Zevallos (1.46%).¹⁹ Se practicó tratamiento quirúrgico (laparotomía), en el 98.90% de casos, dato concordante con el 100% reportado por Cuero-Vidal y el 99.03% reportado por Zevallos.^{15,19}

En el **Gráfico 21** se observa que durante el acto quirúrgico, se encontró solución de continuidad en la trompa afectada (embarazo ectópico roto) en el 76% de casos, valor menor al encontrado por Cuero-Vidal, quien reporta 88.5%¹⁵, y Freund y Martínez, quienes describen una frecuencia de 84.9% y 85.3 respectivamente.^{3,5}

Se encontró además que en 6% de casos ocurrió un aborto tubárico y en 18% la trompa comprometida no se encontraba rota, pero fue extraída debido a que en la mayoría de informes operatorios señalan que dicha trompa se encontraba dañada y el mantenerla podría ocasionar mayor riesgo de otro embarazo ectópico por el daño que ésta ya habría sufrido.

La **Tabla 12** nos muestra la cantidad de pacientes en quienes se evidenció sangre en cavidad durante el acto operatorio (221) fue superior a la de pacientes con embarazo ectópico roto (214), lo que deja en evidencia que no es necesaria la ruptura de un embarazo ectópico para que exista sangrado

El **Gráfico 22** muestra que en el 98.5% de casos, la localización de embarazo ectópico fue tubaria, dato parecido al reportado por Martínez, quien describe una frecuencia de 94.5%.³ En nuestro estudio, predominó la localización ampular en el 56.9% de casos, no existiendo diferencia significativa entre el lado izquierdo y el derecho. En el 1.5% restante la localización fue en ovario e interligamentario.

Complementando los hallazgos, tal como muestra la **Tabla 13**, se observó que en el 77% de las pacientes laparatomizadas, la trompa contralateral estaba sana, valor menor al encontrado por Martínez, quien reporta 80.6%.³ Este dato es de importancia porque de alguna forma indica que la trompa contralateral no habría sido afectada por el embarazo ectópico, lo cual no condicionaría a un aumento en la probabilidad de sufrir un embarazo ectópico en el futuro en dicha trompa. En el 33% restante se encontró, una trompa congestiva, tortuosa, ausente, o con hidro o hematosalpinx, porcentaje preocupantes para un próximo embarazo por las razones anteriormente expuestas.

La salpingectomía total se realizó en el 80.8% de casos como se evidencia en el **Gráfico 23**. Esta opción se adoptó, según los informes operatorios, por el compromiso de la anatomía de la trompa. La salpingectomía parcial fue realizada en el 10.3% de casos, el

cual, en conjunto con el porcentaje encontrado para salpinguectomía total, representaron el 91.1% del total. Este último dato es parecido al 81.9% descrito por Martínez, al 96.75% reportado por Cuero- Vidal y al 85.28% referido por Zevallos.^{3,15,19}

Se aprecia en el **Gráfico 24** que en el 78.6% de pacientes intervenidas quirúrgicamente, se encontró hemoperitoneo, dato concordante con el valor encontrado por Martínez (73.3%).³ EL volumen promedio de sangre hallado en cavidad en nuestro estudio fue de $653,6 \pm 593,1$ mililitros (rango de 300 -2500 ml), cifra cercana a la descrita por Cuero- Vidal (media de 544 ml).¹⁵ Se halló relación estadísticamente significativa entre el volumen de sangre encontrado en cavidad y el tiempo de enfermedad ($p < 0.02$)

Finalmente, de la **Tabla 13** podemos concluir que del total de pacientes con hemoperitoneo, el 87% presentó un sangrado menor a 1500 ml, lo cual no ocasionó una variación significativa en la presión arterial sistólica, ya que ésta se mantuvo en valores mayores o iguales a 80mmHg en el 98.4% de casos. Solamente a partir de pérdidas sanguíneas mayores a 1500 ml es que se evidencian cambios en la presión arterial. En el 71.4% de las pacientes con pérdidas sanguíneas mayores a 1501 ml se comprometió la PAS hasta valores menores a 80mmHg. El 4.9% de pacientes tuvieron una pérdida sanguínea mayor a 2000 ml, algunas de las cuales (3.5% del total) presentaron shock hipovolémico y fueron ingresadas a la Unidad de cuidados intensivos según sus requerimientos.

Estos últimos hallazgos demuestran que inicialmente, luego de un sangrado, el organismo de la mujer embarazada puede compensar dicha pérdida, no evidenciándose a través de la evaluación de la presión arterial, por lo que debemos tener en cuenta, además de criterios clínicos, los laboratoriales y los de imagen para determinar la severidad del cuadro

CONCLUSIONES

- Primera:** Se determinó que entre los factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico están tener edad entre 20 y 39 años, ser conviviente o soltera, haber tenido más de una pareja sexual, la ingesta de la píldora del día siguiente y las Enfermedades inflamatorias pélvicas como antecedente.
- Segunda:** Entre los principales signos y síntomas encontrado están dolor abdominal, el retaso menstrual, sangrado genital, náuseas y vómitos.
- Tercera:** Los dos principales métodos utilizados para el diagnóstico de este cuadro en el hospital de estudio fueron la ecografía transvaginal y el dosaje de la Gonadotropina coriónica humana fracción beta en sangre.
- Cuarta:** El principal método de tratamiento fue la Laparotomía, dentro de la cual la salpinguectomía parcial y total fueron los procedimientos mas frecuentemente realizados.
- Quinta:** La prevalencia de presentación de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa entre los años 2010 y 2016 fue de 18.48 casos por cada 1000 partos.

RECOMENDACIONES

Primera: Crear conciencia en la población que el retraso menstrual puede traer consigo una patología, la cual muchas veces, como en el caso de un embarazo ectópico, al no ser diagnosticada tempranamente, puede derivar en complicaciones graves que comprometan la vida de la mujer.

Segundo: Ante la presencia de una paciente con retraso menstrual, es importante evaluar el cuadro, en todos los casos, con una ecografía y el dosaje de la hormona Gonadotrofina coriónica humana fracción beta, ya que así podremos diagnosticar o descartar un embarazo ectópico.

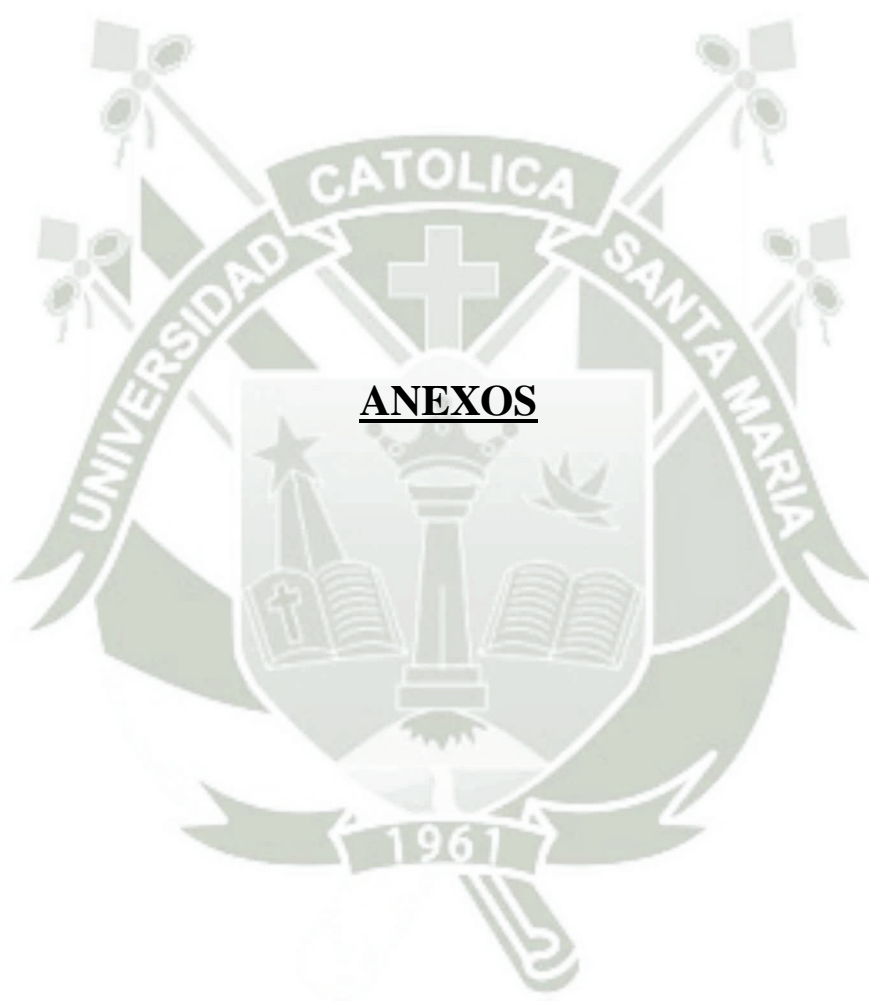
Tercero: Poner en marcha planes de atención en el Hospital Goyeneche para reducir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento que reciben las pacientes con embarazo ectópico, lo que además disminuiría las complicaciones que podrían derivar de este cuadro.

Cuarto: Promover el tratamiento conservador en mujeres con embarazo ectópico, lo cual conservaría intacta su capacidad de reproducción.

BIBLIOGRAFIA

1. Edwin Yglesias Cánova A. *Embarazo ectópico* en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. *Callao*, Perú. 2008-2010. *Rev Peru Epidemiol.* 2011; 15 (3) 1-6.
2. Cunnighan f, leveno K Bloon s.hauth j, rouse d, spong c embarazo ectópico en williams obstretricia 23 edicion USA: Mc hill educacion 2010: 757 -79.
3. Características epidemiológicas clínica y quirúrgica de pacientes con embarazo ectópico en el hospital nacional arzobispo Loayza 2006 2010, Angel Ivan Martines Guadalupe y Yuri Sandy Mascaro Rivera, Sammy Walter Mejico Mendoza, Juan Francisco Mere del Castillo.
4. Chavez CJ: Fertilidad posterior al embrazo ectópico estudio de 208 casos en el hospital Arzobispo Loayza entre 1979 a 1985
5. Freund EJ. Embarazo ectópico en el hospital arzobispo Loayza entre los años 1992 / 1996 tesis para optar el grado de bachiller en medicina , 1998.
6. Cabrera JP embrazo ectópico en el hospital nacional arzobispo Loayza 1997 -2002 estudio descriptivo retrospectivo , titulo para médico cirujano 2003.
7. Bautista M, Incidencia y correlación clínico patológico del embarazo ectópico en el hospital arzobispo Loayza 1985 -1989 *Ginecol Obstet (Perú)* 1991 (11) 36-42
8. Chavez CJ fertilidad posterior al embrazo ectópico un estudio de 273 casos atendidos en el hospital general base Cayetano Heredia (tesis para optar el grado de medico cirujano 1982.
9. Dextre TE. Enbarazo ectópico: revisión de 26 años (1970-1995) en el hospital nacional Cayetano Heredia- Perú para optar el grado de bachiller en medicina 1997
10. Zanabria CJ, embarazo ectópico: experiencia de 11 años (1982-1992) en el hospital Cayetano Heredia (tesis para obtener el grado de bachiller en medicina (1994).
11. Trelles LN Embarazo Ectópico, experiencia en el hospital Edgardo Rebagliati Martins junio 1995 junio 2001 titulo para obtener el título de médico cirujano 2002.
12. Luglio J, Diaz I, Caceres e. Características clínico patológicas de las pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. *rev med hered* 2005 16 (1): 26-30.

