

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015

Autora:

LUISA CARBAJAL GONZALES

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2016



A mi familia por el apoyo incondicional durante toda mi carrera
universitaria, por su amor y comprensión.

**Si tienes una pasión, si realmente crees en algo, esfuérzate y podrás hacer posibles
las cosas con las que has soñado**

Norman Foster



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	9
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	13
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	32
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	46
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	47
Anexo 2 proyecto de investigación	1

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo ectópico muestra una tendencia creciente a nivel mundial, por lo que es importante conocer su perfil de presentación clínico-quirúrgico.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo e incidencia del desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011 al 2015.

Métodos: Revisión de historias clínicas de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico que cumplieron criterios de selección; se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se encontraron 181 casos en el periodo de cinco años, con una tendencia creciente en los últimos años; la incidencia para el periodo fue de 17,19 casos x 1000 partos. La edad promedio de las gestantes fue de $28,91 \pm 6,86$ años, predominaron las mujeres con secundaria incompleta (53,04%). El estado civil de las pacientes fue soltero en 39,78%, casada en 12,71%, y conviviente en 46,96%. En solo 4,42% se registró el hábito de fumar. El 46,41% fueron nulíparas. El 41,44% de mujeres refirió una sola pareja sexual, 37,02% tuvieron dos parejas. La edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18,06 años \pm 2,56 años. El 85,64% de pacientes no tuvieron ninguna cirugía abdomino-pélvica previa, en 12,71% hubo el antecedente de curetaje uterino previo y en 9,94% de cesárea; hubo antecedente de embarazo ectópico previo en 3,87%. Se reportó enfermedad pélvica inflamatoria en 2,21% de casos. El 28,18% de mujeres empleó anticonceptivos con progestágenos, 7,73% usaron preservativo, 3,87% DIU. El síntoma predominante en 97,79% fue dolor abdominal, con sangrado menstrual irregular en 81,22%. En 2,76% de casos se trató de un cuadro no complicado, y en 96,13% de cuadros complicados. En 97,79% de casos se trató de embarazo tubárico, en 0,55% se encontró embarazo ovárico, en 2,10% embarazo interligamentario derecho, y en un caso embarazo cervical. Para estos casos, el tratamiento se hizo principalmente por laparotomía (98,90%) y en 92,82% se realizó salpinguectomía.

Conclusiones: El perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico es característico y debe ser conocido por su frecuencia creciente en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico – características clínicas – características quirúrgicas – incidencia.

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy shows an increasing trend worldwide, so it is important to know your profile clinical-surgical presentation.

Objective: To determine risk factors and incidence of ectopic pregnancy development in the Goyeneche Hospital of Arequipa during the period 2011 to 2015.

Methods: Review of medical records of women diagnosed with ectopic pregnancy who met selection criteria; Results are shown using descriptive statistics.

Results: 181 cases were found in the five-year period, with an increasing trend in recent years; the incidence for the period was 17.19 cases per 1000 births. The average age of pregnant women was 28.91 ± 6.86 years predominated women with incomplete secondary (53.04%). Marital status of the patients was 39.78% in bachelor, married in 12.71% and 46.96% in cohabiting. In only 4.42% smoking was recorded. 46.41% were nulliparous. The 41.44% of women reported one sexual partner, 37.02% had two couples. The age of onset of sexual intercourse was $18.06 \text{ years} \pm 2.56$ years. The 85.64% of patients had no prior abdominopelvic surgery, and 12.71% had a history of curettage and cesarean section was performed 9.94%; there was a history of previous ectopic pregnancy 3.87%. Pelvic inflammatory disease was reported in 2.21% of cases. The 28.18% of women used contraceptives with progestins used a condom 7.73%, 3.87% IUD. The predominant symptom was 97.79% abdominal pain, irregular menstrual bleeding at 81.22%. In 2.76% of cases was an uncomplicated picture, and 96.13% of complicated tables. In 97.79% of cases treated tubal pregnancy, ovarian pregnancy 0.55% was found in 2.10% right interligamentario pregnancy and cervical pregnancy in a case. For these cases, treatment was done primarily by laparotomy (98.90%) and 92.82% salpingectomy was performed.

Conclusions: Surgical clinical profile is characteristic of ectopic pregnancy and should be known by their increasing frequency in our environment.

KEYWORDS: Ectopic pregnancy - Clinical features - surgical characteristics - incidence.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es considerado una verdadera emergencia médica, de ahí el interés en conocer su comportamiento.

Aunque al principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa, el útero es el único órgano en el que la implantación del huevo y su posterior desarrollo en la cavidad uterina es normal. Es el único órgano a través del cual un nuevo ser en el término de su desarrollo puede salir al exterior por las vías naturales.

En el embarazo ectópico se da la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente a la cavidad uterina. Se localiza frecuentemente a nivel de la trompa uterina pero también se puede localizar nivel cervical, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias.

Su incidencia ha aumentado en los últimos años, pero se ha visto una disminución en su morbimortalidad, por lo cual es importante conocer sus factores de riesgo, y la clínica de esta patología para realizar un diagnóstico precoz y evitar posibles complicaciones.

Los síntomas más frecuentes son la amenorrea, dolor abdominal, hemorragia uterina anormal, masa pélvica palpable e incluso síncope y shock. El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en la clínica, los exámenes de laboratorio, la ecografía transvaginal, inspección laparoscópica o laparotomía. El tratamiento va a depender del estado hemodinámico del paciente puede ser quirúrgico, médico o expectante, este va a depender del cuadro clínico de la paciente.

Es por eso que el presente estudio, trata de mostrar la incidencia, los factores de riesgo, las características clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico observados en el Hospital Goyeneche, viéndose incrementada su incidencia en los últimos años.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche - Arequipa

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica en el periodo comprendido entre año 2011 al 2015.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Población: Todas las historias clínicas de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011 al 2015

Muestra: No se calculó un tamaño muestral ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas con diagnóstico de egreso de embarazo ectópico clínico, imagenológico y laboratorial.

- **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas incompletas.

3. Tipo de investigación: Se trata de un estudio Descriptivo

- Por el tipo de estudio: Descriptivo
- Por el número de poblaciones: Unipoblacional.
- Por el periodo de captación de la información: Retrospectivo.
- Por la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.
- Por el instrumento de recolección de datos: Historias clínicas.

4. Nivel de investigación: Es un estudio Observacional descriptivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones respectivas con la Dirección del Hospital para obtener autorización para la realización del estudio.

Se buscó en el registro de egresos del servicio de Ginecología a todos los casos con diagnóstico de embarazo ectópico. Con los datos de nombre o número de historia clínica, se buscaron las historias en el servicio de Archivo para recoger las variables de interés en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), verificando primero que cumplieran los criterios de selección.

Una vez concluida la recolección de datos, estos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

Por tratarse de una ficha de recolección de información, no requiere de validación.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



CAPÍTULO II
RESULTADOS

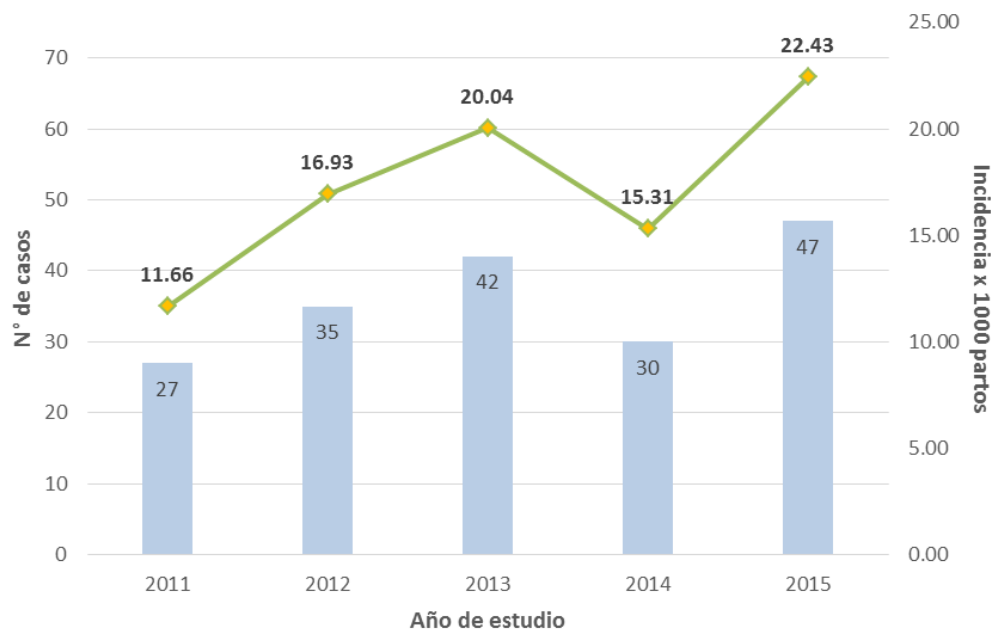
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 1

Incidencia de embarazo ectópico en el periodo de estudio

Año	N°	Total partos	Incidencia x 1000
2011	27	2315	11,66
2012	35	2067	16,93
2013	42	2096	20,04
2014	30	1959	15,31
2015	47	2095	22,43
Total	181	10532	17,19

Gráfico 1



La incidencia encontrada en los últimos 5 años fue de 17.19 casos por 1000 personas, con una mayor incidencia en el año 2015 de 22.43 casos por 1000 partos atendidos en el Hospital Goyeneche,

EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

Características demográficas de las mujeres con embarazo ectópico

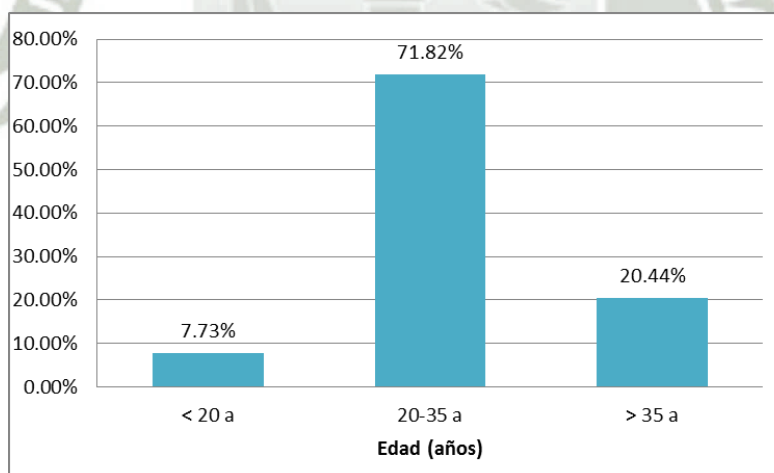
Tabla 2

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según edad

Edad (años)	N°	%
< 20 a	14	7,73%
20-35 a	130	71,82%
> 35 a	37	20,44%
Total	181	100,00%

Gráfico 2

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según edad



Se aprecia la distribución según el grupo etario y se evidencia que entre los 20-35 años de edad se presenta con más frecuencia el embarazo ectópico representando un 71.82%, mientras que en mujeres mayores a 35 años la frecuencia fue de 20.44% y en menor frecuencia fue presentado por pacientes menores de 20 años.

