



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA PRESENCIA DE
EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES EN EDAD FERTIL
HOSPITAL ESSALUD VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –
TRUJILLO. 2011-2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

FRANCO VALVERDE, KARLITA VAANA MANUELA

ASESORES:

Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE

Dra. IRMA YUPARI AZABACHE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO Y PERINATAL

TRUJILLO - PERÚ

2016



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA PRESENCIA DE
EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES EN EDAD FERTIL
HOSPITAL ESSALUD VICTOR LAZARTE ECHEGARAY –
TRUJILLO. 2011-2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

FRANCO VALVERDE, KARLITA VAANA MANUELA

ASESORES:

Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE

Dra. IRMA YUPARI AZABACHE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO Y PERINATAL

TRUJILLO - PERÚ

2016

PAGINA DE JURADO

.....

MG. ABIGAIL DÍAZ VARGAS
PRESIDENTE

.....

Dra. IRMA YUPARI AZABACHE
SECRETARIO

.....

Dra. ANA PERALTA IPARRAGUIRRE
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme un nuevo amanecer cada día por concederme salud y vida y demostrarme que sin él y sin fé nada podemos lograr, por la sabiduría que me brindo al tomar buenas decisiones sin perjudicar el futuro de mi pequeña hija y permitirme concluir con mi carrera profesional.

A mi pequeña hija Kendra Charlotte Alejandra, a quien Amo, que gracias a su incondicional amor y cariño incomparable me dieron la fuerza de seguir adelante y buscar lo mejor para su futuro. Gracias por esperarme después de clase con una sonrisa y un tierno abrazo, me cambiaste la vida y me mostraste un mundo maravilloso lleno de magia. Te Amo mi Reyna preciosa juntas saldremos adelante.

A mi padre Carlos Alberto y mi madre María Victoria, quienes me han enseñado a ser constante en las cosas que me propongo, por ser mi ejemplo día a día y brindarme el apoyo constante y nunca me dejaron sola. Y siempre brindaron un amor puro y verdadero a Kendrita Gracias por su confianza que depositaron en mí los Adoro.

A mis padres Alejandro Valverde y Doris Quispe, quienes me enseñaron que los sueños y las metas no terminan, que el cariño significa respeto, que los valores nacen de la familia y el amor es infinito.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

*Por guiarme y permitirme
llegar a éste feliz término
del presente trabajo de*

***A mi padre Carlos Franco
Choque***

Por ser la persona que

***A mi madre Victoria
Valverde***

Por su amor incondicional

A los Docentes:

*Por su amistad y por los
conocimientos impartidos*

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Franco Valverde Karlita Vaana Manuela con DNI 44791300, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada “PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LA PRESENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES EN EDAD FERTIL HOSPITAL ESSALUD VICTOR LAZARTE ECHEGARAY – TRUJILLO. 2011-2015”, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada-

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 13 de Diciembre del 2016.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: “Perfil Clínico y Epidemiológico de la Presencia de Embarazo Ectópico en Mujeres en Edad Fértil Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echeagaray – TRUJILLO. 2011-2015, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia.

KARLITA VAANA MANUELA FRANCO VALVERDE

INDICE

Caratula	
Página de Jurado	II
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Declaración de Autenticidad.....	V
Presentación.....	VI
Índice.....	VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Introducción.....	10
Método.....	24
Diseño de Investigación.....	24
Variables y Operacionalización de variables.....	25
Población.....	28
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
Método de análisis de datos.....	30
Aspectos éticos.....	30
Resultados.....	31

RESUMEN

El trabajo de investigación fue determinar las características clínico y epidemiológicas de la presencia de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil. Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo. 2011-2015. La investigación corresponde a un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se trabajó con 223 historias de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Todos los datos se analizaron con estadística descriptiva.

Se encontró que el 50.7% tuvieron edades entre 19 y 30 años, el 48.8% tuvieron edades entre 31 a 49 años y el 0.5% tuvieron edades entre 15 a 18 años. El 62.8% tuvieron estudios secundarios, el 19.7% realizaron estudios superiores completos, el 11.7% no concluyeron sus estudios superiores y el 5.8% realizaron solo estudios primarios.

En el estado civil se encontró que el 57.4% eran mujeres casadas, el 30% eran convivientes. el 12.6% fueron solteras y el 0% fueron viudas. El 48% vivía en zona urbana, el 42.1% vivía en zona Urbano marginal y el 9.9% vivía en zona rural.

El 52.5% fueron mujeres múltiparas, el 36.3% fueron mujeres primíparas y el 11.2% fueron nulíparas. Como antecedente previo al embarazo ectópico el 26.9% tuvieron como antecedente una enfermedad pélvica inflamatoria, el 24.7% habían sido usuarias de métodos anticonceptivos, el 20.6% tuvieron aborto, el 9.9% han sufrido de infertilidad previa, el 6.7% han tenido una cirugía abdominal, el 6.3% han sido usuarias de DIU Y EL 4.9% han tenido un embarazo ectópico anterior. Su localización más frecuente fue en la zona ampular con un 45.3%, en la zona ístmica encontramos el 24.7%, en la zona intersticial encontramos el 18.4%, en la zona abdominal 7.1% y en la zona ovárica el 4.5%.

El 55.2% tuvieron como complicación hemorragia, el 38.1% tuvieron otras complicaciones como dolor agudo, etc, el 3.6% se complicaron con sepsis, y el 3.1% sufrieron con un shock hipovolémico.

Palabras claves: embarazo ectópico, perfil clínico, perfil epidemiológico, pacientes.

ABSTRACT

The research work was to determine the clinical and epidemiological characteristics of the presence of ectopic pregnancy in women of childbearing age. ESSALUD Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo. 2011-2015. The research corresponds to a descriptive, observational, retrospective study. We worked with 223 patient histories that met the inclusion criteria. All data were analyzed with descriptive statistics.

It was found that 50.7% had ages between 19 and 30 years, 48.8% had ages between 31 to 49 years and 0.5% had ages between 15 and 18 years. 62.8% had secondary studies, 19.7% completed complete upper studies, 11.7% did not complete their studies and 5.8% did only primary studies.

In the marital status it was found that 57.4% were married women, 30% were cohabiting. 12.6% were single and 0% were widows. 48% lived in urban areas, 42.1% lived in marginal urban area and 9.9% lived in rural areas.

52.5% were multiparous women, 36.3% were primiparous women and 11.2% were nulliparous. As a prior history of ectopic pregnancy, 26.9% had pelvic inflammatory disease, 24.7% had used contraception, 20.6% had abortion, 9.9% had previous infertility, 6.7% had abdominal surgery, 6.3% have been using IUDs and 4.9% have had an earlier ectopic pregnancy. Its most frequent location was in the ampular zone with 45.3%, in the isthmic zone we found 24.7%, in the interstitial zone we found 18.4%, in the abdominal area 7.1% and in the ovarian zone 4.5%.

55.2% had hemorrhage complications, 38.1% had other complications such as acute pain, etc., 3.6% were complicated by sepsis, and 3.1% suffered from hypovolemic shock.