13. Elly Guerrero-Martínez,¹ Radamés RivasLópez, Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico 1 de marzo de 2006 al 31 de enero del 2013, hospital los ángeles de pedregal mexico distrito federal Ginecol Obstet Mex 2014;82:83-92.
14. Durán Acero Diana Catalina: Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. Trabajo de grado para optar al título de Especialistas en Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Mederi Bogotá D.C. Abril de 2014,
15. Cuero –Vidal O. descripción del embarazo ectópico en el hospital san juan de dios de cali, Colombia entre el 2005 y 2006 rev, col Obstet GINECOLO. 2008; 59 (4) 304-9
16. Sanchez Y, Gonzales N , Valera C, Fernández f, Consideraciones diagnosticas del embarazo ectopico. anch m;ed camaguey 1999;3 (4)
17. César Wilfredo Coloma Quispe para optar el título profesional de: médico-cirujano. Tacna-Perú 2013 embarazo ectópico en el departamento de gineco-obstetricia. del hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011.
18. Betsy Zapata, Juan Ramírez, José Pimentel, Santiago Cabrera, Gerardo Campos La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, Lima, Perú. Rev. Perú. ginecol. obstet. vol.61 no.1 Lima ene./mar. 2015
19. Zevallos Melgar, Christian Stevens, características clínico quirúrgicas del embarazo ectópico, en el hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, A requipa 2010 – 2014 tesis de grado.
20. Mercado Medrano Willian, factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP “Luis N, Saenz” lima 2013



Anexo 1: ficha de recolección de datos

1- CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS: N°: _____ AÑO: _____

HISTORIA N°: _____ FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DEL ALTA: _____

EDAD	ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN:					
PROCEDENCIA		SIS	PART	OTRO	GRADOS	1	2	3	4	5

MODO DE INGRESO: hora de ingreso: _____

EMERGENCIA	CONSULTORIO	TRANFERENCIA	REINGRESO (OTRO DIAGNOSTICO)
MEDICINA	CIRUGIA	GINECOLOGIA	OTRO

FECHA DE ULTIMA REGLA: _____

EDAD GESTACIONAL: _____

G ____ P: _____

INDICAR: _____

**METODO
ANTICONCEPTIVO**

2- ANTECEDENTES GINECOLOGICOS, MEDICOS Y QUIRURGICAS

GINECOLOGICOS	MEDICOS	QUIRURGICOS ABDOMINO PELVICOS
RELACIONES SEXUALES EN MENTRUAC.	ITU	LEGRADO O AMEU
RELACIONES SEXUALES CONTRANATURA	TBC PULMONAR	CESAREA
ENFERMEDAD PELVICA	ASMA BRONQUIAL	CIRUGIA TUBARIA: Embarazo ectópico previo
INICIO DE RELACIONES SEXUALES		Bloqueo tubario bilat. Recanalización tubaria
REPRODUCCION ASISTIDA	OBSIDAD MORBIDA	QUISTES OVARICOS
DOLOR PELVICOA CRONICO	HIPERTENSION	APENDICECTOMIA
DISPAREUNIA	ETS:VIH HEPATITIS	COLECISTECTOMIA
DISMENORREA	EPILEPSIA	RESECCION INTESTINAL
LEUCORREA	DIABETES	HERNIOPLAASTIA INGUINAL
ENDOMETRIOSIS	LITIASIS RENAL	ENFERMEDAD TROFOB.
CERVICITIS CRONICA	LITIASIS VESICULAR	NIC
LEGRADOS	HIPOTIROIDISMO	

MAC	NO	SI (CUAL:				
-----	----	-----------	--	--	--	--

3- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

TIEMPO DE ENFERMEDAD		SINTOMATOLOGIA		EXAMEN FISICO		ABDOMEN DOLOR
1 A 2 DIAS		AMENORREA		FUNCIONES VITALES		
3 A 4 DIAS		DOLOR ABDOMINAL		PA:	TAQUICARDIA	
4 A 5 DIAS		DOLOR HIPOGASTRICO		PULSO:	HIPOENSION	
		DOLOR MESOGASTRIO		TEMP:	TAQUIPNEA	
		DOLOR EPIGASTRICO		FR:	PALIDEZ	
		TODO EL ABDOMEN		EVALUACION CLINICA		
6 A 7 DIAS		DOLOR FOSA ILIACA	DERECHA	REBOTE POSITIVO		
			IZQUIERDA	RESISTENCIA ABDOMINAL		
8 A 9 DIAS				DISTENSION ABDOMINAL		
10 A 11 DIAS				EVALUACION GINECOLOGICA		
12 A 13 DIAS				DOLOR EN ANEXOS		
14 A 15 DIAS		CUADRANTE SUPERIOR	DERECHO	DOLOR A LA MOVILIZACION CERVIX		
			IZQUIERDO	TUMOR ANEXIAL		
		GINECORRAGIA		FONDO DE SACO POSTERIOR ABOMBADO		
		SINTOMAS ASOCIADOS:		PRESENCIA DE SANGRE EN VAGINA		
		NAUSEAS		CULDOCENTESIS	POSITIVA	
		VOMITOS			NEGATIVA	
		SANGRADO VAGINAL		FLUJO VAGINAL NO PRESENTE		
		SUDORACION		BLUMBER	DOLOR UTERO	
		ESCALOFRIOS		DOLOR FID		
		DIARREA		DOLOR FII		

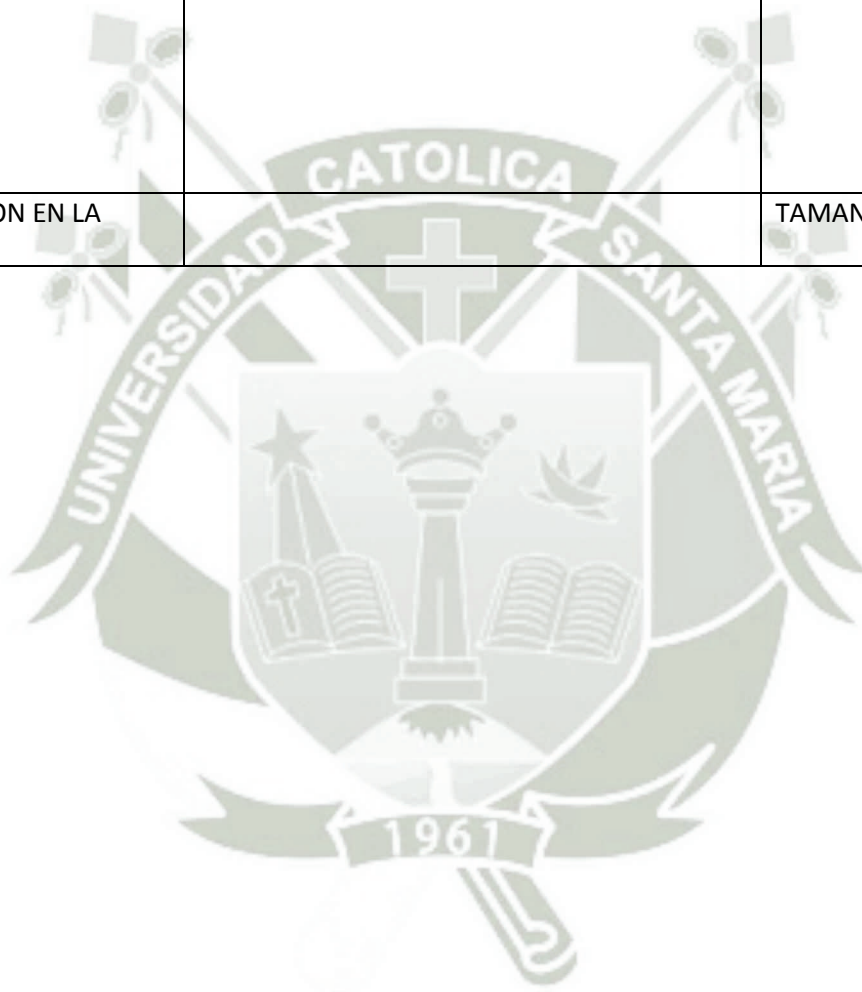
4- EXAMENES COMPLEMENTARIOS

LABORATORIO		ECOGRAFIA		INFORME
BHCg CUANTITATIVA		EXTRA HOSPITALARIA		
BHCg CUALITATIVA		HOSPITALARIA ABDOMINAL		
BHCg NO FIGURA ,NO SE PIDIO		HOSPITALARIA VAGINAL		
HEMOGLOBINA	INGRESO	MASA HETEROGENIA	OV. IZQUIERDA	
	ALTA		OV. DERECHA.	
LEUCOCITOS		SACO GESTACIONAL		
FIBRINOGENO		NO SE OBSERVA NADA		
PLAQUETAS		ACTIVIDA CARDICA		
TIEMPO DE PROTOMBINA		LIQUIDO EN FONDO DE SACO		
INR		TAMAÑO DEL ENDOMETRIO		
EXAMEN DE ORINA : PATOLOG:		TUMORACION LOCALIZACION		

5- TRATAMIENTO, TIPO DE PROCEDIMIENTO, HALLAZGOS

TIPO DE TRATAMIENTO	PROCEDIMIENTO		HALLAZGOS OPERATORIOS
ESPECTANTE	SALPINGECTOMIA TOTAL	DERECHA	ESTADO DEL EMBARAZO:
		IZQUIERDA	EMBARAZO ROTO
MEDICO			EMBARAZO NO ROTO
			ABORTO TUBARIO
LAPARATOMIA	SALPINGECTOMIA PARCIAL	DERECHA	TROMPA CONTRALATERAL:
		IZQUIERDA	SIN ALTERACION
LAPAROSCOPIA			
CIRUGIA POST TRATAMIENTO MEDICO	SALPINGOOFORO SALPINGUECTOMIA	DERECHA	AUSENTE
		IZQUIERDA	TUORTUOSA
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	SALPINGECTOMIA MAS RESECCION	CORNUAL IZQUIERDA	CONGESTIVA
		CORNUAL DERECHA	HEMATOSALPINX
	SALPINGOSTOMIA	DERECHA	HIDROSALPINX
		IZQUIERDA	RESIDUAL POR CIRUGIA OREVIA
		OFORECTOMIA	
	SALPINGECTOMIA MAS LEGRADO		OTROS HALLAZGOS:
DIAGNOSTICO POST OPERATORIO	SALPINGUECTOMIA MAS BLOQUEO TUBARIO IPSOLATERAL		NO HALLAZGOS
			ADHERNCIAS
	SALPINGUECTOMIA MAS LIBERACION DE ADHERENCIAS		EPI
			COAGULOS EN FONDO
	OFORECTOMIA MAS RAFIA		QUISTE DE OVARIO
	RESECCION CORNUAL		CUERPO LUTEO
	TECNICA DE ODRÑAMIENTO DE LA TROMPA		MIOMAS UTEINOS

HORA DE LA INTERVENCION:	SALPINGUECTOMIA BILATERAL MAS HISTERECTOMIA TOTAL	QUISTES PARAOVARICOS	
	LEGRADO UTERINO	ENDOMETRIOSIS	
HALLAZGOS PATOLOGICOS:	TRATAMIENTO MEDICO	NO DECIDUAL	
	TRATAMIENTO MEDICO Y CIRUGIA	OTROS HALLAZGOS	
	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO:		
SE COLOCO SANGRE; CUANTO:			
DIANOSTICO DE INGRESO	VARIACION DEL DIAGNOSTICO DURANTE LA HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO AL ALTA	
UBUCACION EN LA TROMPA:		TAMANO:	



Anexo 2: Proyecto de tesis

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIFORTITUDONOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO, SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
GOYENCHE DE AREQUIPA DURANTE EL PERIODO ENERO 2010 A
DICIEMBRE DEL 2016**

**PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MEDICO
CIRUJANO**

AUTOR

Christian Manuel Rodríguez Núñez

ASESOR

Jose Galindo Paredes

**AREQUIPA-PERÚ
2018**

I. PREAMBULO

En los últimos años el embazo ectópico ha tomado mucha relevancia y actualmente, según reportes de la OMS y la UNICEF, se le considera como una patología causante del 5 al 12% de muertes maternas a nivel mundial. Además, se reporta que su presentación está en incremento por factores dependientes de los pacientes y los centros asistenciales, constituyendo una “complicación no resuelta”¹⁻⁷⁰

Un mayor número de parejas sexuales, el aumento de las enfermedades inflamatorias pélvicas, la píldoras de emergencia, tratamientos de infertilidad, entre otros, son factores causantes de este incremento, el cual se reafirma con estudios Norteamericanos y Cubanos, y Finlandeses, que reportan que en una década, dicha patología se incrementó en un 50% y 100% respectivamente. En el Perú, médicos de Hospital San Bartolomé de Lima, reportaron en base a 3 metaanálisis, 27 estudios de casos y controles y 9 de cohortes,¹⁰⁴ que del 59% de mujeres con embarazo ectópico no tienen historia de algún factor de riesgo para esta patología, por tanto, debemos considerar que el diagnóstico está en función a la anamnesis, la clínica y exámenes complementarios, y no tanto así en los antecedentes.¹⁰⁴

La diversidad de factores que contribuyen a la presentación de esta patología me motivó a realizar el presente estudio, en el cual se consideran todos los embarazos ectópicos, con algunas excepciones, en el periodo comprendido entre los años 2009 al 2016.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO:

1. Problema de Investigación.

1.1. Enunciado del Problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo, sintomatología, diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo Enero 2010 a Diciembre del 2016?