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx): 28,91 \pm 6,86 años (13 – 47 años)

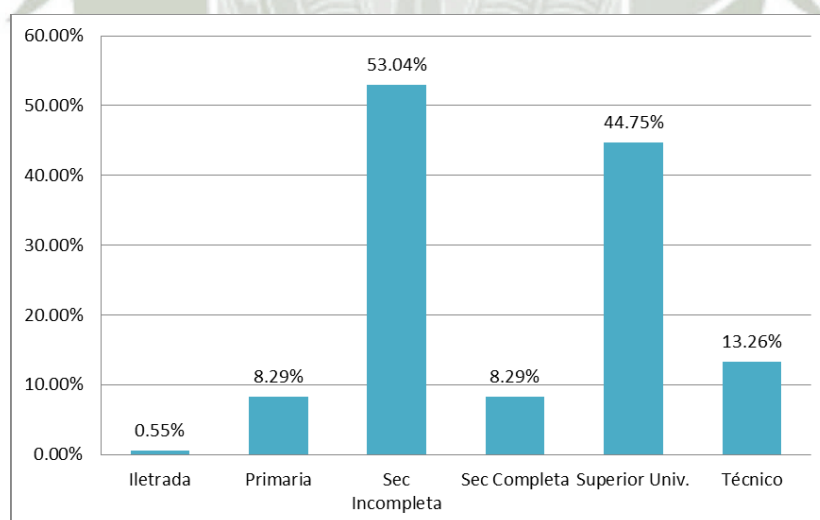
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 3

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según instrucción

Instrucción	N°	%
Iletrada	1	0,55%
Primaria	15	8,29%
Sec Incompleta	96	53,04%
Sec Completa	15	8,29%
Superior Univ.	81	44,75%
Técnico	24	13,26%
Total	181	100,00%

Gráfico 3



Se aprecia un predominio de nivel de instrucción de secundaria incompleta que representa 53.04%, seguido de superior universitaria que representa 44.75%.

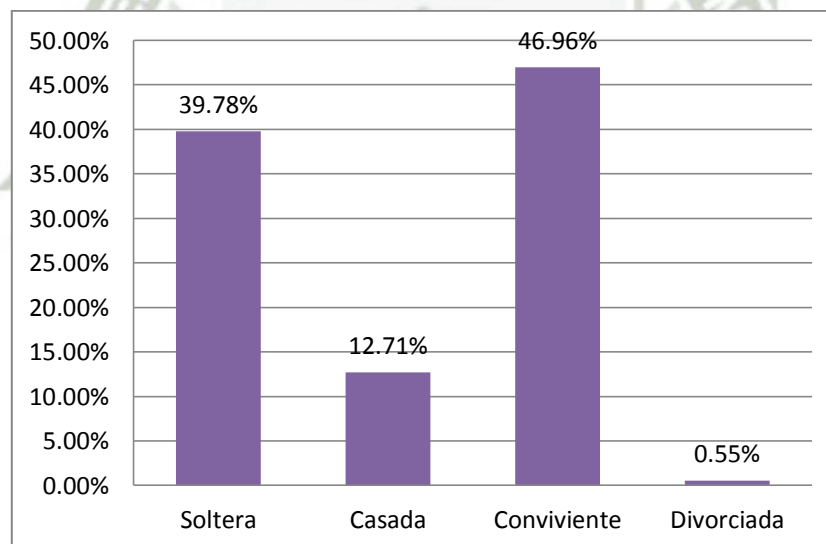
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 4

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según estado civil

E. civil	N°	%
Soltera	72	39,78%
Casada	23	12,71%
Conviviente	85	46,96%
Divorciada	1	0,55%
Total	181	100,00%

Gráfico 4



En cuanto al estado civil se evidencia predominio en pacientes convivientes con un 46.96%, seguido de las pacientes solteras 39.78% y en menor porcentaje las pacientes casadas con 12.71% y divorciadas con 0.55%.

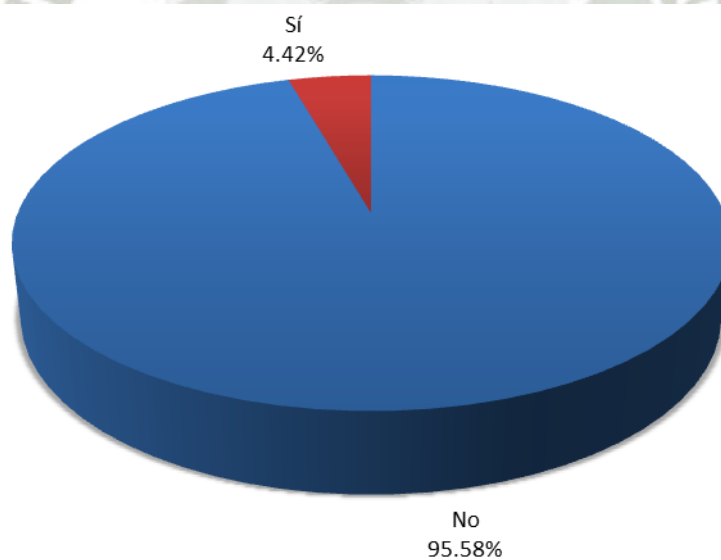
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 5

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según hábito de fumar

Fuma	N°	%
No	173	95,58%
Sí	8	4,42%
Total	181	100,00%

Gráfico 5



Se evidencia que en un 95.58% de las pacientes no tiene el hábito de fumar mientras que un 4.42% si lo hace.

EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

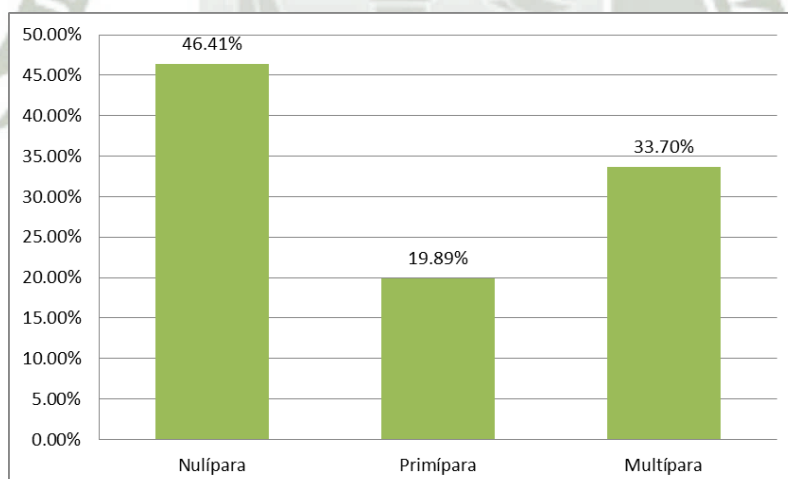
Características ginecológicas de las mujeres con embarazo ectópico

Tabla 6

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según paridad

Paridad	N°	%
Nulípara	84	46,41%
Primípara	36	19,89%
Múltipara	61	33,70%
Total	181	100,00%

Gráfico 6



Se evidencia que en pacientes nulíparas el embarazo ectópico se presenta en un 46.41% , seguido de las pacientes múltiparas 33.70%.

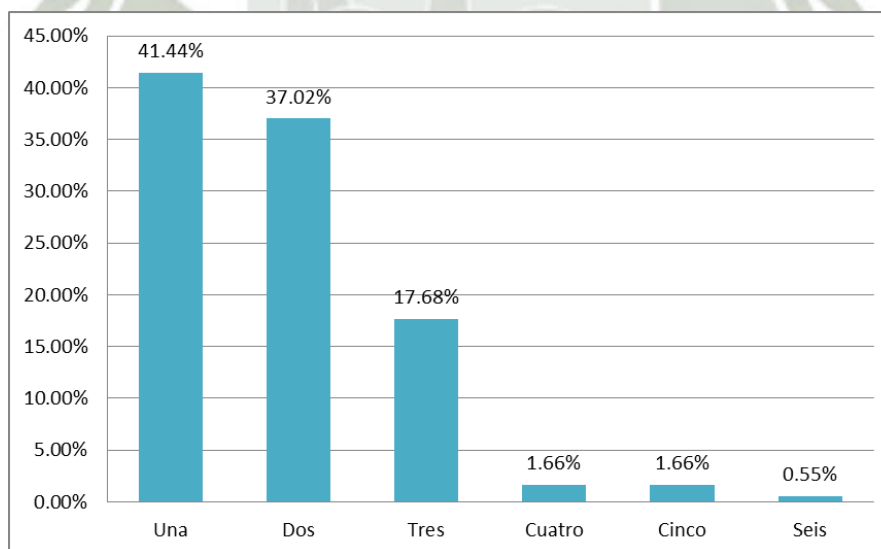
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 7

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según parejas sexuales

Parejas sexuales	N°	%
Una	75	41,44%
Dos	67	37,02%
Tres	32	17,68%
Cuatro	3	1,66%
Cinco	3	1,66%
Seis	1	0,55%
Total	181	100,00%

Gráfico 7



En cuanto al número de parejas sexuales un 41.44% refirió una sola pareja sexuales mientras que un 37.02% refirió dos parejas sexuales y en menor porcentaje 0.55% refirió seis parejas sexuales. Mediana de número de parejas: 2

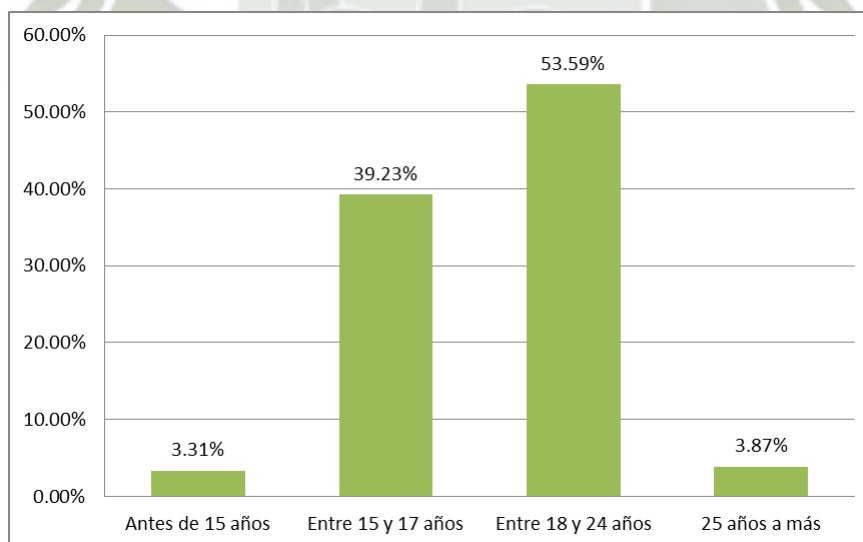
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 8

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según edad de IRS

IRS	N°	%
Antes de 15 años	6	3,31%
Entre 15 y 17 años	71	39,23%
Entre 18 y 24 años	97	53,59%
25 años a más	7	3,87%
Total	181	100,00%

Gráfico 8



Se observa que el 53.59% de pacientes inicio relaciones sexuales entre los 18 y 24 años y un 39.23% se encuentra entre los 15 y 17 años.

Edad promedio \pm D. Estándar (mín – máx): 18,06 \pm 2,56 años (13 – 28 años)

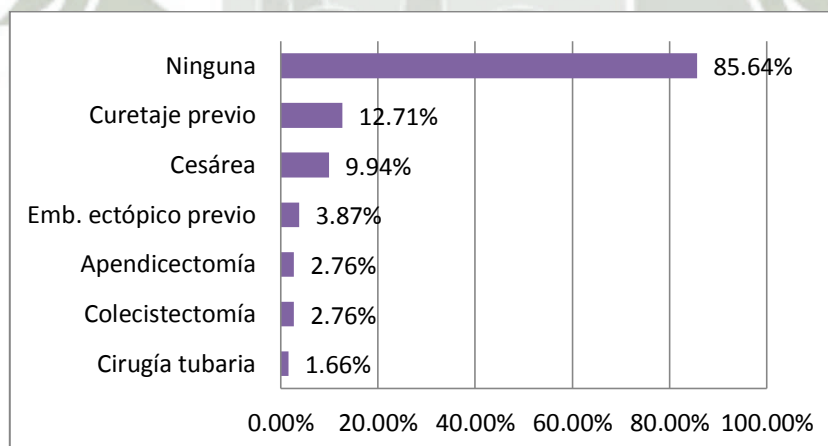
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 9

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según cirugía abdomino-pélvica previa

Cirugía	N°	%
Ninguna	155	85,64%
Curetaje previo	23	12,71%
Cesárea	18	9,94%
Emb. ectópico previo	7	3,87%
Apendicectomía	5	2,76%
Colecistectomía	5	2,76%
Cirugía tubaria	3	1,66%

Gráfico 9



Se encontró que el 85.64 % de pacientes no tuvo antecedente de cirugía abdomino - pélvica, un 12.71% de las pacientes tuvo como antecedente curetaje previo, un 9.94% se le realizó cesárea previa , en cuanto al embarazo ectópico previo represento el 3.87% y en menor porcentaje con 1.66% se realizó cirugía tubaría.

