

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO
MALDONADO DEL 2011 AL 2014”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Roxana Bonifacio Cutipa

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN TACNA

Facultad De Ciencias De La Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia.

**INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO DEL
2011 AL 2014**

TESIS

PRESENTADO POR:

BACH. ROXANA BONIFACIO CUTIPA

Aprobado por ACUERDO UNANIME (BUENO), ante el siguiente jurado:

**MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS
PRESIDENTA**

**MGR. JUANA INÉS BARREDA GRADOS
JURADO**

**MGR. CELIA VIVANCO CHINCHAY
JURADO**

**LIC. OBSTA. EDITH GODOY GONZALES
ASESORA DE TESIS INTERNA**

**LIC. OBSTA. ELSA PINEDA ROLDÁN
ASESORA DE TESIS EXTERNA**

DEDICATORIA:

Quiero dedicar este trabajo a mis queridos padres, que con sus ejemplos de perseverancia y amor me enseñaron a ser mejor cada día, a trazarme y cumplir mis metas, a no rendirme ante las adversidades, a dar siempre lo mejor de mí y sobre todo a siempre estar dispuesta a tender una mano a quien lo necesite .

Armando y Lucrecia

A mis hermanos, con una gran dosis de amor supieron apoyarme en los buenos y malos momentos y con una confianza incondicional en todos estos años de estudio.

Celia, Efraín y Hugo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, valor, por permitirme llegar a la meta en esta gran trayectoria de mi carrera profesional.

A mi abuelita que desde el cielo ilumina el sendero por donde voy.

A mis padres, por su fortaleza y apoyo incondicional, por que confiaron siempre en mí y están junto a mí en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, por su apoyo moral, espiritual, y motivaciones a lo largo de mi desarrollo como profesional ya que a pesar de las adversidades nos mantenemos unidos gracias por creer y tener fé.

A mi asesora, por su amabilidad, buena disposición, paciencia, y tiempo dedicado para que este trabajo culminara exitosamente.

A mis mejores amigos, por compartir conmigo a lo largo de estos años de estudio, las fortalezas y debilidades de la vida universitaria.

Y a todas aquellas personas que hoy comparten conmigo este triunfo, muchas gracias!.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE CUADROS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación e importancia.....	4
1.4. Alcances y Limitaciones.....	6
1.5. Objetivos de investigación.....	7
1.5.1. Objetivo General.....	7
1.5.2. Objetivos específicos.....	7

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Bases Teóricas.....	20
2.2.1. Embarazo	20
2.2.2. Embarazo Ectópico.....	20
A. Epidemiología.....	21
B. Fisiopatología del embarazo ectópico.....	23
C. Etiología.....	27
D. Factores de riesgo.....	29
E. Cuadro clínico.....	33
F. Otras localizaciones de embarazo ectópico.....	37
G. Signos y Síntomas.....	38
H. Diagnóstico.....	40
I. Diagnóstico Diferencial.....	44
J. Tratamiento.....	48
2.3. Definición de términos.....	51

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	56
3.2. Población y muestra.....	56
3.2.1. Factores de inclusión y exclusión.....	56
3.3. Operalización de variables.....	57
3.4. Técnica e instrumento para la recolección de datos.....	59
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	60

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS.....	62
DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	103
RECOMENDACIONES.....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS.....	110

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO 1: INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO.	65
CUADRO 2: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LA EDAD.	67
CUADRO 3: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN.	69
CUADRO 4: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL ESTADO CIVIL.	71
CUADRO 5: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN PARIDAD.	73
CUADRO 6: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN N° DE PAREJAS SEXUALES.	75
CUADRO 7: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS	77
CUADRO 8: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.	79
CUADRO 9: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MEDICOS.	81
CUADRO 10: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SÍNTOMAS REFERIDAS.	83
CUADRO 11: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.	85
CUADRO 12: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL DIAGNÓSTICO.	87
CUADRO 13: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.	89
CUADRO 14: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LAS COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA.	91
CUADRO 15: SEGÚN LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIO.	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO.	66
GRÁFICO 2: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LA EDAD.	68
GRÁFICO 3: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN.	70
GRÁFICO 4: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL ESTADO CIVIL	72
GRÁFICO 5: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN PARIDAD.	74
GRÁFICO 6: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN N° DE PAREJAS SEXUALES.	76
GRÁFICO 7: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS	78
GRÁFICO 8: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LOS ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.	80
GRÁFICO 9: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MÉDICOS.	82
GRÁFICO 10: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SÍNTOMAS REFERIDAS.	84
GRÁFICO 11: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.	86
GRÁFICO 12: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL DIAGNÓSTICO.	88
GRÁFICO 13: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.	90
GRÁFICO 14: EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN LAS COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA.	92
GRÁFICO 15: SEGÚN LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIO.	94

RESUMEN

TÍTULO: “Incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014”.

OBJETIVO: Determinar la incidencia, factores sociodemográficos, factores de riesgo, complicaciones operatorias y técnica quirúrgica aplicada en el embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014.

DISEÑO: Descriptivo, retrospectivo y corte transversal.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estudió 122 casos de una población total de 9 849 casos de embarazos, durante los años del 2011 al 2014. Se utilizó un método simple, sistematizado y para su procesamiento un paquete estadístico. Se aplicó el instrumento de la ficha de recolección de datos y se utilizó la prueba estadística con un 95% de confiabilidad y significancia de $P > 0.05$.

RESULTADOS: Los factores sociodemográficos: Edad, entre los 20 a 29 años (50,8%), grado de instrucción secundaria (64,8%) y estado civil conviviente (89,3%). Los factores de riesgo: multiparidad (43,4%), aborto previos (36,9%), inicio de relaciones sexuales <15 años (25,4%), infección urinaria (141,8%), más de dos parejas sexuales (41,0%), tabaquismo (9,8%) y no usan ningún método anticonceptivo (32,0%). Las complicaciones intraoperatorias: el 29,0% presentaron hemorragia, el post-operatorio presentaron fiebre el 61,5%, hematoma el 17,2%, infección de la herida operatoria 17,2%, intervenida por segunda vez (3,3%) y hubo un caso de muerte materna con un 0,8% y la técnica quirúrgica aplicada el 77,0% fueron Tubárico, y la técnica más practicada fue Laparoscopia con un 77,9%, y un 22,1% fueron intervenidas por Laparotomía.

CONCLUSIONES: Se determinó la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014 siendo el 1,2% (122 casos) de un total de 9 849 casos.

PALABRAS CLAVES: incidencia, embarazo ectópico, factores de riesgo.

ABSTRACT

TITLE: "Incidence of ectopic pregnancy in patients attending the Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado from 2011 to 2014".

OBJECTIVE: To determine the incidence, demographic factors, risk factors, operative complications and surgical technique applied in ectopic pregnancy in patients attending the Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado from 2011 to 2014.

DESIGN: Descriptive, retrospective and cross-sectional.

MATERIALS AND METHODS: 122 cases of a total population of 9849 cases of pregnancies were studied during the years from 2011 to 2014. We used a simple method, systematized and for processing statistical package. the instrument of data collection sheet was applied and the statistical test was used with 95% reliability and significance of $P > 0.05$.

RESULTS: The sociodemographic factors: age, between 20-29 years (50.8%), high school degree (64.8%) and common law marriage (89.3%). Risk factors: multiparity (43.4%), previous abortion (36.9%), first sexual intercourse <15 years (25.4%), urinary tract infection (141.8%), more than two sexual partners (41.0%), smoking (9.8%) and do not use any contraceptive method (32.0%). Intraoperative complications: 29.0% had bleeding, postoperative fever had 61.5%, 17.2% hematoma, infection of the surgical wound 17.2%, intervened for the second time (3.3%) and there was one case of maternal death with 0.8% and the surgical technique applied was 77.0% Tubal, and most practiced laparoscopy technique was 77.9%, and 22.1% were operated by laparotomy.

CONCLUSIONS: Puerto Maldonado from 2011 to 2014 being 1.2% (122 cases) of a total of 9849 cases, the incidence of ectopic pregnancy in patients attending the Hospital Santa Rosa was determined.

KEYWORDS: incidence, ectopic pregnancy, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. Se considera que el embarazo ectópico adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan la OMS y la UNICEF, Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose éste fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva, si bien la incidencia aumentó en las últimas dos décadas, la mortalidad disminuyó, probablemente debido al avance de los métodos de diagnóstico y la tecnología.

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

Para lograr disminuir su morbilidad y mortalidad, es preciso un diagnóstico oportuno y precoz, esto dependerá de una adecuada educación de la

población sobre sus principales aspectos clínicos, los mismos que deben ir en conjunto con un sistema de salud eficiente, el mismo que se inicia desde el nivel primario de salud hasta el hospitalario. En nuestro país, el embarazo ectópico es de igual manera un problema de salud, el mismo que va en gran aumento debido a diversas causas.

Finalmente motivada por el incremento del embarazo ectópico en nuestro medio, por tal razón y para intentar aportar algunos datos se realizó el presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal lo cual nos favorecerá a dar una interpretación adecuada con la finalidad de determinar la incidencia de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado del 2011 al 2014.

El presente estudio de investigación de tesis titulada; “Incidencia de Embarazo Ectópico en Pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado del 2011 al 2014”, está dividida en cuatro Capítulos: Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema; Capítulo II, se expone el marco teórico, que fundamenta el carácter científico de la investigación; Capítulo III, se presenta el marco metodológico; Capítulo IV está referido a los resultados y discusión de la investigación, y Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones vertidas en base al procesamiento de datos, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.

El embarazo ectópico es una patología hemorrágica del primer trimestre que puede poner en peligro la vida de la paciente. El blastocisto se implanta normalmente en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina, la implantación que ocurre en cualquier lugar fuera de éste sitio es un embarazo ectópico. El riesgo de muerte por un embarazo extrauterino es mayor que un parto vaginal o a un aborto inducido y además el pronóstico exitoso es menor en estas mujeres.

Cualquier mujer en edad fértil está en riesgo, y se ha demostrado la correlación entre enfermedad inflamatoria pélvica y mayor incidencia de embarazo ectópico.

El embarazo ectópico es considerado un problema de salud con alta probabilidad de complicaciones maternas, asociado su presencia a determinados factores de riesgo como lo señalan las investigaciones citadas, en vista de esto se realizó un estudio con

el propósito de determinar la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al departamento de Gineco – obstetricia del Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado en el período comprendido en los años del 2011 al 2014. Cabe destacar que; en el mencionado Hospital la frecuencia del embarazo ectópico no se habían realizado estudios al respecto, es por ello que se desea contribuir con esta investigación.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado de los años 2011 al 2014?

1.3. Justificación e importancia.

La presente tesis se justifica por cuanto se han encontrado casos de embarazo ectópico a nivel mundial de 5 a 12%, así como tasas de morbilidad materna de 1 a 3% según la OMS.

Y Su Importancia radica en que estos estudios benefician a los continuadores que realizan estudios para colaborar en la disminución de estas tasas.

Teniendo en cuenta que la implantación y desarrollo del ovulo fecundado fuera del endometrio constituye una de las principales causas de muerte materna en el primer trimestre del embarazo.

Siendo que es un problema de salud pública que compromete gravemente la salud de la madre y entre sus causas más frecuentes se encuentran procesos inflamatorios de las trompas a repetición que producen adherencia y atrapamiento del huevo; y uso de dispositivo intrauterino como método anticonceptivo y enfermedad inflamatoria pélvica.

Por lo tanto es de vital importancia, que la atención a los grupos vulnerables debe ser fortalecida para que las pacientes interioricen la importancia de mantener una sexualidad responsable, evitando las relaciones sexuales precoces y desprotegidas, que se eleve el nivel de salud evitando los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, el aborto, con la utilización de los métodos anticonceptivos de barrera, lo que disminuye la posibilidad de aparición de los embarazos ectópicos.

Este trabajo describe la prevalencia, características clínicas, factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en

el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. Debido a lo mencionado anteriormente, los embarazos ectópicos perfilan como un problema de salud, por lo que es necesario contar con datos que denoten las características, datos que serían de amplia ayuda para tomar conciencia de esta condición e implementar así mejores medidas preventivas así mismo servirá para fortalecer el sistema de trabajo del Servicio de Gineco-Obstetricia; para fomentar en los futuros investigadores sobre las causas y complicaciones en los casos con diagnóstico de embarazo ectópico y creando ideas para diseñar estrategias de intervención e identificación temprana y oportuna con el fin de disminuir la mortalidad y así facilitar al mejoramiento de la atención de salud.

1.4. Alcances y Limitaciones.

Este trabajo se ejecutó sin ninguna limitación.

1.4.1. Delimitación Temporal

La investigación se realizó en el período del 2011 al 2014.

1.5. Objetivos de investigación

1.5.1 Objetivo General

Determinar la incidencia, factores sociodemográficos, factores de riesgo, complicaciones operatorias y técnica quirúrgica aplicada en el embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014.

1.5.2. Objetivos específicos

- a.** Determinar el número de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado.
- b.** Identificar los factores sociodemográficos que predisponen al embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado.
- c.** Identificar los factores de riesgo que con lleva al embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado.
- d.** Identificar las complicaciones intraoperatoria y post-operatoria de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado.
- e.** Identificar la técnica quirúrgica aplicada en el embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1 NIVEL INTERNACIONAL

RODRÍGUEZ MORALES, Yordanka- ALTUNAGA PALACIO, Margarita. "**Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico**". Hospital Universitario Gineco-obstétrico "Eusebio Hernández". La Habana, Cuba – 2010. ... "Los resultados nos muestran que la mayor incidencia de embarazo ectópico estuvo en el grupo de edades de 20 a 29 años que representó el 51,5%. Mostró que el mayor porcentaje de embarazos ectópicos ocurrió en el grupo de pacientes que no fumaban que representó el 59,7%. El importante papel que juega el inicio temprano de las relaciones sexuales como factor de riesgo. El grupo de pacientes que tuvo las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años representó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1%.

Como antecedentes obstétricos, el parto y el aborto provocado reportó el mayor número de casos con 35,7%.

Se demostró que la enfermedad inflamatoria pélvica fue la más frecuente dentro de las afecciones previas con 38,2% de los casos. También muestra que el mayor porcentaje de embarazo ectópico se presentó en el grupo de pacientes que no usaban ningún método anticonceptivo con 49,2% y en el grupo que usó como método anticonceptivo el dispositivo intrauterino representó la mayor incidencia con 28,4%”.

CABRERA TONA, Ana Elizabeth, **“Factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico.”** Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central Universitario “Dr. ANTONIO MARIA PINEDA”. Venezuela - 2008. ...“Basado en la evidencia que arrojaron los resultados de éste estudio, demuestran que influyen los mismos factores de riesgo que se describen a nivel mundial.

El grupo etario más frecuente se encuentra entre los 26-30 años de edad, la mayoría pertenece al área sub-urbana con II-III gestas, I-II paras y una edad de las menarquia entre los 16-18 años de edad.

Entre los principales factores de riesgo encontrados en éste estudio se encuentran el consumo de anticonceptivos orales, antecedentes de cirugías pélvicas y las infecciones ginecológicas referidas por las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Se demuestra con esta investigación realizada que la localización más común del embarazo ectópico es en las Trompas de Falopio (90%), también fue demostrado por múltiples investigadores a nivel mundial, con una edad gestacional entre las 4-8 semanas y localizaciones poco comunes como la ovárica, abdominal y cornual.

Se debe considerar siempre la sospecha diagnóstica ante una paciente con clínica de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal; además de tener presente los factores de riesgo descritos en esta investigación para así lograr una intervención oportuna y adecuado tratamiento de las pacientes”.