1.2. Descripción del Problema:

1.2. a.- Área de Conocimiento:

Área general: Ciencias de la salud

Área específica: Obstetricia

Línea: Embarazo Ectópico

1.3. b.- Operacionalización de Variables:

Variables Independientes: Factores epidemiológicos, clínicos, de laboratorio, diagnóstico y tratamiento

Variable Dependiente: Embarazo ectópico

Factores de riesgo

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Factores de riesgo	Edad	Años	Cuantitativa
	Género	Masculino femenino	Cualitativo
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Cualitativo
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior Técnica Ninguno	Cualitativo
	Procedencia	Arequipa Cusco Puno Moquegua	Cualitativo
	Modo de ingreso	Emergencia Consultorio Referencia	Cualitativo
	Fecha de última regla	Día/mes/año	Cualitativo
	Método anticonceptivo	Anticonceptivos orales Dispositivos intrauterinos Preservativos Pildora del día siguiente Inyectable mensual Inyectable	Cualitativo

		trimestral	
	Relaciones sexuales en menstruación	Si - No	Cualitativa
	Relaciones sexuales anales	Si - No	Cualitativa
	Enfermedad pélvica inflamatoria	Si - No	Cualitativa
	Edad de Inicio de relaciones sexuales	Años	Cuantitativa
	Reproduccion asistida	Si - No	Cualitativa
	Dolor pélvico crónico	Si - No	Cualitativa
	Dispareunia	Si - No	Cualitativa
	Dismenorrea	Si - No	Cualitativa
	Leucorrea	Si - No	Cualitativa
	Endometriosis	Si - No	Cualitativa
	Cervicitis crónica	Si - No	Cualitativa
	Legrados	Si - No	Cualitativa

Sintomatología

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Sintomatología	Tiempo de enfermedad	Horas	Cuantitativa
	Presencia de Dolor	Si - No	Cualitativa
	Localización del Dolor	- Hipogastrio - Mesogastrio - Epigastrio - Fosa Iliaca Derecha - Fosa Iliaca izquierda - Cuadrante superior derecho	Cualitativa

		- Cuadrante superior izquierdo - Difuso	
	Amenorrea	Si - No	Cualitativa
	Ginecorragia	Si - No	Cualitativa
	Nauseas	Si - No	Cualitativa
	Vomitos	Si - No	Cualitativa
	Sudoracion	Si - No	Cualitativa
	Escalofrios	Si - No	Cualitativa
	Diarrea	Si - No	Cualitativa
	Presion Arterial	Milímetros de Mercurio	Cuantitativa
	Pulso	Latidos por minuto	Cuantitativa
	Temperatura	Grados Celcius	Cuantitativa
	Frecuencia respiratoria	Respiraciones por minuto	Cuantitativa
	Dolor Pelvico	Si - No	Cualitativo
	“Rebote” positivo	Si - No	Cualitativo
	Resistencia abdominal	Si - No	Cualitativo
	Distensión abdominal	Si - No	Cualitativo
	Dolor en anexos	Si - No	Cualitativo
	Dolor a la movilización de cérvix	Si - No	Cualitativo
	Tumor anexial	Si - No	Cualitativo
	Fondo de saco posterior abombado	Si - No	Cualitativo
	Culdocentesis	Positiva – Negativa	Cualitativo

Diagnóstico

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Diagnóstico	BHCG cuantitativa	mUI/ml	Cuantitativa
	Bhcg cualitativa	Si - No	Cualitativa
	Hemoglobina	Gramos/decilitro	Cuantitativa
	Leucocitos	#/mm ³	Cuantitativa
	Fibrinógeno	mg/dL	Cuantitativa
	Plaquetas	#/mm ³	Cuantitativa
	Tiempo de protrombina	segundos	Cuantitativa
	INR	Valor numérico	Cuantitativa
	Examen de orina patológico	Si - No	Cualitativa
	Ecografía extrahospitalaria	Si - No	Cualitativa
	Ecografía hospitalaria abdominal	Si - No	Cualitativa
	Ecografía hospitalaria vaginal	Si - No	Cualitativa
	Hallazgos en ecografía	Saco gestacional No se observa nada Actividad cardiaca Liquido en fondo de saco	Cualitativa
	Grosor del endometrio	Milímetros	Cuantitativa
Localización de la	Tubarico	Cualitativa	

	Tumoración	(Ampular, ístmico, infundibular, intersticial) Ovarico Abdominal Cervical Heterotopico	
--	------------	--	--

Tratamiento

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tratamiento	Tipo de tratamiento	Espectante Medico Laparotomia Laparoscopia Cirugia post tratamiento medico	Cualitativa
	Procedimiento realizado	Salpinguectomia total Salpinguectomia parcial Salpingostomia Salpingooforectomia	Cualitativa
	Hallazgos operatorios	Embarazo roto Embarazo no roto Aborto tubario	Cualitativa
	Trompa contralateral	Sin alteración Ausente Tortuosa	Cualitativa

		Congestiva Hidrosalpinx Hematosalpinx	
	Otros hallazgos	Ninguno Adherencias Quistes ováricos EPI Miomas uterinos Endometriosis	Cualitativa



Interrogantes básicos.

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016?
2. ¿Cuál es la sintomatología del embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016?
3. ¿Cuáles son los principales métodos de diagnóstico del embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016?
4. ¿Cuál es el tratamiento del embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016?

Tipo de investigación

Documental.

Nivel de Investigación:

Descriptivo, Retrospectivo Observacional, realizado en pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche entre enero del 2010 a diciembre del 2016.

1.3.- JUSTIFICACION

☞ 1.3. A. Originalidad.

Es un estudio singular, que recopila la información referente a los embarazos ectópicos diagnosticados y tratados en siete años, que busca nuevos factores de riesgo, para poderlos detectar tempranamente y así evitar complicaciones, secuelas físicas y psicológicas, además de disminuir gastos económicos debido a los altos costos que el tratamiento del embarazo ectópico representa para el Sector Salud.

☞ 1.3. B. Relevancia Científica.

El conocimiento de nuevos factores de riesgo, signos y síntomas, podrán servir para desarrollar guías sencillas y actualizadas en el diagnóstico y tratamiento de los embarazos ectópicos, evitando complicaciones y muertes maternas.

☞ 1.3. C. Relevancia práctica.

Las conclusiones que se podrían obtener del presente estudio servirán para informar a las mujeres y sus parejas los factores de riesgo que puedan producir un embarazo ectópico y, al identificarlos, puedan acudir a un centro de salud para disipar cualquier duda y/o recibir tratamiento oportuno y evitar complicación o evitar una muerte materna.

☞ 1.3. D. Relevancia Social.

Los resultados obtenidos de la presente investigación servirán para difundir a las mujeres que están en edad fértil, a través de programas sociales, los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico, y de esta forma provocar un efecto multiplicador en la población y evitar las complicaciones propias de esta patología.

☞ 1.3. E. Relevancia Contemporánea.

Con el presente estudio se quiere demostrar que la participación tanto de los pacientes como del personal y el sistema de salud, es de mucha importancia, en la prevención, diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno del embarazo ectópico. Un mayor conocimiento general sobre esta patología tanto en el personal de salud como en los

propios pacientes, servirá para disminuir la incidencia y evitar o disminuir las complicaciones que pudieran llevar a la muerte materna..

☞ **1.3. F. Interés Personal.**

Durante mis estudios de pregrado y ahora en el internado he podido observar que existen un número creciente de embarazos ectópicos, muchos de ellos complicados por no acudir la paciente en el momento oportuno. Ello me motivo a realizar el presente trabajo para que sus conclusiones puedan ser difundidas sobre todo en el primer nivel de atención, donde se podrán difundir principalmente los factores de riesgo y signo-sintomatología de esta patología a la población y de esta forma lograr que acudan de manera oportuna a un centro de salud para un tratamiento adecuado, evitando así posibles complicaciones.

☞ **1.3. G. Relevancia Social.**

Los servicios de salud, en especial los de Obstetricia y Ginecología, deben comprometerse a unir esfuerzos para difundir los factores epidemiológicos que involucren a la población para prevenir el desarrollo del embarazo ectópico, y de esta forma disminuir la morbilidad y mortalidad materna, evitando disociar la unidad familiar y dejar al desamparo a los hijos.

☞ **1.3.H. Contribución Académica**

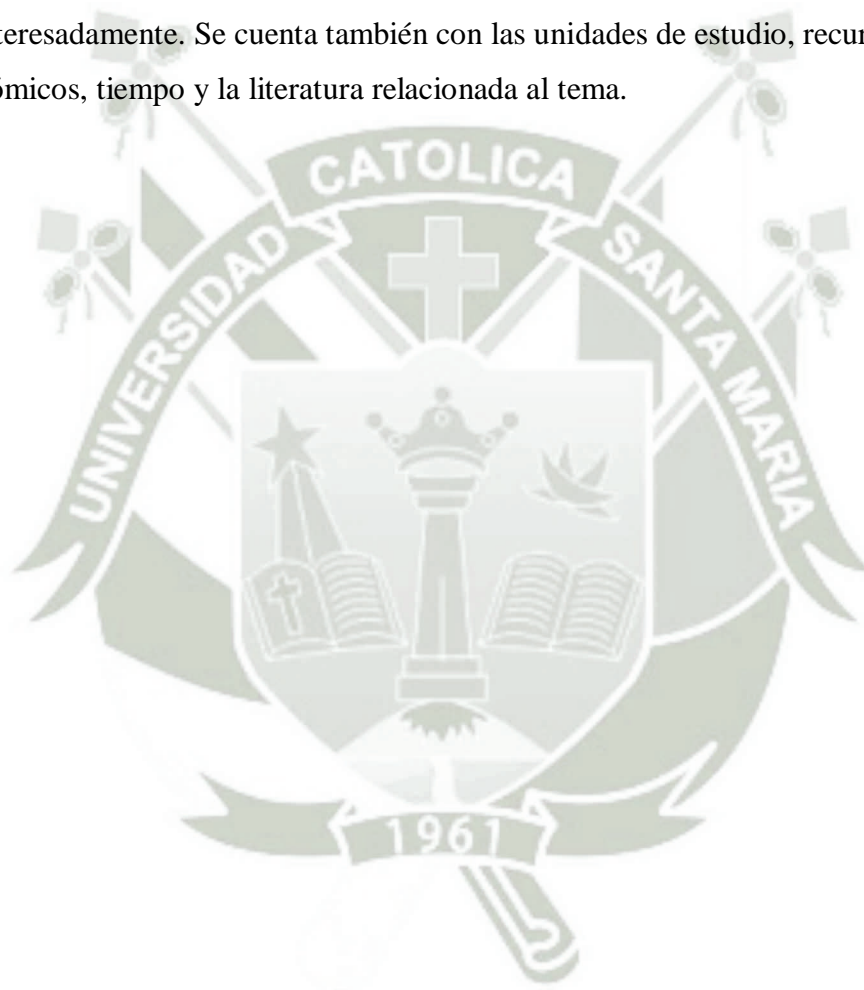
La presente investigación se une a otras realizadas a nivel local, nacional e internacional, con el fin de poder contribuir con sus resultados a crear una guía práctica que permita efectuar un diagnóstico precoz y mejor tratamiento del embarazo ectópico, aplicable no solo en el Hospital III Goyeneche, sino que sea difundido a otras instituciones de salud y Facultades de Medicina con el fin de disminuir la morbimortalidad materna.

☞ 1.3.I. Concordancia

La presente investigación está relacionada con lineamientos dados por la Facultad de Medicina de Nuestra Universidad y en concordancia con los lineamientos de la metodología científica en el desarrollo de la tesis.

❖ 1.3.K. Factibilidad

La presente investigación es factible porque cuenta con el consentimiento y colaboración de la Dirección del Hospital, del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia y de la Unidad de estadística, quienes colaborarán con la causa desinteresadamente. Se cuenta también con las unidades de estudio, recursos humanos, económicos, tiempo y la literatura relacionada al tema.



2. MARCO CONCEPTUAL

El embarazo ectópico CIE 10 (O.00.9) Se le define como toda gestación localizada fuera de la cavidad uterina,³⁷ o la implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina.¹ considerada como una de las principales patologías causantes de abdomen agudo quirúrgico gineco-obstétrico debido a que presenta una elevada morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo, ascendiendo esta última hasta un 10 a 15%.^{9,26.}

Esta patología no solo es un problema médico, sino también social. Los reportes publicados por la “OMS y UNICEF indican que los embarazos ectópicos hasta el 2004 era los causantes del 5% al 12% de las muertes maternas, lo que constituía un problema no resuelto.¹² Posterior a ese periodo se ha producido un aumento importante de casos de ésta patología en la gran mayoría de países incluido el nuestro, convirtiéndose en un problema de salud sexual y reproductiva¹⁰

En Ginecología, desde el siglo XVII, el embarazo ectópico integra un cuadro nosológico a partir de los trabajos de Cyprianus, Manget, Duverney y Littre. El primer cuadro clínico de hematocele pélvico en Ginecología fue identificado por Bourdon, Bernutz y Recamier, pero Nélaton es quien realiza una descripción magistral del tema. Gilfor, en Inglaterra, en 1731 describe la condición de un óvulo fertilizado implantado fuera de la cavidad uterina¹⁷

En el siglo XIX se logra una terapéutica con éxito, fue Lawson Taint en 1883, quien practicó la primera salpinguectomía con sobrevida materna. Wynne en 1919, guiado por las orientaciones de Taint solo tuvo una mortalidad del 4,3 % en 500 casos estudiados⁸¹

Zenteno¹¹⁴ señala que en el siglo XX y XXI se describen los factores de riesgo, conductas terapéuticas radicales y conservadoras, surge el mínimo acceso que permite el menor daño con el mayor éxito del tratamiento quirúrgico, se intenta tratamientos médicos y se logra disminuir la mortalidad, pero la infertilidad aumenta como secuela, sin embargo, con las técnicas de reproducción asistida se logra que las parejas alcancen su anhelo –“tener un bebé”– pero también constituyen riesgo de embarazo ectópico.