Palabras keys: ectopic pregnancy, clinical profile, epidemiological profile patients.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMATICA

En la actualidad el embarazo ectópico es la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en el primer trimestre de la gestación., con la llegada de la ecografía transvaginal y las pruebas de la subunidad beta de (hCG beta), disminuyeron las tasas de incidencia de rotura de las trompas de Falopio y las tasas de mortalidad¹. En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados. ¹

Como causa de mortalidad materna, el embarazo ectópico sigue siendo el responsable del 10 al 15 % del total de muertes maternas, este explosivo aumento de esta patología se debe principalmente a los cambios en la conducta sexual de la población, y el riesgo asociado a desarrollar enfermedades de transmisión sexual y secundariamente a los procesos inflamatorios pelvianos. Las estadísticas refieren que de una de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones asociados a esta patología.²

Es un problema poco frecuente pero peligroso en la hora que se desarrolla. Se calcula que 1 de cada 60 embarazos es ectópico, es decir, se da fuera del útero debido a que el óvulo fecundado se adhiere a la trompa de Falopio u otra zona que no es capaz de mantener el desarrollo de un embrión. Además de la pérdida de la gestación, este problema puede generar complicaciones que afecten seriamente la integridad de la mujer.³La incidencia global es de 1 – 2 % del total de gestantes, y un 97% de los casos se localiza en la trompa de Falopio. La distribución, según su ubicación es: 78% ampular, 12% ístmico, 5% fimbrico, 2-3 %intersticial, 1% ovárico, 1-2% abdominal y 5% cervical.² En Estados Unidos casi dos de cada 100 embarazos son ectópicos y cerca de 95% de los embarazos ectópicos se producen en la trompa de Falopio.³

El diagnóstico de Embarazo Ectópico no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. En la actualidad se hace uso de exámenes auxiliares que ayudan a precisar el diagnóstico de Embarazo Ectópico, tales como subunidad β de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) y ultrasonografía transvaginal.⁴

El Embarazo Ectópico puede ser manejado de manera expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última muchas veces la más frecuente debido a la complejidad y gravedad del cuadro. En los últimos años se está optando por salvar tanto la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres nulíparas.⁴

En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren un embarazo ectópico. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia.⁵

En términos generales, mientras más pronto se detecte un embarazo ectópico (6 a 8 semanas después de la fecha de la última menstruación), mayores posibilidades existen de recuperar la funcionalidad de la trompa de Falopio afectada y de lograr un embarazo en el futuro. Por el contrario, embarazos de más de nueve semanas de gestación por lo general ocasionan daño considerable que limita las posibilidades de conservar la trompa. ³ Finalmente, debe considerarse que toda mujer en edad reproductiva está en riesgo de presentar un embarazo ectópico, y que siempre que exista una alteración en las características de la menstruación se debe acudir al ginecólogo lo más pronto posible, a fin de dar atención oportuna e incrementar las posibilidades de una gestación normal a futuro.

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Morgan, O., et. al.⁶(E.E.U.U, 2008), realizaron un trabajo descriptivo, trasversal y observacional, para llevar a cabo un estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico en el departamento de ginecología -obstétrica del hospital Civil de Culiacán. Su muestra incluyó 77 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Llegaron a la conclusión que el embarazo ectópico se presenta en mujeres jóvenes con nivel socioeconómico bajo con antecedentes quirúrgicos de aborto y utilización de métodos anticonceptivo, los aspectos clínicos con dolor, sangrado vaginal frecuentemente el sitio de implantación es en la región ampular.

Urrutia, M., et al.⁷ (Chile, 2009), realizaron un estudio caso control, evaluaron factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico en una población de 50 mujeres con embarazo ectópico y se compararon con 100 mujeres puérperas en el mismo periodos. El promedio de edad fue de 29.4 años para el grupo de casos, donde se encontró que los factores de riesgo significativo fueron: antecedentes de cirugía ginecológicas fue el 22% de los casos, antecedentes de cirugía abdominal fue el 28% de los casos y antecedentes de DIU al momentos de la concepción fue el 24% de los casos.

Cabrera, S., et. al.⁸ (Chile, 2010), realizaron un trabajo de investigación de análisis epidemiológicos y clínicos del embarazo ectópico en el Hospital de los Ángeles, mediante un estudio observacional analítico, se obtuvo una muestra final de 70 pacientes. El promedio de edad materna fue de 30 años, el 78.6% eran multíparas y 90 % no usaban ningún método anticonceptivo .El 85.7% no tenían antecedentes de cirugías previas y el 91.4% no presentó antecedentes mórbidos. El 5.7% tenía antecedentes de proceso inflamatorio pélvico, 18.5% tabaquismo, 12.9% abortos previos, 14.3%embarazo ectópico anterior.

Yglesias, C⁹ (Perú, 2010), investigó sobre las características epidemiológicas y clínicas en pacientes de embarazo ectópico, realizando un estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Llegaron a conclusión que todos los casos de embarazo ectópico (EE) eran sometidos a laparotomía exploratoria entre el 2008 al 2010. La muestra de estudio fue de 215 pacientes. La prevalencia del EE fue de 11.9% por cada 1000 embarazos. El 13.8% de las participantes fueron casadas, 72.8% desempleadas y 23.9% presentaron estudios secundarios incompletos. El 20.7% y el 13.5% presentaron antecedente de consumo de alcohol y tabaco respectivamente, mientras que el 2.8% refirió consumo de otro tipo de drogas.

Ángel, M. et al.¹⁰ (Perú, 2013), realizaron un trabajo de investigación sobre características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, realizando un estudio descriptivo y retrospectivo en el departamento de obstetricia y ginecología. Su muestra fueron mujeres con embarazo ectópico en el periodo 2006-2010. Hallaron un embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue $29,2 \pm 6,5$ años; 28,5% de las pacientes fue soltera, 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina; 54,3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones, 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y 33,8% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. El tiempo promedio de amenorrea fue $6,8 \pm 2,1$ semanas y la sintomatología principal dolor abdominal (97,9%). La ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70,7% de los casos. En de más de 60% la complicación fue resuelta en menos de 6 horas. El 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpinguectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular.

Vásquez, V.¹¹ (Perú, 2014), realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva sobre perfil clínico y epidemiológico del embarazo ectópico en pacientes atendidas del Hospital Regional de Trujillo, su población estuvo constituida por 379 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidos en la emergencia del hospital Regional del periodo 2002 al 2011. Su objetivo era conocer la causa más común en el embarazo ectópico e identificar el área anatómica afectada en el embarazo ectópico. Se encontró que la edad promedio las pacientes fue de 30.5 años. El 67.6% tuvieron edades entre 20-30 años, el 77.1% de los pacientes fueron de Trujillo; el 28.37% de los pacientes tuvieron como localización del embarazo ectópico la trompa izquierda, sitio no especificado, seguido del lado derecho con 25% y el 17.31% lo tuvo en el ovario- el 60.71% de las pacientes tuvieron complicaciones, el 27.88% presentaron shock. El 82.69% de las pacientes tuvieron complicaciones, el 6.25 % tuvieron como causa infertilidad previa y el 4.48% enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). EL 63.46% no presentaron factor de riesgo cirugía ginecológica previa, el 7.21% cirugía abdominal previa y el 3.37% tuvieron antecedentes de embarazo ectópico previo.

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.