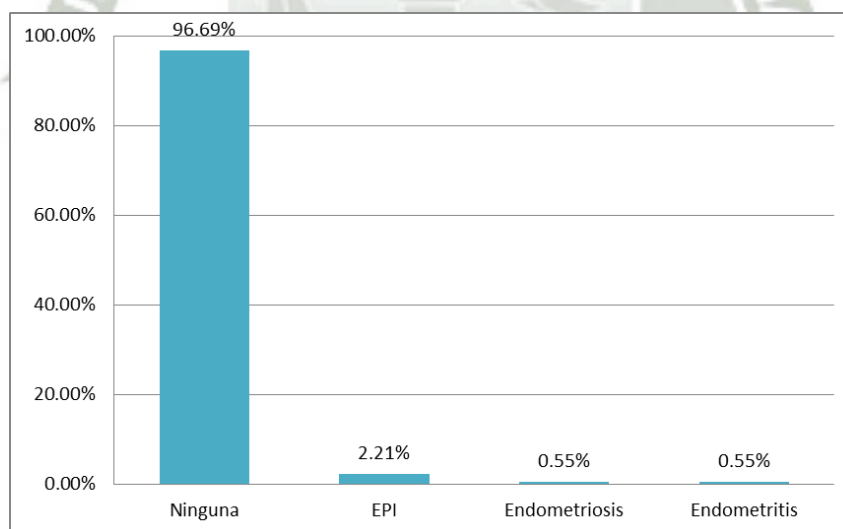
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 10

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según enfermedad ginecológica

Enf. ginecológica	N°	%
Ninguna	175	96,69%
EPI	4	2,21%
Endometriosis	1	0,55%
Endometritis	1	0,55%
Total	181	100,00%

Gráfico 10



Nos muestra que un 96.69% de las pacientes no tuvo antecedente de enfermedad ginecológica, solo un 2.21% de los casos presento enfermedad inflamatoria pélvica.

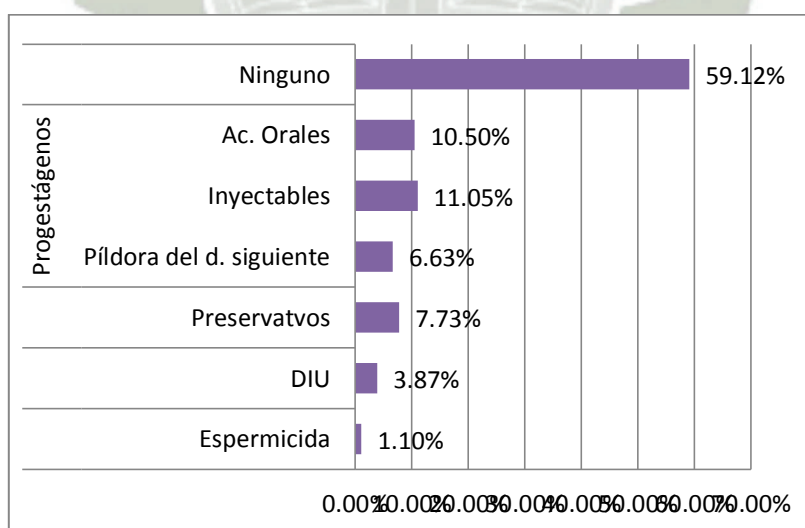
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 11

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según antecedente de uso de métodos anticonceptivos

	N°	%	
Ninguno	107	59,12%	
Progestágenos	Ac. Orales	19	10,50%
	Inyectables	20	11,05%
	Píldora del d. siguiente	12	6,63%
Preservativos	14	7,73%	
DIU	7	3,87%	
Espermicida	2	1,10%	
Total	181	100,00%	

Gráfico 11



En cuanto al uso de métodos anticonceptivos el 59.12% no usa ninguno, los que usaron progestágenos el 11.05% usaba inyectables, el 10.50% usaba anticonceptivos orales y en un 6.63% usaba la píldora del día siguiente

EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

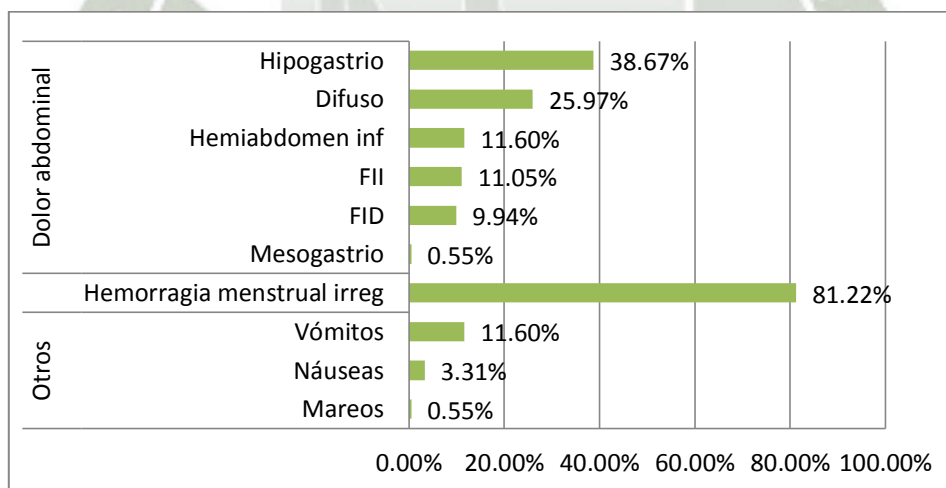
Características clínicas de las mujeres con embarazo ectópico

Tabla 12

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según manifestaciones clínicas

		N°	%
Dolor abdominal	Hipogastrio	70	38,67%
	Difuso	47	25,97%
	Hemiabdomen inf	21	11,60%
	FII	20	11,05%
	FID	18	9,94%
	Mesogastrio	1	0,55%
	Hemorragia menstrual irreg	147	81,22%
Otros	Vómitos	21	11,60%
	Náuseas	6	3,31%
	Mareos	1	0,55%

Gráfico 12



Dentro de la manifestación clínica más frecuente el dolor abdominal un 97.79% a predominio de dolor en hipogastrio que represento 38.67%, seguido de dolor difuso que represento 25.97%.

La hemorragia menstrual irregular represento 81.22%, en menor proporción presentaron vómitos 11.60%, nausea en 3.31% y mareos en 0.55%.

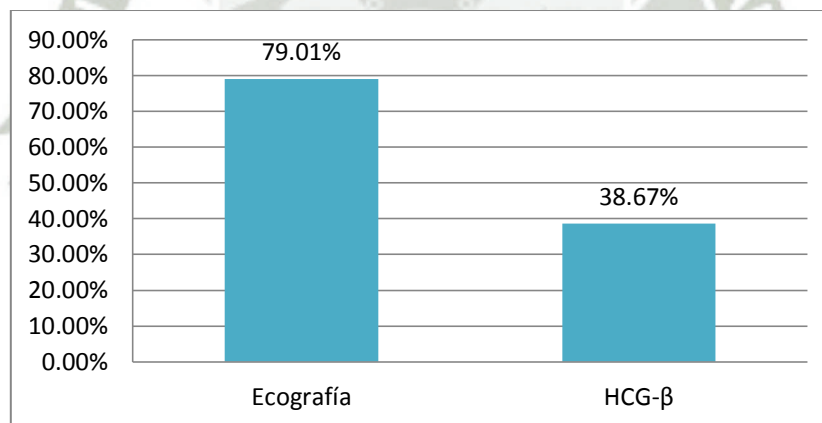
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 13

Otras modalidades diagnósticas en el embarazo ectópico

Estudios	N°	%
Ecografía	143	79,01%
HCG-β	70	38,67%

Gráfico 13



Un 79.01% de los casos se les realizó ecografía y solo un 38.67% se realizó determinación de HCG-β.

HCG-β promedio ± D. est. (mín – máx): 6020,7 ± 12639,1 mUI/mL (12,36 – 65060 mUI/mL)

EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

Características quirúrgicas de las mujeres con embarazo ectópico

Tabla 14

Distribución de mujeres con embarazo ectópico según tipo

Tipo	N°	%
No complicado	5	2,76%
Complicado	174	96,13%
Total	181	100,00%

Gráfico 14



La mayoría de los casos diagnosticados de embarazo ectópico fueron complicados representando 96.13% y en un 2.76% representaron los no complicados.

Hemoperitoneo (n = 162): Vol promedio = $636,5 \pm 556,4$ cc (20 – 2500 cc)

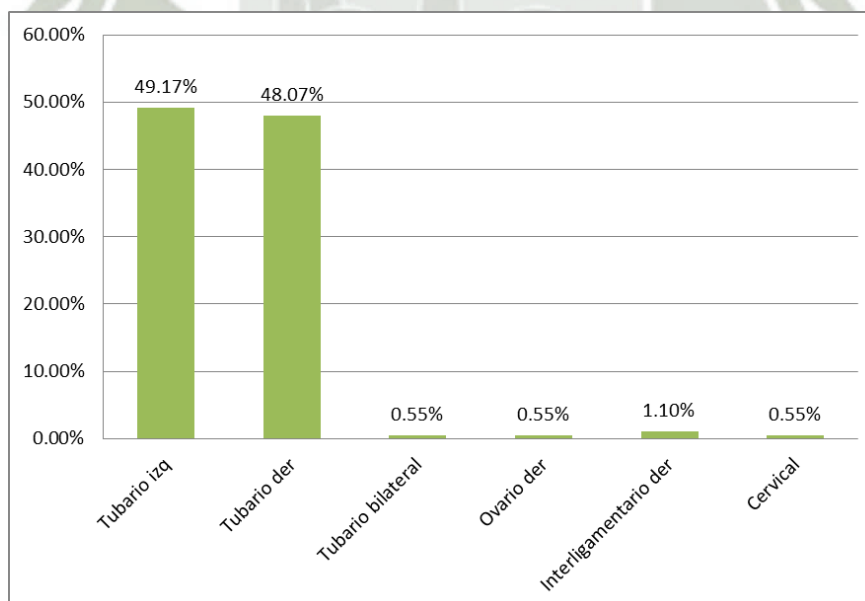
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 15

Ubicación del embarazo ectópico en las pacientes

Ubicación	N°	%
Tubario izq	89	49,17%
Tubario der	87	48,07%
Tubario bilateral	1	0,55%
Ovario der	1	0,55%
Interligamentario der	2	1,10%
Cervical	1	0,55%
Total	181	100,00%

Gráfico 15



En cuanto a la ubicación del embarazo ectópico se encontró que 49.07% se ubicó en trompa izquierda, seguida de 48.07% tubario derecho, en menor porcentaje 1.10% interligamentario derecho, 0.55% tubario bilateral, ovario derecho y cervical.

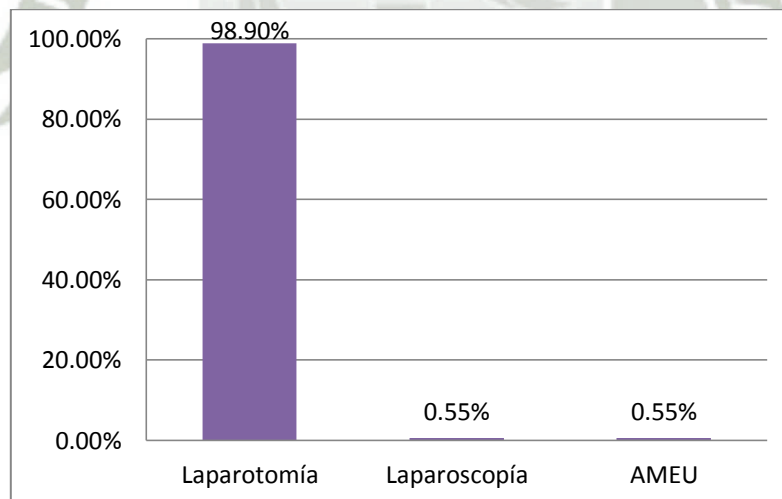
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 16

Distribución del tipo de abordaje realizado en las pacientes con embarazo ectópico

Abordaje	N°	%
Laparotomía	179	98,90%
Laparoscopia	1	0,55%
AMEU	1	0,55%
Total	181	100,00%

Gráfico 16



En cuanto al tipo de abordaje realizado el 98.90% se le realizó laparotomía mientras que un 0.55% laparoscopia y AMEU 0.55% en un embarazo cervical.

