

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
Facultad de Medicina



Características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.

Trabajo de Investigación presentado por:
GIULIANA KATY VALENCIA MARROQUÍN
Para Optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Tutor:
DR. PERCY BELLIDO SOTILLO
Docente de la Facultad de Medicina de la UNSA

Arequipa – Perú

2015

DEDICATORIA

A mis padres Eusebio y Elizabeth por su amor, guía y apoyo durante todos estos años de mi vida, y por la confianza que en mí depositaron, con lo cual he logrado terminar mis estudios profesionales que constituye el legado más grande que pudiera recibir.

A mis hermanos Giancarlo y Sheila, ya que con su amor, comprensión y experiencia supieron guiarme para ser mejor en todo.

AGRADECIMIENTO

A Dios y a mi familia por haber estado a mi lado en este largo camino, por haberme dado la fuerza suficiente para poder levantarme tras cada caída que tuve, y poder así llegar a cumplir mi mayor sueño, sueño que ahora ya es una realidad.

A mi tutor por su apoyo e instrucción para poder terminar satisfactoriamente este trabajo.

“Les agradezco este triunfo y es para mí la satisfacción de nunca haberme
Rendido frente a las dificultades y así tener la
dicha de haberlo alcanzado”

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO.....	8
CAPÍTULO II: MÉTODOS	17
CAPÍTULO III: RESULTADOS	21
CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	29
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	38

RESUMEN

Antecedente: El embarazo ectópico es una causa frecuente de morbilidad en mujeres en edad fértil.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los casos que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se identificaron 90 casos; el 80% tuvo entre 18 y 34 años; un 4.44% fueron adolescentes menores de 20 años, y 15.56% fueron de 35 años en adelante. El 16.67% tuvieron educación primaria, 52.22% tuvieron educación secundaria, y 31.11% tuvieron educación superior. El estado civil predominante fue de convivientes en 53.33%, 15.56% fueron casadas y 30% solteras. El 34.44% fueron primíparas, 41.12% multíparas y 24.44% nulíparas. El 98.0% de estas pacientes no consume tabaco y un 2.00% si consume tabaco. En 10% de casos tuvo antecedente de cirugía tubaria, mientras que 61.11% presentó antecedente de cirugía abdomino-pelvica. El 5.56% de mujeres tuvo un embarazo ectópico previo, y en 58.89% hubo antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). No hubo antecedentes de tratamiento previo para infertilidad ni casos de uso de DIU.

Conclusión: El embarazo ectópico es un problema frecuente en mujeres en edad reproductiva con factores de riesgo potencialmente reconocibles.

PALABRAS CLAVE: embarazo ectópico – características epidemiológicas.

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy is a frequent cause of morbidity in women on fertile age.

Objective: To determine epidemiological characteristics of ectopic pregnancy in patients attendant at Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital during the period January - December 2014.

Methods: A review of clinical records of cases that meet criteria selection. Results are shown with descriptive statistics.

Results: We identified 90 cases; 80% had between 18 to 34 years; a 4.44% were adolescents under 20 years, and 15.56% were older than 35 years. The 16.67% had primary education, 52.22% had secondary instruction, and 31.11% had superior instruction. Mean civil status was cohabitants in 53.33%, 15.56% were married and 30% were single. A 34.44% of women were primiparous, 41.12% multiparous and 24.44% nuliparous. A 98.0% of these patients do not consume snuff and 2.00% if you use snuf. In 10% of cases there was a history of tubaric surgery, with 61.11% of women with previous abdominal-pelvic surgery. The 5.56% of women had a previous ectopic pregnancy, and in 58.89% there was history of pelvic inflammatory disease. There were no cases of previous treatment for infertility or IUD usage.

Conclusion: Ectopic pregnancy is a frequent problem of women in reproductive age with potentially recognizable risk factors.

KEYWORDS: Ectopic pregnancy – epidemiological features.

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El embarazo ectópico (EE) ocurre cuando el blastocisto en vías de desarrollo se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina (1-4). Fue descrito por primera vez, probablemente, en el 963 d.C. por Albucasis, un escritor árabe, (1) y reconocido por primera vez en 1693 por Busiere durante el examen del cuerpo de una prisionera ejecutada en París (3).

En el año 2000 la comunidad internacional planteó los ocho objetivos del milenio (ODM), donde el 5to comprendió la mejora de la salud materna, por el cual los gobernantes de 149 países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75 % entre los años 1990 y 2015. En los momentos actuales nos encontramos muy lejos de cumplir con lo planteado si se tiene en cuenta que desde el 1990 la mortalidad materna solo ha disminuido en un 47%, solo se ha disminuido en un 3,1 % al año, cifra distante del 5,5 % anual necesaria para alcanzar el ODM.