La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazo. Este incremento ha sido observado en países en desarrollo como el nuestro. Se ha descrito como factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa. El diagnóstico de Embarazo Ectópico no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico. Las manifestaciones clínicas clásicas ocurren

generalmente entre 6 y 8 semanas después de la fecha de la última menstruación. Los síntomas clásicos del Embarazo Ectópico son el dolor abdominal (99%), la amenorrea (74%) y el sangrado vaginal (56%). Estos síntomas pueden presentarse en Embarazos Ectópicos rotos o no, siendo la tasa de esta complicación de 18%.¹²

El diagnóstico de Embarazo Ectópico no complicado está basado en la sospecha clínica, apoyado en la ultrasonografía transvaginal (USTV) y la cuantificación de los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG). El diagnóstico mediante la ultrasonografía transvaginal se realiza al visualizar un saco gestacional extrauterino que contenga el saco vitelino o al embrión, sin embargo, estos hallazgos solamente se presentan en una proporción menor de Embarazo Ectópico. La observación mediante ultrasonografía transvaginal de la presencia de masa anexial y útero vacío, en conjunto con una prueba de embarazo positiva, son los hallazgos más frecuentes en los Embarazo Ectópico no complicados. El rendimiento de la ultrasonografía transvaginal para el diagnóstico de Embarazo Ectópico al visualizar útero vacío y masa anexial y/o un saco gestacional extrauterino, tiene una sensibilidad de 73,9% y una especificidad del 99%.¹²

La B-HCG puede ser detectada en plasma u orina a partir del octavo día después del pico de LH si se ha producido el embarazo. El nivel plasmático de B-HCG, sobre el cual se debería observar el saco gestacional al interior de la cavidad uterina mediante ultrasonografía es la llamada zona discriminatoria, cuyos valores fluctúan en la mayoría de los centros entre 1500-2000 UI/L para la ultrasonografía transvaginal y sobre 6500 UI/L mediante ultrasonografía transabdominal. En un estudio representativo, el 98% de los embarazos intrauterinos fueron detectados mediante la ultrasonografía transvaginal en mujeres que presentaron valores de B-HCG sobre las 1500 UI/L.¹²

El manejo actual del Embarazo Ectópico puede dividirse en médico, quirúrgico y expectante. El manejo médico consiste en la administración de diversos fármacos por vía sistémica o local destinado a la destrucción del tejido trofoblástico, el manejo quirúrgico que puede ser radical

(salpingectomía) o conservador (salpingostomía) por laparotomía o laparoscopia.

Su ocurrencia ha ido progresivamente en aumento siendo su lugar de implantación más frecuente en la trompa de Falopio; pudiendo localizarse raramente en el ovario, entre las hojas de ligamento ancho, dentro del canal cervical o en cualquier otro lugar de la cavidad abdominal. El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, siendo responsable del 9% de las muertes durante este periodo.²

Entre sus causas anatómicas del embarazo ectópico se encuentra la enfermedad inflamatoria pélvica cual es la causa más frecuente embarazo ectópico, la inflamación es producida por Chlamydia Trachomatis y Neisseria gonorrhoeae alteran tanto funcional como orgánicamente la trompa, dificultando la migración del ovulo fecundado hacia la cavidad uterina. El tratamiento más efectivo para estas infecciones son antibióticos que van a permitir la permeabilidad tubarica, pero con daño intramural residual.⁸ Los episodios recurrentes de infecciones pélvicas incrementan la posibilidad de oclusiones tubarias: 12.8% después de una infección, 35.5% luego de dos episodios y 75% en las pacientes con tres o más cuadros infecciosos, las cirugías previas es otra causa anatómica del embarazo ectópico tras realizarse cualquier cirugía por esterilidad, se debe de sospechar que ha futuro serán ectópicos. La tasa de embarazo ectópico después de falla a esterilización tubarica varía entre el 15 y el 75 %, según el tipo de técnica utilizada.¹³

Los abortos inducidos aumentan diez veces la incidencia de embarazo ectópicos, probablemente por infecciones no detectadas asociadas al procedimiento., un embarazo ectópico anterior; cuando una mujer se embaraza con DIU, aumenta la incidencia relativa de embarazos tubarios; en estos casos la posibilidad de presentar embarazo ectópico es de 1 por cada 23 embarazos. El tipo de DIU más frecuente asociado a embarazo ectópico son aquellos que contienen progesterona, desacelerando el transporte del ovulo o que cause una infección tubarica.¹³

Dentro de las causas hormonales del embarazo ectópico podemos señalar que las pacientes tomadoras de anticonceptivos por vía oral compuestas por estrógeno y progesterona provocan que el reflujo menstrual y la motilidad tubaria se altere por estas hormonas; las fumadoras las teorías incluyen alteraciones inmunológicas en las fumadoras y las mujeres que han tenido antecedentes de embarazo ectópico son los factores que predisponen a tener un embarazo ectópico.¹³

Durante las primeras semanas, los embarazos ectópicos son parecidos a los embarazos normales. Los signos más importantes del embarazo ectópico son él; dolor abdominal, casi siempre localizado en una de las fosas iliacas y la hemorragia genital. Además se pueden acompañar de otros signos que corresponden al de todo embarazo incipiente; turgencia de las mamas, náuseas o vómitos, desvanecimientos o mareos. La aparición e intensidad de los síntomas dependerán de la relación del embarazo con los tejidos que los nutren. La manifestación sintomática clásica aparece cuando esa relación se altera. Sin embargo, el cuadro clínico inicial puede ser muy variable ya que se ha diagnosticado embarazo ectópico en mujeres asintomáticas hemorragia.

La hemorragia, leve o con manchas se presenta alrededor de las 6 a 7 semanas de amenorrea. El dolor abdominal es una característica de la sintomatología del embarazo ectópico que puede ser muy variable, depende de la distensión tubarica que lo produce suaves dolores en una de las fosas iliacas puede alterar sobre la existencia de la patología. La temperatura suele ser normal o presentarse una febrícula no mayor de 38 grados centígrados. En caso de shock hipovolémico la temperatura puede ser inferior a lo normal. Al examen físico con frecuencia demuestra sangre en la vagina, hipersensibilidad pelviana moderada, significativamente dolorosa.¹⁴

El embarazo ectópico tiene diferentes zonas de implantación a nivel ovárico que ocurren frecuentemente en mujeres portadoras de DIU. El diagnóstico diferencial se basa en la descripción ecográfica clásica de un quiste con un anillo externo ecogeno amplio sobre o alrededor del ovario.

Si se diagnostica a tiempo se puede extirpar la gestación y el tejido dañado y reparar posteriormente el ovario. A nivel abdominal representa el tipo más grave y la forma más rara de embarazo ectópico 1 por cada 3000 a 10000 nacidos vivos. Es la implantación primaria del huevo fecundado en el peritoneo, pero la mayoría de embarazos abdominales se producen después de una rotura tubárica o un aborto tubárico, con implantación secundaria o posterior desarrollo del huevo fecundado en la cavidad abdominal. El diagnóstico precoz de embarazo abdominal es esencial ya que el desprendimiento de la placenta puede llevar a una hemorragia severa. El antecedente de dolor abdominal recurrente y movimientos fetales muy perceptibles deben hacer sospechar esta enfermedad.

La confirmación del diagnóstico requiere de la demostración del feto fuera de la cavidad uterina, esto se logra a través de un estudio por imágenes, siendo la ultrasonografía el método que aporta la mayor sensibilidad. El tratamiento del embarazo abdominal es eminentemente quirúrgico, y consiste en la remoción del feto y de las membranas ovulares a través de una laparotomía. La situación clínica es muy difícil de resolver especialmente cuando el feto está vivo, el manejo de la placenta es un problema no resuelto ya que en esta instancia es donde se produce el accidente hemorrágico donde compromete la vida materna.¹⁴

A nivel cervical su ubicación es de alto riesgo, ya que el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos a través de la delgada pared cervical y se puede producir un sangrado uterino sin dolor, cuello aumentado de tamaño, blando, con el útero en forma de reloj de arena, el saco gestacional adherido al endocervix, orificio cervical interno cerrado y orificio cervical externo cerrado. El embarazo cervical puede ser confundido con una neoplasia de cuello uterino, debido a su aspecto. Puede ocurrir una hemorragia profusa cuando se confunde la placenta con un cáncer y se realiza una biopsia. El tratamiento del embarazo cervical clásicamente es quirúrgico consiste en la histerectomía abdominal.