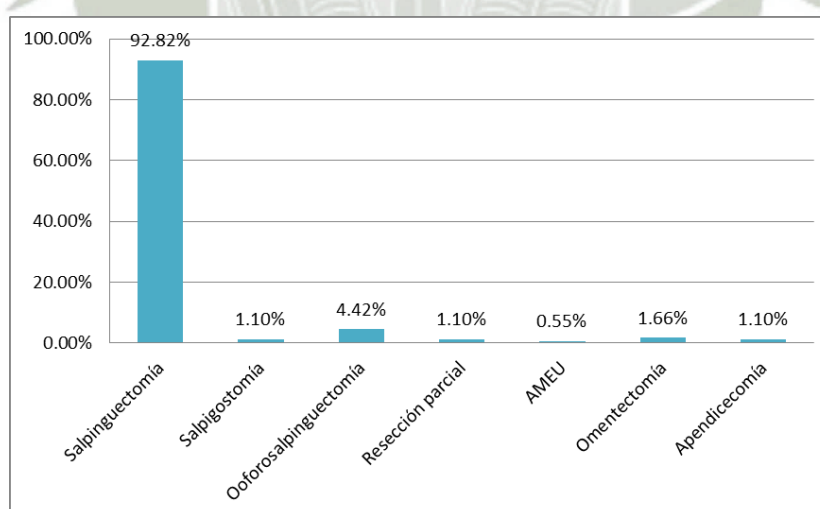
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA, 2011-2015

Tabla 17

Distribución de procedimiento quirúrgico realizado en las pacientes con embarazo ectópico

	Total		Tubario		Ovárico		Interligament.		Cervical	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Salpinguectomía	168	92,82%	168	100,00%	-	-	-	-	-	-
Salpigostomía	2	1,10%	2	100,00%	-	-	-	-	-	-
Ooforosalpinguec.	8	4,42%	7	87,50%	1	12,50%	-	-	-	-
Resección parcial	2	1,10%	-	-	-	-	2	100%	-	-
AMEU	1	0,55%	-	-	-	-	-	-	1	100%
Omentectomía	3	1,66%	3	100,00%	-	-	-	-	-	-
Apendicecomía	2	1,10%	2	100,00%	-	-	-	-	-	-

Gráfico 17



El procedimiento quirúrgico realizado en un 92.82% se realizó salpinguectomía, 1.10% salpigostomía. En el 4.42% de los casos se realizó ooforosalpinguectomía, resección parcial 1.10%, omentectomía en 1.66% y apendicecomía en un 1.10%

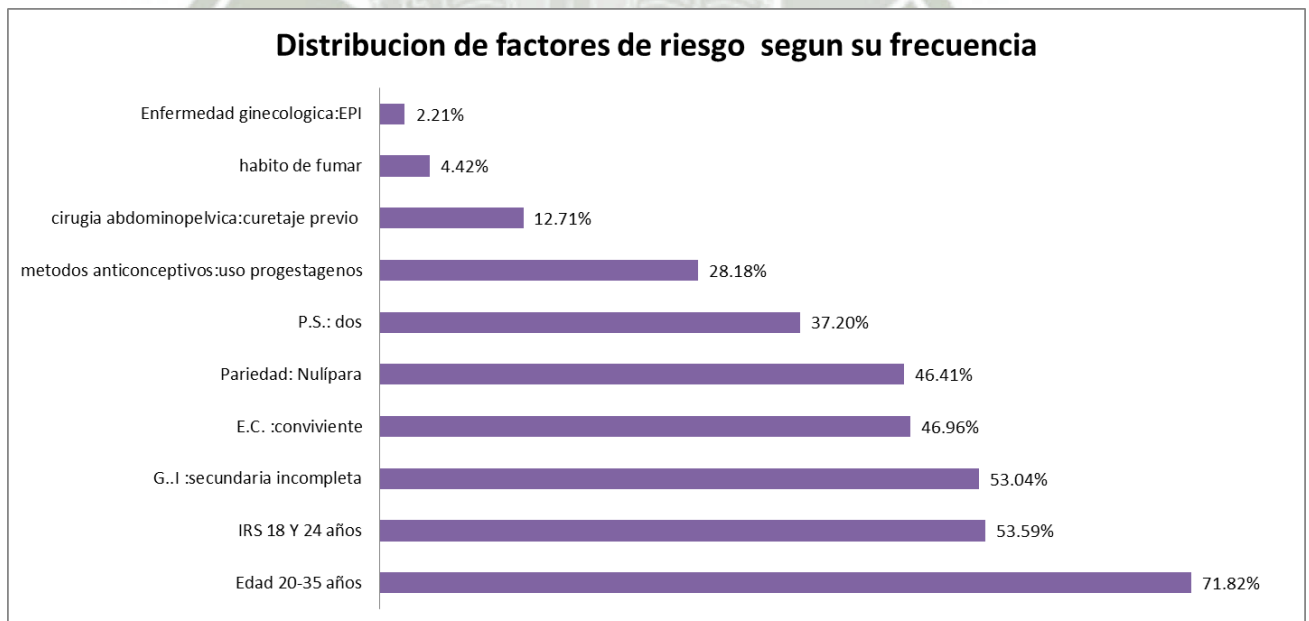
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015

Distribución de factores de riesgo según su frecuencia

Tabla 18

	N°	%
Edad 20-35 años	130	71.82%
IRS 18 Y 24 años	97	53.59%
G.I :secundaria incompleta	96	53.04%
E.C. :conviviente	85	46.96%
Paridad: Nulípara	84	46.41%
P.S.: dos	67	37.20%
Métodos anticonceptivos: uso progestágenos	51	28.18%
Cirugía abdominopelvica: Curetaje previo	23	12.71%
Hábito de fumar	8	4.42%
Enfermedad ginecológica: EPI	4	2.21%

Grafico 18



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo e incidencia del desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011 al 2015. Se realizó la presente investigación debido a incremento en el número de casos de esta patología y la importancia de reconocer los factores de riesgo, la clínica para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano para de este modo disminuir las complicaciones de la misma,

Para tal fin se revisaron 181 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico que cumplieron los criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche en el periodo de estudio; se encontraron 181 casos en el periodo de cinco años, con una tendencia creciente en los últimos años, pasando de 11,66 casos por cada 1000 partos en el 2011 a un pico de 22,43 casos por cada 1000 partos en el 2015, con una discreta tendencia a la baja el 2014, donde se atendieron 15,31 casos x 1000 partos.

Nuestros hallazgos muestran que nuestra incidencia es mayor en comparación con el estudio realizado por Yglesias E. ⁽⁴⁾ en Lima se encontró 11.9 casos por cada 1000 embarazos y en el estudio de Guerreros E. ⁽⁹⁾ Hospital México mostro una incidencia 18.9 por cada 1,000 nacimientos, este aumento en la incidencia podría deberse a que

nuestro hospital siendo un centro de referencia acuden un mayor número de casos , también estaría asociado a conductas y hábitos sexuales no saludables que causarían infecciones de transmisión sexual, y asociado al uso de progestágenos como método anticonceptivo hasta en un 28 % que causan alteración a nivel de los receptores del musculo liso de la trompa alterando la movilidad de la misma.

Entre las características demográficas de las mujeres con embarazo ectópico, la **Tabla y Gráfico 2** muestran la edad de las pacientes; el 7,73% fueron adolescentes, 71,82% tuvieron edad reproductiva ideal, y 20,44% eran gestantes añosos; la edad promedio de las gestantes fue de $28,91 \pm 6,86$ años. Como podemos apreciar en Duran D en Bogotá ⁽¹⁵⁾ informo que la edad promedio del grupo de los casos fue de 29.24 ± 6.9 años, resultado similares al encontrado en el Hospital Goyeneche donde vemos que la edad de presentación más frecuente de embarazo ectópico se da en la edad reproductiva de la paciente entre los 20 y 35 años.

En la **Tabla y Gráfico 3** se aprecia el nivel de instrucción de las gestantes embarazo ectópico; predominaron las mujeres con secundaria incompleta (53,04%), seguidas de aquellas con educación superior universitaria (44,75%). El estado civil de las pacientes fue soltero en 39,78%, casada en 12,71%, y conviviente en 46,96%. En solo 4,42% se registró el hábito de fumar (**Tabla y Gráfico 5**). En Yglesias E. ⁽⁴⁾ instrucción secundaria completa (58.3%) mientras que en nuestro estudio se encontró que 53.04% de las pacientes tuvieron como grado de instrucción la secundaria incompleta. Pero se encontró similitud en cuanto al estado civil que en nuestro hospital 46.96% eran conviviente pero también se encontró un porcentaje elevado en pacientes solteras lo cual causa preocupación pues al no tener una pareja estable presentan mayor riesgo de ITS y de EPI por lo que se esperaría que la incidencia aumente en los próximos años. En

cuanto al hábito de fumar llama la atención que en nuestro estudio la incidencia haya sido baja pues se considera que es un factor causante de alteración inmunológica con mayor riesgo de infección así como causante de alteración a nivel ciliar pero en nuestro caso vemos que la mayoría de las mujeres no fuma por lo que no se le puede considerar como un factor de riesgo.

En relación a las características ginecológicas de las mujeres con embarazo ectópico, la **Tabla y Gráfico 6** muestran que la paridad predominante fue nulípara en 46,41%, con 33,70% de multíparas y 19,89% de primarias. El número de parejas sexuales se muestra en la **Tabla y Gráfico 7**; el 41,44% de mujeres refirió una sola pareja, 37,02% tuvieron dos parejas y 17,68% tuvieron tres, llegando hasta un máximo de seis parejas en una paciente (0,55%). La edad de inicio de relaciones sexuales en la mayoría fue entre los 18 y 24 años (55,39%) y entre los 15 y 17 años en 39,23%, con una edad promedio de 18,06 años \pm 2,56 años (rango entre los 13 y 28 años), como se aprecia en la **Tabla 8 y Gráfico**. En Yglesias E. ⁽⁴⁾ el 61,2% la tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 19 años, un rango de edades más tempranas que las encontradas en el hospital Goyeneche que fue de 55,39% entre los 18 y 24 años, En Martínez A. ⁽¹⁴⁾ el inicio de vida sexual fue 18,3 \pm 3,1 años y el número de parejas sexuales en promedio dos; 65,6% tuvo más de una pareja sexual al igual que en este estudio se encontró que en promedio dos parejas sexuales. Vemos que pacientes nulíparas, a edad más temprana de inicio de relaciones sexuales y a mayor número de parejas sexuales se incrementa el número de casos de infecciones de transmisión sexual y así mismo representa mayor riesgo de EPI según la literatura actual.

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra el antecedente de cirugía abdomen-pélvica en las pacientes; el 85,64% de pacientes no tuvieron ninguna cirugía, y en 12,71% hubo el antecedente de curetaje previo; en 9,94% se realizó cesárea, y un 3,87% de casos tuvieron antecedente de embarazo ectópico previo. En 2,76% se practicó apendicectomía o colecistectomía, y un 1,66% se sometió a cirugía tubaria. El antecedente de enfermedades ginecológicas se observó en 3,31% de casos, con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) en 2,21% de casos, y casos individuales de endometriosis o endometritis (**Tabla y Gráfico 10**). En Zapata B. ⁽⁸⁾ en Lima se encontró que el 2,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El 28,2% presentó antecedente curetaje, 39,1% tenía antecedente de cirugía pélvica previa, siendo la cesárea en 13% y menos frecuentes la apendicitis o laparotomía. Resultado muy parecido ya que en este estudio se encontró que el 2,21% presentó enfermedad inflamatoria pélvica, el 12,71% tubo antecedente de curetaje y en el caso de las cesárea previas represento 9,94%. Como se menciona en la literatura se ve que hay mayor riesgo de embarazo ectópico en paciente sometidos a cirugía abdomino-pelvica debido a las adherencias y a la alteración de la anatomía normal de la trompa pero en nuestro estudio vemos que representa el 18,23% no siendo muy significativo. En cuanto a la presentación de las EPI en nuestro estudio solo represento el 2,1% no correlacionándose con estudios realizados en otros países pues es un factor de riesgo importante en la presentación del embarazo ectópico ya que produce alteración anatómica en la trompa uterina.