Las causas de muerte materna pueden ser directas cuando son complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio (relacionada puramente al embarazo), indirectas cuando se deben a enfermedades existentes antes del embarazo. Según la OMS(1, 3) el 80 % de las muertes maternas se deben a causas directas siendo las más frecuentes hemorragias con 24%, Infección 15%, abortos realizados en malas condiciones 13%, hipertensión del embarazo 12%, trabajo de parto obstruido 8 % y otro 8 %, se deben a otras causas directas donde se puede encontrar el embarazo ectópico.

El embarazo ectópico es una condición, que a veces es de tal gravedad que compromete la vida. Su número se ha incrementado a nivel mundial 6 veces en las últimas 2 décadas. Actualmente registra aproximadamente el 2% del total de embarazos y es un importante problema de salud pública (5,6). El riesgo de muerte es 10 veces mayor que el del parto vaginal. La prevalencia de los factores de riesgo del embarazo ectópico está aumentando y contribuye en parte a la mayor incidencia del proceso patológico. Es más, esto puede deberse a un diagnóstico temprano mediante pruebas sensibles de embarazo y la detección por ultrasonografía transvaginal de algunas de estas gestaciones que en el pasado pudieron haberse resuelto espontáneamente antes del diagnóstico.

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico ha ocupado 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. Representa así, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. En el mundo occidental, se estima que del total de embarazos aproximadamente el 1.5 al 2% será un EE. En Estados unidos, de 1000 embarazos: 21 serán EE; y una de cada mil mujeres entre 15 y 44 años desarrolla. (7)

A nivel latinoamericano; en Cuba, las cifras de muerte materna que existían en la década 1950, se han reducido en un 78,3 %, comparada con el año 2004. En Cuba del 2000 al 2003, la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 por 100 000 nacidos vivos, constituyendo el embarazo ectópico la principal causa. Esta frecuencia en Cuba, se elevó del 2001 hasta el 2003.

En el Perú, como país en vías de desarrollo, el EE representa, aunque quizá no la principal, sí una de las principales causas de morbilidad materna, al igual que en nuestro departamento. Así, mientras en la práctica médica se busca un diagnóstico certero y una intervención adecuada, estudios de corte epidemiológico sirven para situar el perfil de la mujer con EE, a fin de contribuir en torno a la precisión del diagnóstico, y sobre todo llevando a cabo la ejecución de medidas de prevención, puesto que a nadie resulta extraño la naturaleza social ligada a la pobreza en la que existe y persiste el EE.

Como consecuencia de todo ello, habiendo visto durante este año de internado el gran número de casos de embarazo ectópico, se torna un tema de importancia para la salud de la mujer, además de ser tema de estudio del presente trabajo para poder determinar de esta forma cuáles son las características epidemiológicas que hacen de este problema un tema latente en la población atendida en el hospital regional Honorio delgado.

En la literatura mundial han sido reportados varios factores de riesgo, algunos con buena evidencia científica y otros no. Los factores que tienen buena evidencia científica incluye la historia de un embarazo ectópico previo, cirugía tubaria, ligadura tubaria, patología tubaria, exposición in útero a DES, y uso concomitante de DIU que fueron resultados de un meta análisis de Ankum y colaboradores en 1996 (USA), reportando un OR de 6.6 (95 % IC, 5.2-8.4) para la historia de embarazo ectópico previo (8).

En 2001, Ego et, en Lille (Francia) confirmaron que el antecedente de embarazo ectópico, es el factor de riesgo con mayor fuerza de asociación al desarrollo de embarazo ectópico. La historia de un embarazo ectópico confiere un OR de 2.98 (95 % IC, 1.88-4.73) y una historia de dos aumenta a un OR de 16.04 (95 % IC, 5.39-47.72) (10). En el 2007, Urrutia S. et al realizaron una investigación cuyo objetivo fue establecer los factores de riesgo asociados a esta patología, en una población de mujeres chilenas. Los factores de riesgo significativos para EE fueron: antecedentes de cirugía ginecológica OR 13.82 I.C (2.7-131.4), antecedentes de cirugía abdominal OR 3.5 I.C

(1.31-9.46), antecedente de DIU al momento de la concepción OR 4.20, mayor de 2 parejas sexuales OR 2.61, consumo de alcohol OR 2.70 I.C (1.27-5.79). El estudio concluye que los factores de riesgo para EE en una población chilena fueron similares a los descritos en la literatura internacional; se enfatiza la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos (10).