El legrado del endocervix tratando de conservar útero habitualmente fracasa. El uso de metotrexato es actualmente una indicación en los casos en los que no se presenta un sangrado importante, evitando así casi la mitad de histerectomías. También tenemos a nivel tubarico; los óvulos fecundados pueden desarrollarse en cualquier parte del oviducto y propiciar embarazos tubaricos ampulares, ítmicos intersticiales. La ampolla es el sitio más frecuente de implantación de los embarazos ectópicos tubaricos y el embarazo intersticial constituye solo 3% de las gestaciones tubaricas. El embarazo intersticial se implanta en el segmento proximal de la trompa de Falopio que yace dentro de la pared uterina muscular. Un dato característico es el edema de un lado de la inserción del ligamento redondo. Los síntomas habitualmente aparecen en una fase más tardía por lo que a ruptura se produce en embarazos más avanzados. La ruptura habitual se asocia a una hemorragia como severo compromiso hemodinámico de la paciente. La elección de un tratamiento de un embarazo intersticial depende del grado de traumatismo del útero y del deseo del paciente de conservar su fertilidad. Las técnicas utilizadas son la resección del cuerno uterino o la histerectomía total.¹⁵

Los métodos auxiliares de diagnóstico de embarazo ectópico; es la gonadotropina coriónica humana sub. B (B-hCG) es una de los pilares en los cuales se asienta el diagnóstico diferencial del embarazo ectópico. Esta hormona comienza a aumentar su nivel sanguíneo progresivamente a partir de los primeros días de la implantación del blastocito. La gran sensibilidad de los test bioquímicos para determinar niveles iniciales de hCG-B, de tan solo 5mU /ml permiten un diagnóstico temprano de la existencia del embarazo. Un examen de gonadotrofina mayor de 6500 m U / ml y una ecografía con un huevo intrauterino descartaría la posibilidad de un embarazo ectópico.

Un examen de B-hCG- positivo, un útero más pequeño en relación a la amenorrea y con su cavidad vacía es sospechosos se un embarazo ectópico. Al momento del diagnóstico, los valores extremos varían entre 17 m U/ml y 10,000 m U /ML. Tratado el embarazo ectópico, la gonadotrofina

coriónica tarde entre 2 y 20 días para desaparecer o disminuir a nivel menor de 10 m U/ ml .Los métodos de diagnóstico por imágenes, como la ecografía, han producido un inmenso avance en la investigación del embarazo ectópico.¹⁵

La ecografía vaginal puede identificar el embarazo uterino con prontitud, apenas después de unas semanas de la falta de menstruación cuando la concentración de HCG –B excede 1000 m U / ml. El útero vacío con una concentración sérica de h CG-B de 1500 m U/ ml o más alta es un signo de embarazo ectópico. La ecografía trasvaginal permite observar el saco gestacional entre las 4 y media y 5 semanas, el saco vitelino entre las 5 y 6 semanas hay actividad cardíaca. En la ecografía transabdominal permite observar estas estructuras un poco más tarde.¹⁶

La laparoscopia utilizada como método auxiliar de diagnóstico del embarazo ectópico, es fehaciente. Sin embargo, en casos de hemorragia intraperitoneal profusa el diagnóstico puede dificultarse seriamente. Las inflamaciones previas, con secuelas adherenciales importantes, pueden impedir que el mismo sea correcto.

La laparoscopia tiene la ventaja de que, concomitante con el diagnóstico, se puede realizar el tratamiento conservador .La realización de una salpingostomia permitirá la evacuación del embarazo ectópico y la conservación de la trompa. La elección del tratamiento debe ser determinada de inmediato. A esta elección debe predominar un sentido conservador para preservar el futuro obstétrico de la paciente los métodos terapéuticos utilizados para el embarazo ectópico.¹⁶

El tratamiento conservador del embarazo ectópico con methotrexate por vía sistemática; este tratamiento con methotrexate es el de elección por sus características conservadora orgánica y funcional del aparato reproductor. Este método mantiene el mayor logro de embarazos posteriores, está indicado en embarazos ectópicos sin signos de complicaciones ni hemoperitoneo; el tamaño no debe de exceder a los 3-4 cm. De diámetro,

niveles de gonadotropina sub B inferiores a 6000 m UI/ ml, no tener más de seis semanas de gestación y sin evidencias de latidos fetales. La hemodinamia debe estar compensada y las pruebas funcionales renales y hepáticas conservadas, no es recomendable este tratamiento con niveles de gonadotropina por encima de 10.000 m UI/ml, este tratamiento puede indicarse en pacientes cuya hospitalización demandara alrededor de 8 días o en forma ambulatoria pero con posibilidad de hospitalización inmediata.¹⁷

Tratamiento quirúrgico conservador; la salpingostomia y remoción del embarazo por laparotomía o laparoscopia; cuando existe la expectativa de nuevos embarazos y el tratamiento con methotrexate no se puede realizar, el tratamiento quirúrgico conservador será de elección. Esta indicado en embarazos ectópicos pequeños de no más de 3.5 cm de diámetro. La técnica consiste en la incisión en el borde libre de la trompa, extracción del embarazo tubario, limpieza y lavado de la cavidad remanente y realizar una cuidadosa hemostasia. Se puede dejar la incisión de la trompa sin suturar para que cicatrice por segunda. Ello no alterara la tasa de fertilidad estadísticamente comparada con o sin sutura. Si una semana después de mantiene la gonadotropina en niveles superiores a 10 m UI/ml deberá completarse el tratamiento con una dosis de methotrexate.¹⁷

También tenemos el tratamiento quirúrgico con salpinguectomia por laparotomía o laparoscopia. Este tratamiento tiene como indicación médica salvar la vida del paciente, cuando el deseo de procreación se halla cumplido, las características orgánicas de la paciente así lo aconsejen o las características del el embarazo ectópico no se presten para realizar alguno de los métodos terapéuticos más conservadores. Este método consiste en la extirpación de la trompa portadora del embarazo incluyendo una pequeña porción cornual uterina para evitar una nuevo embarazo ectópico del mismo lado.¹⁷

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de la presencia de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil? Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo. 2011-2015?

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El embarazo ectópico es una verdadera emergencia médica, la cual constituye la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en el primer trimestre de gestación es por eso el interés de investigar mencionada patología ¹⁸

La presente investigación se realizó con el fin poder conocer el perfil clínico del embarazo ectópico, logrando describir características de la patología sus posibles causas, la zona de implantación más frecuente, y sus complicaciones obstétricas.

Se realizó un estudio epidemiológico del embarazo ectópico el cual nos permitió conocer cuántos embarazos ectópicos se presentaron en los años 2011 al 2015, en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo.

Al mismo tiempo fue el primer trabajo de investigación que se realizó en el Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray (Trujillo) sobre el embarazo ectópico el cual servirá como base para nuevos trabajos de investigación en relación a la prevención y control del desarrollo de este posible evento patológico. Los resultados de dicha investigación, servirá como antecedente para nuevos trabajos de investigación en relación al perfil clínico y epidemiológico del embarazo ectópico en mujeres de edad fértil del Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo..

A su vez servirá para el personal de salud para que puedan obtener un diagnóstico temprano y oportuno, priorizando la atención e identificando la complicación de la misma, evitando de esta manera complicaciones obstétricas. Este resultado permitirá que el personal de salud pueda llegar a planificar estrategias terapéuticas, quirúrgicas, conservadoras destinadas a preservar la fertilidad de la mujer.

Esta presente investigación me permitió obtener mi título profesional.

1.6. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de la presencia de embarazo ectópico en mujeres en edad fértil. Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echeagaray-Trujillo. 2011-2015

ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil clínico del embarazo ectópico en mujeres en edad fértil.
- Identificar el perfil epidemiológico del embarazo ectópico en mujeres en edad fértil.