El antecedente de uso de anticonceptivos se muestra en la **Tabla y Gráfico 11**; un 59,12% de casos refirió no usar métodos, 28,18% empleó progestágenos (en 10,50% anticonceptivos orales, en 11,05% inyectables y en 6,63% píldora del día siguiente), el

7,73% usaron preservativo 3,87% DIU y 1,10% emplearon espermicidas. Coloma E. de Tacna ⁽¹⁶⁾ 31,0% de pacientes con embarazo ectópico no usaban ningún método anticonceptivo, Guerrero E ⁽⁹⁾ en un México 72% no los utilizaba, dispositivo intrauterino 9% y el preservativo 9% las hormonales orales se encontraron en 6%. Y en Duran D. en Colombia ⁽¹⁵⁾ se encontró que el 44.2% de las no utilizaba ningún método anticonceptivo, anticonceptivos inyectables 14.2%, DIU 10%, anticonceptivos orales (10%), y preservativo (7.1%), como podemos observar son resultados en todos los trabajos revisados la mayoría de las pacientes no usan métodos anticonceptivos, seguido de uso de progestágenos pero en el caso de los DIU vemos que el porcentaje de su uso en nuestras pacientes es menor a las reportada en los hospitales de México y Colombia, donde se considera como un factor de protección de embarazo ectópico.

En las pacientes del hospital Goyeneche el 59,12% de casos no usaba métodos anticonceptivos por lo cual aumenta el riesgo de ITS, y 28,18% empleó progestágenos ya sea en ACO o inyectables y estos se relacionan a alteraciones a nivel de la movilidad de la trompa por lo que serían los causantes del embarazo ectópico.

De las características clínicas de las gestantes con embarazo ectópico, la **Tabla y Gráfico 12** muestran que el síntoma predominante en el 97,79% de mujeres fue el dolor abdominal, entre ellas el 38,67% referido en hipogastrio, en 25,97% fue difuso, y en 11,60% se encontró en hemiabdomen inferior; el 11,05% lo refirió específicamente en fosa iliaca izquierda y 9,94% en fosa iliaca derecha. Hubo sangrado menstrual irregular en 81,22% de casos y vómitos en 11,60% entre otros.

Con resultados similares al nuestro en Guerrero E. en México ⁽⁹⁾ se menciona dolor abdominal en 72%, seguido del sangrado menstrual irregular en 51% y en Martínez

97,9% dolor abdominal, siendo el hipogastrio la localización más frecuente en 67,5%; asimismo, 79% tuvo sangrado vaginal por lo que concluimos que el síntoma más frecuente es el dolor abdominal debido a que al haber rotura tubaria y hemoperitoneo causan irritación peritoneal por lo que es la causa del dolor, seguido del sangrado menstrual irregular.

El uso de otros métodos diagnósticos, además de la clínica, se muestra en la **Tabla y Gráfico 13**; en 79,01% se realizó ecografía, y en 38,67% de casos se dosó la gonadotropina coriónica humana fracción beta, que mostró niveles promedio de $6020,7 \pm 12639,1$ mUI/mL, aunque la desviación estándar tan elevada sugiere una tendencia hacia valores elevados; en algunos casos llegó a más de 65 mil mUI/mL. En nuestro servicio de ginecología cuenta con ecógrafo y el personal médico está capacitado para realizar ecografías por lo que la mayoría de las pacientes se les realiza este estudio al ingresar al hospitalización, en cuanto a la dosificación de gonadotropina coriónica humana fracción beta algunas pacientes llegan con resultados de laboratorios particulares.

Entre los hallazgos quirúrgicos en las gestantes, la **Tabla Gráfico 14** muestran el tipo de embarazo ectópico de acuerdo a la presencia de complicaciones; en 2,76% de casos se trató de un cuadro no complicado, y en 96,13% de cuadros complicados, generalmente por presencia de hemorragia interna con hemoperitoneo, en los que se encontró un volumen promedio de sangre libre de $636,5 \pm 556,4$ cc. Esto debido a la demora en la llegada del paciente al hospital pues se ha visto que las pacientes presentaban incluso dolor abdominal y sangrado vaginal por más de una semana y al ser confundido con el periodo menstrual no acudían al centro de salud o al hospital.

La ubicación del embarazo ectópico se muestra en la **Tabla y Gráfico 15**; en 97,79% de casos se trató de embarazo tubárico (49,17% izquierdo, 48,07% derecho y en un caso (0,55%) la ubicación fue bilateral; en la misma proporción se encontró embarazo ovárico, en 2,10% embarazo interligamentario derecho, y en un caso embarazo cervical. Para estos casos, el tratamiento se hizo principalmente por laparotomía (98,90%), en un caso se practicó laparoscopia, y en el embarazo cervical sólo se requirió aspiración manual endouterina (AMEU), como se muestra en la **Tabla y Gráfico 16**.

A diferencia de nuestro estudio en Guerrero E. ⁽⁹⁾ se menciona que la localización de más frecuente los embarazos ectópicos fue en la trompa derecha en 51% e izquierdo en 47% al igual que en el reporte de .Yglesias E. ⁽⁴⁾, siendo el lado derecho el más afectado 51.8%, en nuestro estudio se encontró mayor porcentaje de embarazo ectópico tubario a predominio izquierdo 49.17% y un la mínima diferencia un 48.07% derecho. Por lo que podríamos concluir que no existe mayor diferencia en cuanto a que trompa es la más afectada pues contamos con resultados muy cercanos.

El tipo de tratamiento específico se muestra en la **Tabla y Gráfico 17**; en 92,82% se realizó salpinguotomía, todas ellas en embarazo tubárico; se reparó la trompa luego de una salpingostomía en 1,10% de casos. En 442% además de la trompa se reseco el ovario. En los casos de embarazo interligamentario se realizó resección parcial. Como ya se mencionó, el embarazo cervical se trató con AMEU, y en 1,66% de casos (todos embarazo tubario) además de practicó omentectomía; en 1,10% de pacientes además se realizó apendicetomía. En Coloma E. en Tacna ⁽¹⁶⁾ procedimiento más realizado con el 70,1%. mientras que en Guerrero E. 74.8% de los casos se resolvieron mediante cirugía laparoscópica y sólo a 25.2% se le efectuó laparotomía. El procedimiento quirúrgico

más frecuente fue la salpingectomía unilateral 70.7%; seguida por salpingostomía unilateral, como vemos en otros países se prefiere la cirugía laparoscópica pues mencionan que posea mayores ventajas sobre la laparotomía como el menor tiempo hospitalario, menos riesgo de infecciones, etc. En nuestro hospital solo se cuenta con un equipo de laparoscopia que es usado por el departamento de cirugía por lo que no se tiene disponibilidad para su uso, además de que la mayoría de los casos de embarazo ectópico en nuestro hospital son complicados por lo cual se prefiere la laparotomía.

Tabla y Gráfico 18. En cuanto a la distribución de factores de riesgo según su frecuencia 71.82% se presenta en mujeres en edad fértil entre los 20 y 35 años, en pacientes que iniciaron inicio de relaciones sexuales entre los 18 y 24 años 53.59%, seguida del grado de instrucción secundaria incompleta 53.04%, en nulípara 46.41%. , que refirieron dos parejas sexuales en 37.20%, usuarias de progestágenos 28.18%, con antecedente de curetaje previo 12.71%., con el hábito de fumar en un 4.42%. y con enfermedad inflamatoria pélvica en un 2.21%. por lo que se debe tener en cuenta que cuando llega una paciente con manifestaciones clínicas ya sea dolor abdominal y hemorragia menstrual irregular y asociado a factores de riesgo se debe considerarlos como marcadores de un posible embarazo ectópico. Como lo menciona en Céspedes ⁽⁷⁾ en pacientes sin con dolor abdominal y sangrado pero sin factores de riesgo la probabilidad de embarazo ectópico es de un 39%. La probabilidad de embarazo ectópico aumenta a 54% si la paciente presenta factores de riesgo



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Los factores de riesgo asociaron con una mayor posibilidad de desarrollar embarazo ectópico, son las mujeres en edad fértil, nulíparas, conducta sexual de riesgo y usuarias de progestágenos.
- Segunda.** La incidencia de presentación embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2011-2015 fue de 17,19 casos por cada 1000 partos en el periodo de cinco años.
- Tercera.-** Las características epidemiológicas del desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015 mostraron mujeres jóvenes en edad reproductiva ideal, de educación secundaria o superior, convivientes y con bajo hábito de fumar; la mayoría fue nulípara, aunque con una media de dos parejas sexuales y con pocos antecedentes de cirugía abdomino-pélvica o enfermedad ginecológica previa
- Cuarta.-** El embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015 se manifestó principalmente por dolor en la parte baja de abdomen con hemorragia menstrual irregular, y su presentación en la mayoría de casos fue complicada.
- Quinta.-** La técnica quirúrgicas más usada en embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015 fue la salpinguectomía por laparotomía.

RECOMENDACIONES

- Primera.-** En cuanto al nivel primario de salud implemetar de actividades preventivo-promocionales, sobre temas de salud sexual y reproductiva para disminuir la incidencia de embarazo ectópico.
- Segunda.-** Se sugiere contar con un ecógrafo el servicio de emergencia del Hospital Goyeneche para realizar con mayor prontitud el diagnostico de embarazo ectópico.
- Tercera.-** En cuanto a la elaboración de las historias clínicas se sugiere una mejor recolección de datos y la elaboración de un protocolo para la realización de los informes operatorios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Gori J. (2005) ,Ginecología de Gori. Argentina:El ateneo / Argentina:
- 2) Berek J.S. (2007), Ginecología de Novak Wolters Kluwer Health España.
- 3) Cunningham F.,MD (2011) Williams Obstetricia , MC Graw Hill, Mexico
- 4) Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(3):1-6
- 5) López-Luque PR, Bergal-Mateo G.J. y. López-Olivares M.C, El Embarazo Ectópico: su interés actual en atención primaria de salud, Elsevier España 2013
- 6) Fernández Arenas C., El Embarazo Ectópico se incrementa en el mundo, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología
- 7) Céspedes Masis A., Embarazo Ectópico, Revista Médica de Costa Rica y centroamerica LXVII
- 8) Zapata B., Ramírez J , Pimentel J.,Cabrera S., La cirugía pélvica y el Ectópico previo en la epidemiología del Embarazo Ectópico, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia
- 9) Guerrero-Martínez E., Rivas-López R., Martínez-Escudero I, Algunos Aspectos Demográficos asociados con el Embarazo Ectópico, Ginecología y Obstetricia de México (2014)
- 10) Huaman Guerrero M, Huaman-Joo M, Arias Rayo J, Embarazo Ectopico: Tratamiento médico, Revista Peruana de Gineco-Obstetricia 2007.