La infección de tracto genital es una de las principales causas de daño tubario e infertilidad. La historia de infección cervical con *Neisseria gonorrhoea* o *Chlamydia trachomatis* y enfermedad pélvica inflamatoria han sido relacionadas con riesgo de embarazo ectópico. Barnhart y colaboradores en el 2006 en Philadelphia (USA) reportaron que una historia previa de enfermedad pélvica inflamatoria tiene un OR de 1.5 (95% IC, 1.11-2.05) (14). Este estudio específicamente evaluó pacientes tratadas contra *Neisseria gonorrhoea* o *Chlamydia trachomatis* en forma ambulatoria vs aquellas que requerían hospitalización por enfermedad pélvica inflamatoria. Los investigadores encontraron que las pacientes manejadas ambulatoriamente no tuvieron incremento de riesgo para embarazo ectópico (OR 1.22, 95 % IC, 0.6-2.6). Estos hallazgos sugieren que la noxa al transporte tubario puede ser mayor en aquellas pacientes que requieren manejo hospitalario. Kamwendo y colaboradores reportaron que las infecciones repetidas por *chlamydia* incrementan el riesgo de embarazo ectópico. El OR después de dos enfermedad pélvica inflamatorias fue 2.1 y después de tres se incrementa a 4.5 (13). Los resultados del estudio de Abdullah KARAER (15) afirman que la enfermedad pélvica inflamatoria es el factor de riesgo más importante de E.E. Varios estudios han demostrado asociación entre EPI y E.E con O.R 2.0-7.5 respectivamente (10).

La historia de cirugía pélvica no tubaria ha sido inconsistentemente relacionada con el riesgo de embarazo ectópico. Seifer y col en 1994 (USA) no hallaron asociación entre cirugía no tubaria, incluyendo la operación cesárea, y embarazo ectópico. Además, tampoco encontraron asociación entre aborto terapéutico, sin considerar el número, y riesgo de embarazo ectópico (16). Este estudio no menciona la apendicectomía como factor de riesgo, pero otros estudios demuestran que el antecedente de apendicectomía fue más comúnmente reportada en casos de embarazo ectópico.

El uso de métodos anticonceptivos hormonales y no hormonales confiere protección contra embarazo ectópico. Esto incluye DIU hormonales y no hormonales. Sin embargo, si una paciente se embaraza mientras está usando un DIU, su riesgo aumenta alarmantemente, con OR de 4.2 a 45. Las mujeres esterilizadas y las de mayor posibilidad de uso de DIU están también expuestas a un riesgo disminuido cuando no hay embarazo, sin embargo una vez esterilizadas o con DIU in situ que consiguen embarazarse hay un riesgo incrementado de embarazo ectópico (17).

En el 2010, Jhoana del Cisne Caraguay (Riobombo - Ecuador) en un estudio realizado en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba encontraron que el mayor número de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, son casadas que corresponde al 43.8%, un 33.3% son solteras, 18,8% convivientes, 4,2% divorciadas, pero que al sumar el porcentaje de solteras y convivientes representaron un porcentaje mayor de 52.1%, encontrando una diferencia porcentual de 1.1% con lo que concluyeron que esta patología no es dependiente del estado civil. Así mismo, se indicó que el 52.1% de los casos eran pacientes que en su mayoría correspondían a secundaria, un 31.3% a la primaria y 16.7% a un grado de instrucción superior (45)

Estudios previos muestran una relación entre fumar cigarrillos y E.E, lo cual certificó Abdullah KARAER en su estudio en la cual encuentra además una relación dosis-efecto. La principal base fisiológica de fumar cigarrillo y E.E es por la reducción en la motilidad tubaria. La nicotina tiene un efecto adverso en la motilidad ciliar de la trompa y también un retraso en la entrada del ovulo al útero así como la implantación y formación del blastocito. Fumar puede reducir la inmunidad celular y humoral y esto causa un aumento en la frecuencia de infección tubaria y enfermedad pélvica inflamatoria (15).

En nuestro país, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002 que incluyó 203 casos, se encontró una frecuencia de EE de 0.55%. Al mismo tiempo se encontró que cerca de nueve de cada diez casos se encontraban entre 25 y 39 años. El antecedente de cirugía abdomino-pélvica en esta

población se presentó en un 50.24% y el uso de DIU se vio en un 22.16%. El 99% de los casos requirió para su diagnóstico la utilización de ecografía y sólo en un 43% se cuantificó B-HCG. Al igual que lo referido por la bibliografía internacional, el 97.04% de los casos fueron EE tubáricos.