II. MÉTODO

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Investigación no experimental, transversal descriptiva simple²⁷

M → **O**

M: será la muestra estudiada

O: observación que se realizara a la muestra

El presente estudio fue de carácter descriptivo, retrospectivo.

2.2 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	SUB VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Perfil epidemiológicos del embarazo ectópico.	Edad	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento que se expresa en años. ²⁰	Se evaluó en la historia clínica el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento a la fecha de embarazo ectópico; se consideró al adolescente tardío (15 a 18 años), Adulto joven (19- 30 años) y al Adulto intermedio (31- 49 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente tardío. • Adulto joven • Adulto intermedio 	Cuantitativa de razón
	Grado de instrucción	Tipo de formación académica o de titulación conseguidos por los hablantes, lo que está íntimamente relacionado con la cantidad de años que ha estado estudiando. ²¹	Se consideró el máximo nivel educativo alcanzado por la gestante, registrado en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior completa • Superior incompleta 	Cualitativa ordinal
	Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que	Se observó el estado civil de la mujer a través de la revisión de historias clínicas seleccionadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Casada • Conviviente • Viuda 	Cualitativa nominal

		sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar. ¹⁹			
	Procedencia	Origen, principio de donde se deriva teniendo más de 6 meses en algún lugar. ²⁴	Se consideró el lugar de procedencia que se encuentra en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano marginal • Urbano 	Cualitativa nominal
Perfil clínico del embarazo ectópico	Paridad	Sistema de clasificación en el cual se anota el total de embarazos, seguido del número de partos a término, prematuros, abortos, número de hijos vivos. ²⁵	Esta variable se obtuvo a través de la revisión de historias clínicas perinatales seleccionadas; así se evaluó si la gestante antes de embarazo ectópico tuvo ninguno (nulípara), uno (primípara) o más de un parto (multípara).	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • primípara • Multípara 	Cualitativa ordinal
	Antecedente Enfermedad pélvica inflamatoria	Mujer que ha tenido con anterioridad enfermedad pélvica inflamatoria. ¹⁶	Se evaluó si la gestante tuvo o no enfermedad pélvica inflamatoria antes del embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal
	Antecedente Aborto	Mujer que ha tenido con anterioridad cualquier tipo de aborto. ¹⁸	Se evaluó si la gestante tuvo o no un aborto antes del embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal
	Antecedente Cirugía abdominal	Mujer que ha tenido con anterioridad cirugía abdominal. ¹⁷	Se evaluó si la gestante tuvo o no una cirugía abdominal antes del embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal

Antecedente Embarazo ectópico	Mujer que ha tenido con anterioridad embarazo ectópico. ¹⁴	Se evaluó si la gestante tuvo o no embarazo ectópico antes del embarazo ectópico actual.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal
Antecedente haber sido usuaria de DIU	Mujer que ha sido usuaria con DIU. ¹⁶	Se evaluó si la gestante fue portadora de DIU antes del embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal
Antecedente de haber usado métodos anticonceptivos orales	Mujer que ha sido consumidora de anticonceptivos orales. ¹⁶	Se evaluó si la gestante fue consumidora de anticonceptivos orales antes del embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal
Infertilidad previa	Mujer que ha tenido con anterioridad infertilidad previa. ¹⁸	Se evaluó si antes del embarazo ectópico la gestante tuvo o no tratamiento para infertilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 	Cualitativo nominal
Localización anatómica	Área donde se encuentra implantado el blastocito. ¹⁷	Se revisó en la historia clínica donde fue localizada en embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • Ampular • Ístmica • Intersticial • Ovárica • Abdominal 	Cualitativo nominal
Complicaciones	Son las posibles complicaciones que se puede asociar al embarazo ectópico ¹⁶	Se evaluó en la historia clínica el tipo de complicación que tuvo la paciente con el diagnóstico de embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Shock hipovolémico. • Sepsis • Otros 	Cualitativo nominal

2.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 223 mujeres con embarazo ectópico, atendidas en el Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray - Trujillo., durante los años 2011-2015 y que cumplieron con los criterios de selección propuestos.

AÑO	POBLACION
Año 2011	37
Año 2012	41
Año 2013	47
Año 2014	46
Año 2015	52
TOTAL	223

MUESTREO

No se realizará muestreo porque se trabajó con el 100% de la población.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Historias clínicas de mujeres que tuvieron embarazo ectópico atendidas en el Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo, durante los años 2011- 2015.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas con datos incompletos.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TECNICA	INSTRUMENTO
Análisis documental de historias clínicas.	Ficha de investigación

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos fue la ficha de investigación que recogió los datos de las historias clínicas (Anexo 1); este constara de 3 partes, la primera recogió el número de la historia clínica; la segunda parte, hace referencia el perfil epidemiológico que incluye: edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia; y la tercera parte busco identificar el perfil clínico del embarazo ectópico incluyendo la paridad de la mujer; antecedente de la enfermedad pélvica inflamatoria, de aborto, de cirugía abdominal, de embarazo ectópico, haber sido usuaria de DIU, de haber usado métodos anticonceptivos orales, infertilidad previa, localización anatómico del embarazo ectópico y complicaciones.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego que fue aprobado el presente proyecto en la Dirección de Escuela de Obstetricia se pasó a realizar las solicitudes necesarias; con el director del Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echeagaray para lograr obtener la autorización requerida para la realización de la investigación.

Fue aceptada la solicitud y se procedió a pedir al área de archivo, las historias clínicas para poder realizar la investigación; se dio inicio a la recolección de información de la historias clínicas con el vaciado de datos en el instrumento elaborado, se tomó un tiempo de 10 minutos por historia clínica .Todas las historias clínicas cumplieron los criterios de selección

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento se elaboró para la presente investigación y fue sometido al Criterio de juicio de expertos para su validación. Quienes fueron tres Licenciadas en obstetricia, las mismas que revisaron y opinaron al respecto. Las observaciones y aportes que realizaron se tomaron en cuenta para mejorar el instrumento respectivo, (Anexo 2,3 y 4). Así mismo la información brindada por cada uno de los expertos se procesó y analizo calculando.

El coeficiente de corrección de rango corregido es 0.74, obteniendo una alta validez y concordancia.

2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de los datos de cada variable y con la ayuda del programa Excel o SPSS se elaboró tablas estadísticas con porcentajes que representan los datos analizados, luego se realizó la respectiva interpretación de cada una de las tablas el cual nos permitió comparar los resultados de diferentes trabajos nacionales e internacionales.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para el presente estudio se aplicó las normas internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); la Confidencialidad señalada en el artículo 18, en el cual el investigador debe establecer protecciones seguras de los datos de la investigación de los sujetos estudiados . Así mismo se solicitó permiso al comité de investigación y ética, tanto de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Cesar Vallejo como del Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo, para que la investigación pueda ser considerada y aprobada por los comités de ética. Además de solicito el permiso en el área de admisión del Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo, para tener acceso a las historias clínicas de las mujeres con embarazo ectópico en edad fértil dentro del periodo establecido 2011-2015, que cumplan los criterios de selección del proyecto a realizar.