Literalmente podemos decir que la vida se inicia en “forma ectópica”, la fecundación del ovulo se produce en el tercio externo de la trompa de Falopio luego migra hasta

implantarse en la cavidad uterina, todo ello es un proceso fisiológico normal, pero por la presencia de múltiples factores negativos esta migración se retrasa, comprometiendo el desarrollo del embrión y la vida de la paciente.^{2,5,94} La implantación normal en la cavidad uterina y su desarrollo ulterior en las primeras semanas es similar al desarrollo anormal o ectópico; el desarrollo del trofoblasto, la producción de las gonadotrofinas coriónicas y la función del cuerpo lúteo es igual, lo que no permite efectuar un diagnóstico en las primeras semanas del desarrollo. Sin embargo, con el consiguiente desarrollo del “embarazo”, el escaso desarrollo de la decidua conlleva a la muerte del producto y complicaciones maternas.³⁶ Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubáricos u ovulares que ocasionan retraso, desviación o imposibilidad de la migración o implantación del huevo.⁴¹

En relación con el factor tubárico, los autores Silva y Zenteno, consideran que la causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel epitelial, producido por un proceso inflamatorio pélvico de tipo inespecífico,^{35,68,110} ya sea por infecciones de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como: apendicitis, actinomicosis, tuberculosis o peritonitis no ginecológica. En cualquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis con disminución de los cilios, que compromete toda la estructura de las trompas (generalmente bilateral), obstruyéndolas parcial o totalmente, con formación de adherencias a estructuras vecinas, limitando la vida reproductiva de la mujer.¹¹ Otros factores descritos son la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio, alteraciones de la motilidad tubárica, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa, etc. La cirugía previa tubárica (por una gestación ectópica previa por ejemplo) incrementa el riesgo de desarrollar esta patología hasta en cinco veces,⁵⁵ y el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%, hasta 10 veces más que en la población general. La cirugía pélvica o abdominal que no afecta a las trompas de Falopio, como cesárea, cirugía ovárica, apendicetomía (sin rotura) e interrupción programada de un embarazo, generalmente no aumentan el riesgo. El riesgo de embarazo ectópico se triplica como mínimo en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada, la cual, en la mayoría de los casos, es consecuencia de infecciones de transmisión sexual, principalmente las gonocócicas y las clamidias, siendo éste alrededor de 10%^{108,110} y aumenta de forma progresiva con cada infección.

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

En relación con el factor ovular, se cita el crecimiento demasiado rápido de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura prematura de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocito, los fenómenos de transmigración interna uterina y externa abdominal. También puede ocurrir la fecundación precoz del óvulo, antes de su llegada a la trompa.⁵ A pesar de todo ello, conocer la fisiopatología de cada una de las causas de un embarazo ectópico sigue siendo un reto en el campo de la investigación científica.

La incidencia en la población en general representa alrededor del 0.8 - 2%¹¹⁰ de todos los embarazos y su diagnóstico se efectúa generalmente en el primer trimestre del embarazo, con predominio entre las 6 a 9 semanas de gestación en relación a la fecha de última regla.

La localización más frecuente de embarazos ectópicos es la tubárica, que representa alrededor del 95% del total de casos. De ésta, la ampollar (en la ampolla uterina) ocurre en un 79,6 % , el 12,3 % ocurre en el istmo, el 6,2 % en las fimbrias y el 1,9 % restante en la región intersticial. El 5% las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0.1%), el embarazo ovárico (0.5%), el embarazo abdominal (1.3%) el embarazo cornual (3%) y el embarazo intraligamentario (0.1%), pudiendo presentarse también pero raramente el embarazo en cuerno rudimentario^{13, 19, 30,57}

Además de los factores ya mencionados, algunos factores externos se relacionan con una mayor incidencia de embarazos ectópicos, como son el uso de técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, endometriosis o tabaquismo, uso de las píldoras de emergencia^{35,19,90,110}

Según Pisarka et al.⁸⁵ los factores de riesgo para embarazo ectópico se dividen según el riesgo en alto, moderado o bajo:

Factores de riesgo alto:

Patología tubárica: Alteración de la anatomía normal de la trompa por factores como la infección, cirugía, anomalías congénitas, o tumores, que pueden ocasionar deterioro funcional de la actividad ciliar dañada³⁰

Embarazo ectópico previo: Las mujeres con tratamiento conservador por un embarazo ectópico previo tienen mayor riesgo (15%)⁶⁷

Cirugía tubárica: La asociación entre cirugía reconstructiva tubárica y embarazo ectópico subsiguiente dependen no solo de la intervención quirúrgica, sino que a ello se agregan las lesiones tubáricas subyacentes, resultados de una enfermedad inflamatoria pélvica o un embarazo ectópico previo²⁵

Exposición in útero al dietilestilbestrol (DES): tiene un riesgo 5 veces mayor de embarazo ectópico debido a la morfología anormal de la trompa y posiblemente a la alteración de la función fimbria³⁰

Los factores de riesgo moderados:

Infecciones genitales previas: La infección pelviana (salpingitis inespecífica, clamidiasis y gonorrea) especialmente recurrente, es una causa importante de patología tubárica y por consiguiente, de embarazo ectópico^{8,25,55}

Infertilidad: El embarazo ectópico es más frecuente en las mujeres infértiles, lo que refleja la mayor anormalidad tubárica en este grupo de mujeres. La toma de citrato de clomifeno duplica el riesgo de embarazo ectópico⁸⁴ y el tratamiento con gonadotropinas incrementa la incidencia de embarazo ectópico.^{17,97}

Promiscuidad sexual: El número de compañeros sexuales mayor a uno se asocia con un riesgo moderado de embarazo ectópico, lo que se relaciona con un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica⁶⁷

Los factores de riesgo bajo:

Tabaquismo: El fumar en el período preconcepciones aumenta el riesgo de embarazo ectópico de una manera dosis-dependiente.

Edad: El inicio temprano de la actividad sexual (menos de 18 años) aumenta ligeramente el riesgo de embarazo ectópico. Sin embargo; también hay una proporción creciente de

embarazo ectópico en mujeres mayores de 35 años quienes tienen ocho veces más de riesgo que los grupos etarios más jóvenes, lo que reflejaría que el riesgo acumulativo aumenta con el tiempo.^{79,107}

Duchas vaginales: Su uso regular se asocia con un riesgo aumentado de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico⁷

Fertilización in vitro: Está asociada con una mayor incidencia de embarazo ectópico y en un 7% mayor posibilidad de embarazo heterópico⁸⁶

Esterilización tubárica: El porcentaje de embarazo durante el primer año después de la esterilización tubárica es del 0,1 - 0,8%; siendo la tercera parte de ellos ectópicos (80). por la formación de fístulas en el segmento coagulado de la trompa²¹.

Dispositivos intrauterinos: El uso de dichos dispositivos (DIU), sobre todo los que liberan progestágenos tienen mayor riesgo de embarazo ectópico^{18,80}

- Los embarazos ectópicos tubarios: a nivel de la trompa, pueden ubicarse en la región ampular, istmo, fímbrico o intersticial.
- Embarazo ectópico ovárico: El embrión se implanta en el ovario. Al examen ecográfico puede confundirse con un quiste. El primer caso fue descrito por San Maurice en Francia en el año 1682⁶⁶. La incidencia es de 1:7,000 - 40.000 recién nacidos vivos. La literatura ha descrito entre 300 a 400 casos (53,54) Al igual que en los embarazos ectópicos de otra localización, la signo sintomatología es parecida. Actualmente, el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico, sigue siendo quirúrgico y se basa en criterios anatómicos e histológicos descritos por Spiegelberg en 1878^{31,58,85,104}
- Embarazo ectópico cervical: La anidación tiene lugar en el cuello uterino.
- Embarazo ectópico abdominal: El embrión implanta dentro de la cavidad peritoneal aunque es muy infrecuente.
- Embarazo intramural: Se localiza en el miometrio, la capa muscular interna del útero y es el tipo más raro de todos.
- Embarazo ectópico heterotópico: Es la localización simultánea de una gestación intrauterina y otra extrauterina (tubárico, cervical, etc). Su frecuencia es baja (1:30.000 a 1: 70.000 gestaciones), y es mayor tras tratamientos de reproducción asistida.

El diagnóstico de embarazo ectópico puede ser difícil. Se estima que un 12 % de las pacientes son dadas de alta inicialmente, pero regresan muchas veces complicadas.⁶¹

Embarazo ectópico no complicado

Este embarazo es silencioso, generalmente no avanza más del primer trimestre, pudiendo ir hacia la reabsorción total, pero generalmente es precursor de uno complicado. Los síntomas son muy variables, según el momento de su evolución y la localización.

En una etapa inicial, independientemente de la localización, transcurre igual a un embarazo intrauterino. Al examen físico, al tacto vaginal, se palpa el cuello uterino con cierta sensibilidad dolorosa, el tamaño uterino no corresponde con el tiempo de amenorrea y en ocasiones se constata una tumoración yuxta uterina unilateral, limitada, ovoidea, pequeña, que orienta hacia el diagnóstico del embarazo ectópico. Este período ha sido llamado por algunos autores de "evolución tranquila", pero sucesivamente se inician las complicaciones: pérdidas de sangre y dolor.¹⁰⁰

Embarazo ectópico complicado

Es la evolución de un embarazo ectópico tubárico luego de la rotura de la trompa y el consiguiente hemoperitoneo, con la posterior alteración en los signos vitales y descompensación hemodinámica (baja sensibilidad diagnóstica según Hicks y Brennan^{14,51}). La laparotomía no está indicada para realizar un diagnóstico retrospectivo, pues la cirugía no está exenta de complicaciones. Esta forma clínica es más fácil de diagnosticar, pero es más peligrosa y con alta mortalidad. El compromiso hemodinámico de la paciente puede no estar presente cuando se presente inicialmente hematosalpinx y/o aborto tubárico, pero cuando se evidencian signos de descompensación y/o shock debemos considerar la rotura del mismo, hemorragia y consiguiente hemoperitoneo. La evolución espontánea del embarazo ectópico puede producir tres situaciones.^{5, 11, 66, 77, 95, 114}

- Muerte ovular precoz, formándose el Hematosalpinx al desprenderse el huevo y los residuos vellositarios, con lesiones del lecho placentario que originan reacciones fibrosas tardías, produciendo obstrucción total o parcial de la trompa y del cierre de los extremos de esta.

- Aborto tubario: Es la forma más habitual de terminar el embarazo ectópico, más frecuente en las variedades infundibular, ampular e ístmico-ampular y puede ser: completo (cese de la hemorragia y desaparición de los síntomas), incompleto (persistiendo la hemorragia por fragmentos ovulares que pueden llegar a la formación de pólipo placentario).
- Rotura tubárica: puede ocurrir a cualquier nivel y de acuerdo a éste, se determina el momento de aparición (ístmicas, en las primeras 5 semanas e intramural, entre las 8 y 16 semanas). El sangrado es abundante por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular ovárico y uterino, por lo que la hemorragia con frecuencia es fatal. Este sangrado puede formar un hematocele difuso o un hematoma intraligamentoso.

La rotura de la trompa se produce por fisuración o agrietamiento y más raramente por rotura brusca. Probablemente ocurre debido a una falla de la apoptosis, fenómeno que existe en los tejidos maternos y fetales sobre todo en el embarazo en etapas iniciales, por lo cual se puede deducir que el tejido trofoblástico tendría mayor persistencia y agresividad en los embarazos ectópicos que culminan en la rotura de la trompa.¹¹⁴

El hematosalpinx y la rotura de la trompa, son grados sucesivos de un proceso, en el orden que se han mencionado; un diagnóstico temprano permite la sobrevida materna y conservar la capacidad reproductiva de esa mujer joven.

Diagnostico

Tradicionalmente, el diagnóstico de embarazo ectópico se ha realizado sobre la base de signos clínicos y síntomas físicos.

La triada clásica; hemorragia genital, dolor abdominal y masa palpable sugiere un embarazo ectópico. Sin embargo, esta triada sólo está presente en el 45 % de los pacientes.⁶

Es importante recordar que el embarazo ectópico cursa inicialmente sin clínica, por tanto, su ausencia no permite descartarlo. Para un buen diagnóstico, se debe evaluar la anamnesis, exploración física, marcadores plasmáticos placentarios, parámetros bioquímicos (fundamentalmente β -HCG), ecografía transvaginal y punción del saco de Douglas, principalmente.

Poder excluir o asegurar el embarazo ectópico sobre la base exclusiva de la historia clínica y del examen físico, podría ser un error, ya que el diagnóstico debe ser confirmado con ecografía transvaginal y parámetros bioquímicos⁷³. La anamnesis muchas veces es peculiar y está en relación a lo que va ocurriendo en la trompa a medida que la gestación avanza, es así que por la distensión progresiva de esta víscera hueca, la paciente comienza a experimentar dolor de tipo cólico en la fosa ilíaca del mismo lado, el cual se va intensificando a medida que va creciendo el saco y el trofoblasto. Al examen físico hay dolor intenso a la movilización cervical y uterina por el contacto de la sangre, que es irritante con los medios de fijación y el peritoneo del piso pelviano. Con la presencia de una cantidad moderada de sangre en la pelvis, los fondos de saco se encuentran algo acortados y dolorosos a la palpación, especialmente el posterior⁹³

Dada la creciente incidencia de embarazos ectópicos, principalmente en mujeres sin hijos, el tratamiento debe ser lo menos agresivo, evitando las complicaciones potencialmente graves que puedan dificultar la posibilidad de ser madres en el futuro,⁸⁶ por lo que se debe ser cauto al aplicar los procedimientos quirúrgicos, médicos o expectantes.²³

Los centros en los que se realice tratamiento médico o se tenga actitud expectante ante el embarazo ectópico, deben tener personal entrenado, con acceso a ultrasonografía transvaginal, y determinación rápida de β -HCG en suero, así como tener el centro quirúrgico operativo las 24 horas del día.⁹¹

Al comparar la laparotomía versus la laparoscopia se evidencia en esta última que existe una tasa baja de complicaciones, tanto intra como postoperatorias, el tiempo quirúrgico es más corto y con menos pérdida sanguínea, menos dosis de analgésicos y de hospitalización por lo que la cirugía laparoscópica en manos entrenadas es segura.^{29,73, 76,106}

Para confirmar el diagnóstico ante la sospecha clínica del embarazo ectópico se debe determinar la fracción beta de la gonadotropina coriónica (β GCH). Considerando siempre que las reacciones biológicas no son concluyentes,¹¹ el segundo paso es demostrar que no existe embarazo en el interior del útero y se logra mediante la ultrasonografía (US) de la pelvis, de preferencia por vía transvaginal^{11,95} La ultrasonografía es un método indirecto y útil, porque permite diagnosticar la ausencia del embrión dentro de la cavidad uterina y su presencia en otra localización; este diagnóstico se puede realizar desde las 5 o 6 semanas al visualizarse el saco gestacional parauterino y a las 7 semanas con actividad embrionaria en su interior⁶⁴ ~~tiene.~~ Tiene elevada sensibilidad (87 %) y especificidad (100 %);%) para

gestaciones intrauterinas, pero la especificidad para detectar masas para uterinas disminuye al 85%. La especificidad para observar el embrión es del 55 %; pero si se trata de reportar líquido en el fondo de saco posterior, la especificidad es solo del 25 %.¹⁰³. Ambos métodos no invasivos, la gonadotropina coriónica y la ultrasonografía, diagnostican el embarazo ectópico en un 90 % de los casos.