CABRERA SAMITH, Ignacio; ***“Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: hospital base de los ángeles”***, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Base de Los Ángeles. Revista - Chile 2010. ...“Se determinó que en

2008 se asistió 3.125 partos y 70 EE. La incidencia de embarazo ectópico fue de 22,4/1000 partos. El promedio de edad fue de $30,6 \pm 6,2$ años. El 21,4% eran primigestas y 78,6% multíparas. La paridad promedio fue de $1,2 \pm 0,9$ gestaciones. El 90% no usaban ningún método anticonceptivo (MAC), y 4,3% usaban anticonceptivos orales (ACO) y 5,7% usaban dispositivos intrauterinos (DIU). Antecedentes quirúrgicos: El 85,7% no tenía antecedentes de cirugías previas, el 10% tenía antecedentes de salpingectomía anterior y el 1,4% presentaba apendicectomía, colecistectomía o una cesárea. Antecedentes mórbidos médicos: El 91,4% de la muestra no presentaba antecedentes mórbidos médicos. El 2,9% tenían antecedentes de diabetes mellitus y el 1,4% de hipertensión arterial. Antecedentes mórbidos obstétricos: El 5,7% tenía antecedentes de proceso inflamatorio pélvico (PIP), 18,5% de tabaquismo, 12,9% de abortos previos, y 14,3% de embarazo ectópico anterior. Antecedentes al diagnóstico: La edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 6 semanas con $5,9 \text{ días} \pm 2 \text{ semanas con } 3,5 \text{ días}$. Los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) promedio fueron de 3.112,7 UI/L. Los

hallazgos ecográficos sugerentes de embarazo ectópico fueron: líquido libre en fondo de saco de Douglas 10%, presencia de masa anexial 64,3% y pseudosaco intrauterino 10%. El 98,6% de los embarazos ectópicos se localizaron a nivel tubario, el 1,4% tuvo ubicación extra-tubaria a nivel del cuerno izquierdo. Tratamiento: Fue quirúrgico en el 95,7%, realizándose 36 salpingectomías derechas y 31 izquierdas, en el 4,3% fue expectante. Complicaciones: El 78,6% de las gestaciones presentó alguna complicación asociada, siendo la más frecuente el hematosalpinx presente en el 57,1% de los casos. No hubo diferencias significativas al comparar los valores de los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) entre los embarazos ectópicos con y sin complicaciones. La edad gestacional al momento del diagnóstico presentó diferencias significativas entre el grupo con complicaciones que presentó un promedio de 7,1 semanas \pm 2,3 y el grupo sin complicaciones con un promedio de 6,3 semanas \pm 2,3 semanas. También hubo diferencia significativa en relación a la edad materna entre el grupo sin complicaciones con edad materna promedio de 30,7 \pm 4,9 años y el grupo con complicaciones con edad materna

promedio de $33,4 \pm 5,0$ años. No hubo diferencias significativas en relación a la presencia de complicaciones asociadas entre las primigestas y multíparas”.

2.1.2 NIVEL NACIONAL

MERCADO MEDRANO, Williams Moisés; ***“Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el hospital nacional PNP. “Luis N. Sáenz”, Lima 2013. ...***

“Se concluye que en el estudio se encontró 40 embarazos ectópicos; de un total de 1557, lo que hace una frecuencia de 2.5 por 100 gestaciones; no hubo mortalidad. En el estudio se incluyeron las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, y una muestra comparativa de pacientes de embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente hasta completar el tamaño de la muestra requerida. La mayor frecuencia de embarazo ectópico, ocurrió en el grupo de edades comprendidas entre 35-39 años; la edad ha sido ampliamente identificada como un factor de riesgo en embarazo ectópico. Sobre localización de los embarazos ectópicos, 23 (57,5%) fueron tubáricos y 17 (42,5%) ováricos. Se presentaron con un tiempo de amenorrea de 1-3

semanas (10%), de 4-6 semanas 23 (57,5 %), de 7-9 semanas, 9 (22,5%); con más de 10 semanas, 4(10 %). En cuanto a los factores de riesgo: 55 (68,8%) de pacientes presentaron multiparidad, 31 (77,5%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 24 (60 %) en los controles ; 31 (38.8%) tuvieron tabaquismo, 22 (55%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico, 9 (22,5%) en los controles; 12 (15%) tenían antecedente de embarazo ectópico, 11 (27.5%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 1 (2.5%) en los controles; 26 (32.5%) presentan antecedente de cirugía abdomino - pélvica, 22 (55%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 4 (10%) en los controles; 24 (30%) presentan antecedente de uso de DIU, 15 (37,5%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 9 (22.5%) en los controles; 43 (53.8%) presentan antecedente de ITS, 26 (65%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 17 (42.5%) en los controles; 42 (52.5%) presentan antecedente de aborto espontáneo, 28 (70%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 14 (35%) en los controles; 54 (68.4%%) presentan antecedente de anticoncepción previa, 30 (76.9%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 24 (60%) en los

controles; 38 (47.5%) presentan antecedente de haber tenido más de una pareja, 22 (55%) en el grupo de pacientes con embarazo ectópico y 16 (40%) en los controles. Ninguna paciente reportó antecedente de infertilidad.

De todos los factores de riesgo se pueden considerar significativos en función de su intervalo de confianza al tabaquismo, antecedente de embarazo ectópico previo, antecedente de cirugía abdomino pélvica, antecedente de ITS, de aborto espontáneo. En función de los valores de OR obtenidos en el estudio se puede afirmar que las pacientes con antecedente de tabaquismo, antecedente de ITS, cirugía abdomino pélvica, embarazo ectópico previo, de aborto espontáneo previo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico, mientras que aquellas con antecedente de uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual, tenían un riesgo moderado de desarrollar embarazo ectópico”.

CAJÁN ANAHUA, Anamelba Fiorella ***“Estudio comparativo del tratamiento quirúrgico laparoscópico del embarazo ectópico en relación al tratamiento convencional en el Hospital III ESSALUD Puno de Enero del 2001 a Diciembre del 2011”***. Tesis de grado para la obtención del título

Profesional. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud – Tacna - Perú 2012.

...“Se concluyó que el total de pacientes que fueron diagnosticadas con embarazo ectópico; El grupo mayoritario fue de 30 a 40 años (61,1%), seguido del de 20 a 29 años (31,6%); De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de 30 a 40 años, siendo de 60,8% y 61,9% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente. En cuanto a grado de instrucción se observó que las pacientes con grado de estudio superior fueron mayoritarias siendo un 85,3%, seguida por las pacientes con grado de instrucción secundaria con el 13,7% y por ultimo con nivel de instrucción primaria en un 1,1%.

Así mismo en cuanto al inicio de vida sexual, la mayor cantidad de pacientes se encontró en el grupo de 15 a 19 años en un 52,6%; seguido del grupo de 20 a 25 años en un 47,4%.

De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de 15 a 19 años, siendo de 51,4% y 57,1% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente; con respecto a las

características obstétricas se puede observar que en los antecedentes de gestaciones; el 31,6% fueron nuligestas, el 26,3% primigestas, el 24,2% segundigestas y el 17,9% multigestas. De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de segundigestas, siendo de 32,4% y 28,6% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente. De acuerdo a la técnica quirúrgica utilizada para la resolución del embarazo ectópico, el grupo mayoritario fue el de 6 a 8 semanas siendo de 43,2% y 38,1% en pacientes intervenidas por laparoscopia y laparotomía respectivamente así mismo el 75,7% de las pacientes que fueron intervenidas por cirugía laparoscópica se encuentran en el grupo de tiempo operatorio de 30 a 60 min, el 21,6% de pacientes en el grupo de 60 a 90 min y el 2,7% de pacientes en el grupo de > 90 min.

Se observó que el 57,1% de las pacientes que fueron intervenidas por laparotomía se encuentran en el grupo de tiempo operatorio de 61 a 90 min, el 23,8% de pacientes en el grupo > de 90 min y el 19% en el grupo de 30 a 60 min.

Se observó que el 98,6% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron

complicaciones intraoperatorias, además de que un 1,4% si presentaron complicaciones intraoperatorias, mientras el 95,2% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía no presentaron complicaciones intraoperatorias, además de que un 4,8% si presentaron complicaciones intraoperatorias; 77% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron sintomatología posoperatorias, además de que un 17,6% de pacientes presentaron dolor de herida operatoria y un 4,1% presentó náuseas y vómitos, 81,0% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía, presentaron como sintomatología posoperatoria dolor asociado a náuseas y vómitos, además de que un 9,5% presentó solo náuseas y vómitos”.

COLOMA QUISPE, César Wilfredo ***“Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna entre el 2007 al 2011”***. Tesis de grado para la obtención del título. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud – Tacna - Perú 2012. ...“Se concluyó que en el presente estudio

se encontró un total de 24 797 embarazos entre el 2007 al 2011, de los cuales 87 casos presentaron diagnóstico de embarazo ectópico con una incidencia de 3,5 por cada mil embarazos.

Las características clínicas de las pacientes con embarazo ectópico son: edad entre 21-30 años (50,6%); grado de instrucción secundaria (60,9%), multigestas (55,2%), antecedente de aborto (50,6%), no usan método anticonceptivo (31,0%), edad gestacional entre 4 – 8 semanas (47,1%), dolor pélvico abdominal (98,9%), Ginecorragia (67,8%) y leucorrea (41,4%). Los hallazgos ecográficos más frecuentes: útero vacío (88,5%) y líquido libre (80,5%).

Los factores de riesgo para embarazo ectópico son: edad entre 31-40 años, multigestas, antecedente de aborto, inicio de relación es sexuales <15 años, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía ginecológica y no usar método anticonceptivo.

Los hallazgos quirúrgicos más frecuentes de los embarazos ectópicos son: embarazo ectópico derecho (54,0%), ubicación tubárica (89,7%), complicados (96,6%) y el procedimiento quirúrgico más practicado fue la salpingectomía (70,1%)”.

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1 Embarazo:

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos, psicológicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.

El embarazo ectópico se considera una hemorragia, pues el sangramiento que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección, propia de la gestación, pudiendo amenazar la vida de la mujer embarazada y de su producto.

2.2.2 Embarazo Ectópico

Definición

El embarazo ectópico (EE) se produce cuando el blastocisto se implanta fuera de la cavidad uterina. El sitio más frecuente de implantación es en las trompas de Falopio que ocurre en el 98% de todos los embarazos ectópicos. (1) El término “*ectópico*” deriva de las palabras griegas “fuera” y topos “lugar”.

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI y hasta mediados del siglo XVIII era una patología fatal. John Bard informo la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de nueva York en 1759.

A. Epidemiología:

Incidencia:

La incidencia puede ser expresada de diferentes formas; relacionando el número de gestaciones ectópicas con el número total de embarazos, de partos, de mujeres en edad fértil (15-44 años) o de mujeres que consultan en Urgencias por complicaciones del primer trimestre del embarazo, como denominador. El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación. (4)

La frecuencia de la entidad ha aumentado en los últimos 30 años desde un 0,5% en los años 70 al 1,1% en la actualidad.

El hecho del aumento de embarazo ectópico es debido a que hay una mayor proporción de embarazos ectópicos

que se diagnostican, y al aumento también de una serie de factores de riesgo, entre ellos: el aumento del número de pacientes que se sometan a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el aumento de la enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con embarazos ectópicos previos, pacientes con cirugía abdominal previa, especialmente tubárica, esterilidad, endometriosis, o tabaquismo, etc. (5)

Mortalidad

Afortunadamente, a pesar de los cambios en la incidencia de esta entidad, las tasas de mortalidad se han mantenido estáticas o incluso en descenso.

Antes de los años setenta el 80% de los embarazos ectópicos eran diagnosticados una vez complicados, con el consiguiente incremento de su morbimortalidad. Hoy en día, el avance de las técnicas diagnósticas permite que más del 80% de los embarazos ectópicos sean detectados antes de su ruptura, así generando un importante descenso de las tasas de mortalidad. (6)

B. Fisiopatología del Embarazo Ectópico

Histopatología:

La ausencia de una capa submucosa dentro de la trompa de Falopio, facilita el acceso del ovulo fertilizado al epitelio y permite su implantación dentro de la pared muscular. Conforme el trofoblasto erosiona la capa muscular subyacente, la sangre materna se derrama dentro de los espacios del trofoblasto o en el tejido adyacente. La ubicación de un embarazo tubárico pronostica el grado de la lesión. (2)

Inflamación:

Se supone que la inflamación aguda participa en la lesión tubaria que predispone a embarazos ectópicos. Asimismo la salpingitis crónica y la salpingitis ístmica nudosa. La infección recurrente por chlamydia provoca inflamación intramural y depósitos de fibrina con cicatrización tubaria. Neisseria gonorrhoeae productora de endotoxina, provoca una inflamación pélvica virulenta y rápida, mientras que la respuesta inflamatoria por chlamydia es crónica alcanza su punto máximo entre 7 a 14 días. Los antígenos persistentes contra chlamydia desencadenan una

reacción de hipersensibilidad tardía con cicatrización continua. El antecedente de aborto médico aumenta el riesgo de embarazo ectópico. La profilaxis con antibióticos en el momento del legrado por aspiración tiene un efecto protector de daño tubario inflamatorio.

En un embarazo ectópico, si la gestación ocurre fuera del útero, los elementos coriónicos del óvulo fecundado atraviesa la mucosa de la trompa de Falopio y penetra en la capa muscular. Se forman una membrana capsular que consiste en una capa muscular y una membrana mucosa que es análoga con la decidua ovular del embarazo intrauterino, las vellosidades coriónicas posee grandes propiedades invasoras y citolítica penetrando en los vasos sanguíneos de la región perforando la pared tubárica. (2)

Son muchas las alteraciones y las alternativas patológicas de éste proceso básico y son:

Aborto.- El final más frecuente de un embarazo ectópico tubárico es un aborto a través de la cavidad abdominal como consecuencia de una implantación ampular, después del segundo o tercer mes, aunque puede ser más precoz, y por lo tanto el aborto puede ser completo o

incompleto. El aborto es completo cuando ocurre la eliminación del producto de la gestación y el aborto incompleto es la expulsión parcial de los productos de la concepción

En estos casos, el tejido debe ser estudiado cuidadosamente para no confundirse con un aborto precoz.

En muchos casos de embarazo ectópico tubárico, el trofoblasto atraviesa la pared de la trompa y ello da lugar a una rotura tubárica que se acompaña siempre de un cuadro de shock agudo debido a la hemorragia que se produce en cavidad peritoneal. El momento de rotura varía según el punto de implantación como se describe más adelante. (7)

En algunos raros casos, la rotura se produce a través del borde inferior de la trompa de Falopio, zona que no se halla recubierta por peritoneo y que influyen las dos hojas del ligamento ancho, en estos casos, el contenido de la trompa pasa al tejido conectivo del mesosalpinx, es decir, entre las dos hojas o capas peritoneales.

La mucosa tubárica y el embarazo ectópico, cuando hay una gestación, las trompas de Falopio están normales, tanto en el examen macroscópico como el examen histológico.

El estudio histológico con microscopio de luz y electrónico de las biopsias tubáricas tomadas en cinco grupos de mujeres, mostraron marcadas diferencias de la superficie ciliada la cuál fue medida planimétricas sobre fotografía.

La proporción de células ciliadas fue significativamente baja en biopsias tomadas de las mujeres con embarazo ectópico comparado con biopsias de mujeres con embarazo intrauterino en el mismo embarazo. Se observó marcada pérdida de los cilios en las mujeres que se practicó biopsias durante una cirugía tubárica subsecuente a un embarazo ectópico. (2)

Se observó que en las biopsias tomadas en las mujeres por cirugía tubárica por embarazo ectópico, hubo marcada pérdida de los cilios de la mucosa tubárica comparada con las biopsias de mujeres que se tomaron durante esterilización tubárica las cuales mostraban una mucosa tubárica normal en cuanto a los cilios. (3)

C. Etiología

En la etiología se han involucrado muchos factores que se pueden agrupar en dos grandes grupos:

Factores mecánicos.- son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

- a) La salpingitis especialmente la endosalpingitis, que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubaria con estrechamiento de la luz o formación de bolsillos ciegos. Una reducción de la cantidad de cilios de la mucosa tubaria producida por una infección que puede contribuir a la implantación tubaria del cigoto.
- b) Adherencias peritubarias: son secundarias a infecciones post parto o post aborto, apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.
- c) Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos; orificios accesorios e hipoplasias.