III.- RESULTADOS

TABLA 1: PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA PRESENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES EN EDAD FERTIL HOSPITAL ESSALUD VICTOR LAZARTE ECHEGARAY – TRUJILLO. 2011-2015

Perfil Epidemiológico	Cantidad	%	
EDAD	Adolescente Tardío	1	0.5 %
	Adulto joven	113	50.7 %
	Adulto Intermedio	109	48.8 %
	TOTAL	223	100 %
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	13	5.8 %
	Secundaria	140	62.8 %
	Superior incompleta	26	11.7 %
	Superior completa	44	19.7 %
	TOTAL	223	100 %
ESTADO CIVIL	Casada	128	57.4 %
	Conviviente	67	30 %
	Soltera	28	12.6 %
	Viuda	0	0 %
	TOTAL	223	100 %
PROCEDENCIA	Rural	22	9.9%
	Urbano Marginal	94	42.1 %
	Urbano	107	48 %
	TOTAL	223	100 %

FUENTE: Historia Clínicas

TABLA 2: PERFIL CLINICO DE LA PRESENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES EN EDAD FERTIL HOSPITAL ESSALUD VICTOR LAZARTE ECHEGARAY – TRUJILLO. 2011-2015

	Perfil Clínico	Cantidad	%
PARIDAD	Nulípara	25	11.2 %
	Primípara	81	36.3 %
	Múltipara	117	52.5 %
	TOTAL	223	100 %
Antecedente Enfermedad pélvica inflamatoria	SI	60	26.9 %
	NO	163	73.1 %
	TOTAL	223	100 %
Antecedente Aborto	SI	46	20.6 %
	NO	177	79.4 %
	TOTAL	223	100 %
Antecedente Cirugía abdominal	SI	15	6.7%
	NO	208	93.3 %
	TOTAL	223	100 %
Antecedente Embarazo ectópico	SI	11	4.9 %
	NO	212	95.1 %
	TOTAL	223	100 %
Antecedente haber sido usuaria de DIU	SI	14	6.3 %
	NO	209	93.7 %
	TOTAL	223	100 %

FUENTE: Historia
Clínicos

Antecedente de haber usado métodos anticonceptivos orales	SI	55	24.7 %
	NO	168	75.3 %
TOTAL		223	100 %
Infertilidad previa	SI	22	9.9 %
	NO	201	90.1 %
	TOTAL	223	100 %
LOCALIZACIÓN	Ampular	55	45.3 %
	ístmica	101	24.7 %
	Intersticial	41	18.4 %
	Ovárica	10	4.5 %
	Abdominal	16	7.1 %
	TOTAL	223	100 %
COMPLICACIONES	Hemorragias	123	55.2 %
	Shock hipovolémico	7	3.1 %
	sepsis	8	3.6 %
	otros	85	38.1 %
	TOTAL	223	100 %

FUENTE: Historias Clínicas

IV. DISCUSIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.¹²

La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos; es un problema poco frecuente pero peligroso en la hora que se desarrolla. Se calcula que 1 de cada 60 embarazos es ectópico, es decir, se da fuera del útero debido a que el óvulo fecundado se adhiere a la trompa de Falopio u otra zona que no es capaz de mantener el desarrollo de un embrión. Además de la pérdida de la gestación, este problema puede generar complicaciones que afecten seriamente la integridad de la mujer.³La incidencia global es de 1 – 2 % del total de gestantes, y un 97% de los casos se localiza en la trompa de Falopio.

El Embarazo Ectópico puede ser manejado de manera expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última muchas veces la más frecuente debido a la complejidad y gravedad del cuadro. En los últimos años se está optando por salvar tanto la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres nulíparas.⁴

En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren un embarazo ectópico. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia.⁵

En el presente trabajo de investigación se encontró 223 casos de embarazo ectópico en el Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo, durante los años 2011-2015. En este presente estudio.

La tabla N° 1 Los hallazgos clínicos recogidos en este trabajo coincidieron con la mayoría de los autores, podemos observar que el 50.7% de las pacientes que tuvieron embarazo ectópico presentaron una edad promedio

entre 19 a 30 años (Adulto joven), encontrando una gran similitud con el Autor Vásquez, V.¹¹ quien encontró que el 67.6% tuvieron edades entre 20-30 años; así mismo el autor Cabrera, S.⁸ Urruti, M.⁷ y Angel, M.¹⁰ encontraron una edad promedio materna de 30 años. Cabe recalcar que el mayor porcentaje de la población estudiada se encuentra en la etapa de Adulto joven según la OMS.²⁰

También podemos apreciar que el 62.8 % de las pacientes realizaron estudios secundarios completos encontrando una gran diferencia de resultados con el autor Yglesias, C.⁹ quien en su trabajo de investigación concluye que el 23.9% presentaron estudios secundarios incompletos en su presente investigación.

En este estudio se obtuvo que el 57.4% de las pacientes fueron casadas; mientras que en nuestros antecedentes previos el autor Yglesias, C.⁹ encontró que el 13.8% de sus participantes fueron casadas; obteniendo un resultado opuesto; dentro de nuestra investigación también encontramos que el 12.6 % de las pacientes son solteras encontrando valores parecidos con el autor Ángel M. et al.¹⁰ que obtuvo el 28,5% de sus pacientes fueron solteras.

El 48% de la población estudiada tienen procedencia de zona urbana y el 42.1%, tiene procedencia de la zona urbano- marginal observando que el autor Vásquez, V.¹¹ encuentra en forma general que el 77.1% de los pacientes vivían en Trujillo integrando en su investigación ambas zonas. No encontrando ninguna similitud con los autores en el resultado de la procedencia de la pacientes de zona rural con un 9.9%.

Debemos de concluir que la edad promedio de las pacientes con embarazo ectópico es de 19 a 30 años perteneciendo a la etapa de adulto joven, la mayoría de las pacientes tienen grado de instrucción estudios secundarios; con un estado civil de casadas procediendo de la zona urbana con un 48%.

La tabla N° 2 en el presente estudio podemos observamos que el 52.5% de las pacientes son multíparas formando así más de la mitad de la población estudiada, encontramos gran relación con el autor Cabrera, S.,⁸ que obtuvo similar resultado siendo el 78.6% de su población mujeres

multíparas; el 36.3% son primíparas en este resultado no se encontraron similitudes con ningún autor y el 11.2% son nulíparas donde se encuentra un resultado mayor al valor que encontramos en el trabajo de investigación del autor Ángel, M. et al.¹⁰ obtuvo que el 25,9% fue nulípara encontrando índices bajos de pacientes nulíparas con presencia de embarazo ectópico en su investigación.

Por lo tanto podemos concluir el que la mujer nulípara tiene índices bajos de tener un embarazo ectópico, comparado con un mujer múltipara que tiene mayor riesgo de tener un embarazo ectópico.

En cuanto al antecedente la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) previa al embarazo ectópico tiene una incidencia alta del 26.9%, no encontrando similitud con el resultado del autor Vásquez, V.¹¹ que obtuvo un resultado del 4.48% siendo un valor menor al encontrado. Cabrera nos refiere que la enfermedad inflamatoria pélvica es la causa más frecuente embarazo ectópico, la inflamación es producida por Chlamydia Trachomatis y Neisseria gonorrhoeae alteran tanto funcional como orgánicamente la trompa, dificultando la migración del ovulo fecundado hacia la cavidad uterina. El tratamiento más efectivo para una EPI son antibióticos que van a permitir la permeabilidad tubarica.⁸

Las pacientes que tuvieron antecedentes de métodos anticonceptivos orales fue de un 24.7% encontrando una gran similitud con el autor Morgan, O.⁶ que llego a la conclusión que el embarazo ectópico se presenta en mujeres con antecedentes de haber sido consumidores métodos anticonceptivo no especificando método ni porcentajes, por lo contrario el autor Cabrera S.,⁸ nos hace referencia que el 90 % de su población estudiada no usaban ningún método anticonceptivo.