- El tercer paso, sería aplicar los métodos invasivos como la culdocentesis o punción del fondo de saco de Douglas, que puede ser positiva, con o sin rotura tubárica, (con 300 mL o más de sangre en cavidad abdominal), Arnaud considera que mediante estudios ecográficos endovaginales se puede predecir la presencia de hemoperitoneo, lo que evitaría la culdocentesis.³

Otro de los métodos invasivos es la laparoscopia, herramienta importante para el diagnóstico y tratamiento. Gracias a ella podemos confirmar un embarazo ectópico, su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente. Se emplea con frecuencia y éxito en pacientes con sospecha un embarazo ectópico complicado. Oliva publica que este proceder tiene bajo porcentaje de fallas diagnósticas (0,01 %).⁸²

Cuando el diagnóstico no se puede realizar en la evaluación inicial, la probabilidad de que se trate de un embarazo ectópico es del 12% al 17 %, superior a la opción del embarazo intrauterino (11 %), puesto que parte de las pacientes al inicio no tienen signos clínicos. Es por eso que el manejo en el 1er trimestre debe ser riguroso para lograr evitar el diagnóstico antes de que ocurran las complicaciones.

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico se puede tratar de diversos modos, dependiendo de la forma clínica, localización, y si está complicado o no.²⁴ En los últimos años el tratamiento ha cambiado considerablemente; se ha pasado de la laparotomía y la salpinguectomía de los años 70 y precedentes, a la laparoscopia en los años 80 y a la introducción del tratamiento farmacológico en la actualidad debido a la disponibilidad de las técnicas diagnósticas que han hecho posible un diagnóstico cada vez más precoz.

Los tratamientos pueden incluir desde la prevención, con la eliminación de los factores de riesgo evitando el daño de las trompas, hasta el tratamiento médico con Metotrexate, con el rigor de los criterios de inclusión necesarios en estos casos.

El tratamiento quirúrgico, suele ser el más frecuente (salpinguectomía total, anexectomía, ooforectomía, histerectomía) o conservador (salpingoplastias y resección parcial de ovario y cuerno, entre otros), mediante laparotomía o laparoscopia, dependiendo del estado de la paciente y/o de la destreza y entrenamiento de los equipos quirúrgicos^{9,99}

El uso de antibióticos, como las tetraciclinas, eritromicinas y las quinolonas, se recomienda, debido a la alta incidencia de la *Chlamydia trachomatis* y las *Neisserias*, las cuales dañan las trompas uterinas.^{5,11,27,95}

Investigadores como Tay y otros consideran que el tratamiento médico puede ser tan efectivo como la salpingostomía por laparoscopia; López y otros exponen que después de realizar la fimbrioplastia, como cirugía conservadora, la tasa de recurrencia de embarazos ectópicos osciló entre 9,7 y 14 % y según Tanahatoe y otros, recurrió en 5.37% de casos.

Tratamiento del embarazo ectópico tubárico, ovárico y abdominal

Tratamiento quirúrgico del embarazo tubárico

Se optará preferentemente el tratamiento quirúrgico en los siguientes casos:

- Pacientes con clínica.
- β -HCG >3.000 mUI/mL. (Toda paciente con determinación positiva de β -HCG en la que después de 5-6 semanas de amenorrea la ecografía transvaginal no evidencie gestación intrauterina, debe ser objeto de controles para confirmar o descartar en embarazo ectópico).

El nivel de discriminación con ecografía transvaginal para detectar una gestación intrauterina oscila entre 1.500-2.000 UI/mL de β -HCG.

- Masa anexial > 4 cm, y/o hemoperitoneo $> 50-100$ cc.
- Imposibilidad de un buen control ambulatorio.
- Contraindicación al tratamiento médico.

En la mayoría de los centros, ante una paciente hemodinámicamente inestable, la laparotomía será el método más eficaz y rápido para detener la hemorragia. Se puede optar también por la cirugía laparoscópica pero requiere un equipo adecuado y un entrenamiento específico.

Las mujeres no sensibilizadas con factor Rh negativo y con sospecha de embarazo ectópico deben recibir profilaxis con 250 UI (50 µg) RSAA de inmunoglobulina anti-D.^{42, 64}

Ante valores superiores sin imagen intrauterina de embarazo debemos hacer el diagnóstico diferencial entre aborto y embarazo ectópico.

En pacientes hemodinámicamente estables, se ha comparado la cirugía laparoscópica frente a la laparotomía, y se ha comprobado que el tiempo de cirugía es más corto, se produce menos pérdida sanguínea, y los días de ingreso y las dosis de analgesia son menores con la laparoscopia.^{42, 64, 72, 92.}

No existen diferencias en la permeabilidad tubárica, ni en la tasa de gestación intrauterina posterior entre laparoscopia y laparotomía. Existe una tendencia a una tasa menor de embarazo ectópico en el grupo de laparoscopia. Sin embargo, la tasa de tejido trofoblástico persistente luego de la intervención fue más alta en el grupo de salpingostomía laparoscópica.

La extracción tubárica manual de la trompa afectada (“exprimir la trompa”) no parece un tratamiento aceptable ya que puede dejar un alto índice de tejido trofoblástico persistente.

Los múltiples estudios que comparan los resultados de fertilidad después de un embarazo ectópico con salpingostomía, o salpinguectomía, no demuestran una mayor probabilidad de gestación intrauterina posterior después de la salpingostomía comparada con la salpinguectomía.^{42, 92, 106}

La salpingostomía expone a la mujer a un riesgo pequeño de sangrado tubárico en el periodo posquirúrgico inmediato y también a la posible necesidad posterior de un tratamiento debido a trofoblástico persistente.

Hablamos de persistencia de tejido trofoblástico cuando los niveles de β-HCG ascienden o no caen de la forma esperada.^{33, 42, 62, 91, 102} Su incidencia con cirugía laparoscópica se estima en 8,1-8,3%, siendo menor con cirugía abierta 4.1% (61, 16, 91, 101, 52). En estos casos en lugar de repetición el acto quirúrgico, algunos autores recomiendan Metotrexate profiláctico antes de la salpingostomía laparoscópica⁴⁵ y posterior a ello efectuar seguimiento para el control y tratamiento del tejido trofoblástico persistente mediante determinaciones seriadas de β-HCG y ecografía transvaginal.

En caso del embarazo ectópico ovárico, muchas veces el diagnóstico es con frecuencia celioscópico, es una forma de presentación poco habitual del embarazo ectópico. Su diagnóstico en la gran mayoría de casos se efectúa durante el acto quirúrgico, por lo que necesita confirmación de anatomía patológica. Lo importante en el tratamiento quirúrgico, mediante laparotomía o laparoscopia es preservar la mayor cantidad de tejido ovarico mediante la extracción del saco gestacional o la resección en cuña, para mantener su función y fertilidad futura. Se ha visto que en algunas oportunidades el tratamiento con metotrexate intramuscular puede ser efectivo.¹⁰⁵

En el caso de los embarazos ectópicos abdominal, a pesar de presentarse en un porcentaje muy bajo, se ha observado que el mayor número de los mismos es más frecuente en países en vías de desarrollo, donde el diagnóstico es muy tardío. Es una situación de alto riesgo que precisa habitualmente de una laparotomía para un buen control de la hemorragia. La exéresis de la placenta es difícil y peligrosa, debiendo renunciar a ella en la mayoría de los casos. En estos casos debe hacerse tratamiento complementario con Metotrexate sistémico en el postoperatorio, aunque se dispone de poca bibliografía al respecto.

Tratamiento médico del embarazo ectópico.

A la actualidad existen muchos estudios sobre tratamientos médicos que son tan efectivos como la cirugía.⁶², pero para ello se debe cumplirse ciertas condiciones:

- Pacientes asintomáticas, o con sintomatología mínima.
- HCG < 3.000 UI /l.
- Masa anexial <4 cm, y /o hemoperitoneo <100 cc.
- Ausencia de latido cardíaco.¹¹²
- Facilidad para el control ambulatorio.
- Consentimiento informado de la paciente.

Metotrexate intramuscular

Muchos embarazos ectópicos seguirán un curso relativamente crónico, y la ecografía transvaginal junto con niveles de β -HCG permitirán efectuar su seguimiento sin tener que someter a la paciente a la laparoscopia,^{36,62}

En la actualidad el tratamiento más utilizado es el metotrexate intramuscular,^{63,98} Grandes estudios no controlados han publicado que alrededor del 15% de las mujeres responden al tratamiento. En casos de cirugía por embarazo ectópico ovárico, la aplicación de metotrexate puede ser un complemento a la laparoscopia y cirugía convencional.

En los casos de embarazo ectópico abdominal precisa laparotomía con exéresis cuidadosa de los tejidos embrionarios, debiendo complementar el tratamiento con Metotrexate sistémico postoperatorio.^{62, 63, 101,112.}

Se debe aconsejar a la paciente que no mantenga relaciones sexuales durante el tratamiento, y que la ingesta líquida debe de ser adecuada. Tras el tratamiento, debe de utilizar algún método anticonceptivo durante los tres meses siguientes dado el riesgo teratogénico del Metotrexate

Existe un 75% de pacientes que luego del tratamiento con metotrexate experimentarán dolores gastrointestinales, agregarse conjuntivitis, estomatitis, y que en algunas ocasiones requieren ingreso hospitalario para observación y evaluación ecográfica después del Metotrexate.^{34, 42,65}

Aunque el tratamiento médico puede tener éxito a niveles más altos que 3.000 UI/l, datos sobre la calidad de vida, y del costo beneficio demuestran que el tratamiento médico sólo merece la pena con valores debajo de 3.000 UI/l. Los datos sobre el tamaño del embarazo ectópico son menos claros, pero cuanto más grande es la masa anexial, más probabilidad es que haya una ruptura.^{34, 63,101.}

Para el tratamiento médico se recomienda tener protocolos o guías de tratamiento y seguimiento para el uso de este fármaco en el embarazo ectópico, donde debe incluirse los posibles tratamientos adicionales, los posibles efectos adversos del fármaco, así como las patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso del metotrexate.

Tratamiento con metotrexate multidosis

El metotrexate es un antagonista del ácido fólico, que actualmente se emplea por vía intramuscular para el tratamiento del embarazo ectópico. Se utilizan dos tipos de protocolos para su administración:

- La pauta multidosis emplea 1 mg/kg, alternándose de forma diaria con 0,1 mg/kg de ácido fólico. Administrándose un máximo de 4 dosis. La β -HCG se determina el día del metotrexate, al día siguiente y cada dos días hasta que los niveles de β -HCG descendan un 15% del inicial, este esquema aunque con mayores efectos secundarios, resulta más efectivo¹⁵.
- La pauta Monodosis se basa en la superficie corporal, empleando 50 mg/m² en una sola dosis. No requiere el rescate con ácido fólico.

No existe evidencias que la dosis de Metotrexate de 1 mg/kg o bien 50 mg/m² en total, administrada localmente ya sea por control laparoscópico, guiada por ecografía o por cánula del cérvix, sea superior a la sistémica por vía intramuscular, a pesar que se han detectado concentraciones locales 5 veces más altas por vía local que por vía sistémica.^{39, 40,46} Los efectos adversos son menores pero ofrece riesgos adicionales como la propia laparoscopia y la anestesia. La fertilidad ulterior de pacientes tratadas con metotrexate dependerá más de la historia previa de la paciente que del tratamiento en sí del embarazo extrauterino. Así también se sabe que la Administración intrasacular de otras sustancias feticidas no han demostrado mayor eficacia que el metotrexate.^{2, 28, 32, 43, 49, 60,89.}

En el caso de un embarazo heterotópico, su manejo es similar al ectópico, salvo dos peculiaridades:

- La evolución de los niveles de β -HCG en sangre no es valorable para evaluar la resolución del ectópico.
- El tratamiento médico que empleemos puede perjudicar a la gestación intrauterina, por lo que se recomienda realizar tratamiento quirúrgico, o médico local (instilación intrasacular de glucosa hiperosmolar mejor que metotrexate).