- 11) Ruiz Parra A , MD, Embarazo Ectópico, Universidad Nacional de Colombia.
Instituto Materno Infantil.Bogotá
- 12) Addi M, Cuadri Artacho J., Navarro Repiso J, Embarazo Ectopico, Obstetricia y
Ginecologia, Hospital Cruz Roja, INSALUD Ceuta
- 13) Naranjo Cáceres M., Lazo Porras M.A . Flores Noriega M.. Saona Ugarte L.A.,
tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano
Heredia 2007 – 2008, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2013
- 14) Martínez Guadalupe A., Mascaro Rivera Y., Méjico Mendoza S., Mere Del
Castillo J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con
embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Rev peru ginecol obstet.
2013;59: 177-186
- 15) Durán Acero D, Moreno Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo
ectópico, Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Mederi
- 16) Coloma E. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo
ectópico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de
Tacna entre el 2007 al 2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna,
Facultad de Ciencias de la SaludBogotá D.C. Abril de 2014
- 17) http://www.uptodate.com/contents/search?search=embarazo+ect%C3%B3pico&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=&autocomplete=true
- 18) http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100010

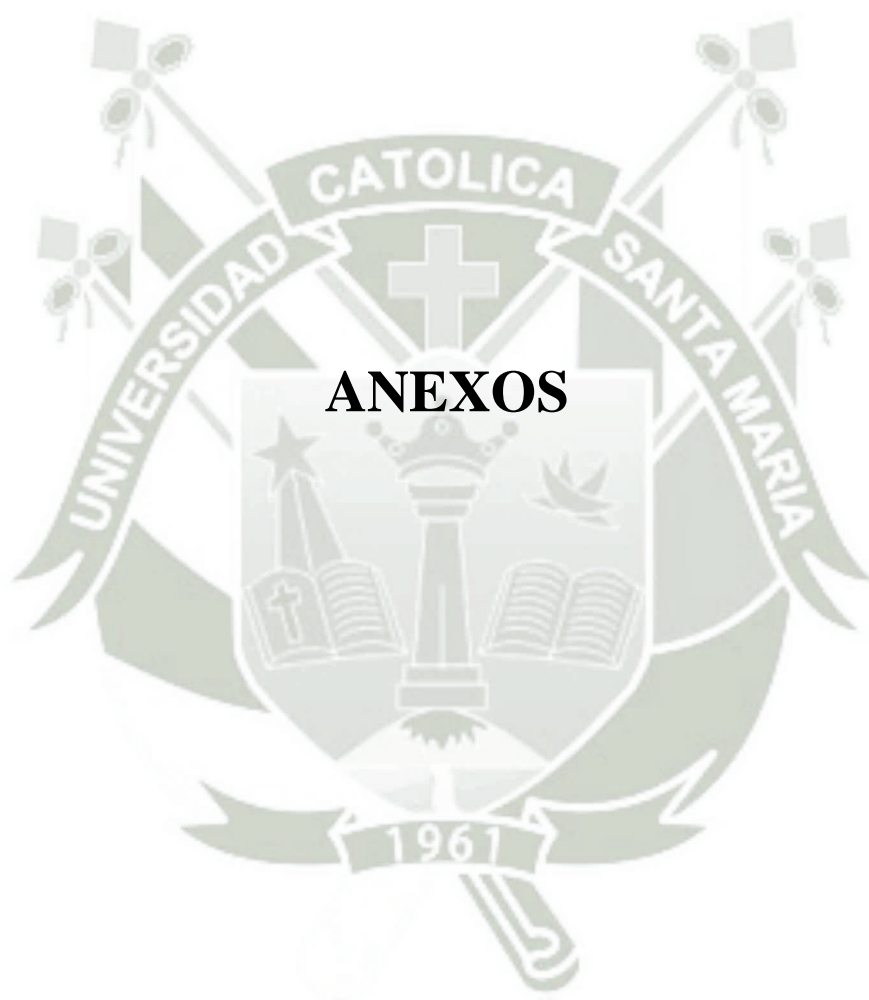
19) http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15_n3/pdf/a09v15n3.pdf

20) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600006

21) <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n6/art11.pdf>

22) <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v67n3/art01.pdf>,





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

FICHA DE INVESTIGACIÓN

“EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015”

N° Historia Clínica: _____ fecha: _____

FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS:

Edad:

- Menor 20 años ()
- Mayor 35 años ()
- De 20-35 años ()

Nivel educativo:

- Analfabeta ()
- Secundaria completa ()
- Primaria ()
- Tecnólogo-Técnico ()
- Secundaria incompleta ()
- Universitaria ()

Estado civil

- Soltera ()
- Conviviente ()
- Casada ()
- Divorciada ()

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Paridad

- Nulípara (0) ()
- Multípara (> 2) ()
- Primípara (1) ()

Cirugía pélvica anterior:

- Embarazo ectópico previo ()
- Cirugía tubaria ()
- Cirugía abdomino pélvica ()
- Curetaje ()

Enfermedad ginecológica:

Enfermedad inflamatoria pélvica ()

Otros () _____

Métodos anticonceptivos

- uso de dispositivos intrauterinos (DIU) ()
- uso de progestágenos ()
- preservativos()
- ninguno ()

Número de parejas sexuales

- 1 ()
- 2 ()
- >2()

HABITOS:

Tabaquismo: si() no()

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1. Dolor abdominal ()
2. Hemorragia menstrual irregular: ()
3. Masa anexial dolorosa ()
4. otro () _____

CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS:

Embarazo ectópico No complicado ()

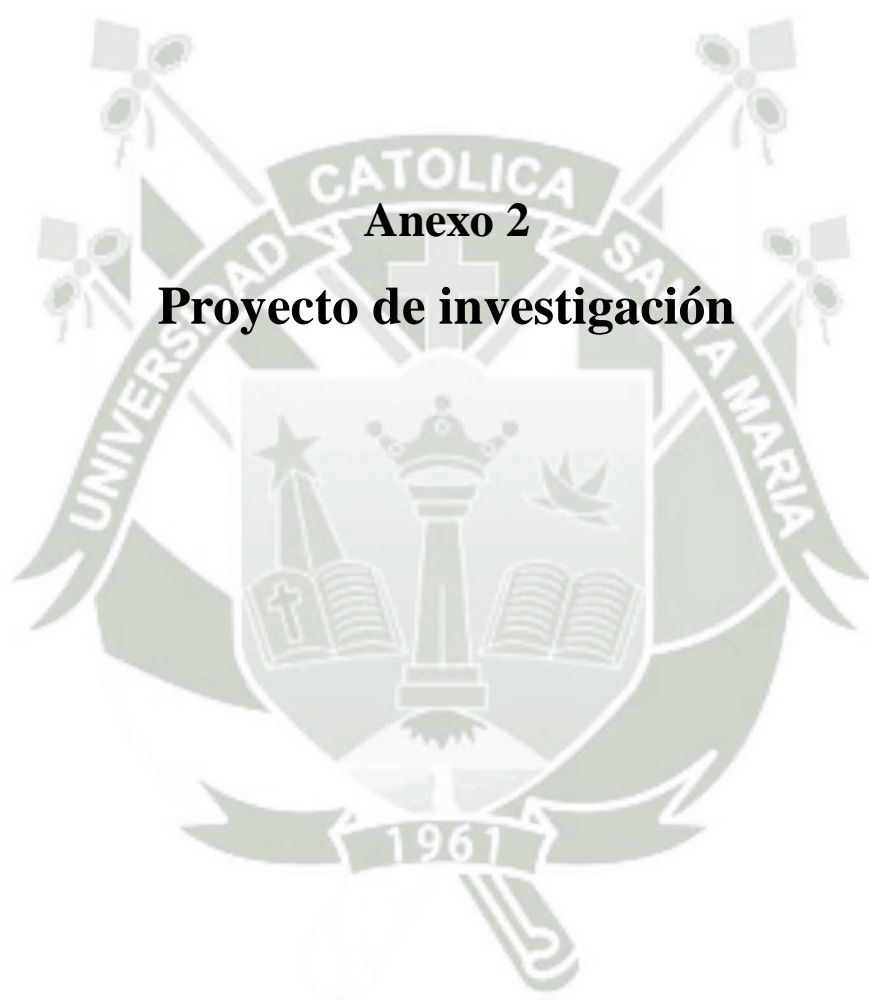
Embarazo ectópico Complicado () _____

Ubicación:

- Tubaria ()
- Ovario ()
- Cérvix ()
- Abdomen ()

Operación realizada:

- laparotomía ()
- Laparoscopia ()
- Salpingostomia ()
- Salpinguectomia ()



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PROYECTO DE TESIS: “EMBARAZO ECTOPICO EN EL
HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, 2011-2015”**

PRESENTADO POR: CARBAJAL GONZALES LUISA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

AREQUIPA – 2016

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es considerado una verdadera emergencia médica, de ahí el interés en conocer su comportamiento.

Aunque al principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa, el útero es el único órgano en el que la implantación del huevo es normal y el desarrollo en la cavidad uterina. Es el único órgano a través del cual un nuevo ser en el término de su desarrollo puede salir al exterior por las vías naturales.

En el embarazo ectópico se da la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente a la cavidad uterina. se localiza frecuentemente a nivel de la trompa uterina pero también se puede localizar nivel cervical, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias.

Su incidencia ha aumentado en los últimos años, pero se ha visto una disminución en su morbimortalidad, por lo cual es importante conocer sus factores de riesgo, y la clínica de esta patología para realizar un diagnóstico precoz y evitar posibles complicaciones.

Los síntomas más frecuentes son la amenorrea, dolor abdominal, hemorragia uterina anormal, masa pélvica palpable e incluso síncope y shock. El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en la clínica, los exámenes de laboratorio, la ecografía transvaginal, inspección laparoscópica o laparotomía. El tratamiento va a depender del estado hemodinámico del paciente puede ser quirúrgico, médico o expectante, este va a depender del cuadro clínico del paciente.

Es por eso que el presente estudio, trata de mostrar la incidencia, los factores de riesgo, las características clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico observados en el Hospital Goyeneche, los cuales se han visto incrementados en los últimos años.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema

¿Cuál es la incidencia y cuáles son los factores de riesgo, las características clínicas y quirúrgica del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015?

1.2 Descripción del Problema

A. Área de Conocimiento

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ginecología y Obstetricia
- Línea tópico: Embarazo ectópico

B. Análisis de operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE		INDICADOR	SUBINDICADOR UNIDAD/CATEGORIA	ESCALA
Factores de riesgo	Demográficos	Edad	Menor 20años De 20-35 años Mayor 35 años	Numérica Continua
		Nivel educativo	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Tecnólogo-Técnico 6. Universitaria	Categórica nominal
		Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. conviviente 4. divorciada	Categórica nominal
	Antecedentes ginecológicos	Paridad	1. Nulípara (0) 2. Primípara (1) 3. Multípara (> 2)	Categórica nominal
		Cirugía pelvica anterior	1. Embarazo ectopico previo 2. Cirugia tubaria 3. Cirugia abdomino pelvica 4. Curetaje anterior	Categórica nominal

	Enfermedad ginecológica	1. Enfermedad inflamatoria pélvica 2. Otras infecciones	Catagórica nominal
	Metodos anticonceptivo	1- uso de dispositivos intrauterinos (DIU) 2- uso de progestagenos 3- preservativos 4- No usa	Catagórica nominal
Hábitos	Tabaquismo	1. Si 2. No	Catagórica nominal
Características	Clinicas	1. Dolor abdominal 2. Hemorragia menstrual irregular 3. Masa anexial dolorosa 4. otros	Categoria nominal
	Quirurgicas	Localizacion :tubario, abdominal, cervical Tipo de cirugia: Salpinguectomia, salpingostomia	Categoria nominal
Incidencia	Numero de casos/1000	Nº casos/1000 habitantes	Numérica Ordinal

C. Interrogantes Básicas:

¿Cuáles son los factores de riesgo en el desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2011-2015?

¿Cuál es la incidencia del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo 2011- 2015?

¿Cuáles son las características epidemiológicas del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2011-2015?

¿Cuáles son las características clínicas del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2011-2015?

¿Cuáles es la técnica quirúrgica más utilizada en embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2011-2015?

D. Tipo de investigación:

- Por el tipo de estudio: Descriptivo
- Por el número de poblaciones: Unipoblacional.
- Por el periodo de captación de la información: Retrospectivo.
- Por la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.
- Por el instrumento de recolección de datos: Historias clínicas.

E. Nivel de Investigación

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo.

1.3 Justificación del problema

Las estadísticas epidemiológicas recientes, establecen que existe un incremento en el número de casos de embarazo ectópico por lo cual es importante el conocimiento de factores de riesgo, las características clínicas más frecuentes, diagnóstico y tratamiento precoz del mismo para evitar sus complicaciones.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 EMBARAZO ECTOPICO

2.1.1 CONCEPTO

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. se localiza con mayor frecuencia en la trompa de Falopio, pero también en el ovario, en las hojas del ligamento ancho, en el canal cervical y en vísceras abdominales. La frecuencia de este ha aumentado y se estima que 14.3 a 16 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos informados.