- d) Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15 % según diferentes autores.
- e) Operaciones previas de las trompas: sobre todo cirugía para restablecer la permeabilidad.
- f) Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo al aumentar la salpingitis.
- g) Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores anexos.
- h) Cesárea previa ha sido mencionada por algunos autores, para otros no pareció haber un riesgo aumentado. Sin embargo en la cistectomía del ovario si se ve incrementado el riesgo por la retracción cicatrizal peritubaria. (6)

Factores funcionales:

- a) Reflujo menstrual.- ha surgido como una causa aunque hay pocos hechos que lo avalan.
- b) Alteraciones de la movilidad tubaria.- consecuente con cambios séricos en los niveles de estrógenos y progesterona. Alteraciones de la actividad

mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.

- c) El hábito de fumar.- aumenta el riesgo relativo de 2.5 en comparación con las no fumadoras porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubaria, de la actividad ciliar y de la implantación del blastocito, se relaciona con la ingestión de nicotina.
- d) Empleo de anticonceptivos.- los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. El uso de altas dosis de estrógenos solos post-ovulatorios para evitar el embarazo "Píldora del día siguiente". (8)

D. Factores de riesgo

Factores de riesgo del embarazo ectópico. Otras aún son objeto de discusión, o no fueron lo suficientemente estudiadas.

- **Infecciones Genitales:**

Constituyen el principal factor etiológico del aumento de los embarazos ectópicos, como se desprende de numerosos estudios casos - testigo. La latencia y

cronicidad de la salpingitis por Chlamydia Trachomatis hacen que este sea el germen incriminado con mayor frecuencia. Las infecciones genitales y las alteraciones seculares de la anatomía tubaria serían la causa del 50% de los embarazos ectópicos, de modo que representan el principal factor de riesgo de esta patología.

- **Tabaquismo:**

El consumo de tabaco, aun moderado, se expondría a embarazo ectópico, con una relación dosis - efecto. Según un estudio, el riesgo relativo aumenta con la cantidad consumida: 1.3 para 1 a 10 cigarrillos al día, y 2.5 para más de 20 cigarrillos/día.

- **Cirugía Abdominopélvica:**

Otras fuentes de embarazos ectópicos son las adherencias peritubarias provocadas por la cirugía abdominal (apendicitis, sigmoiditis, etc.) o pélvica (endometriosis, cirugía de la esterilidad y en particular la tubaria). Los índices de embarazos ectópicos observados tras la cirugía tubaria dependen del tipo de intervención del 2 al 6% después de una

adhesiolisis, el 4.4% después de una repermeabilización tubaria, el 3% después de una plástica proximal, y el 20% después de una plástica distal.

- **Dispositivo Intrauterino (DIU):**

El dispositivo intrauterino tiene una acción esencialmente antinidatoria, y protege más contra una implantación uterina que contra la implantación tubaria u ovárica. El riesgo de que se produzca un embarazo ectópico va del 0.8 al 10%, y es mayor con los dispositivos inertes o de cobre. Por otra parte, el riesgo de infección pélvica asintomática es más alto en las mujeres portadoras de dispositivo intrauterino.

- **Anticoncepción Oral:**

La micropíldora progestativa aumenta el riesgo relativo de embarazo ectópico a aproximadamente el 10% del total de embarazos. Esto podría explicarse por la falta de inhibición de la ovulación, característica de los progestacionales administrados en microdosis, con la consiguiente alteración de las funciones tubarias.

- **Esterilización Tubaria:**

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza en las trompas de Falopio; ya sea por esterilización o una intervención de reconstrucción tubaria puede inducir un embarazo ectópico. La incidencia de embarazo después de procedimientos de neosalpingostomía por una obstrucción distal varía entre el 2 y el 18%.

- **Antecedentes Obstétricos:**

Al contrario de los abortos espontáneos y las interrupciones voluntarias del embarazo, los antecedentes de embarazo ectópico son factores de riesgo de un nuevo embarazo ectópico, con un riesgo relativo de 7 a 9, ya que los factores etiológicos persisten y dan origen a un alto índice de recidivas (entre el 15 y el 20% después del primer embarazo extrauterino).

- **Tratamientos de la Esterilidad**

Fecundación in vitro: Después de una fecundación in vitro, se estima que la incidencia del embarazo ectópico representa el 6.5% de los embarazos clínicos, por migración del embrión hacia dentro de la

trompa. En el 10% de los casos se trata de embarazos heterotópicos, difíciles de diagnosticar. El índice de embarazos extrauterinos tras una transferencia de gametas intratubarias se sitúa, alrededor del 3 al 4%. (9)

Otras Causas:

La insuficiencia lútea expondría a una regurgitación menstrual del huevo fecundado hacia la trompa. Algunas formas de endometriosis con lesiones tubarias. Algunas pacientes expuestas al dietilstilbestrol, Exposición a los fármacos antineoplásicos y Edad materna. (8)

E. Cuadro Clínico

Los síntomas del embarazo ectópico son desafortunadamente los más frecuentes en la clínica ginecológica: hemorragia transvaginal (precedido de un trastorno menstrual) y dolor que constituye el mayor motivo de consulta al servicio de urgencias; a estos síntomas se unen las masas palpables laterales al útero (anexiales) y los síntomas subjetivos de embarazo. Puede

pasar desde cuadros asintomáticos hasta las formas clínicas más floridas y llegar hasta un abdomen agudo. El médico debe realizar todos los esfuerzos razonables para diagnosticar el embarazo ectópico antes de que aparezcan las situaciones catastróficas, debido a que cuando el embarazo ectópico se rompe, la paciente presenta un cuadro de síncope relacionado con hipotensión por hemorragia intraabdominal. En caso de que la pérdida de sangre sea lenta y prolongada, la anemia dominará el cuadro. Si la trompa y el producto de la concepción se necrosan, pueden infectarse, entonces la impresión clínica es la de un proceso pélvico inflamatorio. (11)

Complicaciones de embarazo ectópico tubárico.

a. Embarazo tubárico no complicado:

El momento ideal para lograr el diagnóstico de embarazo ectópico es antes de que ocurra alguna complicación, pues se evitan los riesgos de la ruptura, se puede hacer con más facilidad la cirugía endoscópica tanto conservadora como exerética e incluso es posible efectuar tratamiento médico con

citostáticos intraovular el cual debe ser realizado por personas experimentadas. En todos los casos con embarazo ectópico se recomienda administrar antimicrobianos que puedan actuar sobre la Chlamydia Trachomatis y las Neisseria en caso de estar presentes. Las tetraciclinas, la eritromicina y las quinolonas son las más empleadas en este momento.

b. Embarazo tubárico complicado:

Puede dividirse en dos grupos:

- Con estabilidad hemodinámica
 - El dolor será más intenso y puede irradiarse a otros sitios, a todo el abdomen o al hombro (signo de Laffon).
 - La hemorragia, generalmente, no variará.
 - la palpación de la tumoración anexial es muy dolorosa.
 - Al examen, el fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy doloroso.
 - Cuando se sospeche la rotura, no debe diferirse confirmación por punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen. La punción también puede

realizarse en pacientes sin evidencias de complicación para poder asegurar que no existe un hemoperitoneo pequeño o de poco tiempo de evolución. En dependencia del tiempo de evolución del hemoperitoneo, se encontrarán signos de irritación peritoneal e intestinal por la sangre libre.

- Ante la sospecha o el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, en una paciente estable, debe realizarse una laparoscopia confirmativa que puede ser seguida de cirugía laparoscópica o de una laparotomía para la operación convencional.
- Con signos de descomposición hemodinámica o shock, en ambos los síntomas del embarazo ectópico no complicado estarán presentes.
 - Estarán presentes los signos de shock: sudoración, palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión.
 - La punción del fondo del saco de Douglas o del abdomen hace el diagnóstico de la complicación, al extraer sangre que no coagula y con pequeños coágulos oscuros. La reposición de volumen se

hará de inmediato; la solución es quirúrgica, por la laparotomía inmediata. (10)

Posibles evoluciones de un embarazo tubárico:

- Muerte y reabsorción sin formarse un hematosalpinx
- Hematosalpinx, muerte, reabsorción.
- Aborto tubario
- Hematosalpinx y rotura. (12)

F. Otras Localizaciones de Embarazo Ectópico:

- Embarazo intersticial.- su localización es más peligrosa, el huevo fertilizado se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared uterina, el también llamado cornual se presenta en el 3 % de todas las gestaciones tubarias. Debido al sitio de implantación hay asimetría variable del útero a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, la rotura puede ocurrir más tardíamente entre la 8ª y 10ª semana pero la hemorragia puede ser fatal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente.

- Embarazo intraligamentario.- llamado también del ligamento ancho; es cuando el cigoto se implanta hacia el mesosalpinx y la rotura puede ocurrir en la porción de la trompa no cubierta inmediatamente por el peritoneo y el contenido del saco gestacional es eliminado en el espacio formado entre las hojas del ligamento ancho.
- Embarazo ovárico.- está confinado al ovario y representa del 0.5 al 1 % de todos los ectópicos.
- Embarazo heterotópico: La localización simultánea de una gestación intrauterina y otra extrauterina tubárico, cervical, etc. se conoce como embarazo heterotópico. Su frecuencia es baja, y es mayor tras tratamientos de reproducción asistida. (14)

G. Signos y Síntomas:

- Amenorrea (ausencia del período menstrual). La mujer puede sospechar que está embarazada y experimentar síntomas de embarazo.

- Dolor tipo cólico leve a un lado de la pelvis. Cuando el embrión crece la pared de la trompa se ensancha provocando dolor en la pelvis de ese mismo lado que, a medida que va creciendo el saco y embrión, va aumentando en intensidad en forma progresiva.
- Dolor Intenso en la parte inferior del abdomen o en la pelvis. Llega el momento en la trompa se rompe o se produce un aborto que sangra adentro del abdomen, al peritoneo y esto causa un cambio en las características del dolor, de cólico progresivo a un dolor de aparición brusca, que se extiende a toda la parte inferior del abdomen.
- Sangrado vaginal. Es en este momento en que muchas pacientes consultan, otras lo hacen en la etapa previa confundiendo sus molestias con amenaza o síntomas de aborto. A medida que el embarazo progresa, la trompa puede romperse, causando hemorragia abdominal severa, dolor y el colapso. Si el área del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Éstos pueden abarcar:

- Sensación de mareo o mareos reales
- Dolor referido a la zona del hombro que puede ser causado por la hemorragia interna que irrita el diafragma.
- El sangrado interno debido a una ruptura puede llevar a que se presente shock y es el primer síntoma de casi el 20% de los embarazos ectópicos.
- Antes de que esto ocurra se puede diagnosticar el embarazo ectópico a través de análisis de sangre, los cuales revelan que las hormonas propias del embarazo (HGC) no están creciendo tan rápido como deberían.

H. Diagnóstico

Es importante recordar que el embarazo ectópico cursa inicialmente sin clínica y la ausencia de clínica no permite descartarlo. Basándose de siguientes puntos:

- Anamnesis.
- Clínica.
- Exploración.

- Marcadores plasmáticos placentarios, fundamentalmente β -HCG.
- Ecografía transvaginal.
- Punción saco de Douglas.

Sin embargo el diagnóstico basada en la clínica asociada a los hallazgos al examen físico caracterizados por dolor hacia el anexo comprometido, con presencia o no de masa anexial, dolor a la movilización del cuello o síntomas francos de abdomen agudo y shock. Estos hallazgos de complementan con los resultados de las pruebas paraclínicas como la cuantificación de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (B-hCG) y el estudio ultrasonográfico. (6)

Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG):

Es una hormona sintetizada por el trofoblasto. Su producción se inicia 6 días después de la fecundación y 3 a 5 días después puede ser detectada en sangre u orina por técnica de inmunoanálisis. Conserva la función endocrina del cuerpo lúteo (producción de progesterona) hasta que la placenta asume el sostenimiento del

embarazo. Su velocidad de duplicación es de 48 a 72 horas en el embarazo normal, en tanto que en el embarazo ectópico es menor del 63% del valor inicial, lo cual es muy importante para el diagnóstico y seguimiento. La zona discriminatoria hace referencia al nivel de fracción beta de la gonadotropina coriónica humana en la cual el saco gestacional debe ser visto a través de ecografía transvaginal en la cavidad uterina.

Estos niveles oscilan en rangos de 1500 a 2000 UI/L. La ausencia de saco gestacional intrauterino en la ecografía transvaginal, con niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-hCG) superiores a 2000 UI/L, es altamente sospechosa de embarazo ectópico. Sin embargo es importante tener en cuenta que la ausencia de saco intrauterino cuando los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG) están por debajo de la zona discriminatoria puede corresponder a un embarazo intrauterino viable temprano, a un embarazo ectópico o a un embarazo intrauterino no viable, por lo cual debe hacerse la correlación clínica respectiva.

Se espera que cuando se realiza tratamiento quirúrgico conservador, los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-hCG) el primer día postoperatorio sea inferior al 50% del valor prequirúrgico, si es mayor existe riesgo de ectópico persistente. Al día 12 postoperatorio el valor debe ser menor del 10%. (12)

Ultrasonografía:

La ecografía permite evaluar la presencia o no de saco gestacional y/o embrión extrauterino, anillo anexial, masa anexial compleja, líquido libre en fondo de saco, líquido ecogénico. (16)

Laparoscopia:

Se considera el gold estándar, ya que permite la visión directa de la masa sugestiva de embarazo ectópico y una revisión exhaustiva de la cavidad pélvica, sin embargo es raramente requerida para el diagnóstico, ya que a través de la ecografía transvaginal y la medición de los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-hCG), se logran hacer la mayoría de los diagnósticos. En caso de que se requiera, tiene la

ventaja de que permite hacer el manejo quirúrgico en la paciente hemodinamicamente estable.

Otros recursos disponibles para el diagnóstico son la medición de progesterona (niveles inferiores a 25 mg/ml, son sospechosos de embarazo no viable), y en caso de sospecha de embarazo ectópico roto la culdodentesis, la cual ha venido siendo desplazada por la ultrasonografía.