Conducta expectante en el embarazo ectópico.

La conducta expectante se reservará para los siguientes casos:

- Pacientes estables y asintomáticas.
- Beta HCG < 1.000 con niveles descendentes.
- Pacientes que tienen facilidad para el control ambulatorio.

- Consentimiento informado de la paciente.
- Pacientes con compromiso de hacerse controles bisemanales de β -HCG y ecografía hasta que los niveles descieran un 50%. A partir de aquí se adecuarán los controles al descenso de la β -HCG.
- Si las tasas de la β -HCG se estabilizan o ascienden, aparece clínica o hemoperitoneo se abandonará el tratamiento expectante. Se abandonará también si no hay un descenso de la β -HCG solo del 50% a la semana de seguimiento.
- El control expectante del embarazo ectópico localizado por ultrasonidos es una opción válida en pacientes estables y asintomáticas, con niveles decrecientes de β -HCG. Se hace una ecografía transvaginal semanal hasta que los niveles de β -HCG bajen de 20 UI. ^{21,69} y exista reducción en el volumen de la masa anexial.

La revisión de los estudios observacionales en los que se siguió una conducta expectante pone de manifiesto una tasa de resolución espontánea del 69%. El tamaño de la masa no tiene un valor pronóstico claro, pero la disminución en el diámetro de la masa a los 7 días sí lo tiene. ^{2,59}

En las gestaciones sin localización, con presencia o no de signo-sintomatología, con una zona discriminatoria entre 1.000 UI/l a 1.500 UI/L en los niveles de β -HCG, algunos estudios reportan la resolución espontánea por aborto tubárico o por reabsorción intratubárica en 44-69% de los casos. ^{81,83} En este mismo, se recomienda efectuar seguimiento durante 48-72 horas. Si aparece clínica, los niveles se elevan por encima de la zona discriminatoria, o se estabilizan en meseta, debemos considerar una intervención activa, ^{22,50}

Si los niveles bajan, seguiremos con controles de β -HCG hasta que los niveles descieran por debajo de las 20 UI/L.

Embarazo ectópico cornual, intersticial y cervical

Tratamiento médico

1. Son localizaciones cuyo tratamiento quirúrgico conlleva a un alto índice de complicaciones por el riesgo de rotura y hemorragia, y finalmente sea frecuente la histerectomía. En estos casos se recomienda, en pacientes clínicamente estables, evaluar

las posibilidades de ofrecer el tratamiento médico con metotrexate intramuscular aún con cifras de β -HCG >3.000 UI/L. pero con seguimiento estricto.

2. Si fracasa el tratamiento con metotrexate intramuscular, se ensayará el metotrexate local guiado por ecografía o histeroscopia, aunque no existen evidencias de la eficacia y seguridad de estas terapias. Diversos autores han presentado su experiencia con la administración intraluminal de metotrexate (20 mg) por cateterización del ostium tubárico, recurriendo a diferentes métodos, pero las publicaciones con esta estrategia son muy limitadas ^{47,88}

En los casos que no involucre el embarazo ectópico, se impondrá un tratamiento quirúrgico. La conducta expectante es una opción válida en pacientes sin clínica o con sintomatología mínima.

3. Existen pocos trabajos que valoren la eficacia y efectos colaterales de la embolización selectiva, por ello su empleo se verá restringido a ectópicos de edad gestacional avanzada, de localización cornual, intersticial o cervical, en los que haya fallado el tratamiento médico con metotrexate, y en mujeres que no deseen descendencia o no autoricen el tratamiento quirúrgico.

Aunque no existen evidencias de su eficacia, es aconsejable agotar los tratamientos menos agresivos. Si el diagnóstico es precoz, los tratamientos como la ablación selectiva, resección por histeroscopia, electrocoagulación bipolar o monopolar, láser o aspiración, parecen dar buenos resultados con pocas complicaciones. ^{48, 72,93}

Embarazo cervical

En caso de metrorragias importantes se recomienda la práctica de un legrado cervical asociado a un método de taponamiento (cerclaje o sonda de Foley). La amputación quirúrgica del cérvix se reservará como última opción por la dificultad que entraña y las altas posibilidades de finalizar en histerectomía.

Embarazo cornual e intersticial

Generalmente el tratamiento será la laparotomía, aunque en pacientes estables la laparoscopia es una opción válida y consistirá en la resección cornual. En pacientes que deseen descendencia, se aconseja intentar la incisión cornual y extracción de la vesícula

gestacional en lugar de la resección cornual, pero en casos complicados puede requerirse la histerectomía.

En general se diagnostican tarde y cuando se produce, la ruptura la hemorragia es intensa, por lo que tienen una elevada mortalidad (2,5%). El tratamiento tradicional es la resección cornual o histerectomía por laparotomía. La laparoscopia ha sido utilizada por equipos entrenados y en embarazos ectópicos no muy evolucionados, pero es una vía compleja. Una de las ventajas del tratamiento médico o conservador del embarazo ectópico cornual es la posibilidad de preservar la fertilidad, pero con la desventaja de una posible rotura uterina.

Embarazo heterotópico

Su manejo es similar al ectópico, salvo dos peculiaridades:

- La evolución de los niveles de β -HCG en sangre no es valorable para evaluar la resolución del ectópico.
- El tratamiento médico sistémico puede perjudicar a la gestación intrauterina, por lo que se recomienda aplicar el tratamiento médico local (instilación intra-sacular de glucosa hiperosmolar mejor que metotrexate), o bien se emplear el tratamiento quirúrgico.

2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES:

Embarazo Ectópico:

Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal^{16,23,61}.

Cirugía tubárica:

Toda intervención quirúrgica realizada en una o ambas trompas de Falopio ^{25,98}

Dispositivo Intrauterino (DIU):

Método anticonceptivo que consiste en un dispositivo pequeño y flexible en su mayoría de plástico que se introduce en la cavidad uterina evitando la fecundación, pueden ser de cobre o liberador de hormonas^{15,86}.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI):

Es una infección de útero, trompas y ovarios debida a una infección bacteriana ascendente desde el tracto genital inferior, los gérmenes penetran por la vagina y ascienden hacia la pelvis^{15,61}

Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:

Cuando aún no se ha alcanzado la edad necesaria en la cual se tiene la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, siendo esta según el ordenamiento jurídico los 18 años de edad.

3.- ANALISIS ANTECEDENTES INVESTIGATORIOS**A NIVEL LOCAL.**

3.1. A autor: Cristian Zevallos Melgar (115) en su tesis para optar el título de médico cirujano en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Título: Características clínico quirúrgicas del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa 2010 – 2014.

Se revisó las historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el periodo de estudio de 5 años en la identifico 206 casos, con una incidencia de 45.61 casos por cada 1000 partos en el 2010 que llegó a 62.77 casos por cada 1000 partos en el 2014. La edad de las pacientes fue de 31.21 años (rango: 19 y 45 años); la edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 7.09 semanas. Hubo antecedente de embarazo ectópico previo en 7.28% de casos y 0.97% de casos tuvieron bloqueo tubárico bilateral. El cuadro clínico característico fue el dolor abdominal (95.63%) con hemorragia genital en 68.93%, y se palpó una masa tumoral anexial en 68.93% de las pacientes, sólo 10.68% desarrollaron shock hipovolémico. La forma de manejo fue quirúrgico en 99.03% y en tres casos (1.46%) se realizó tratamiento médico, de los cuales uno falló. Se ubicó sobre todo en la trompa (95.63%) y en 92.71% de casos fue ampollar, intersticial en 1.46%, infundibular en 0.97% de casos, ístmico en 0.49%; fue ovárico en 3.88%, cervical en 0.49% de casos. La forma de tratamiento fue la salpinguectomía en 85.29%, la anexectomía en 1.96% de mujeres, la salpingostomía en 9.31%, ooforectomía

en 2.94% e histerectomía en 0.49%. La estancia hospitalaria promedio fue de 3.42 días (rango: 1 a 10 días) y la letalidad por la enfermedad en el periodo fue de 1.46%. Conclusión: El embarazo ectópico tiene una frecuencia creciente en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo y tiene un manejo eminentemente quirúrgico con buena evolución.

3.1. B Autor: Montes Lima, Eliana Joanie (74)

Título: Incidencia, factores de riesgo y características clínico epidemiológicas de embarazo ectópico. Hospital de apoyo Camaná, 2004-2014.

Se revisaron 99 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en las que se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 103 partos y en el último año una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 45 partos. El intervalo de edad de presentación más frecuente fue de 25 a 29 años; el 55.6% de las pacientes inicio vida sexual antes de los 18 años; 26.3% presentaba hábito de fumar. El 18.2% presentó antecedente quirúrgico de curetaje uterino, 10.1% presentó antecedente de cesárea y 8.1% de cirugía tubárica; 15.2% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); 19.2% tuvo antecedente de embarazo ectópico; 42.4% utilizaba métodos anticonceptivos hormonales, 22.2% de barrera y 8.1% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. La sintomatología principal (53.5%) fue la triada: dolor abdominal, retraso menstrual y metrorragias, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. La signología más frecuente dolor en fosa iliaca (92.9%), seguido de dolor a la movilización cervical (66.7%). El 100% recibió tratamiento quirúrgico, de estos 56.6% salpinguectomía +ooforectomía, 37,4% salpinguectomía. La localización más frecuente fue la tubárica, ampular (48.5%), ístmico (44.4%). Conclusiones: La frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical.

3.2 A NIVEL NACIONAL.

3.2. A Autor: Crisóstomo Vacas, Félix

(109) TÍTULO: Respuesta clínica y quirúrgica de mujeres con embarazo ectópico en el Hospital II de Vitarte desde el 01 de enero al 31 de octubre del 2015.

Investigación de tipo descriptivo, observacional para determinar la respuesta clínica y quirúrgica del embarazo ectópico. Utilizando 20 Historias Clínicas de pacientes que presentaron un diagnóstico clínico, laboratorio y ecográfico de embarazo ectópico; se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 46 gestantes. Diecisiete pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, tres pacientes recibieron tratamiento médico con metotrexate. La edad promedio para las que recibieron tratamiento quirúrgico fue 32 ± 5.36 años; mientras que la edad promedio para el grupo del tratamiento médico fue de 25 ± 5.5 años. El tiempo promedio de edad gestacional para las que recibieron tratamiento quirúrgico fue $6,8 \pm 1,4$ semanas; mientras que la edad gestacional promedio para el grupo del tratamiento médico fue 7.3 ± 0.5 semanas. El tamaño promedio del saco gestacional para las que recibieron tratamiento quirúrgico fue 32 ± 11.6 mm; mientras que el saco gestacional promedio para el grupo del tratamiento médico fue 26.6 ± 9.2 mm. La B-HCG promedio en los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico fue de 3411.8 ± 5018.1 mU/l; mientras que la B-HCG promedio para el grupo de tratamiento médico fue de 10706.6 ± 12037 mU/l. La sintomatología principal fue dolor abdominal (65%), seguido de metrorragia (35%). El 85% recibió tratamiento quirúrgico, 15% médico. La salpinguectomía total fue el principal procedimiento realizado; se utilizó metotrexato intramuscular en dosis única (33.4%) y dosis variada (66.6%) con una efectividad del 100% en resolución del embarazo ectópico. Todo indica que la dosis de metotrexato por vía intramuscular causa cambios en las pacientes con embarazo ectópico, ya que ha mostrado una efectividad y seguridad promedio alta, con una frecuencia relativamente baja de efectos secundario que según lo reportado son leves y transitorios.

3.2. B. Autor: Pérez De Miguel Luis Alberto (83)**TITULO: Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero-Diciembre 2010**

Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de caso y control en el cual se revisaron todas las historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y pacientes puérperas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero-diciembre 2010. Resultados: El rango de edad en su mayoría fue de 20-35 años, 40.8% (embarazo ectópico) y 25.0% (puérperas); el grado de instrucción de mayor frecuencia fue el de secundaria completa, 33.3% (embarazo ectópico) y 30.0% (puérperas) en el grupo de casos y controles respectivamente. El estado civil en el grupo de casos fue 20.8% y control 15.8% para las convivientes. En cuanto a la paridad, 25.8% fueron multíparas dentro de las pacientes con embarazo ectópico, y dentro de las puerperas, 22.5% fueron nulíparas. Las pacientes con antecedente de cirugía tubárica fue de 7.5% y 0.8% en el grupo de casos y controles respectivamente. Con antecedente de cirugía abdominal o pélvica se encontró 12.5% en ambos grupos. En cuanto al antecedente de embarazo ectópico 5.2% en el grupo de casos, no se encontró dicho antecedente en el grupo de control. Antecedente de cirugía tubárica y enfermedad pélvica inflamatoria 5.0%, 2.5% casos y 1.7% para ambos antecedentes en el grupo control. Al antecedente de uso de DIU se encontró 2 pacientes en el grupo de los casos y 1 paciente en el grupo control. No se encontraron pacientes con antecedente de tratamiento de infertilidad en ningún grupo.