Entre los factores de riesgo se presentan; la enfermedad inflamatoria pélvica,, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, antecedentes de cirugía tubaria previa, métodos anticonceptivos (dispositivo intrauterino, micro píldora progestiva, esterilización tubárica), embarazo ectópico previo, técnicas de reproducción asistida .Después de un embarazo ectópico la probabilidad de volver a embarazarse es un 50% y el riesgo de presentarse nuevamente un embarazo ectópico es del 15%.

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La frecuencia de esta entidad ha ido aumentando considerablemente en el mundo, alrededor de seis veces en los últimos años. Esto ha sucedido probablemente debido a los avances conseguidos en el diagnóstico y por el incremento de los factores causales. En Cuba reportaron "existe un aumento de la frecuencia de embarazo ectópico en el mundo hasta 5 veces más cuando se compara con la década del 70. Por lo cual la OMS considera que el embarazo ectópico es el causante de entre el 5-12% de muertes maternas.

En el Perú en un estudio realizado en el Hospital nacional arzobispo Loayza se encontró que la frecuencia de embarazos ectópicos era de 2.1% de uno por cada 49 partos.

LOCALIZACIÓN:

La localización más frecuente es la trompa (98%), siendo la ampollar uno de los sitios más frecuentes con un 80%, seguida de la localización ístmica con un 12%, con un 6% en las fimbrias y en menor porcentaje con un 2.2% a nivel cornual. ⁽¹¹⁾

Entre otros sitios de localización el ovario (0,15%), el cérvix (0,15%) y el abdomen (1,4%). Estos embarazos extratubáricos se ven con más frecuencia en gestaciones conseguidas tras el uso de técnicas de reproducción asistida en las que pueden llegar a alcanzar hasta el 7%.
(1,11)

¹ (1) Jorge Gori (2005) GINECOLOGÍA DE GORI

⁽¹¹⁾ Ariel Iván Ruiz Parra, MD, EMBARAZO ECTÓPICO

2.1.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La etiología del embarazo ectópico es multifactorial, se menciona que hasta el 50% de las mujeres con embarazo ectópico no tienen riesgos que puedan ser identificables. Por lo que cualquier condición que retrase o impida el paso del embrión a través de la trompa y dentro de la cavidad uterina, pueden causar un embarazo ectópico. ⁽⁶⁾

Los factores de riesgo para el embarazo ectópico se dividen en: alto, moderado o bajo riesgo. Sin embargo, las características que sitúan a la mujer en riesgo de embarazo ectópico no son completamente independientes entre sí.

FACTORES DE ALTO RIESGO

EMBARAZO ECTÓPICO ANTERIOR: se presenta en pacientes que tuvieron un tratamiento conservador para el embarazo ectópico son de alto riesgo se menciona que un 15 % tiene riesgo de recurrencia. Este riesgo se relaciona tanto con la enfermedad tubárica subyacente que llevó al embarazo ectópico inicial y para la elección del procedimiento de tratamiento. ^(2,6,17)

PATOLOGÍA TUBÁRICA Y CIRUGÍA: La principal causa de embarazo ectópico es la presencia de alteración anatómica de la trompa uterina causa por la infección, cirugía previa, anomalías congénitas o tumores. La alteración de la anatómica es la causante del deterioro funcional ya que produce daño a nivel de la actividad ciliar. ⁽¹⁷⁾

² (2) Jonatan S. Berek (2007) GINECOLOGÍA DE NOVAK

(6) Carmen Fernández Arenas, EL EMBARAZO ECTÓPICO SE INCREMENTA EN EL MUNDO

(17) <http://www.uptodate.com>

La cirugía reconstructiva – esta va a depender de la condición de la trompa, la técnica quirúrgica y del cirujano. ⁽³⁾

EXPOSICIÓN A DIETILESTILBESTROL produce alteración a nivel de la trompa y deterioro de la fimbria ⁽²⁾

Las alteraciones hormonales causadas por los estrógenos y progesterona exógenos producen el crecimiento del cigoto antes de llegar al sitio de implantación, además de modificar los receptores del musculo liso de la trompa alterando la motilidad e la misma.

INFECCIÓN PÉLVICA es una de las principales causas de la patología de trompas y, que puede ser causada por infección de clamidia o gonorrea.

La infección pélvica puede alterar la función de trompas, además de causar la obstrucción de trompas y adherencias pelvicas. Algunos datos sugieren que un historial de los resultados de la infección clamidia en la producción de una proteína (PROKR2) que hace que aumenta las probabilidades de embarazo ectópico, favoreciendo la implantación tubaria ⁽¹⁷⁾

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS: el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) tienen una menor incidencia de embarazo ectópico que las mujeres que no usan la anticoncepción debido a que el DIU funciona impidiendo la fecundación, así como la implantación. La tasa de embarazo ectópico en las mujeres que usan el DIU es una décima parte de la tasa en las mujeres que no usan ningún tipo de anticonceptivo. ⁽¹⁷⁾

³ (2) Jonatan S. Berek (2007) GINECOLOGÍA DE NOVAK

(3) F.Gary Cunningham,MD (2011) WILLIAMS OBSTETRICIA

(17) <http://www.uptodate.com>

INFERTILIDAD se relaciona con las pacientes que reciben medicamentos para la fertilidad estos pueden causar alteraciones en la morfología de la trompa debido a la fluctuación de los niveles hormonales. ^(17,1)

MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES se considera que representa un riesgo moderado en mujeres con mas de una pareja sexual ya que esta se relaciona con aumento de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica. ⁽¹⁷⁾

FUMAR: aumenta el riesgo de embarazo ectópico en una forma dependiente de la dosis. Pudiendo causar alteración de la inmunidad y aumentando el riesgo de producir enfermedad inflamatoria pélvica, se asocia también a un aumento de producción de una proteína PROK R2 lo que ocasionaría la disminución del peristaltismo de la trompa uterina y la motilidad ciliar. ^(2,6,17)

LA FERTILIZACIÓN IN VITRO (FIV) se ha asociado con un mayor riesgo tanto de embarazo ectópico y heterotópico. Se ha encontrado que en pacientes en las cuales se realizó este procedimiento presentan embarazos cervicales con mayor frecuencia.

EDAD : A temprana edad (es decir, menos de 18 años de edad) en el primer encuentro sexual aumenta ligeramente el riesgo de embarazo ectópico. También hay una creciente proporción de embarazos ectópicos entre las mujeres en los grupos de mayor edad. ^(2,4)

⁴ (1) Jorge Gori (2005) GINECOLOGÍA DE GORI

(2) Jonatan S. Berek (2007) GINECOLOGÍA DE NOVAK

(4) Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

(6) Carmen Fernández Arenas, EL EMBARAZO ECTÓPICO SE INCREMENTA EN EL MUNDO

2.1.4 PATOGENIA

El lugar de implantación más frecuente es a nivel de la trompa uterina, en algunos casos se puede reabsorberse sin llegar a presentar clínica. Pero si no llega a reabsorberse el cigoto se llega a implantar en la trompa, invadiendo la pared tubaria y el peritoneo, esto ocasiona aumento de la proliferación vascular, provocando un hematoma peritubario.

Si se presentan escasas vellosidades causaría un aborto tubario, posteriormente se atrofia y desprende, pero si las vellosidades son suficientes producirá un aumento de presión dentro de la trompa eso dificulta el riego sanguíneo de la misma asociado a necrosis tisular siendo la causa de rotura tubaria causando hemorragia e incluso llegar a shock hipovolémico- (1,2,5,11)

Antes de la rotura tubaria se puede manifestar la metrorragia por la insuficiencia placentaria que generalmente es escasa y suele acompañarse de proliferación endometrial atípica, que al ser expulsada es similar a restos abortivos. ⁽⁵⁾

En raras ocasiones se pueda dar un embarazo ectópico viable, porque normalmente el embarazo se interrumpe al segundo mes.

⁵ (1) Jorge Gori (2005) GINECOLOGÍA DE GORI

(2) Jonatan S. Berek (2007) GINECOLOGÍA DE NOVAK

(5) P.R. López-Luque*, G.J. Bergal-Mateo y M.C. López-Olivares, EL EMBARAZO ECTÓPICO: SU INTERÉS ACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

(11) Ariel Iván Ruiz Parra, MD, EMBARAZO ECTÓPICO

2.1.4 CLÍNICA:

Dentro de los signos y síntomas se mencionan los siguientes.

1. Hemorragia menstrual irregular: ocurre luego de la falta de periodo o menstruación previa, muy escasa. Es usual entre las semanas 6-8 a partir de la fecha de última menstruación.
2. Dolor abdominal: tipo cólico intermitente y a menudo luego de la maniobra de Valsalva o del coito. Puede asociarse a síncope y es seguido de una irradiación a los hombros o al cuello, por la irritación diafragmática debida a una hemorragia intraperitoneal, que puede presentar o no una ruptura de la trompa también se presenta dolor intenso a la palpación abdominal y al examen vaginal sobre todo a la movilización del cuello uterino.
3. Masa anexial dolorosa: se puede palpar en el 20% de las mujeres, a menudo de consistencia blanda y elástica.^(1,2)

2.1.5 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la exploración clínica, ecografía y las determinaciones seriadas la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (β -HCG).

Exploración clínica: El examen pélvico es inespecífico, la paciente manifiesta dolor a la movilización cervical y se puede palpar una masa anexial dolorosa. En

⁶ (1) Jorge Gori (2005) GINECOLOGÍA DE GORI

(2) Jonatan S. Berek (2007) GINECOLOGÍA DE NOVAK

(6) Carmen Fernández Arenas, EL EMBARAZO ECTÓPICO SE INCREMENTA EN EL MUNDO

caso de rotura del embarazo ectópico suele aparecer irritación peritoneal (signo de Blumberg o defensa abdominal) y un cuadro de shock. ⁽⁷⁾

En la ecografía podemos encontrar la presencia de el endometrio engrosado, un útero vacío, un seudosaco, o la presencia de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina, también se menciona la presencia del signo del doble halo en la trompa. Lo más frecuente es encontrar líquido en el espacio de Douglas. ⁽⁵⁾

La posibilidad de una gestación heterotópica es muy rara, se debe sospechar en pacientes sometidas a tratamientos de fertilidad.

DETERMINACIONES SERIADAS DE LA FRACCIÓN BETA DE LA GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA

La β -HCG es producida por las células del trofoblasto y, en las primeras semanas de un embarazo normoevolutivo, duplicando su valor cada 2 días.

Un aumento menor es sugestivo de embarazo no viable (aborto o ectópico). Si existe una sospecha de embarazo ectópico. Para el seguimiento, hCG se mide en serie de 48 a 72 horas para determinar si el incremento es consistente con un embarazo anormal. Una sola medición de hCG por sí sola no puede confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico o normales. ⁽¹⁷⁾

⁷ (5) P.R. López-Luque*, G.J. Bergal-Mateo y M.C. López-Olivares, EL EMBARAZO ECTÓPICO: SU INTERÉS ACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

(7) Alexander Céspedes Masis, EMBARAZO ECTÓPICO

(17) <http://www.uptodate.com>

Si la gestación intrauterina no es visible por ecografía transvaginal con valores de β -HCG $> 1.000- 2.000$ mU/ml, existe una alta probabilidad de gestación ectópica.

PROGESTERONA. Si se encuentra un valor de progesterona mayor a 25 ng/mL o menor a 10 ng/mL se considera es incompatible con un embarazo normal. ⁽⁸⁾

2.1.7 TRATAMIENTO

Tratamiento médico con metotrexato

Siendo un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de purinas y pirimidinas, interfiriendo con la síntesis de ADN y la multiplicación celular por lo que trofoblasto, que presenta una rápida proliferación, es un tejido vulnerable a la acción del metotrexato. ^(9,10)

Esta opción no invasiva presenta una eficacia similar a la cirugía, estos pacientes deben encontrarse hemodinamicamente estables, los que puedan cumplir con el seguimiento, quienes tengan una gonadotropina coriónica humana (hCG) concentración ≤ 5000 mUI / ml, y en los cuales no se evidencia actividad cardíaca fetal en la ecografía.