Casanova nos quiere señalar que las pacientes tomadoras de anticonceptivos por vía oral compuestas por estrógeno y progesterona provocan que el reflujo menstrual y la motilidad tubaria se altere por estas hormonas¹³

En pacientes que han tenido abortos previos al embarazo ectópico tienen como porcentaje 20.6%, encontrando en el antecedente de Cabrera, S.,⁸ porta con un menor índice del 12.9% abortos previos ; las mujeres que han

tenido infertilidad previa es de un 9.9% se encontró una similitud en el antecedente de Vásquez , V.¹¹, refiriendo que el 6.25 %de las pacientes tuvieron como causa infertilidad previa ,al embarazo ectópico ,antecedente de pacientes con una cirugía abdominal previa al embarazo ectópico es de 6.7%; encontrando una similitud con el autor Cabrera, S⁸ quien encontró que el 85.7% no tenían antecedentes de cirugías previas, las pacientes con antecedentes de haber sido usuarias de DIU son 6.3% de la población investigada , se encontró una diferencia en el antecedentes del autor Ángel , M. et al.¹⁰ que el 33,8% de las pacientes usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. y pacientes que han tenido antecedente de embarazo ectópico en la presente investigación es de un 4.9% encontrando gran similitud de resultado en el antecedente del autor Vásquez , V.¹¹, refiriéndonos que el 3.37% % tuvieron antecedentes de embarazo ectópico previo.

En relación con la localización más frecuente de un embarazo ectópico se encontró que la implantación más frecuente es la zona tubarica en el segmento ampular que ocupa un 45.3%. Williams nos refiere que el 95% de los embarazos ectópicos se implantan en los distintos segmentos de la trompa de Falopio, la mayor parte corresponde a implantaciones ampollares.¹⁵

El 24.7% se encuentra en la zona ístmico, la zona intersticial con un 18.4%,encontramos una ligera similitud con el antecedente del autor Ángel, M. et al.¹⁰ que encontró la localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular; en la zona abdominal tiene 7.1% , la zona de implantación en la zona ovárica es de 4.5% relacionado con un resultado mayor al que encontramos del antecedente de Vásquez , V.¹¹ un 17.31% lo tuvo localizado en el ovario.

El 55.2% de las pacientes tuvieron complicaciones como hemorragias el autor Morgan, O., et. al.⁶ concluye que el sangrado vaginal frecuentemente se da el sitio de implantación; el 38.1% tuvieron otras complicaciones como dolor abdominal. El 3.6% se complicaron con sepsis en el cual no se encontraron ninguna similitud con antecedentes mencionados y el 3.2 % tuvieron complicaciones como shock hipovolémico el cual se encontró un

resultado mayor del autor Vázquez, V.¹¹ su estudio refiere que el 60.71% de las pacientes tuvieron complicaciones de los cuales el 27.88% presentaron shock hipovolémico.

Cura nos refiere que la hemorragia, leve o con manchas se presenta alrededor de las 6 a 7 semanas de amenorrea¹⁴

Las mujeres que tuvieron embarazo ectópico el 52.5% son multíparas, teniendo el 26,9% de la mujeres antecedentes una enfermedad de inflamación pélvica al igual de las consumidoras de métodos anticonceptivos orales obteniendo un puntaje de 24.7%; la zona de mayor implantación del embarazo ectópico fue la zona tubarica siendo el segmento ampular la zona de mayor índice de implantación a nivel de trompa con un 45.3% y la de menor implantación fue la zona ovárica con un 4.5%. La hemorragia se presenta como una de las complicaciones más frecuentes con un 55.2%. Siendo la sepsis con 3.6% y el shock hipovolémico con 3.1% las complicaciones menos frecuentes.

En términos generales, mientras más pronto se detecte un embarazo ectópico (6 a 8 semanas después de la fecha de la última menstruación), mayores posibilidades existen de recuperar la funcionalidad de la trompa de Falopio afectada y de lograr un embarazo en el futuro. Por el contrario, embarazos de más de nueve semanas de gestación por lo general ocasionan daño considerable que limita las posibilidades de conservar la trompa. ³ Finalmente, debe considerarse que toda mujer en edad reproductiva está en riesgo de presentar un embarazo ectópico, y que siempre que exista una alteración en las características de la menstruación se debe acudir al ginecólogo lo más pronto posible, a fin de dar atención oportuna e incrementar las posibilidades de una gestación normal a futuro.

V. CONCLUSIONES

- ✓ Se concluye que el perfil epidemiológico del embarazo ectópico en mujeres en edad fértil. Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo. 2011-2015. Tuvo mayor incidencia en mujeres con una edad de 19 a 30 años con un 50.7%, el 62.8% de las pacientes tuvo estudios secundarios, siendo también el 57.4% casadas; el 48% de las pacientes tiene como procedencia la zona urbana mientras que el 9.9% tienen una procedencia de la zona rural.
- ✓ El perfil clínico del embarazo ectópico en mujeres en edad fértil. . Hospital ESSALUD Víctor Lazarte Echegaray-Trujillo. 2011-2015; Es el 52.5% de las pacientes son multíparas; el 26.9% de las pacientes tuvieron un enfermedad pélvica inflamatoria antes del embarazo ectópico encontramos también cifras similares con un 24.7% de las pacientes fueron usuarias de métodos anticonceptivos orales, teniendo también el 20.6% el antecedente de aborto y con menor porcentaje encontramos que el 4.9% de las pacientes habían tenido un embarazo ectópico anterior; la zona de mayor localización fue la trompa de Falopio específicamente la zona ampular con un 45.3% y la zona de menor implantación es la zona ovárica obteniendo un 4.5% del total de las pacientes. Las complicaciones que se presentaron en las pacientes con embarazo ectópico fueron las hemorragias con un 55.2% y la menor complicación fue la sepsis con un 3.6%.

VI. RECOMENDACIONES

- ✓ Se debería Difundir los resultados de la presente investigación al personal de salud e instituciones que presten servicios de salud, con el fin de informar sobre el embarazo ectópico para medidas preventivas oportunas.
- ✓ Realizar charlas comunitarias, a la población para informar sobre el tema de embarazo ectópico. Previniendo de esta manera las posibles que se pudieran presentar.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Mignini L. "Embarazo Ectópico" Biblioteca de Salud Reproductivo de la OMS (acceso el 30 de agosto del 2014) disponible en: http://search.who.int/search?q=embarazo+ectopico&ie=utf8&site=default_collection&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8.
2. Pérez Sánchez, A. Ginecología 5ta edición 2010 pág.599 -611
3. Lozoya J. "Qué es embarazo ectópico: definición, causas, síntomas y concepto" (acceso el 1 de setiembre del 2014) disponible en:
[http://suite101.net/article/que-es-embarazo-ectopico-definicion-sintomas-v-consecuencias-](http://suite101.net/article/que-es-embarazo-ectopico-definicion-sintomas-v-consecuencias)
4. Álvarez D. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Año 2011" (acceso el 3 de noviembre del 2014) disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1996000100002&lng=es.
5. Martínez I. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza" (acceso el 7 de noviembre del 2014) disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es.
6. Morgan O. Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico Revista Imbimet (acceso el 30 de agosto del 2014) disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-7500201400000004

7. Urrutia M, Poupin L, Rodriguez M y Steven L. Embarazo ectópico Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 72(3) (acceso el 2 de setiembre del 2014) Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n3/art04.pdf>
8. Cabrera, S. Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico: Hospital Base de los Ángeles Revista Chilena De Obstetricia y Ginecología 2010, (acceso 2 de setiembre del 2014) disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n2/art04.pdf>
9. Yglesias Canova, E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, Perú 2008-2010; Revista peruana de epidemiologia articulo original pág. 13-15
10. Ángel, M. et al. Médico cirujano Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia lima (acceso el 30 de agosto del 2014) disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-322013000300005&script=sciet>
11. Vázquez C. Tesis Perfil Clínico y Epidemiológico del Embarazo Ectópico del Hospital Regional de Trujillo 2014.
12. Carranza L. Aspectos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos del embarazo ectópico (acceso 2 de noviembre del 2014) disponible: <http://www.revistamedica.org.ec/vol14no2/73-aspectos-epidemiologicos-clinicos-e-histopatologicos-del-embarazo-ectopico#ixzz3lynTotY2>
13. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2003 [cited 24 Ene 2013] ; 19 (3): [aprox. 8p]. Available from: (acceso

12 de setiembre del 2014) disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-031920>

03000300003&script=sci_arttext.