3.2. C. Autor: Alberto Hurtado (56)**TITULO: Tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007 - 2008**

Resultados: Sólo un caso correspondía a un embarazo ectópico no complicado que tuvo buena evolución con tratamiento médico. Los otros tres casos no cumplieron con los criterios para el tratamiento médico, debido a su tamaño, los niveles de gonadotropina coriónica humana beta o el hemoperitoneo. Conclusiones: El embarazo ectópico en nuestro país sigue siendo una emergencia ginecológica por complicaciones a la llegada, por lo que no es elegible para el tratamiento médico.

3.2. C. Autor: (71) Ángel Iván Martínez Guadalupe^{1,a}, Yuri Sandy Mascaro Rivera^{1,a}, Sammy Walter Méjico Mendoza^{1,a}, Juan Francisco Mere del Castillo^{1,b}

TITULO: Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Se revisaron 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el periodo 2006-2010. Principales medidas de resultados: Características de pacientes con embarazo ectópico. Resultados: Se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue $29,2 \pm 6,5$ años; 28,5% de las pacientes fue soltera, 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina; 54,3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones, 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y 33,8% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. El tiempo promedio de amenorrea fue $6,8 \pm 2,1$ semanas y la sintomatología principal dolor abdominal (97,9%). La ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70,7% de los casos. En de más de 60% la complicación fue resuelta en menos de 6 horas. El 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpinguectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular. Conclusiones: La frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical.

3.2. D. Autor: Gerardo Martín Requena Frías (87)

TITULO: Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período 2004 - 2010.

Se evaluaron 189 gestantes, distribuidas en dos grupos, casos (63 gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico) y controles (126 gestantes con embarazo normal). Cuyos resultados indican en relación a la edad de las pacientes, el grupo de casos tuvo un promedio de $29,41 \pm 7,14$ y en el grupo de los controles el promedio fue $27,59 \pm 7,92$ años

de edad ($p < 0,05$). Con respecto al inicio precoz de relaciones sexuales, el promedio en el grupo de casos fue 42,86% y en el grupo de los controles el promedio fue 38,89% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de cirugía tubárica, esta estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ($p < 0,01$). En lo que respecta al antecedente de uso de DIU, esta estuvo presente en los casos en 28,57% y en los controles en 15,87% ($p < 0,05$). En lo que respecta al antecedente de EPI, esta estuvo presente en los casos en 11,11% y en los controles en 6,35% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de embarazo ectópico, este estuvo presente en los casos en 9,52% y en los controles en 2,38% ($p < 0,05$). Conclusiones: El antecedente de cirugía tubárica, de uso de dispositivo intrauterino y de embarazo ectópico constituyeron factores de riesgo para embarazo ectópico.

3.2. E. Autor: Gerardo Martín Requena Frías (87)

TITULO: Abordaje Quirúrgico Del Embarazo Ectópico Complicado Hospital María Auxiliadora 2014.

Se revisaron todas las historias clínicas de embarazos ectópicos registradas desde enero hasta diciembre del 2014. o descriptivo retrospectivo se seleccionaron 70 casos de embarazo ectópico complicado en la que se concluye que aproximadamente el 1% de todos los nacimientos. Los síntomas más comunes al ingreso de las pacientes fueron dolor pélvico asociado a sangrado vaginal en el 58.6%. Para el diagnóstico se utilizó la ecografía transvaginal en todos los casos, la culdocentesis (51.4%) y la detección de β -hCG (62.9%). En el 82.9% de los casos se realizó salpinguectomía por laparotomía y solo en 14.3% salpinguectomía por laparoscopia. La mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones y solo 23 (32.8%) tuvieron anemia. No se identificaron muertes.

Conclusiones. El abordaje quirúrgico más común en embarazo ectópico complicado en el Hospital María Auxiliadora es la laparotomía. La complicación más común es la anemia mientras no se encontraron complicaciones inherentes a la cirugía realizada.

3.3 A NIVEL INTERNACIONAL.

3.3. A Autor: Hernández-Núñez J, Valdés-Yong M, Torres-Chávez A.

TÍTULO: Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Medisur [revista en Internet]. 2013.

Se hizo un estudio de casos y controles realizado en un universo de 132 pacientes en el Municipio Habana del Este, operadas de embarazo ectópico en el Hospital Dr. Luís Díaz Soto desde el 2009 al 2011. Se escogió una muestra al azar de 66 pacientes que constituyó el grupo estudio; se contó con otro grupo control de igual cantidad de pacientes no operadas de embarazo ectópico en dicho período. En función a ello se encontró que el embarazo ectópico fue más frecuente en mujeres de color de piel blanca, entre 25 y 34 años de edad; el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tres o más abortos provocados, así como la historia de infertilidad, embarazo ectópico previo, inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales y el empleo de dispositivos intrauterinos fueron factores predisponentes para el embarazo ectópico; no así la escolaridad, ocupación, paridad, apendicetomía y cirugía tubárica previa, ni tabaquismo.

3.3. B Autor: Rodríguez Y et al, (Cuba; 2010).

Título: incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico, para lo cual realizaron un estudio clínico en el Hospital Universitario Ginecobstétricos "Eusebio Hernández".

La muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica, encontrando una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %. 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 %. 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 y la enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos.

3.3.C Autor: Cabrera (Chile 2010)

Título: incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con Embarazo ectópico desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico y obstétrico,

Se realizó un estudio observacional analítico, de 70 pacientes. El promedio de edad materna fue 30,6 años; el 78,6% fueron multíparas y 90% no usaban ningún método anticonceptivo. El 85,7% no tuvieron antecedentes de cirugías previas y el 91,4% no presentó antecedentes mórbidos. El 5,7% tuvieron antecedentes de proceso inflamatorio pélvico, 18,5% tabaquismo, 12,9% abortos previos, 14,3% embarazo ectópico anterior. El manejo fue quirúrgico en 95,7%. El 78,6% presentó alguna complicación asociada, siendo la más frecuente el hematosalpinx.



4.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Describir los factores de riesgo, la sintomatología, métodos de diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en pacientes del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016?

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a. Determinar cuáles son los factores de riesgo relacionados a embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016
- b. Determinar las principales manifestaciones clínicas del embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016
- c. Identificar los principales métodos de diagnóstico de embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016
- d. Identificar los principales métodos de tratamiento de embarazo ectópico en pacientes en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016

HIPOTESIS.

No aplicable para el tipo de estudio por ser descriptivo

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

a. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

Es una investigación descriptiva, retrospectiva observacional.

- Técnica: En la presente investigación se aplicó la técnica observacional documental (revisión de historias clínicas).
- Instrumentos:
 - a. Programa de computadora: hoja de cálculo electrónica (Excel).
 - b. Ficha de recolección de datos. Célula para recoger la información.
- Materiales:

- a. De escritorio: Engrapador, perforadores, papel bond, CD, USB.
- b. de utilería: Lapiceros, lápices borradores, resaltadores etc.
- c. De apoyo logístico: Computadoras.

b. Método y diseño del estudio.

Es un estudio observacional de serie de casos retrospectivo.

c. Campo de verificación

1) Ubicación Espacial:

El presente estudio se realizara en el Hospital III- I Goyeneche.

2) Ubicación Temporal:

La investigación corresponde a un periodo de siete años comprendido entre enero del 2010 a diciembre del 2016

3) Unidad de estudio.

3. a. Universo:

Todas las historias clínicas comprendidas en los años de estudio con el diagnostico al alta de Embarazo Ectópico.

3. b. Población:

La población está compuesta por todas las pacientes que se hospitalizaron con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche en el periodo de estudio.

3. c. Muestra.

No corresponde porque se incluirán todas las pacientes.

3. c. 1. Criterios de inclusión.

- ☞ Todas las historias de pacientes con el diagnóstico al alta de embarazo ectópico.

3. c. 2. Criterios de exclusión.

- ☞ Historias clínicas pedidas.
- ☞ Historias clínicas incompletas.
- ☞ Historias clínicas solo con diagnóstico de ingreso de embarazo ectópico.

3. c.3. Identificación de variables.

- ☞ Variable dependiente: Embarazo Ectópico.
- ☞ Variable Independiente: Factores múltiples.

d. Aspectos éticos.

Debido a que en la presente investigación no se realiza con la intervención de la paciente, la confidencialidad de los datos obtenidos de sus historias está garantizada porque se obtiene los datos sin incluir el nombre de la paciente.

e. Métodos de análisis e interpretación de Datos.

Se usara prueba de la t para variables continuas con distribución normal y prueba de Mann-Whitney para las variables discretas y ordinales o aquellas con distribución no normal. Las variables categóricas serán comprobadas con la prueba X^2 de Pearson o la prueba exacta de Fisher según proceda. Los valores de p para todas las pruebas tendrán un nivel de 5% de significancia. Se usara Epi info versión 7 y SPSS versión 22.

f. Limitaciones.

La principal limitación estaría en razón a que no se encuentre toda la información deseada en las historias clínicas.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Nov 2017				Dic 2017				Ene 2017				Feb 2017		
	1	2	3	4	1	2	3	4	3	4	3	4	1	2	3
Diseño final del proyecto	X	X													
Aprobación final.			X	X											
Recolección de Datos			X	X	X	X	X								
Procesamiento de los datos					X	X	X	X							
Análisis de los datos							X	X	X	X	X				
Interpretación de resultados											X	X			
Informe final de la tesis														X	

BIBLIOGRAFIA

1. Anuario Estadístico de Salud en Cuba 2006. Disponible en: <http://translate.google.com/cu/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>.
2. Altaras M, Cohen I, Cordoba M, Ben Nun I, Ben Aderet N. Treatment of an interstitial pregnancy with actinomycin D. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 1321.
3. Arnaud Fauconnier A, Mabrouk A, Salomon LJ, Bernard JP, Ville Y. Ultrasound assessment of haemoperitoneum in ectopic pregnancy: derivation of a prediction model. *World J Emerg Surg.* 2007;2:23.
4. [aprox. 9p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2002000300004&script=sci_arttext. 25. Moschos E, Twickler DM. Intrauterine devices in early pregnancy: findings on ultrasound and Clinical outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 ; 204 (5): 427-e1-6.
5. Botella Llusia J, Clavero Núñez LA. Tratado de Ginecología. 14^a ed. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1993.
6. Aboud E. A five-year review of ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2007; 24:127-129.
7. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossoyt P. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2006; 65:1093-9.
8. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:184-8.
9. Bangsgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas I. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 765-70.
10. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2002 Sep.-dic. 28.
11. Bakken IJ. Chlamydia trachomatis Infection and the Risk for Ectopy Pregnancy. *Sex Transm Dis* 2007;34:6.
12. Benson R.: Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno,1986:707-16.
13. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1970; 106:1004.
14. Brennan DF, Kwatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. *J Emerg Med.* 2000;19:249-54.
15. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy. A metaanalysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 778-84.
16. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17: 3224-30.
17. Bunyavejchevin S, Havanond P, Wisawasukmongehol W. Risk factors of ectopic pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2003; 86(2):417-21.

18. Berlingieri P, Bogdanskiene G, Grudzinskas JG. Rupture of tubal pregnancy in the Vilnius population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 13:85-8.
19. Cabero Roura L, et al. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. adrid: Editorial Médica Panamericana, 2002: 559.
20. Cabezas Cruz E. Evolucion de la mortalidad materna en cuba . *rev Cubana Sal Publ.* 2006 [17 de mayo 2008]; 32.
21. Cacciatore B, Korhonen J, Stenman U, Ylostalo P. Transvaginal sonography and serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies selected for expectant management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 297-300.
22. Cacciatore B, Stenman U, Ylöstolalo P. Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 iu/l (IRP). *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 904-8.
23. Clausen I. Conservative versus radical surgery for tubal pregnancy *Acta Obstet Gynec Scand* 1996; 75: 8-12.
24. Cañete Palomo ML. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Castilla-La Mancha España: Editorial FISCAM. Ed Schering S.A; 2003.
25. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, et L. Ectopic Pregnancy Risk With Assisted Reproductive Technology Procedures. *Obstet Gynecol* 2006;107(3):595-604.
26. Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev.* 2007; 9:70-94.
27. Danfort. Tratado de Obstetricia y ginecología. 8va ed. México: Ed Mc Graw-Hill Interam; 2000.
28. Davison G, Leeton J. Management of unruptured tubal pregnancy by aspiration of sac under ultrasound control. *Lancet* 1988; 1: 276.
29. Cooray H, Harilall M, Farquahar C. A six year audit of the management of ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42: 538-42.
30. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intra- and extrauterine pregnancy. *J Obstet Gynecol.* 1948;56: 119 35.
31. L. Donald Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis and treatment *Am J Obstet Gynecol*, 206 (2012), pp. 289-299 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.10.857> Medline.
32. . Doubilet PM, Bensosn CB, Frates MC, Ginsburg E. Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies. *J Ultrasound Med* 2004; 23: 359-70.
33. H, Bourget P, Ville Y, Lelaidier C, Frydman R. Treatment of unruptured tubal pregnancy with methotrexate: pharmacokinetic analysis of local versus intramuscular administration. *Fertil Steril* 1994; 62: 943-7.
34. Freundt EJ. Embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza entre los años 1992–1996. [Tesis para optar el Grado de Bachiller en Medicina]. 1998. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
35. Fujishita Dubuisson JB, Aubriot FX, Mathieu L, Foulot H, Mandelbrot L, de Joliere JB. Risk factors for ctopic pregnancy in 556 pregnancies after in vitro fertilization: implications for preventive management. *Fertil Steril* 1991; 56: 686-90.