Dentro de los criterios de selección se indican que la masa del embarazo ectópico sea menor a 3 cm.

⁸ (9) Elly Guerrero-Martínez, Radamés Rivas-López, Itzell Sarahid Martínez-Escudero, ALGUNOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO ECTÓPICO

(10) Moises Huaman Guerrero, Moises Huaman-Joo, J.Arias Rayo, EMBARAZO ECTÓPICO:TRATAMIENTO MEDICO

Tratamiento quirúrgico depende del estado hemodinámico del paciente en cuanto a la cirugía laparoscópica es el enfoque quirúrgico estándar para el embarazo ectópico. Pero en pacientes con hemorragia aguda se prefiere la laparotomía. ⁽¹⁷⁾

En cuanto al tratamiento quirúrgico la vía de elección es la laparotomía en el caso de embarazo ectópico roto y en pacientes hemodinámicamente inestables. Por lo que se han descrito dos técnicas quirúrgicas para eliminar el embarazo ectópico de la trompa de Falopio:

La salpingectomía en la cual se elimina una parte o la totalidad de la trompa de Falopio. Si el paciente tiene dos trompas, se evaluará la posibilidad de la eliminación de una de ellas no necesariamente causaría esterilización tubárica. La salpingectomía será utilizada cuando haya ruptura de trompa de Falopio, hemorragia no controlada de trompas, cuando el daño de la trompa sea moderado o grave, y cuando la masa del embarazo ectópico sea mayor a 3 centímetros de diámetro.

La salpingostomía que consiste en una incisión sobre la porción dilatada de la trompa, y resección cuidadosa mediante pinzas o irrigación, con posterior cierre de la incisión. con la finalidad de preservar la trompa de Falopio y conservar la fertilidad de la paciente.

III. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

a) A NIVEL LOCAL Y NACIONAL:

Autor: Edwin Yglesias Cánova Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

Título: EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. CALLAO, PERÚ. 2008-2010

Resumen: Objetivos: Métodos: Resultados: Conclusiones: Caracterizar epidemiológica y clínicamente, a las pacientes con embarazo ectópico sometidas a laparotomía exploratoria. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. En el Hospital Daniel Alcides Carrión. Se incluyeron todos los casos de embarazo ectópico (EE) sometidos a laparotomía exploratoria entre el 2008 al 2010. La muestra de estudio fue de 215 pacientes. La prevalencia del EE fue de 11.9 por cada 1000 embarazos. El 13.8% de las participantes fueron casadas, 72.8% desempleadas y 23.9% presentaron estudios secundarios incompletos. El 20.7% y el 13.5% presentaron antecedente de consumo de alcohol y tabaco respectivamente, mientras que el 2.8% refirió consumo de otro tipo de drogas. El EE fue más prevalente en multigestas, y en nulíparas y/o primíparas. 54.5% tenían antecedente de aborto, 37.4% antecedente de cirugía abdominopelviana, 11.9% con antecedente de EE previo. 55.3% no utilizaban métodos anticonceptivos, 4.1% utilizaba DIU. Los signos clínicos más frecuentes fueron: dolor abdominal (99.5%) y sangrado vaginal (60%). El procedimiento más frecuente: salpinguectomía unilateral. Se encontró predominio de lado derecho. El 94.8% de los casos fueron de ubicación tubárica, siendo el más frecuente el ampular (74.6%). La frecuencia encontrada es mayor que la reportada en estudios nacionales previos. Se resalta la presencia de

determinantes biológicos como sociales. Urgen modelos de prevención basados en políticas de salud, y un encaramiento activo en cuanto al diagnóstico y al manejo.

Autor: Juan Francisco Mere del Castillo Médico Gineco-obstetra; Doctor en Medicina; Médico Jefe, Departamento de Ginecología y Obstetricia

Título: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Resumen: Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico. Diseño: Estudio descriptivo y retrospectivo. Institución: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Participantes: Mujeres con embarazo ectópico. Intervenciones: Revisión de 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.

b) A NIVEL INTERNACIONAL:

Autor: Elly Guerrero-Martínez, Radamés RivasLópez, Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles del Pedregal.

Título: ALGUNOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO ECTÓPICO.

Resumen: Antecedentes: las nuevas técnicas de determinación de gonadotropina coriónica y la ecografía transvaginal de alta resolución han revolucionado el diagnóstico temprano y preciso del embarazo ectópico. Objetivo: evaluar algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico en el Hospital Ángeles del Pedregal en un periodo de 6 años. Material y método: estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 143 expedientes clínicos, del 1 de marzo de 2006 al 31 de enero del 2013, con diagnóstico de egreso de embarazo ectópico. Se analizaron las variables: edad, antecedente de embarazo ectópico, método de planificación familiar, enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, semanas de gestación, cuadro clínico,

localización del embarazo ectópico, tratamiento y complicaciones. Resultados: se analizaron 143 casos diagnosticados, y corroborados con estudio histopatológico, de embarazo ectópico en el Hospital Ángeles del Pedregal durante el periodo 2006-2012. La edad promedio en la que ocurrieron los embarazos fue de 32.4 ± 5.4 años; 89% de las pacientes eran mayores de 25 años. Eran primigestas 35% de las pacientes y 51 mujeres contaban con antecedente de cesárea, 31 de aborto y 22 de parto. De nuestra población 10% tenía antecedente de embarazo ectópico y 39% tenía 5 semanas de gestación; 72% no utilizaba anticonceptivos, 30% fumaba y sólo 2% había padecido enfermedad pélvica inflamatoria. Conclusión: a pesar de los avances tecnológicos la correcta evaluación de los factores de riesgo es fundamental para el diagnóstico del embarazo ectópico.

Autor: Carmen Fernández Arenas Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Asistente. Hospital Ginecoobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina". Matanzas, Cuba.

Título: EL EMBARAZO ECTÓPICO SE INCREMENTA EN EL MUNDO

Resumen: Se realizó una amplia revisión bibliográfica, que incluyó los trabajos de unos 50 autores nacionales e internacionales obtenidos de libros impresos y de una acuciosa búsqueda en Internet, con el objetivo de evaluar las causas de la elevada incidencia del embarazo ectópico (EE) en su forma clínica complicada. Igualmente indagar sobre sus elementos histórico-epidemiológicos y clasificar el EE; profundizar sobre su fisiopatología, así como diagnosticarlo y manejarlo terapéuticamente. Se

realizó la recopilación de datos que permiten alertar a los médicos de la atención primaria y/o especialistas de Ginecoobstetricia, cuándo sospechar la presencia de un embarazo ectópico y poder hacer el diagnóstico antes de que ocurra su complicación. Esto pudiera redundar en la disminución de la elevada mortalidad que se asocia a esta entidad.

IV OBJETIVOS

General

Determinar los factores de riesgo y incidencia del desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011 al 2015

Objetivos específicos

- Describir los factores de riesgo más frecuentes del desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche
- Precisar la incidencia de presentación embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa 2011-2015.
- Describir las características epidemiológica del desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015.
- Determinar las característica clínicas del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015.
- Determinar la técnica quirúrgicas más usada en embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011-2015

V HIPÓTESIS

Dado que el embarazo ectópico es una de las principales causas de morbilidad materna del primer trimestre del embarazo y éste está asociado principalmente a lesiones a nivel tubario, es probable que la presencia de antecedentes de lesión a nivel de la trompa de Falopio ya sea por cirugía pélvica anterior, de enfermedad inflamatoria pélvica, el uso de progestágenos, uso de dispositivos intrauterinos, dichos factores de riesgo sean la causa del incremento de esta patología.

VI. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- a) Técnicas: En el presente proyecto de investigación se aplicara la técnica de revisión documentaria.
- b) Instrumentos: El instrumento que se utilizara consistirá en una ficha de recolección de datos (ver anexo 1)
- c) Materiales de Verificación
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con software para procesamiento de textos, tabulación de datos y análisis estadístico
 - Impresora
 - Procesador de texto Word 2010

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

a) Ubicación Espacial: El presente proyecto de investigación se realizara en la Hospital Goyeneche -Arequipa

b) Ubicación Temporal: El estudio se realizara en el periodo comprendido entre el 5 de marzo al 10 de marzo del 2015.

c) Ubicación del hospital Goyeneche

d) Criterios de Inclusión: historias clínicas con diagnóstico de egreso de embarazo ectópico clínico, imaginologico y laboratorial.

e) Criterios de Exclusión: historias clínicas con diagnóstico de egreso diferente embarazo ectópico y cuyas datos se encuentren incompletos.

f) Tamaño de la Muestra: número de casos de embarazo ectópico del 2011 al 2015 del hospital Goyeneche.

g) Procedimiento del Muestreo

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Modo: se realizará recolección de datos mediante revisión de historias clínicas

3.2 Recursos:

a) humanos : Luisa Carbajal Gonzales

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Impresora
- Computadora personal con programas procesadoras de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

Autofinanciado por el autor del proyecto

d) Necesidades de Información

e) Criterios o Estrategias para el manejo de los resultados

f) Plan de procesamiento:

Los datos registrados en la encuesta serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

g) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	Duración en meses			
	1er	2do	3er	4to
Revisión Bibliográfica.	X			
Diseño del proyecto de Investigación		X	X	
Aprobación del Proyecto de Investigación		X		
Ejecución y Recolección de la Información		X	X	X
Procesamiento de los datos				X
Análisis de datos				X
Interpretación de los resultados				X
Redacción preliminar de la tesis				X
Revisión y crítica por los jurados				X
Sustentación				X

BIBLIOGRAFIA

- 1) Gori J. (2005) ,Ginecología de Gori. Argentina:El ateneo / Argentina:
- 2) Berek J.S. (2007), Ginecología de Novak Wolters Kluwer Health España.
- 3) Cunningham F.,MD (2011) Williams Obstetricia , MC Graw Hill, Mexico
- 4) Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(3):1-6
- 5) López-Luque PR, Bergal-Mateo G.J. y. López-Olivares M.C, El Embarazo Ectópico: su interés actual en atención primaria de salud, Elsevier España 2013
- 6) Fernández Arenas C., El Embarazo Ectópico se incrementa en el mundo, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología
- 7) Céspedes Masis A., Embarazo Ectópico, Revista Médica de Costa Rica y centroamerica LXVII
- 8) Zapata B., Ramírez J , Pimentel J.,Cabrera1 S., La cirugía pélvica y el Ectópico previo en la epidemiología del Embarazo Ectópico, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia
- 9) Guerrero-Martínez E., Rivas-López R., Martínez-Escudero I, Algunos Aspectos Demográficos asociados con el Embarazo Ectópico, Ginecología y Obstetricia de México (2014)
- 10) Huaman Guerrero M, Huaman-Joo M, Arias Rayo J, Embarazo Ectopico: Tratamiento médico, Revista Peruana de Gineco-Obstetricia 2007.
- 11) Ruiz Parra A , MD, Embarazo Ectópico, Universidad Nacional de Colombia. Instituto Materno Infantil.Bogotá

- 12) Addi M, Cuadri Artacho J., Navarro Repiso J, Embarazo Ectopico, Obstetricia y Ginecologia, Hospital Cruz Roja, INSALUD Ceuta
- 13) Naranjo Cáceres M., Lazo Porras M.A . Flores Noriega M.. Saona Ugarte L.A., tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007 – 2008, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2013
- 14) Martínez Guadalupe A., Mascaro Rivera Y., Méjico Mendoza S., Mere Del Castillo J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 177-186
- 15) Durán Acero D, Moreno Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Mederi
- 16) Coloma E. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud Bogotá D.C. Abril de 2014
- 17) http://www.uptodate.com/contents/search?search=embarazo+ect%C3%B3pico&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=&autoComplete=true
- 18) http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332012000100010
- 19) http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15_n3/pdf/a09v15n3.pdf
- 20) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600006
- 21) <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v70n6/art11.pdf>
- 22) <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v67n3/art01.pdf>,