(13)

I. Diagnóstico Diferencial :

Cuando una mujer en edad fértil, con vida sexual activa que presenta signos y síntomas de un embarazo ectópico, hay que tener en mente los posibles diagnósticos diferenciales, recordando primeramente los órganos que se encuentran en cavidad pélvica y sus posibles patologías y posteriormente nos obliga a pensar en órganos no localizados en dicha cavidad como son: bazo, hígado, estomago, las cuales nos pueden dar patologías con sintomatología pélvica llegando a confundirse con un embarazo ectópico. (20)

- **Aborto Intrauterino Espontáneo.-** Existe un extenso sangrado vaginal, el dolor es central y semejante al cólico y hay hipersensibilidad en el abdomen medio. Es posible que sea necesario la exploración vaginal para hacer el diagnóstico diferencial y aquí puede ser notable la permeabilidad del canal vaginal con tejido, coágulos, etc. Las pruebas clásicas del embarazo mediante determinación de gonadotrofinas coriónicas son generalmente positivas, siempre y cuando, parte del tejido placentario siga en contacto con la circulación materna y hasta que las gonadotropinas circulantes desaparezcan totalmente.
- **Ruptura del Folículo de Graff.-** La ovulación siempre se acompaña de un mayor o menor grado de la teca interna, que es una capa rica en vasos sanguíneos. Generalmente, el punto de rotura cicatriza rápidamente, pero en ocasiones, el folículo de Graff sufre rotura con hemorragia intraperitoneal en mayor cantidad que lo normal provocando al contacto con el peritoneo una irritación peritoneal no existiendo sangrado transvaginal, y los síntomas no son tan severos como

en la rotura de un embarazo ectópico aunque la condición es extremadamente incómoda para la paciente. En estos casos se toma en cuenta el ciclo de ovulación que ocurre entre los días 12 a 16. (18)

- **Salpingitis.-** Tiene como antecedente de importancia leucorrea de larga evolución y presencia de gonorrea en cérvix o en uretra mediante un cultivo de secreción. En estos casos, una leucocitosis de más de quince mil, por lo común indican inflamación, y la velocidad de sedimentación está aumentada. La fiebre se hace presente y por lo general no hay signos de embarazo. Es usual encontrar evidencia de antecedentes de salpingitis si se palpa hidrosálpinx.
- **Pielonefritis.-** Es la patología del tracto urinario que se puede confundir con un embarazo ectópico y que se diferencia de éste debido a que la pielonefritis se acompaña de fiebre (38.9° C a 39°C.), hipersensibilidad costo vertebral, piuria o casi siempre bacteriuria y en ocasiones albúmina. Son típicos la hematuria o cálculos cólicos renales o uretral.

➤ **Apendicitis.-** Normalmente cursa con febrícula, vómito y la sensibilidad máxima se encuentra en el punto de MacBurney. A la exploración vaginal no suscita hipersensibilidad pélvica como en el embarazo ectópico, además que existe leucocitosis y trastornos digestivos, ya sea constipación o diarrea. (17)

➤ **Ruptura de víscera Abdominal.-** Tomando como referencia antecedentes de traumatismo y ninguna evidencia de embarazo, hemorragia en cavidad abdominal siguiendo la retrocavidad de los epiplones hasta llegar a cavidad pélvica, dándonos datos de irritación peritoneal e hipersensibilidad pero sin ninguna evidencia de embarazo.

Otra patología que se podría considerar al hacer el diagnóstico diferencial son:

Quiste de ovario con pedículo torcido, ruptura de úlcera gástrica o duodenal, torsión del útero en estadio temprano del embarazo (muy raro), Quiste luteínico y obstrucción intestinal. (16)

J. Tratamiento

- **Tratamiento Médico:** Tiene por objetivo tratar de conservar la trompa funcionando y evitar los riesgos y costos del tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico de elección, el más conocido y el más ampliamente usado es el metotrexato. También se han utilizado localmente glucosa hiperosmolar y prostaglandinas.
 - Se requiere hospitalización de la paciente, evaluación clínica estricta y seguimiento con determinación semanal de la β HGC hasta que se encuentre <5 mUI/ml. Las fallas del tratamiento con metotrexato son más comunes cuando los niveles de β HCG son más altos, la masa anexial es grande o hay movilidad del embrión.
 - El metotrexato se administra en dosis única, dosis múltiples variables o por inyección directa en el sitio de implantación.
- **Tratamiento Quirúrgico:** De acuerdo con la revisión de Hajenius y colaboradores (Cochrane Review, 2003), el tratamiento de elección (para pacientes estables) es la cirugía laparoscópica. La laparotomía es la vía de

elección para el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico roto y en pacientes hemodinámicamente inestables.

La laparotomía también está indicada cuando el cirujano no tiene el entrenamiento o carece de los recursos técnicos adecuados o cuando la cirugía laparoscópica es técnicamente difícil. (14)

Los procedimientos quirúrgicos por laparoscopia o por laparotomía pueden ser conservativos o radicales. Las siguientes son las opciones quirúrgicas que se proponen como pautas de manejo:

➤ **Por Laparoscópico:**

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

- **Instalación y material:** La paciente se coloca en decúbito dorsal con las piernas en abducción para permitir el acceso a la vagina, se debe colocar una sonda vesical en todos los casos. Para la cirugía del

embarazo extrauterino se necesita un material endoscópico que incluya una pinza de presión, un par de tijeras, una pinza para coagulación bipolar, un gancho o una punta monopolar y un sistema de lavado. Es importante contar con un sistema de aspiración eficaz y diámetro suficiente (por lo menos 7 mm) para poder evacuar rápidamente un eventual hemoperitoneo. La cavidad peritoneal se insufla después de efectuar las pruebas de seguridad. Para la óptica se utiliza un trocar transumbilical de 10 mm. (El diámetro del endoscopio varía). Los primeros tiempos de la intervención incluyen: La exposición de la pelvis, evacuación de un hemoperitoneo eventual, la confirmación del diagnóstico y de la localización del embarazo extrauterino, la hemostasia selectiva en caso de sangrado activo, la exploración abdominopélvica a fin de obtener las informaciones necesarias para tomar una decisión terapéutica y establecer un pronóstico con respecto a la fertilidad.

➤ **Por Laparotomía:**

La salpingectomía por laparotomía para el tratamiento del embarazo tubárico se conoce desde 1884. Todos los procedimientos descritos para el tratamiento endoscópico pueden efectuarse por laparotomía, incluida la salpingectomía.

No obstante, es conveniente señalar que la indicación de la laparotomía para el tratamiento del embarazo extrauterino se ha vuelto infrecuente.

2.3. Definición de términos.-

- ❖ **Incidencia:** La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un periodo de tiempo. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo de la población de interés. Cuando la enfermedad es recurrente se suele referir a la primera aparición.
- ❖ **Primigesta:** Grávida por primera vez.
- ❖ **Multigesta:** Mujer en su segundo o posterior embarazo.
- ❖ **Paridad:** Se refiere al número de embarazos de una mujer ha dado luz, un producto mayor de 22 semanas, con un peso mayor de 500grs., mayor de 25 cm de talla, vivo o muerto,

independientemente de la salida de la placenta y sección del cordón umbilical.

- ❖ **Parto:** Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento
- ❖ **Nulípara:** Mujer que no ha parido nunca.
- ❖ **Primípara:** Mujer que ha parido por primera vez.
- ❖ **Multípara:** Mujer que ha parido 2 o más veces.
- ❖ **Gran Multípara:** Mujer que ha parido 6 veces o más.
- ❖ **Aborto:** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500 gramo.
- ❖ **Cesárea:** La cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal.
- ❖ **Embarazo:** El embarazo en una mujer es un proceso fisiológico que ocurre desde la implantación del huevo fecundado y termina cuando ocurre el parto.
- ❖ **Embarazo Ectópico:** Se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.

- ❖ **Embarazo Tubárico:** Se define como la implantación del huevo fecundado en la trompa de Falopio.
- ❖ **Embarazo Ovárico:** Tipo raro de embarazo ectópico en el que el producto de la concepción está implantado en un ovario.
- ❖ **Embarazo Cervical:** El embarazo cervical es una forma rara de gestación ectópica donde el embrión se implanta en el canal endocervical.
- ❖ **Embarazo Abdominal:** Embarazo extrauterino en el que el huevo se desarrolla en la cavidad abdominal después de haber sido expulsado de la trompa de Falopio a través de su extremo con fimbrias, o bien a través de un defecto de dicha trompa o del propio útero.
- ❖ **Embarazo Intersticial:** El embarazo intersticial es la implantación del blastocisto a nivel de la porción intersticial o intramural de la trompa de Falopio.
- ❖ **Salpingectomía:** Consiste en la incisión lineal de la trompa y la extracción del huevo fecundado, luego se sutura conservando la integridad de la trompa.
- ❖ **β-HCG: (hormona)** Es una glucoproteína sintetizada en las células del sincitotrofoblasto, que son las que más tarde formarán la placenta. Está formada por dos cadenas distintas,

una alfa (α) y otra beta (β). Aumenta en sangre y orina poco tiempo después de la implantación y su detección es el fundamento de las pruebas de embarazo.

- ❖ **Hemorragia Vaginal:** El sangrado genital es la alteración ginecológica más frecuente en las mujeres en edad reproductiva.
- ❖ **Síncope:** Es una pérdida brusca y transitoria del conocimiento y del tono postural, de corta duración y con recuperación espontánea completa, debida a una hipoperfusión cerebral global transitoria.
- ❖ **Dolor Abdominal:** Es un síntoma que puede indicar la presencia de numerosas enfermedades del aparato digestivo.
- ❖ **Ecografía:** También denominada ecosonografía o ultrasonografía es una técnica de diagnóstico de imagen que permite ver órganos y estructuras blandas del cuerpo, por medio de ondas sonoras que son emitidas a través de un transductor el cual capta el eco de diferentes amplitudes que generan al rebotar en los diversos órganos y estas señales procesadas por un computador dan como resultado imágenes de los tejidos examinados.

- ❖ **Amenorrea:** Es la ausencia de menstruación. En algunos períodos de la mujer son fisiológicas, como en la infancia, el embarazo, el puerperio, la lactancia y la menopausia. Sin embargo, si se presenta en otras circunstancias durante el período reproductivo, se consideran patológicas.
- ❖ **Metrorragia:** Es un sangrado a intervalos irregulares, de cantidad variable sin relación con el ciclo menstrual.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.

La investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. Población y muestra.

3.2.1. Población:

Se tomó a las pacientes gestantes que acudieron al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios entre los años 2011 al 2014.

3.2.2. Muestra:

Se consideró solo a mujeres gestantes con embarazo ectópico que acudieron al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios entre los años 2011 al 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Gestante con embarazo Ectópico confirmado que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014”.	<ul style="list-style-type: none">• Gestantes no confirmados con embarazo ectópico.• Gestantes con feto viable.• Historia clínica no disponible y / o con información requerida incompleta.

3.3. Operacionalización de variables.

3.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Embarazo ectópico

3.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Incidencia

3.3.3 VARIABLE INTERVENIENTE:

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Paridad
- N° de parejas sexuales
- Antecedentes Gineco-Obstétricos
- Antecedentes patológicos
- Uso de métodos anticonceptivos previos
- Características clínicas
- Diagnóstico
- Técnica quirúrgica
- Complicaciones intraoperatoria
- Complicaciones postoperatorio

3.3.2 OPERACIONALIZACIÓN:

OBJETIVO GENERAL	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	DIMENCIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA		
Determinar la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014.	DEPENDIENTE : • Embarazo Ectópico	El embarazo ectópico se produce cuando el blastocisto se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina.	Características Clínicas	Signos y síntomas	Metrorragia, Dolor pélvico, Masa anexial, fiebre, nauseas, otros	Cualitativa Nominal		
			Complicaciones asociadas a embarazo ectópico.	Signos y síntomas	Hemorragia, fiebre, hematoma, infección de la herida operatoria, re intervención quirúrgica, muerte.	Cualitativa Nominal		
			Diagnóstico	Exámenes auxiliares	Tubárico, ovárico, heterotópico.	Cualitativa Nominal		
	INDEPENDIENTE: • Incidencia	La incidencia refleja el número de nuevos “casos” en un período de tiempo.	Número de casos	Años	Frecuencia	Cuantitativa - de Razón		
					Porcentaje			
	INTERVENIENTES:	Factores sociodemográficos	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Edad	Número de años cumplidos	12 a 19 Años	Cualitativa De Razón	
						20 a 29 Años		
						Mayores a 30 Años		
		Factores de riesgo relacionados con la sexualidad	Características o situaciones que aumentan las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad	N° de parejas sexuales	Parejas sexuales	Una Pareja	Cualitativa Ordinal	
						Dos Parejas		
						Tres Parejas		
		Factores de riesgo de mecánicos	Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Gineco-Obstétricos	Antecedentes personales	Más de Tres Parejas	Cualitativa Nominal	
Paridad						N° de Partos		Nulípara
Métodos anticonceptivos previos						Según el uso		Segundípara
Factores de riesgo de mecánicos		Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Gineco-Obstétricos	Antecedentes personales	Inyectable	Cualitativa Nominal		
	Anticonceptivos Orales							
	Preservativo							
Factores de riesgo de mecánicos	Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Gineco-Obstétricos	Antecedentes personales	DIU	Cualitativa Nominal			
				Método del Ritmo				
				Sin Método				
Factores de riesgo de mecánicos	Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Patológicos y médicos	Antecedentes personales	Aborto	Cualitativa Nominal			
				IRS < de 15 años				
				Infección urinaria				
Factores de riesgo de mecánicos	Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Patológicos y médicos	Antecedentes personales	EPI	Cualitativa Nominal			
				Cesárea				
				Embarazo ectópico				
Factores de riesgo de mecánicos	Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Patológicos y médicos	Antecedentes personales	Cirugía Abdominal	Cualitativa Nominal			
				Tabaquismo				
				Tuberculosis				
Factores de riesgo de mecánicos	Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina.	Patológicos y médicos	Antecedentes personales	VIH	Cualitativa Nominal			
				Sin antecedentes				

3.1. Técnica e instrumento para la recolección de datos.

3.1.1. Método:

Se aplicó el método científico basado en la observación, la experimentación, la medición, la formulación, análisis y el establecimiento de conclusiones que pueden dar lugar a teorías y/o leyes. Es utilizado en el área de la ciencia para ampliar y verificar conocimientos sobre una materia. Esta investigación es de Tipo descriptiva, retrospectiva y de corte transversal.

3.1.2. Técnica:

La elaboración y la ejecución de la investigación se realizaron mediante la técnica de observación indirecta mediante la revisión de historias clínicas perinatales y elaboración de la ficha de recolección de datos para la obtención de datos que se encuentran el Sistema Informático Perinatal de acuerdo a los objetivos de la investigación.

3.1.3. Instrumento:

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos previamente elaborados y validados por expertos según formato de validación.

3.2. Procesamiento y análisis de datos.

Toda la información recolectada se procesó mediante esquemas, cuadros estadísticos, según los parámetros considerados, con sus respectivas interpretaciones.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. RESULTADOS:

“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014”

**CUADRO 1:
SEGÚN INCIDENCIA**

INCIDENCIA	2011		2012		2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL DE EMBARAZOS	2552	99,0%	2405	99,0%	2295	98,6%	2475	98,5%	9727	98,8%
EMBARAZO ECTOPICO	27	1,0%	25	1,0%	32	1,4%	38	1,5%	122	1,2%
TOTAL	2579	100%	2430	100%	2327	100%	2513	100%	9849	100%

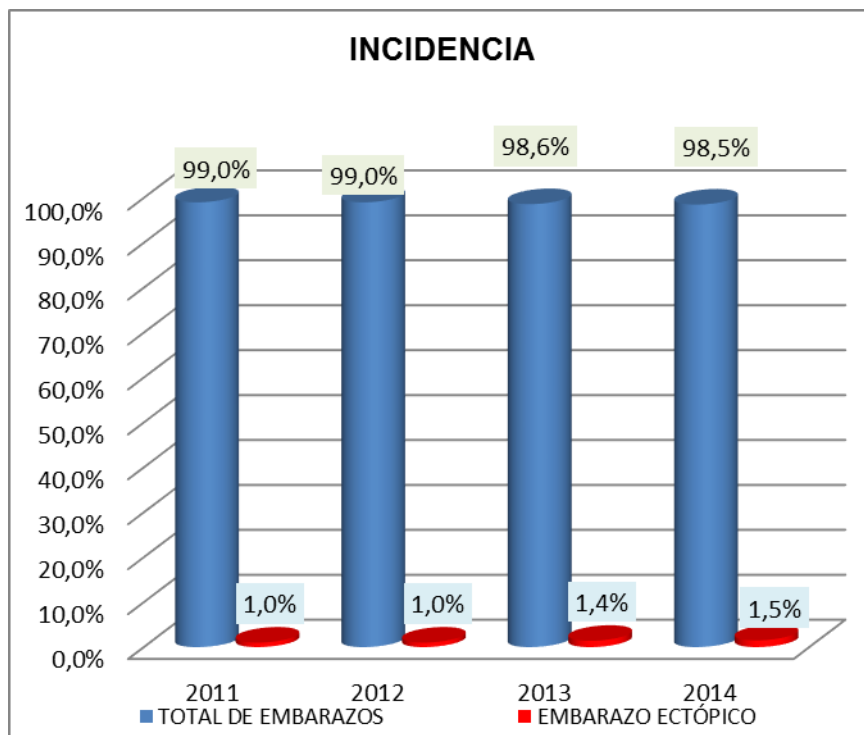
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según incidencia, se observa que hay 122 casos que corresponde a un porcentaje de 1,2% de Incidencia embarazo ectópico de un total de 9 849 embarazos atendidos en el hospital Santa Rosa Puerto Maldonado.