36. Dudley PS, Heard MJ, Sanji-Haghpeykar H, Carson SA, Buster JE. Characterizing ectopic pregnancies that rupture despite treatment with methotrexate. *Fertil Steril* 2004; 82(5): 1374-8.
37. Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González N, León Barzaga M. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* [revista en Internet]. 2003 [cited 6 Mar 2012] ; 29 (3): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000300001.
38. Espinoza D. Tasa De Gestacion Intrauterina Subsecuente Al Tratamiento Quirurgico Del Embarazo Ectopico En El Departamento De Gineco-Obstetricia Del Hospital Hipolito Unanue De Tacna Entre El 2000 Al 2006. Tesis Para Optar El Título Profesional de Médico Cirujano. Tacna- Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2009.)
39. Fernández Arenas C, Guerra Castro MM, Soler Cárdenas SF. Estrategia educativa para gestión del conocimiento sobre embarazo ectópico en Atención Primaria de Salud. *Revista Médica Electrónica* [revista en Internet]. 2009 [cited 6 Mar 2012] ; 31 (2): [aprox. 19p]. Available from: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista medica/ano 2009/vol2 2009/tema01.htm>.
40. F. Odejinmi, M.I. Rizzuto, R. Macrae, O. Olowu, M. Hussain Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of the literature *J Minim Invasive Gynecol*, 16 (2009), pp. 354-359
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2009.01.002> Medline
41. Fernández H, Benifla JL, Lelaidier C, Baton C, Frydman R. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy: 100 cases treated by primary transvaginal injection under sonographic control. *Fertil Steril* 1993; 59: 773-7.
42. Fernandez Fujishita A, Masuzaki H, Newaz Khan K, Kitajima M, Hiraki K, Ishimaru T. Laparoscopic salpingostomy for tube pregnancy: comparison of linear salpingostomy with and without suturing. *Hum Reprod* 2004; 19: 1195-200.
43. Frydman R, Fernández H, Troalen F, Ghillani P, Rainborn JD, Bellet D. Phase I Clínical trail of monoclonal anti-human chorionic gonadotropin antibody in woman with an ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1989; 52: 734.
44. Galarza romero Byron, embarazo ectopico y su prevalencia en el area de ginecologia y obstetrician, Clínica santa Cecilia “ novaClínica” desde el 2010 hasta diciembre 2010.
45. Graczykowski J, Mishell D. Methotrexate prophylaxis for persistent ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 118-22.
46. Gervaise A, Fernández H. Le methotrexate dans le traitement medical des grossesses extrautérines non rompues. Étude prospective: injection intramusculaire versus injection in situ sous contrôle échogragraphique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32: 420.
47. Goldenberg M, Bider D, Oelsner G, Admon D, Mashiach S. Treatment of interstitial pregnancy with Methrotexate via hysteroscopy. *Fertil Steril* 1992; 58: 1234-6.

48. Gopal M, Goldberg J, Klein TA, Fossum GT. Embolization of a uterine arteriovenous malformation followed by twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 696-8.
49. Gyamfi C, Cohen S, Joanne L, Stone MD. Maternal complication of cervical heterotopic pregnancy after successful potassium chloride fetal reduction. *Fertil Steril* 2004; 82: 940-3.
50. Hahlin M, Thorburn J, Bryman I. The expectant management of early pregnancies of uncertain site. *Hum Reprod* 1995; 10: 1223-7.
51. Hicks JL, Rodgerson JD, Heegaard JL, Rodgerson JD, Heegaard WG, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. *Am J Emerg Med.* 2001;19:488-91.
52. Hajenius P, Mol B, Ankum W, van der Veen F, Bossuyt P, Lammes F. Clearance curves of serum human chorionic gonadotrophin for the diagnosis of persistent trophoblast. *Hum Reprod* 1995; 10: 683-7. 32. Kelley R, Martin S, Strickler R. Delayed hemorrhage in conservative surgery for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 225-6.
53. H.G. Grimes, R.A. Nosal, J.C. Gallagher Ovarian pregnancy: a series of 24 cases *Obstet Gynecol*, 61 (1983), pp. 174-180 Medline.
54. A.A. Al-Meshari, N. Chowdbury, B. Adelusi Ovarian pregnancy *Int J Gynaecol Obstet*, 41 (1993), pp. 269-272 Medline.
55. Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 176:103-7..
56. hurado tratado medico del embarazo ectopico en el hospital nacional cayetano Heredia 2007 -2008.
57. Kalbermatter D. (2007), Prevalencia de embarazo ectópico en el servicio de ginecología del hospital “Ramón Madariaga” de posada. *Revista de Posgrado* N°167.
58. Kraemer, E. Kraemer, E. Guengoer, I. Juhasz-boess, E. Solomayer Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Canegie stage 16 and review based on a Clínical case *Fertil Steril*, 92 (2009), pp. 13- 15 <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.03.081> Medline.
59. Korhonen J, Stenman U, Ylöstalo P. Serum human chorionic gonadotrophin dynamics during spontaneous resolution of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994; 61: 632-6.
60. Lang P, Weis PAM, Mayer HO. Local application of hyperosmolar glucose solution in tubal pregnancy. *Lancet* 1989; 1: 922.
61. Lewis G, Drife J. Why Mothers Die 1997-1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2001.
62. Lipscomb G, Bran D, McCord M, Portera J, Ling F. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 1354-8.
63. Lipscomb G, McCord M, Stovall T, Huff G, Portera J, Ling F. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999; 341: 1974-8.

64. Li Z, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu I. Laparoscopic surgery in patients with hypovolemic shock due to ectopic pregnancy. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2002; 37: 653-5.
65. Lipscomb G, Puckett K, Bran D, Ling F. Management of separation pain after singledose methotrexate therapy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 590-3. 46.
66. S. Lurie The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 43 (1992), pp. 1-7 Medline
67. Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 2008; 299:1823-7.
68. Marana R. et al. Prognostic role of laparoscopic salpingoscopy of the only remaining tube after contralateral ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2005; 63:303-6.
69. Mäkinen J, Kivijärvi A, Irjala K. Success of non-surgical management of ectopic pregnancy. *Lancet* 1990; 335: 1099.
70. Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2004.
71. Martínez Guadalupe Ángel Iván Y Otros, Características Epidemiológicas, Clínica Y Quirúrgica De Pacientes Con Embarazo Ectópico En El Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
72. Menger W, Burchel C, Blumstein R, Daskal J. Pregnancy after bilateral ligation of the internal iliac and ovarian arteries. *Obstet Gynecol* 1969; 34: 664-6.
73. Mohamed H, Maiti S, Phillips G. Laparoscopic management of ectopic pregnancy: a 5-year experience. *J Obstet Gynecol* 2002; 22: 411-4.
74. Montes Lima Eliana Joanie Incidencia, Factores De Riesgo Y Característica Clínica, Epidemiología De Embarazo Ectopico, Hospital De Apoyo 2004 – 2014.
75. Moreno Martinez Pablo, Abordaje Quiurrgico Del Embarazo Ectópico Complicado, Hospital Maria Auxiliadora.
76. Murphy AA, Nager CW, Wujek JJ, Kettel LM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1992; 57: 1180-5.
77. Novak ER, Seegar Jones G, Jones HW. Tratado de Ginecología. Madrid: Ed Interam Mc Graw-Hill; 1991.
78. Pato Mosquera monica , lucia castro vilar y otros caso clinico embarazo ectopico ovarico serminimvicio de obstetricia y ginecologia, complejo hospitalario universitario deourence, ourence, españa 2012^a.
79. Nordenskjold F, Ahlgren M. Risk factors in ectopic pregnancy. Results of a population-based case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 70:575-9.
80. Onah HE, Oguanuo TC, Mgbor SO. An evaluation of the shock index in predicting ruptured ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26:445-7. 37.
81. Olalde Cancio R. Embarazo Ectópico: factores relacionados y otras consideraciones. *Medicentro*. 2004;8(4).
82. Oliva Rodríguez JA. Temas de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.

83. Pérez Del Miguel Luis Alberto, Factores De Riesgo De Embarazo Ectópico En El Hospital Daniel Alcides Carrión Periodo Enero Diciembre 2010.
84. Pérez Peña, Efraín. Atención Integral de la Infertilidad. México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana; 2003.
85. Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. *Clínical Obstetrics & Gynecology*. Ectopic Pregnancy. 2009; 42(1):2-8.
86. Raziel, M. Schachter, E. Mordechai, S. Friedler, M. Panski Ovarian Pregnancy: a 12 year experience of 19 cases in one institution *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 114 (2004), pp. 92- 96 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2003.09.038> Medline.
87. Requena Frias Gerardo Martin: Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectopico En Pacientes Atendidas En El Servicio De Ginecología Del Hospital Regional Docente De Trujillo En El Eriodo 2004 – 2010, TITULO: Abordaje Quirúrgico Del Embarazo Ectópico Complicado Hospital María Auxiliadora 2014.
88. Risquez F, Forman R, Maleika F, Foulot H, Reidy J, Chapman M, Zorn JR. Transcervical cannulation of Esterilidad General II 102 the fallopian tube for the management of ectopic pregnancy: prospective multicenter study. *Fertil Steril* 1992; 58: 1131-5.
89. Robertson DE, Moye MA, Hansen JN. Reduction of ectopic pregnancy by injection under ultrasound control. *Lancet* 1987; 1: 974.
90. Roth L, Taylor HS. Risks of smoking to reproductive health: assessment of women's knowledge. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 934-9.
91. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of early pregnancy loss. *Clínical Guideline No. 25*. London: RCOG Press, 2000.
92. Rulin M. Is salpingostomy the surgical treatment of choice for unruptured tubal pregnancy? *Obstet Gynec* 1995; 86: 1010-3.
93. Robson SJ, O'Shea RT. Undiagnosed ectopic pregnancy: a retrospective nalysis of 31 "missed" ectopic pregnancies at a teaching hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 36:182-5.
94. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]*. 2010 [cited 23 Abr 2012] ; 36 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000100006&script=sci_arttext.
95. Rigol Ricardo O. *Obstetricia y Ginecología*. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
96. Shaw JL, Wills GS, Lee KF, Horner PJ, McClure MO, Abrahams VM, et al. Chlamydia trachomatis infection increases fallopian tube PROKR2 via TLR2 and NFkB activation resulting in a microenvironment predisposed to ectopicpregnancy. *Am J Pathol*. 2011 ; 178 (1): 253-60.
97. Scout James, Ronald Gibas, Beth Parlan, Arthur Haney. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. Novena Edición. Lippincott Williams & Wilkins Publisher. 2003.
98. Saraj A, Wilcox J, Najmabadi S, Stein S, Johnson M, Paulson R. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing singledose intramuscular methotrexate with salpingostomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 989-94.

99. Silva P, Schaper A, Rooney B. Reproductive outcome after 143 laparoscopic procedures for ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1993; 81: 710-5.
100. Silva Solovera S. Revisión bibliográfica de Embarazo Ectópico del 1992-2003. Servicio de Obst y Ginec Hosp Dr. Sótero del Río, Stgo de Chile. 2004. [citado 9 Sep 2004]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo-Ectopico/631999.html>.
101. Sowter M, Frappell J. The role of laparoscopy in the management of ectopic pregnancy. *Rev Gynaecol Practice* 2002; 2: 73-82.
102. Sauer M, Vidali A, James W. Treating persistent ectopic pregnancy by methotrexate using a sliding scale: preliminary experience. *J Gynecol Surg* 1997; 13: 13-6.
103. Stamilio DM, Mc Reynolds T, Endrizzi J, Lyons RC. Diagnosis and treatment of a ruptured ectopic pregnancy in a combat support hospital during Operation Iraqi Freedom: case report and critique of a field-ready sonographic device. *Mil Med.* 2004;169(9):681-3.
104. S. Sijanovic,Z. Topolovec,I. Sijanovic Laparoscopic treatment in primary ovarian pregnancy *J Am Assoc Gynecol Laparo*
105. Sowter M, Frappell J, The role of laparoscopy in the management of ectopic pregnancy *Rev Gynaecol Practice* 2002; 2: 73-82.
106. Thornton K, Diamond M, DeCerney A. Linear salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991; 18: 95-109.
107. Tharaux-Deneux C, Bouyer J, Job-Spira N, Coste J, Spira A. Risk of Ectopic Pregnancy and Previous Induced Abortion. *Am J Public Health* 2008; 88:401-405.
108. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuvén L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007 ; 72 (3): 154-
109. VACAS FELIX crisistomo: respuesta clínica y quirúrgica de mujeres embarazadas conembarazo ectópico en el hospital II de Vitarte del 01 de enero al 31 de octubre del 2015.
110. Varma R, Gupta J. . Tubal ectopic pregnancy. *Clin Evid.* 2009 ; 20: 1406.
111. Williamns. Tratado de Obstetrica. 21ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
112. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997; 67: 421-33.
113. Zapata Betsy: la cirugía pelviana y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico,
114. Zenteno G. Fisiopatología del Embarazo Ectópico. *Ginecol Obstet Mex.* 2002;70(1):36-47.
115. Zevallos melgar Christian, características clínico quirúrgica del embarazo ectópico en el hospital nacional CASE ARQUIPA 2010 – 2014.