14. Cura J. et al Emergencia en Ginecología, Editorial Argentina 2011 pág. 56-76
15. Gary F. et al Williams Obstetricia “Embarazo ectópico “editorial Mexicana 2012 pág. 238-256
16. Ahued R. y C. Fernández. Ginecología y Obstetricia aplicada 3 edición México 2010 pág. 322-334
17. Gary F. et al Williams Obstetricia “Embarazo ectopico” editorial Mexicana 2014 pág. 242-265
18. Biblioteca de Salud Reproductiva “Intervenciones en el Embarazo Ectópico Tubarico” (acceso 15 de setiembre del 2014) disponible en: <http://apps.who.int/rhl/gynaecology/lmcom2/es/>
19. Seco M. Diccionario Español 2 da Edición España 2011 pág. 3483
20. Pocket M. diccionario d medicina, enfermería y ciencias de la salud 4ta edición España 2012. Pág. 547
21. Diccionario Real de la Lengua Española de Real Académica Española Vigésima tercera Madrid Edición.2014 pág. 2748
22. Moreno F. Principios de sociolingüística y sociología del lenguaje 4ta edición. Ariel 2011 pág.407

23. Berrek S. Ginecología de Novak Jhonathan 15 ava edición del 2010
pág. 159- 165
24. Sartori G. et al La tierra explota. Superpoblación y desarrollo, Taurus,
2011, pág. 21
25. Cassan, G. et al Diccionario de medicina: Océano Mosby, paridad.
Barcelona – España 2010 Pag- 723-
26. SCHARCZ R, Obstetricia 6ta edición editorial Océano 2015 pág. 443
27. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación.
México: Mac Graw Hill. 5ta edición 2010. Pp. 203-273.
28. Ministerio de salud “ Ciclo de vida del adulto” (acceso 7 de noviembre
del 2014) disponible:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/adulto.htm>

ANEXOS:

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE LA PRESENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES EN EDAD FERTIL HOSPITAL ESSALUD VICTOR LAZARTE ECHEGARAY. 2011-2015

I. N° de Historia Clínica: _____

II. **PERFIL EPIDEMIOLOGICO**

1.- Edad:

- ADOLESCENTE TARDIO (15 a 18 años) ()
- ADULTO JOVEN (19- 30 AÑOS) ()
- ADULTO MAYOR (31-49 AÑOS) ()

1. Grado de instrucción:

- PRIMARIA ()
- SECUNDARIA ()
- SUPERIOR INCOMPLETA ()
- SUPERIOR COMPLETA ()

2. Estado Civil:

- Casada ()
- Conviviente ()
- Soltera ()
- Viuda ()

3. Procedencia:

- Rural ()
- Urbano-marginal ()
- Urbano ()

III. PERFIL CLINICO

4. Paridad:

- Nulípara ()
- Primípara ()
- Multípara ()

- | | | |
|---|--------|--------|
| 5. Antecedente Enfermedad pélvica inflamatoria | SI () | NO () |
| 6. Antecedente Aborto | SI () | NO () |
| 7. Antecedente Cirugía abdominal | SI () | NO () |
| 8. Antecedente Embarazo ectópico | SI () | NO () |
| 9. Antecedente de haber sido usuaria de DIU | SI () | NO () |
| 10. Antecedente de haber usado métodos anticonceptivos orales | SI () | NO () |
| 11. Infertilidad previa | SI () | NO () |

12. Localización anatómica del embarazo ectópico

- Ampular ()
- Ístmica ()
- Intersticial ()
- Ovárica ()
- Abdominal ()

13. Complicaciones

- Hemorragias ()
- Shock hipovolémico. ()
- Sepsis ()
- Otros ()

• ANEXO 2
FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

Datos del Evaluador:

Apellidos y Nombres:.....

Numero de colegiatura:.....

Profesión:.....

Lugar de trabajo:

Cargo que desempeña:

Área:

Dimensiones	Ítems- Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Del 1 al 4				
PERFIL CLINICO	Del 5 al 14				

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS

A: TOTALMENTE DE ACUERDO

B: DE ACUERDO

C: DESACUERDO

ANEXO 5

Tabulación según escala evaluativa de los jueces

Dimensiones	Ítems- Preguntas	evaluadores		
		1º	2º	3º
Perfil Epidemiológico	Del 1 al 4	3	2	2
Perfil Clínico	Del 5 al 14	3	2	2

Ítems- Preguntas	Evaluadores			Σr_i	Promedio r_i	Proporción de rangos de cada ítems	Pe
	1º	2º	3º				
Del 1 al 4	3	2	2		2.333333	0.78	0.037
Del 5 al 14	3	2	2		2.333333	0.78	0.037
TOTALES	6	4	4		4.667	1.56	0.074

Coefficiente de proporción de rango:

$$CPR = \frac{PPri}{N}$$

Coefficiente de proporción de rango corregido:

$$CPRc = CPR - PeCPR$$

La validez y concordancia de los expertos es alta

INTERPRETACIÓN		
Mayor que	Menor que	validez y concordancia
0	0,4	Baja
0,4	0,6	Moderada
0,6	0,8	Alta
0,8	1	Muy alta

• ANEXO 21
FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

Datos del Evaluador:

Apellidos y Nombres: *Diaz Vargas Meis Abigail*

Numero de colegiatura: *10191*

Profesión: *Obstetra*

Lugar de trabajo: *U.CU.*

Cargo que desempeña: *Docente*

Área: *Escuela de Obstetricia*

Dimensiones	Ítems- Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Del 1 al 4		X		<i>Completar edad según H.E.F.</i>
PERFIL CLINICO	Del 5 al 14		X		

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS

A: TOTALMENTE DE ACUERDO

B: DE ACUERDO

C: DESACUERDO

*Se sugiere agregar una variable
ya que es un trabajo descriptivo
simple.*

Muestr. C.O.P. N° 10191

• ANEXO 2
FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

Datos del Evaluador:

Apellidos y Nombres: LOPEZ LEON AMANDA

Numero de colegiatura: 3622

Profesión: OBSTETRA

Lugar de trabajo: HOSP. BELEN DE TRUJILLO

Cargo que desempeña: ASISTENCIAL

Área: CENTRO OBSTETRICO

Dimensiones	Ítems-Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Del 1 al 4		X		* Pto. 2. Completar los grados
PERFIL CLINICO	Del 5 al 14		X		

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS

A: TOTALMENTE DE ACUERDO

B: DE ACUERDO

C: DESACUERDO

Amanda Lopez Leon
COP 3622

ANEXO 3
FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

Mayús → Datos del Evaluador:
 Apellidos y Nombres: Jesús Ramirez, Gladis Dolores
 Numero de colegiatura: COP: 1026
 Profesión: Obstetra
 Lugar de trabajo: UCV. Escuela de Obstetra
 Cargo que desempeña: Monitora de la FFECMM
 Área: Obstetricia

Dimensiones	Ítems- Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Del 1 al 4	X			
PERFIL CLINICO	Del 5 al 14	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS
 A: TOTALMENTE DE ACUERDO
 B: DE ACUERDO
 C: DESACUERDO


 COP: 1026