“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014”

**GRÁFICO 1:
SEGÚN INCIDENCIA**



Fuente: Cuadro 1.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**CUADRO 2:
SEGÚN EDAD**

SEGÚN EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 a 19 Años	11	9,0%
20 a 29 Años	62	50,8%
Mayores a 30 Años	49	40,2%
TOTAL	122	100,0%

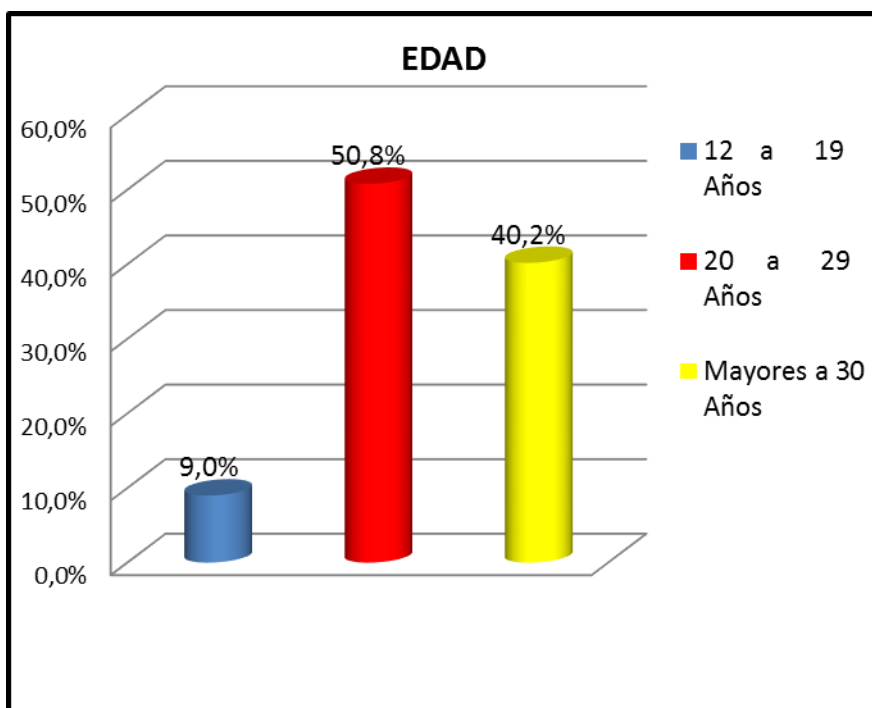
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según edad, se puede apreciar que el 50.8% están entre las Edades de 20 a 29 años, el 40.2% tienen mayores de 30 años y finalmente que 9.0% están entre los 12 a 19 años.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 2:
SEGÚN EDAD.**



Fuente: Cuadro 2.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**CUADRO 3:
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	3	2,5%
Primaria	20	16,3%
Secundaria	79	64,8%
Superior	20	16,4%
TOTAL	122	100,0%

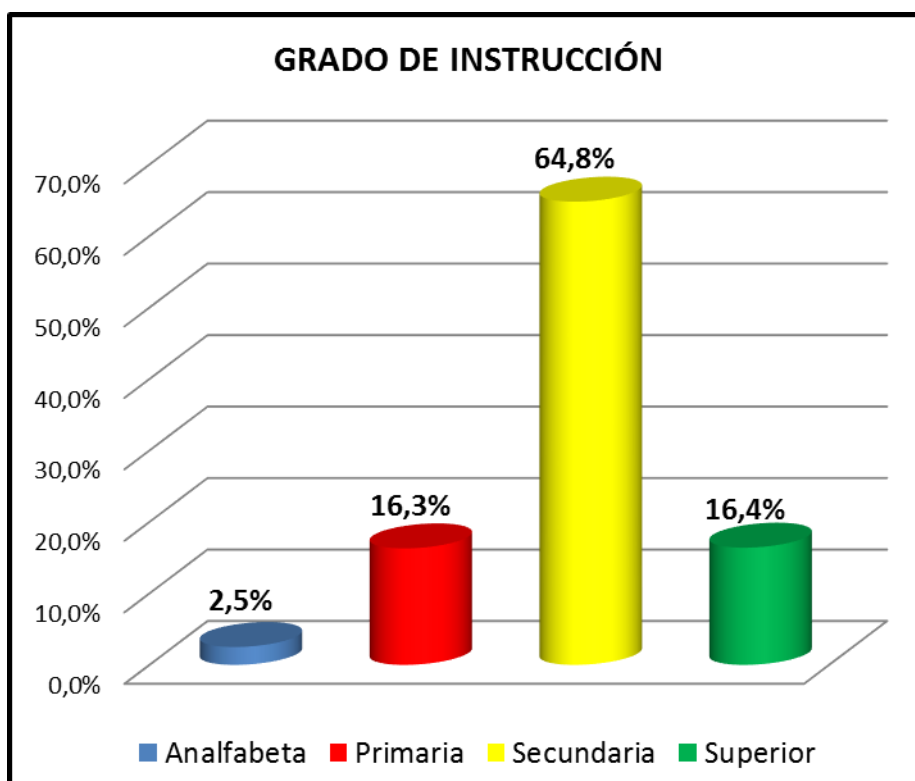
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según sobre el Grado de instrucción se observa que el 64,8 % tienen Secundaria Completa, 16,4% tienen Superior, el 16,3% tienen Primaria, el 2,5 % son analfabetas.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 3:
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.**



Fuente: Cuadro 3.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**CUADRO 4:
SEGÚN ESTADO CIVIL**

SEGÚN ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	3	2,5%
Casada	10	8,2%
Conviviente	109	89,3%
TOTAL	122	100,0%

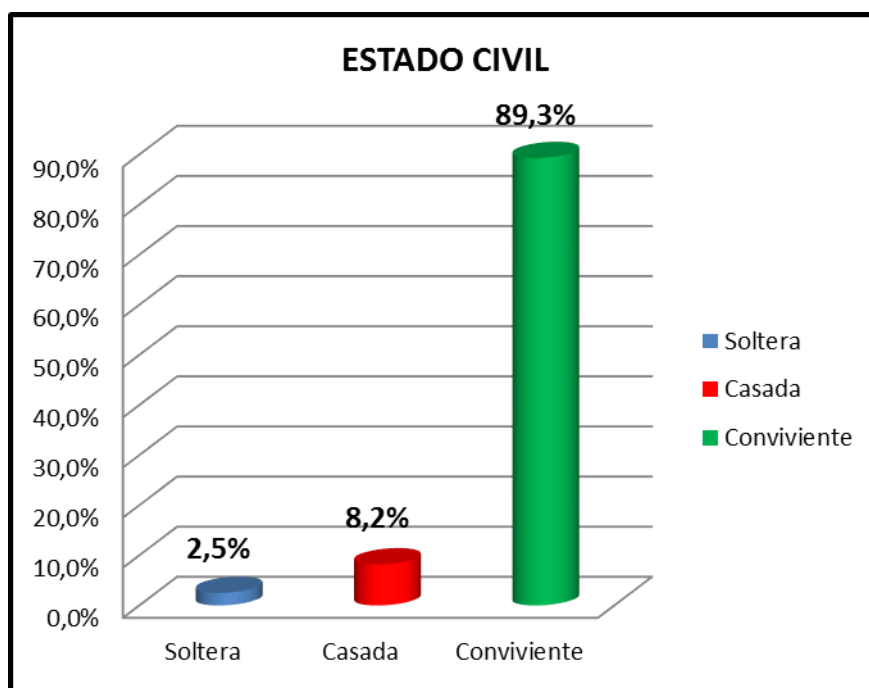
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según Estado Civil, se puede apreciar que el 89,3 % son convivientes, el 8,2% son Casadas, y finalmente el 2,5% son solteras.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 4:
SEGÚN ESTADO CIVIL.**



Fuente: Cuadro 4.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**CUADRO 5:
SEGÚN PARIDAD**

SEGÚN PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulípara	21	17.2%
Segundípara	48	39.4%
Múltipara	53	43.4%
TOTAL	122	100.0%

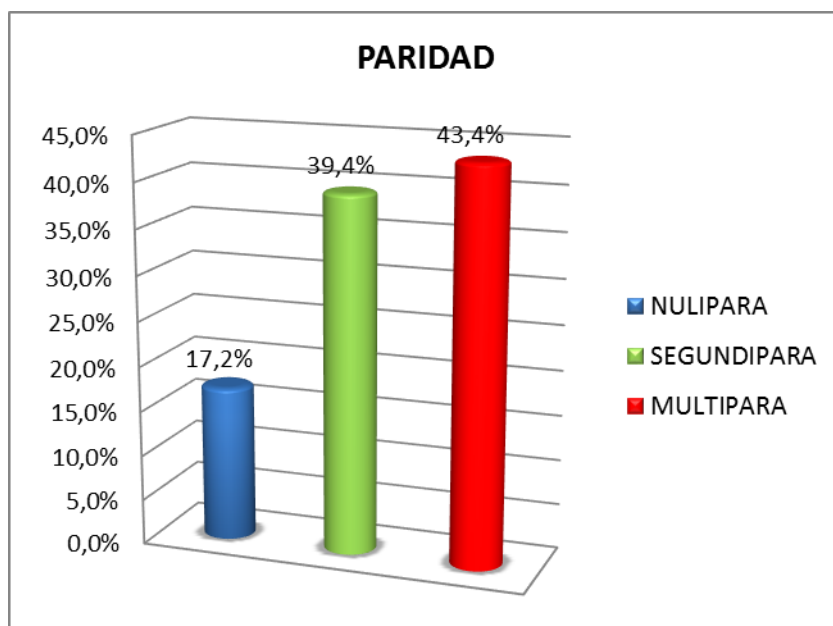
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según paridad, se puede apreciar que hay mayor porcentaje en mujeres múltiparas con un total de 43,4% de la muestra, seguida de las segundíparas (39,4%) y mientras un 17,2% son nulíparas.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 5:
SEGÚN PARIDAD**



Fuente: Cuadro 5.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 6:

SEGÚN N° DE PAREJAS SEXUALES.

SEGÚN N° DE PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una Pareja	47	38,5%
Dos Parejas	50	41,0%
Tres Parejas	23	18,9%
Más de Tres Parejas	2	1,6%
TOTAL	122	100,0%

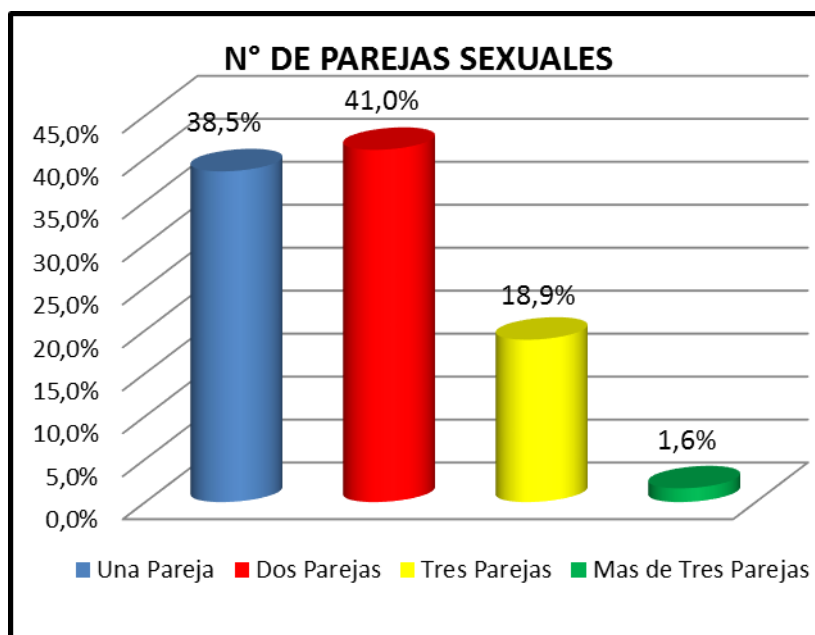
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según N° de parejas Sexuales, donde se puede apreciar que el 41,0% manifiestan que tuvieron dos parejas, el 38,5% manifiestan que tienen una pareja, el 18,9% manifiestan que tuvieron tres parejas, finalmente, el 1,6 % manifiestan que tuvieron más de tres parejas.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 6:
SEGÚN N° DE PAREJAS SEXUALES**



Fuente: Cuadro 6.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 7:

SEGÚN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS.

SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inyectable	19	15,6%
Anticonceptivos Orales	17	13,9%
Preservativo	19	15,6%
DIU	1	0,8%
Método del Ritmo	10	8,2%
Sin Método	39	32,0%
Sin Datos	17	13,9%
TOTAL	122	100,0%

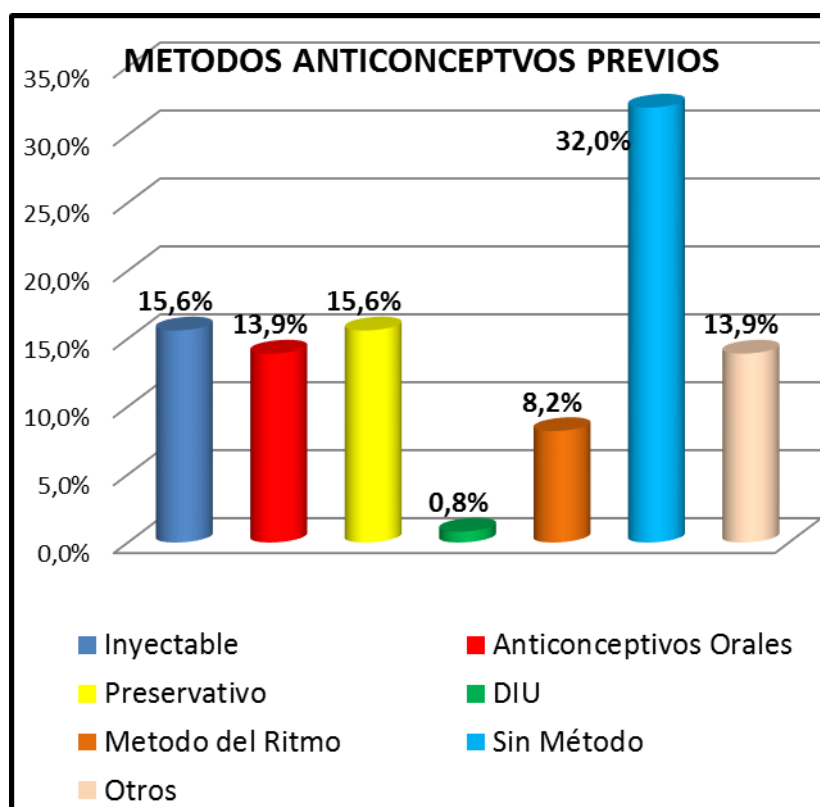
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el Uso de Métodos Anticonceptivos Previos, donde se puede apreciar que el 32,0% no usan ningún método, 15,6 % para tener relaciones sexuales usaron inyectables y preservativos, el 13,9 % usaron anticonceptivos orales y no usaron ningún método.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 7:
SEGÚN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREVIOS.**



Fuente: Cuadro 7.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**CUADRO 8:
SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.**

SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aborto	45	36,9%
IRS < de 15 años	31	25,4%
Infección urinaria	18	14,8%
EPI	12	9,8%
Cesárea	10	8,2%
Embarazo ectópico	6	4,9%
TOTAL	122	100,0%

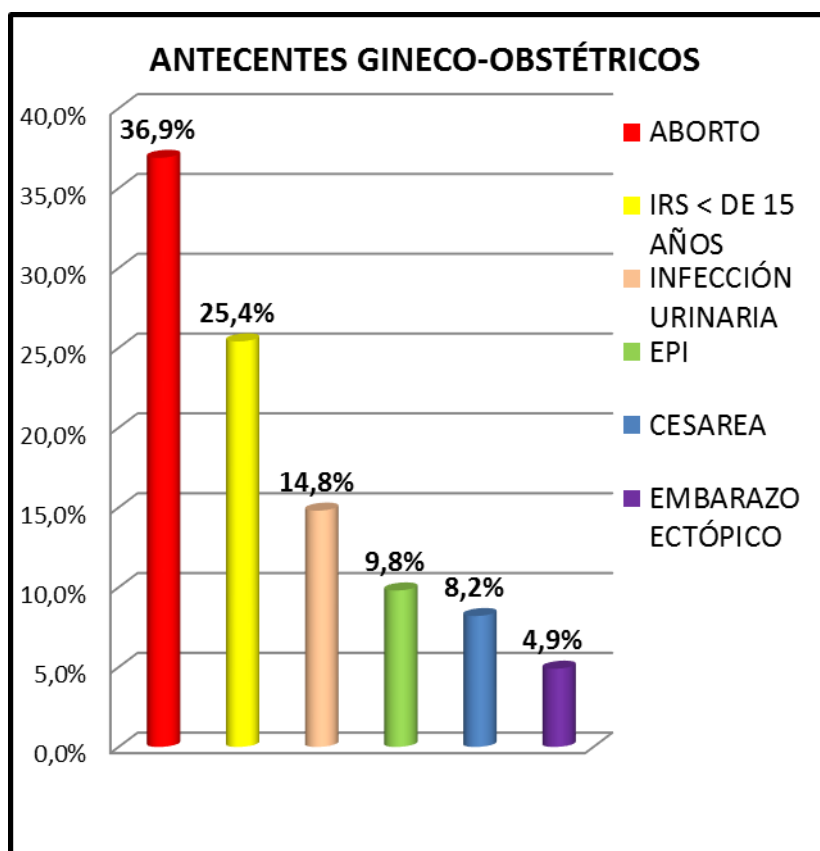
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según por antecedentes Gineco-Obstétricos, donde se puede apreciar que el 36,9% tuvieron abortos previos, un 25,4% iniciaron su vida sexual menor a los 15 años, 14,8% presentaron infección Urinaria, mientras que menor proporción tuvieron embarazo ectópico previo con un 4,9%.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 8:
SEGÚN ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.**



Fuente: Cuadro 8.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DIOS DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 9:

SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cirugía Abdominal	9	7,4%
Tabaquismo	12	9,8%
Tuberculosis	2	1,6%
VIH	1	0,8%
Sin antecedentes	98	80,4%
TOTAL	122	100,0%

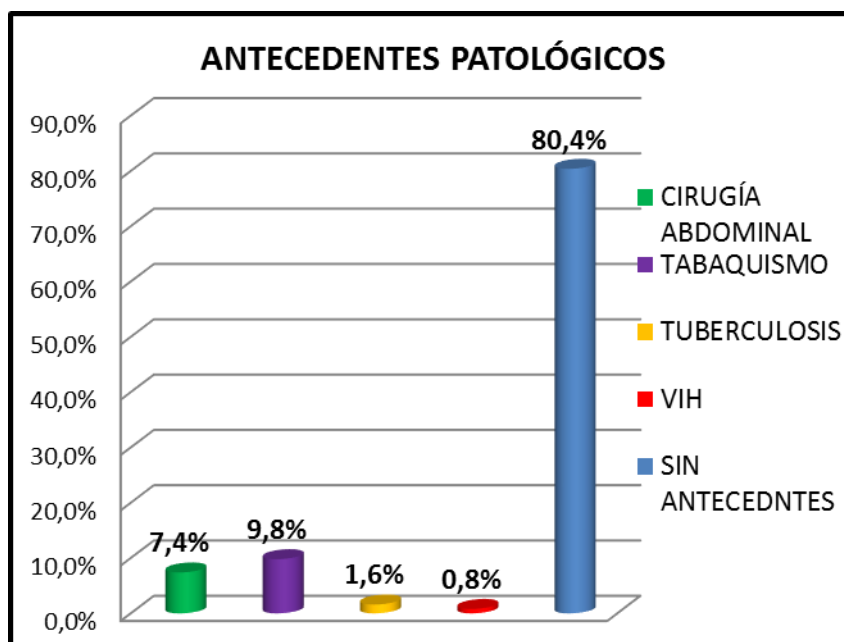
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según por antecedentes patológicos médicos, se observa que un 80,4% es representada por pacientes sin patologías previas, un 9,8% por consumo de tabaco, seguido de cirugía abdominal con un 7,4%, mientras 1,6% representa pacientes con tuberculosis y finalmente un 0.8% en VIH.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 9:
SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MÉDICOS.**



Fuente: cuadro 9.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO -
DEL 2011 AL 2014”**

**CUADRO 10:
SEGÚN SÍNTOMAS REFERIDOS.**

SEGÚN SÍNTOMAS REFERIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor Pélvico Abdominal	76	62,3%
Urgencia para Defecar	35	28,7%
Hemorragia Vaginal	5	4,1%
Mareo Síncope	2	1,6%
Síntomas Gestacionales	4	3,3%
TOTAL	122	100,0%

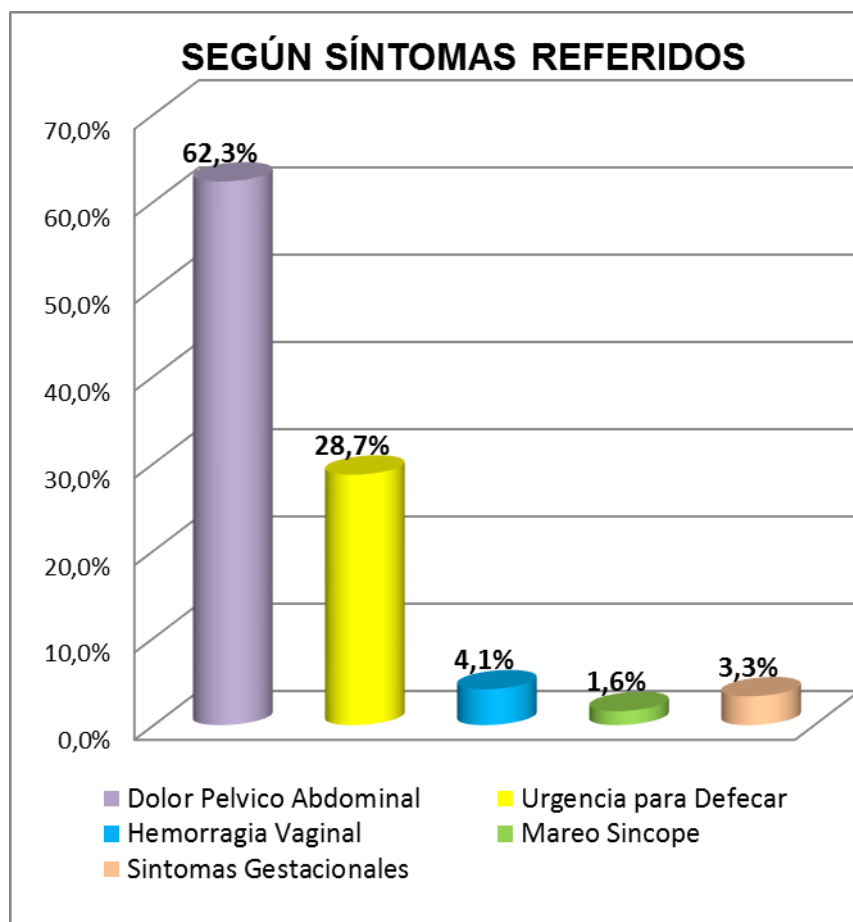
Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según Síntomas de Embarazo Ectópico, donde se puede apreciar que el 62,3% dolor pélvico abdominal, 28,7 % urgencia para defecar, 4,1 % manifiestan que tienen Hemorragia Vaginal, y el 3,3 % refirieron presentar síntomas Gestacionales y finalmente el 1,6% mareo síncope.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

**GRÁFICO 10:
Según Síntomas referidas.**



Fuente: Cuadro 10.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 11:

SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

SEGÚN CARACTERÍSTICAS CLINICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor Pélvico Abdominal	68	55,7%
Ginecorragia	37	30,3%
Dismenorrea	8	6,6%
Dispareuria	5	4,1%
Masas anexiales palpables	4	3,3%
TOTAL	122	100,0%

Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

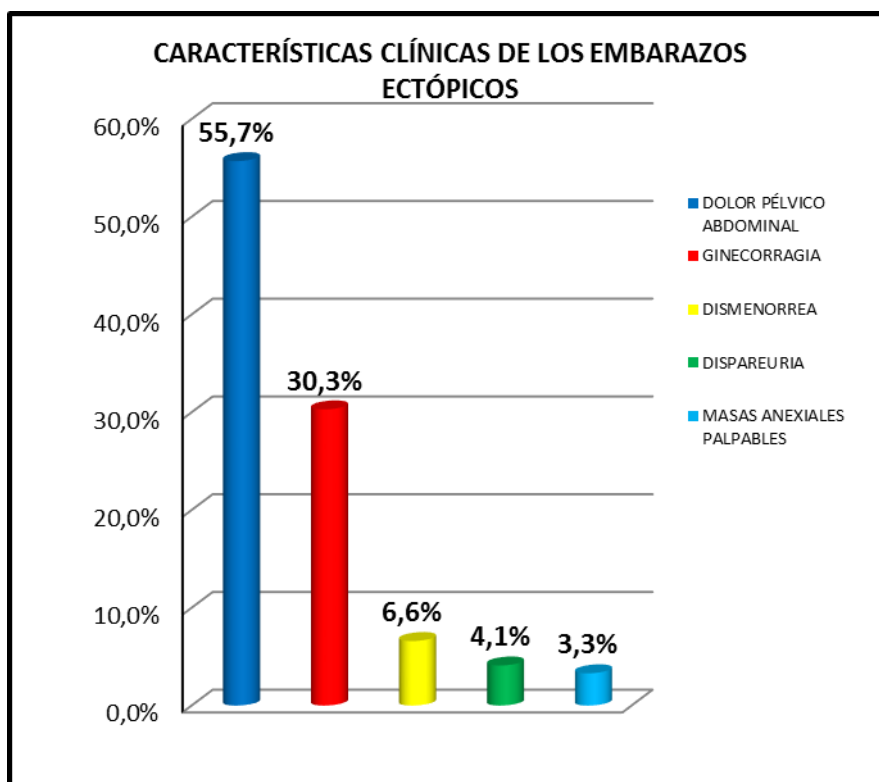
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las características clínicas del Embarazo Ectópico, donde se puede apreciar que el 55,7% dolor pélvico abdominal, 30,3% Ginecorragia, 6,6 % manifiestan que tienen dismenorrea, y el 4,1% presentan dispareuria y finalmente el 3,3% presencia de masas anexiales palpables.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

GRÁFICO 11:

Según Características Clínicas.



Fuente: Cuadro 11.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 12:

SEGÚN DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.

SEGÚN DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tubárico	94	77,0%
Ovárico	26	17,2%
Heterotópico	2	5,7%
TOTAL	122	100,0%

Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

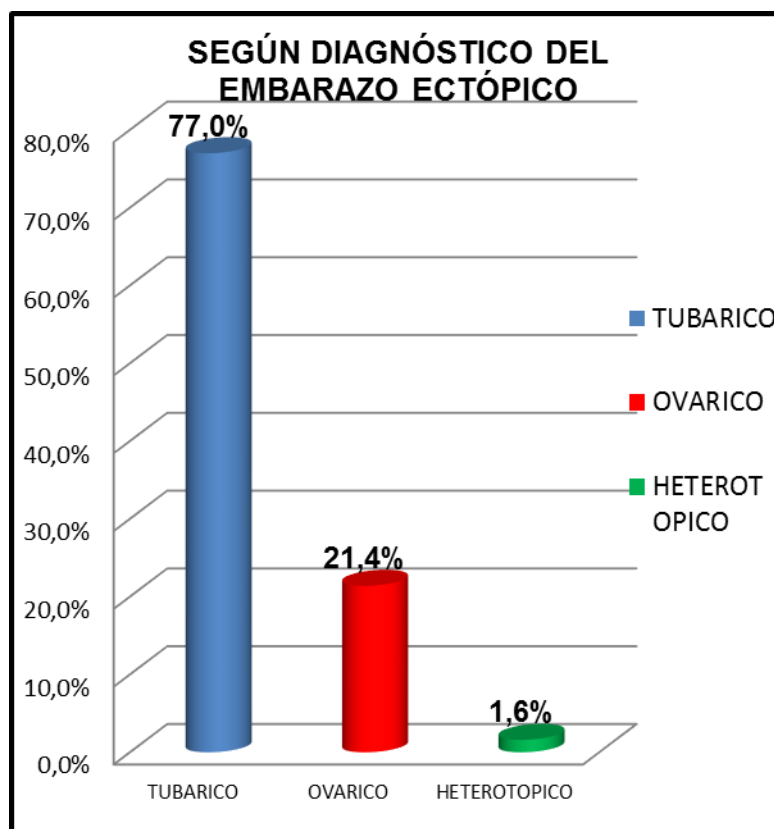
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según por Diagnóstico del Embarazo Ectópico, donde se puede apreciar que el 77,0% fueron Tubárico, 17,2% Ovárico y mientras que en menor proporción fueron Heterotópico con un 5,7%.

“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014”

GRÁFICO 12:

SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.



Fuente: Cuadro 12.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 13:

SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA.

SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Laparoscopia	95	77.9%
Laparotomía	27	22.1%
TOTAL	122	100.0%

Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

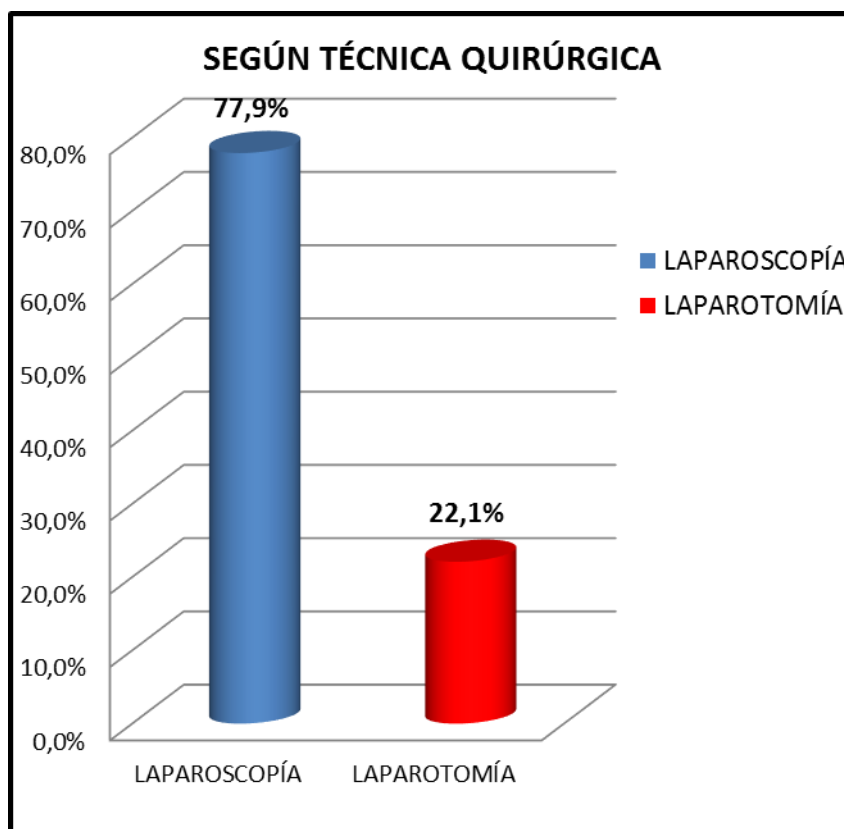
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según la Técnica Quirúrgica del Embarazo Ectópico, donde se puede apreciar que el 77,9% fueron intervenidas a través de la Laparoscopia, y un 22,1% fueron intervenidas por Laparotomía.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

GRÁFICO 13:

SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA.



Fuente: Cuadro 13.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 14:

SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA.

SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia	35	29,0%
Ninguna	87	71,0%
Total	122	100,0%

Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

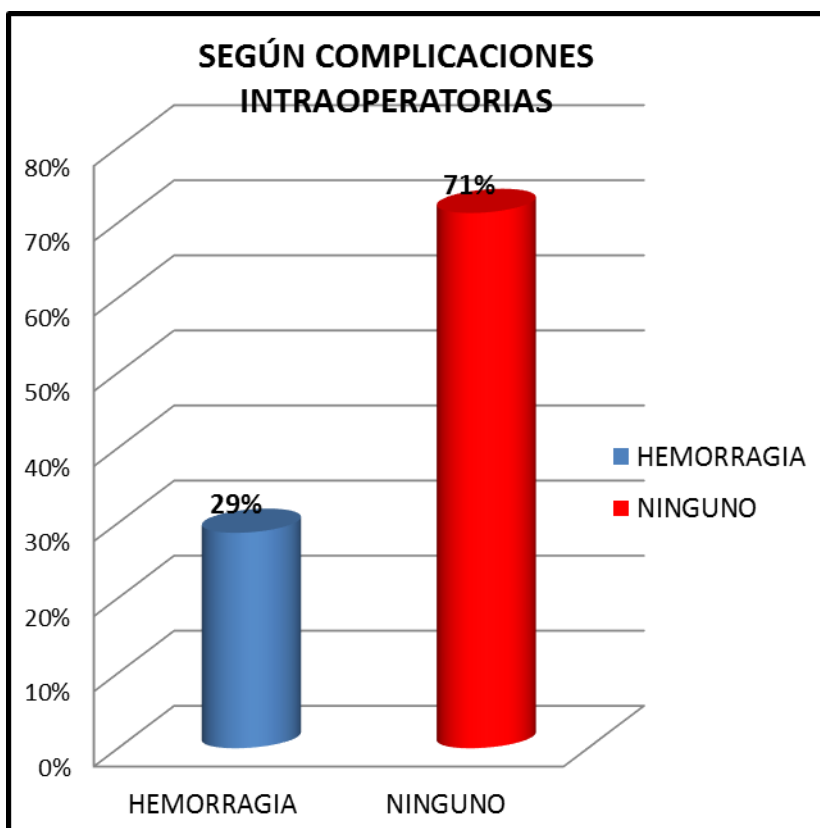
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según por las Complicaciones Intraoperatoria del Embarazo Ectópico, donde se puede apreciar que el 87,0% no presentaron ninguna complicación intraoperatoria y un 35,0% presentaron complicaciones del total de la muestra.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

GRÁFICO 14:

SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS



Fuente: Cuadro 14.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

CUADRO 15:

SEGÚN COMPLICACIONES POST-OPERATORIO.

SEGÚN COMPLICACIONES POST-OPERATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fiebre	75	61,5%
Hematoma	21	17,2%
Infección de herida operatoria	21	17,2%
Re intervención quirúrgica	4	3,3%
Mortalidad	1	0,8%
TOTAL	122	100,0%

Fuente: Ficha aplicada en el Dpto. Gineco-Obstetricia-Pto. Maldonado-2011-2014.

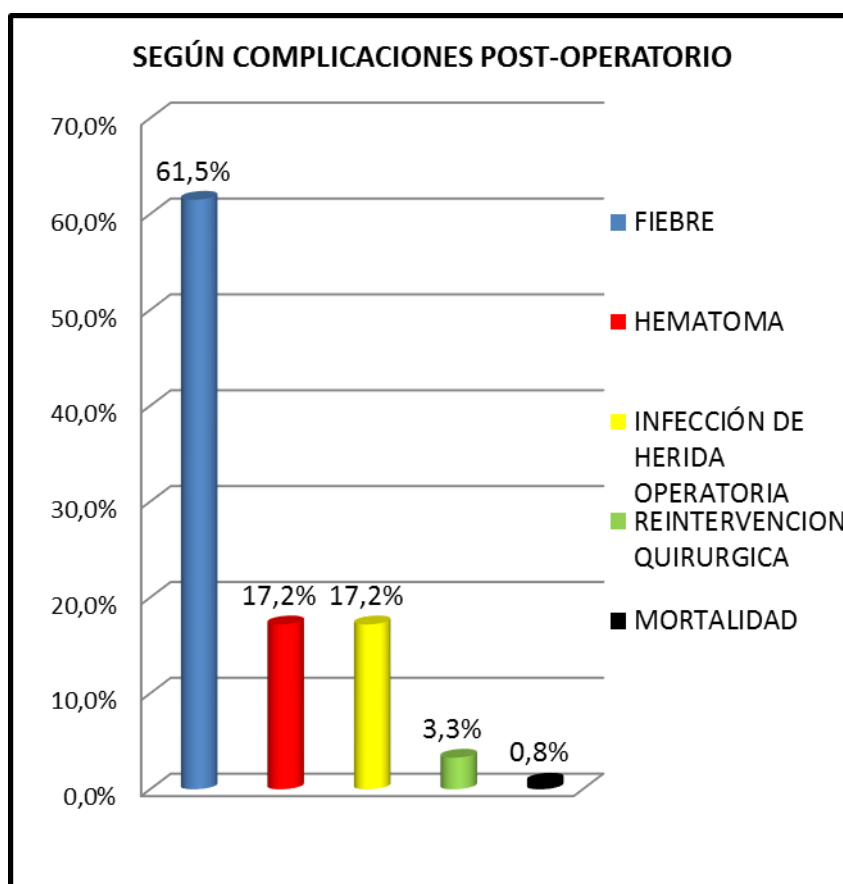
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las complicaciones post-operatorio del Embarazo Ectópico, donde se observa que el 61,5% presentaron fiebre, 17,2% presentaron hematoma e infección de la herida operatoria, mientras tanto un 3,3% se re intervinieron y finalmente un 0,8% sufrieron muerte materna.

**“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO
DEL 2011 AL 2014”**

GRÁFICO 15:

SEGÚN COMPLICACIONES POST-OPERATORIO.



Fuente: Cuadro 15.

DISCUSIONES

Con el estudio realizado se pretendió investigar la incidencia del embarazo ectópico analizándose 122 casos mediante análisis de datos estadísticos que corresponde a un porcentaje de 1,2% del total de 9 849 pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado – Madre de Dios durante 2011 al 2014. Se observó lo siguiente: En cuanto al grupo etario, se puede apreciar que el 50,8% oscilan entre las Edades de 20 a 29 años representando el mayor porcentaje, el 40,2% tienen mayores de 30 años y finalmente con un menor porcentaje están entre los 12 a 19 años con un 9,0%.

Según RODRIGUEZ MORALES, Yordanka; ALTUNAGA PALACIO, Margarita del año 2010 (Cuba) encontró que en su población la mayor incidencia de embarazo ectópico estuvo entre las edades de 20 a 29 años representado un 51,5%.

Según CABRERA TONA, Ana Elizabeth del año 2008 (Venezuela), demuestra que el grupo etario entre 26 - 30 años de edad se determinó con mayor frecuencia.

Según el estudio realizado por CABRERA SAMITH, Ignacio del año 2010 (Chile) Se determinó que en 2008 se asistió 3.125

partos y 70 EE. En donde la incidencia de embarazo ectópico fue de 22,4/1000 partos. En donde el promedio de edad fue de 30 años.

Según MERCADO MEDRANO, Williams del año 2013 (Lima - Perú) en donde se encontró 40 casos de embarazo ectópico; de un total de 1557, lo que hace una prevalencia de 2.5 por 100 gestaciones; no hubo mortalidad. La mayor frecuencia de embarazo ectópico, ocurrió en el grupo de edades comprendidas entre 35-39 años; la edad ha sido ampliamente identificada como un factor de riesgo en embarazo ectópico.

Según CAJÁN ANAHUA, del año 2012 (Puno) en dicha ciudad registro un total de 95 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y el grupo etario con mayor frecuencia fue de 30 a 40 años (61,1%), seguido del de 20 a 29 años (31,6%).

Según COLOMA QUISPE, César Wilfredo del año 2012 (Tacna), se encontró un total de 24 797 embarazos entre el 2007 al 2011, de los cuales 87 casos presentaron diagnóstico de embarazo ectópico con una incidencia de 3,5 por cada mil embarazos. Y se demuestra que el grupo etario con mayor frecuencia fue entre las edades de 21-30 años representando un 50,6%.

Por lo tanto observamos que el promedio según del grupo etario se encuentra entre las edades de 20 a 35 años, en comparación a los estudios realizados presentando más del 50%. Sin embargo existen estudios con resultados similares a los que proponemos.

En cuanto el embarazo ectópico según el Grado de instrucción el 64,8% tienen Secundaria Completa, 16,4% tienen Superior, el 16,3% tienen Primaria, el 2,5 % son analfabetas. Según el Estado Civil, el 89,3% son convivientes, el 8,2% son Casadas, y finalmente el 2,5% son solteras; y de acuerdo a paridad, se aprecia que hay mayor porcentaje en mujeres multíparas con un total de 43,4% de la muestra, seguida de las secundíparas (39.4%) y con un menor porcentaje de 17,2% que corresponden a las nulíparas; de acuerdo al N° de parejas Sexuales, 41,0% manifiestan que tuvieron dos parejas, el 38,5% manifiestan que tienen una pareja, el 18,9% manifiestan que tuvieron tres parejas, finalmente, el 1,6 % manifiestan que tuvieron más de tres parejas; en relación al Uso de Métodos Anticonceptivos Previos, el 32,0% no usan ningún método, 15,6 % para tener relaciones sexuales usaron inyectables y preservativos, el 13,9 % usaron anticonceptivos orales.

Según el estudio realizado por RODRÍGUEZ MORALES, del año 2010 (Cuba) nos demuestran que hay mayor porcentaje de embarazo ectópico en pacientes que no usaban ningún método anticonceptivo con un 49,2%.

Según CABRERA SAMITH, del año 2010 (Chile); El 21,4% eran primigestas y 78,6% multíparas. El 90% no usaban ningún método anticonceptivo (MAC), y 4,3% usaban anticonceptivos orales (ACO) y 5,7% usaban dispositivos intrauterinos (DIU).

Según MERCADO MEDRANO del año 2013. (Lima-Perú), en 55 (68,8%) de pacientes presentaron multiparidad representando más del 50%, 54 (68.4%) presentan antecedente de anticoncepción previa, como el uso de DIU con un 24 (30%), 38 (47.5%) del total de casos estudiados presentan más de una pareja.

Según CAJÁN ANAHUA, del año 2012 (Puno). En cuanto a grado de instrucción se observó que las pacientes con grado de estudio superior fueron mayoritarias siendo un 85,3%, seguida por las pacientes con grado de instrucción secundaria con el 13,7% y por último con nivel de instrucción primaria en un 1,1%. Y según el número de gestaciones el 31,6% fueron

nuligestas, el 26,3% primigestas, el 24,2% segundigestas y el 17,9% multigestas.

Según COLOMA QUISPE del año 2012 (Tacna). En cuanto al grado de instrucción es representado por nivel secundario con un 60,9%; las multigestas presentaron mayor porcentaje con un 55,2% y el 31.0% de la población no usan método anticonceptivo.

Por lo tanto los resultados obtenidos nos demuestran que es similar a los estudios realizados de diferentes autores y estancias. Sin embargo de acuerdo a la paridad el uso previo del método anticonceptivo en relación al dispositivo intrauterino hay una diferencia de 15% en el Departamento de Puno.

En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos, se puede apreciar que el 36,9% tuvieron abortos previos, un 25,4% iniciaron su vida sexual menor a los 15 años, 14,8% presentaron infección Urinaria, mientras que menor proporción tuvieron embarazo ectópico previo con un 4,9%. Y según los antecedentes patológicos médicos, se observa que un 80,4% es representada por pacientes sin patologías previas, un 9,8% por consumo de tabaco, seguido de cirugía abdominal con un

7,4%, mientras 1,6% representa pacientes con tuberculosis y finalmente un 0.8% en VIH.

Según RODRÍGUEZ MORALES del año 2010 (Cuba) el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años representó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1%, el parto y el aborto provocado reportó el mayor número de casos con 35,7%. Y también se demostró que la enfermedad inflamatoria pélvica fue la más frecuente dentro de las afecciones previas con 38,2%.

Según CABRERA TONA del año 2008 (Venezuela) menarquia entre los 16-18 años de edad, antecedentes de cirugías pélvicas y las infecciones ginecológicas referidas por las pacientes con mayor frecuencia.

Según CABRERA SAMITH del año 2010 (Chile) El 85,7% no tenía antecedentes de cirugías previas, el 10% tenía antecedentes de salpingectomía anterior y el 1,4% presentaba apendicectomía, colecistectomía o una cesárea, el 5,7% tenía antecedentes de proceso inflamatorio pélvico (PIP), 18,5% de tabaquismo, 12,9% de abortos previos, y 14,3% de embarazo ectópico anterior. El 91,4% de la muestra no presentaba

antecedentes mórbidos médicos. El 2,9% tenían antecedentes de diabetes mellitus y el 1,4% de hipertensión arterial.

Según MERCADO MEDRANO del año 2013 (Lima), el 38.8% (31) refirieron consumo de tabaco, 15% (12) tenían antecedente de embarazo ectópico, 26 (32,5%) presentan antecedente de cirugía abdomino – pélvica, 43 (53.8%) presentan antecedente de infección de transmisión sexual, 42 (52.5%) presentan antecedente de aborto espontáneo.

Según CAJÁN ANAHUA del año 2012 (Puno) Así mismo en cuanto al inicio de vida sexual, se encontró un mayor porcentaje de 52,6% entre el grupo de edades de 15 a 19 años.

Según COLOMA QUISPE del año 2012 (Tacna) predominó con mayor frecuencia pacientes con antecedentes de aborto, inicio de relaciones sexuales <15 años, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía ginecológica.

Por lo tanto observamos que la incidencia de embarazo ectópico en cuanto a los antecedentes ginecológicos y patológicos el incremento del porcentaje es similar a los resultados obtenidos en diferentes estudios donde representan más del 50%.

Síntomas referidas por las pacientes, se aprecia que el 62,3% dolor pélvico abdominal, 28,7 % urgencia para defecar, 4,1 % manifiestan que tienen Hemorragia Vaginal, y el 3,3 % refirieron presentar síntomas Gestacionales y finalmente el 1,6% mareo sincope. Según el diagnóstico de la localización del Embarazo Ectópico, el 77,0% fueron Tubárico, 17,2% Ovárico y mientras que en menor proporción fueron Heterotopico con un 5,7%. Y de la Técnica Quirúrgica que realizaron; el 77,9% fueron intervenidas a través de la Laparoscopia, y un 22,1% fueron intervenidas por Laparotomía.

Según CABRERA TONA del año 2008 (Venezuela) Se demuestra que la localización más común del embarazo ectópico es en las Trompas de Falopio (90%) y localizaciones poco comunes como la ovárica, abdominal.

Según CABRERA SAMITH del año 2010 (Chile) El 98,6% de los embarazos ectópicos se localizaron a nivel tubario, el 1,4% tuvo ubicación extratubaria a nivel del cuerno izquierdo.

Según MARTÍNEZ GUADALUPE del año 2013 (Cuba) 97,9% presentó dolor abdominal, siendo el hipogastrio la localización más frecuente en 67,5%; asimismo, 275 pacientes (79%) tuvo

sangrado vaginal y 56 (16,1%) mencionó a las náuseas como síntoma asociado más frecuente. El 67,5% del total de pacientes presentó la triada dolor abdominal, amenorrea y hemorragia genital. Durante la evaluación clínica y ginecológica, el dolor pélvico y dolor en anexos fueron los de mayor frecuencia, La localización más frecuente fue tubárico con un 94,5% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente, y la técnica de la intervención fue 314 (90,2%) laparotomías, 13 (3,7%) laparoscopías.

Según MERCADO MEDRANO del año 2013 (Lima) Sobre localización de los embarazos ectópicos, 23 (57,5%) fueron tubáricos y 17 (42,5%) ováricos.

Según CAJÁN ANAHUA del año 2012 (Puno) la técnica utilizada con mayor frecuencia fue laparoscópicas y la laparotomía presentó un porcentaje mínima.

Según COLOMA QUISPE del año 2012 (Tacna) la localización embarazo ectópico fue tubárica (89,7%), y el procedimiento quirúrgico más practicado fue la salpingectomía (70,1%).

Cabe resaltar que dentro del grupo de pacientes que fueron intervenidas el síntoma dolor abdomino-pélvico predomina tanto en los resultados obtenidos y en los estudios realizados

con un mayor porcentaje, en cuanto a la localización de la misma manera se asemejan, sin embargo hay una diferencia en el procedimiento quirúrgico en dos estudios realizados en donde demuestran que más del 50% fueron la laparotomía (Cuba), (Lima) y salpingectomía (Tacna).

De acuerdo complicaciones Intraoperatoria del Embarazo Ectópico obtenidos en Hospital Santa Rosa, el 87,0% no presentaron y un 35,0% presentaron complicaciones del total de la muestra; según las complicaciones post-operatorio el 61,5% presentaron fiebre, 17,2% presentaron hematoma e infección de la herida operatoria, mientras tanto un 3,3% se re-intervinieron y finalmente un 0,8% sufrieron muerte materna.

Según CAJÁN ANAHUA del año 2012 (Puno) Se observó que el 98,6% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron complicaciones intraoperatorias, además de que un 1,4% si presentaron complicaciones intraoperatorias, mientras el 95,2% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía no presentaron complicaciones intraoperatorias, además de que un 4,8% si presentaron complicaciones intraoperatorias; 77% de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica no presentaron

sintomatología posoperatorias, además de que un 17,6% de pacientes presentaron dolor de herida operatoria y un 4,1% presentó náuseas y vómitos, 81,0% de los pacientes que fueron intervenidos por laparotomía, presentaron como sintomatología posoperatoria dolor asociado a náuseas y vómitos, además de que un 9,5% presentó solo náuseas y vómitos.

Según COLOMA QUISPE del año 2012 (Tacna) complicados (96,6%).

Sin embargo se observa que no hay una diferencia significativa en cuanto a las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias en comparación a los estudios revisados ya que la técnica de las intervenciones son similares.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014 siendo el 1,2% (122 casos) de un total de 9 849 casos; factores sociodemográficos: Edad, grado de instrucción y estado civil; factores de riesgo: multíparas, aborto previos, infección urinaria, inicio de relaciones sexuales <15 años, más de dos parejas sexuales, tabaquismo y no usan ningún método anticonceptivo; complicaciones operatorias: intraoperatoria presentó hemorragia (35,0%), en el post-operatorio fiebre (61,5%), hematoma (17,2%), infección de herida operatoria (17,2%), intervenida por segunda vez (3,3%) y muerte materna (0,8) en un caso.

SEGUNDA: Se identificó los factores sociodemográficos en el embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado está entre los 20 a 29 años (50,8%), grado de instrucción secundaria (64,8%) y estado civil conviviente (89,3%).

TERCERA: Se identificó los principales factores de riesgo: mujeres multíparas (43,4%), aborto previos (36,9%), inicio de relaciones sexuales <15 años (25,4%), infección urinaria (141,8%), más de dos parejas sexuales (41,0%), tabaquismo (9,8%) y no usan ningún método anticonceptivo (32.0%).

CUARTA: Se identificó las complicaciones intraoperatorias: el 29,0% presentaron hemorragia, el post-operatorio presentaron fiebre el 61,5%, hematoma el 17,2%, infección de la herida operatoria 17,2%, intervención por segunda vez un 3,3% y hubo un caso de muerte materna con un 0,8%.

QUINTO: Se identificó la técnica quirúrgica aplicada en el embarazo ectópico son: el 77,0% fueron Tubárico, y la técnica más practicada fue Laparoscopia con un 77,9%, y un 22,1% fueron intervenidas por Laparotomía.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados y conclusiones obtenidos en el presente estudio se puede recomendar lo siguiente:

1. Aplicar medidas de Bioseguridad en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
2. Capacitar en Medidas de Bioseguridad al personal que labora en esta Institución.
3. A las Obstetras que laboran en esta institución continuar con la sensibilización de información, educación sexual y comunicación de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva.
4. A las Obstetras que laboran en las jurisdicciones de la DIRESA de Puerto Maldonado, se les recomienda continuar con la sensibilización en los colegios y convocarlos a través del Encuentro de Adolescentes.
5. Realizar estudios de investigación sobre Infecciones Intrahospitalarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHWARCZ R, Fescina R, Duverges C. **Obstetricia**. 6ta Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2006: 215- 220.
2. PAZ FUENTES M, Cruzat H, M. **El embarazo en edades tempranas**. Algunas consideraciones al respecto. Rev. Cubana Enfermería 1999; 15:22-7.
3. YGLESIAS E., **Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010**. Rev. Perú Epidemiología 2011; 15 (3) [6 pp.].
4. MATUTE A, RODRÍGUEZ J, García R, Ortiz M, Valdespín C, Ponce E. **Estudio epidemiológico y clínico radiológico de pacientes con embarazo ectópico en el Centro Médico ABC**. An Med (Mex.). 2009; 54(4): 211-214.
5. CABRERA I, PERALES I, ROMERO G. **Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Ángeles**. Rev. Chile Obstet. 2010; 75 (2): 96-100.
6. CUERO O. **Descripción del embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios Cali, entre el 2005 y el 2006**. RCOG (Col). 2008; 59(4):304-09.

7. PÉREZ MELGAREJO C. **Factores de riesgo para rotura del embarazo ectópico tubárico: Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2008.** Tesis digitales UNMSM (Perú) 2009; 1-40.
8. DE LA CRUZ G. **Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el instituto materno perinatal enero diciembre 2001.** Tesis digitales UNMSM (Perú). 2002; 1-35.
9. CÉSPEDES A. **Embarazo ectópico.** Rev. Médico Costa Rica 2010; 67(591): 65-68.
10. RODRÍGUEZ Y, Altunaga M. **Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico.** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010: 36 (1) 36-43.
11. SIERRA G, ÁLVAREZ J, MONDRAGÓN M. **Factores de riesgo del embarazo ectópico.** Medigraphic (Mex) 2009; 1(2): 85-89.
12. SUÁREZ J, GUTIÉRREZ M. **Evolución, complicaciones y repercusión económica del embarazo ectópico según algoritmo para su asistencia.** Clin Invest Gin Obst (Cuba). 2008; 35 (3) 83-6.
13. LORENTE D, CEÑEDO S, FUENTE P, GUZMÁN J. **Factores asociados al embarazo ectópico.** MedPub (España). 2008; 4 (2) 1-17.

14. FANEITE P, AMATO R, FANEITE J, RIVERA C, PALACIOS L. **Embarazo ectópico. 2000-2007.** Rev. Obst. Ginecología (Venezuela) 2008; 68(3) 155- 159.
15. URRUTIA M, POUPIN L, ALARCÓN P, RODRÍGUEZ M, Stiven L. Embarazo ectópico: **factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas.** Rev. Chile Obst. Ginecología 2007; 72(3) 154-159.
16. CUESTAS D, GIRÓN E. **Perfil epidemiológico del embarazo ectópico en el Hospital Escuela.** Revista Médica de los Post Grados de medicina UNAH 2006; 9(3) 409- 415.
17. MÓRGAN F, QUEVEDO E, MUÑOZ V, CASTRO S, RUBIO M, SORIANO M, Lara L. **Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico,** serie de 77 casos. Bol Med UAS (Mex) 2006; 2(13) 9-12.
18. LUGLIO J, DÍAZ L, CÁCERES E. **Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002.** RevMedHered (Perú). 2005; 16 (1): 26-30.
19. DE LOS RÍOS J, SÁNCHEZ E, MATTA G, JARAMILLO M, Arango A. **Fertilidad después del tratamiento laparoscópico del embarazo ectópico, en la clínica del Prado en Medellín,**

Colombia, Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Col). 2007; 58(4): 284-289.

20. MARTÍNEZ GUADALUPE, Ángel Iván **características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas De pacientes con embarazo ectópico en el hospital nacional arzobispo Loayza**; Departamento de Ginecología y Obstetricia, Lima, Perú. Rev. Perú Ginecología Obstet. 2013;59: 177-186

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

“INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA - PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014”

Ficha N° 01

N° de HC:

1. Factores sociodemográficos:

Edad materna	a) 12 a 19 Años	
	b) 20 a 29 Años	
	c) Mayores a 30 Años	
Nivel de instrucción	a) Analfabeta	
	b) Primaria	
	c) Secundaria	
	d) Superior	
Estado civil	a) Soltera	
	b) Casada	
	c) Conviviente	
	d) Viuda / divorciada	

2. Factores de riesgo relacionados con la sexualidad:

Paridad	a) Nulípara	
	b) Segundípara	
	c) Múltipara	
N° de parejas sexuales	a) Una Pareja	
	b) Dos Parejas	
	c) Tres Parejas	
	d) Más de Tres Parejas	
Uso de Métodos Anticonceptivos Previos	a) Inyectable	
	b) Anticonceptivos Orales	
	c) Preservativo	
	d) DIU	
	e) Método del Ritmo	
	f) Sin Método	
	g) Sin Datos	

3. Antecedentes Gineco-obstétricos:

• Abortos anteriores	
• IRS < de 15 años	
• Infección urinaria	
• Antecedente de EPI	
• Cesáreas previas	
• Embarazos ectópicos previos	
• Otros	

4. Antecedentes patológicos:

Cirugía Abdominal	
Tabaquismo	
Tuberculosis	
VIH	
Sin antecedentes	

5. Síntomas presentadas:

Dolor Pélvico Abdominal	
Urgencia para Defecar	
Hemorragia Vaginal	
Mareo Sincope	
Síntomas Gestacionales	
Otros	

6. Manifestaciones clínicas:

Dolor Pélvico Abdominal	
Ginecorragia	
Dismenorrea	
Dispareuria	
Masas anexiales palpables	

7. Diagnóstico:

Tubárico	
Ovárico	
Heterotópico	

8. Técnica quirúrgica:

Laparoscopia	
Laparotomía	

9. Complicaciones intraoperatorias:

- Hemorragia ()
- Lesión orgánica ()
- Conversión de cirugía ()

10. Complicaciones post-operatorias a corto y largo plazo

- Hematoma ()
- Fiebre ()
- Infección de herida operatoria ()
- Re intervención quirúrgica ()
- Mortalidad ()



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DIRIGIDO A INVESTIGADORES, PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

"INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014".

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información necesaria para determinar la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014.

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Maia/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Coherencia	Observaciones
1	Edad materna	4	5	4	5	
2	Nivel de instrucción	5	3	4	4	
3	Estado civil	4	3	4	4	
4	Paridad	5	4	4	4	
5	Nº de parejas sexuales	4	3	4	4	
6	Uso de Métodos Anticonceptivos Previos	4	5	5	5	
7	Antecedentes Gineco-obstétricos	3	4	3	4	
8	Antecedentes Patológicos médicos:	5	4	4	4	
9	Manifestaciones clínicas	4	3	4	4	
10	Diagnóstico:	3	4	4	4	
11	Técnica quirúrgica	4	3	4	4	
12	Complicaciones intraoperatorias	4	3	4	4	
13	Complicaciones post-operatoria	3	4	4	4	

Nombre y Apellido:	Nancy DELGADO Meza	HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO Servicio de Obstetricia Obst. Nancy A. Delgado Meza Firma c03
Nº DNI o Nº de Colegio al que pertenece:	COP 6603	
Nivel Académico/Profesión:	OBSTETRA	
Cargo:	ASISTENCIAL.	
Fecha:	04-07-15	

Gracias por su aporte a nuestra investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DIRIGIDO A INVESTIGADORES, PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

"INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014".

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información necesaria para determinar la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014.

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Coherencia	Observaciones
1	Edad materna	5	5	4	4	
2	Nivel de instrucción	4	4	3	4	
3	Estado civil	4	3	4	3	
4	Paridad	4	5	4	5	
5	Nº de parejas sexuales	4	5	5	5	
6	Uso de Métodos Anticonceptivos Previos	4	4	5	5	
7	Antecedentes Gineco-obstétricos	4	3	4	4	
8	Antecedentes Patológicos médicos:	4	4	3	4	
9	Manifestaciones clínicas	4	3	4	4	
10	Diagnóstico:	4	4	4	3	
11	Técnica quirúrgica	4	3	4	3	
12	Complicaciones intraoperatorias	4	3	3	4	
13	Complicaciones post-operatoria	4	4	4	4	

Nombre y Apellido:	Derlita Pinedo Mendoza		
Nº DNI o Nº de Colegio al que pertenece:	COP 6221-RNE-361-E-05.		
Nivel Académico/Profesión:	Obstetra		
Cargo:	Asistencial		
Fecha:	7-01-14.		 HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO Servicio de Obstetricia Firma

Gracias por su aporte a nuestra investigación

Obst. Derlita Pinedo Mendoza
 COP 6221
 RNE 361 E-05



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DIRIGIDO A INVESTIGADORES, PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON FINES ACADÉMICOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

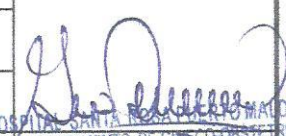
"INCIDENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL SANTA ROSA – PUERTO MALDONADO DEL 2011 AL 2014".

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información necesaria para determinar la incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014.

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Coherencia	Observaciones
1	Edad materna	4	3	4	4	
2	Nivel de instrucción	4	4	3	4	
3	Estado civil	3	4	4	4	
4	Paridad	4	4	4	5	
5	Nº de parejas sexuales	4	4	4	5	
6	Uso de Métodos Anticonceptivos Previos	5	4	4	4	
7	Antecedentes Gineco-obstétricos	4	4	4	4	
8	Antecedentes Patológicos médicos:	4	3	4	3	
9	Manifestaciones clínicas	4	4	4	5	
10	Diagnóstico:	4	4	4	4	
11	Técnica quirúrgica	4	3	4	4	
12	Complicaciones intraoperatorias	4	5	4	4	
13	Complicaciones post-operatoria	4	4	4	4	

Nombre y Apellido:	Pío Cárdenas		 HOSPITAL SANTA ROSA PUERTO MALDONADO DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA Firma Med. Pío Cárdenas Urquiza CMP: 21049 RNE: 13423
Nº DNI o Nº de Colegio al que pertenece:	04826340		
Nivel Académico/Profesión:	GINECO OBSTETRA		
Cargo:	MEDICO ASISTENTE		
Fecha:	04 Enero 2015		

Gracias por su aporte a nuestra investigación