De La Cruz (2002), en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal que contó con una población de 70 casos reportó una incidencia de 3.3 por 1000 gestaciones. Así mismo, se indicó que el 94.3% de los casos presentaba antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, mientras que un 80% presentó antecedente de uso de DIU. Del mismo modo, aquí se reportó que el 97.1% de los casos fueron EE tubáricos.

En el 2010, Rodríguez Morales en el instituto materno perinatal de Lima (11) realizó un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico. La muestra fue de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica. Se mostró una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %. Más de la mitad de los casos no fumaban para un 59,7 %. Las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %. El estudio concluye que el grupo de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años. La enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos (12).

La cirugía tubaria reconstructiva también ha mostrado ser un fuerte factor de riesgo para embarazo ectópico con un OR de 4.7. Esta cirugía está relacionada subyacentemente con daño tubario causado por un embarazo ectópico previo o enfermedad pélvica inflamatoria, siendo estas condiciones las que contribuyen más que la cirugía tubaria en sí, sin embargo, la complejidad de la cirugía si puede favorecer el

desarrollo de embarazo ectópico. Las pacientes que han sido sometidas a reanastomosis también están en riesgo, aproximadamente el 6.6 % presentaran embarazo ectópico, teniendo más riesgo aquellas con historia de oclusión tubaria con electrocauterio que con otros métodos (13).

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo enero-diciembre 2014?

3. OBJETIVO

3.1.Objetivo General

Determinar las características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.

3.2.Objetivos específicos

- a. Determinar los antecedentes socio demográficos (edad, paridad, estado civil, grado de instrucción, tabaco) ,en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014
- b. Determinar los antecedentes quirúrgicos de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.
- c. Determinar los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes (embarazo ectópico previo, antecedente de EPI, tratamiento de infertilidad y antecedente de uso de DIU) atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO

1.1. Definición y epidemiología.

Se define Embarazo Ectópico es aquella gestación en que el huevo fecundado se localiza en una posición extrauterina, siendo la trompa la localización más frecuente de implantación, pudiendo raramente localizarse en el ovario o en la cavidad abdominal.(18,7). La fertilización del huevo ocurre en la trompa de Falopio, iniciando la división del cigote pasando primero a mórula y luego a blastocisto, normalmente llega a la cavidad uterina y se inicia la implantación al sexto día después de la fertilización. Cualquier evento que impida o retarde el transporte a través de la trompa puede favorecer el inicio de la implantación cuando el blastocisto aún se encuentra en la luz tubaria. Los casos de embarazos ectópicos representan aproximadamente 1 – 2 % de todas las gestaciones, sin embargo, este estimado es conservador, ya que el análisis no incluye pacientes que fueron diagnosticados y manejados extra hospitalariamente. Mientras que la incidencia de embarazo ectópico ha continuado incrementándose, la tasa de mortalidad ha caído de 69 % en 1876, a 0.35 % en 1970, y a 0.05 % en 1986 (7).

En nuestro país se encuentra que la tasa de incidencia es variable, así en el Hospital San Bartolomé se encuentra una tasa de 1/767 embarazos, en el Hospital E. Rebagliati-ESSALUD 1/533 embarazos, en el Hospital María Auxiliadora 1/156, en el Hospital Cayetano Heredia 1/129, en el Hospital Hipólito Unanue 1/130, en el Hospital Arzobispo Loayza 1/75 y en el Instituto Materno Perinatal 1/303 embarazos (12, 20-23, 24-26).

1.2. Etiología y factores de riesgo:

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

1.2.1. Factores mecánicos:

Son los que causan una obstrucción física que retarda el paso del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio hacia el útero, entre ellos están:

- Antecedentes embarazo ectópico: Una historia de (EE) aumenta el riesgo de futuros casos. En general, una paciente con previo embarazo ectópico tiene una probabilidad entre 50% a 80% de tener un embarazo intrauterino, y un 10% a 25% de probabilidad de un embarazo tubárico. (27)
- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP): Una de las causas se debe a un antecedente de infección causada por *Chlamydia trachomatis*, lo cual hace que se acumule un tejido cicatrizal en las trompas de Falopio causando daños en el mismo. Otros organismos causantes es la *Neisseria gonorrhoeae*; una historia de salpingitis aumenta el riesgo de (EE) unas cuatro veces aumentado la incidencia de daño tubárico después de episodios sucesivos de (EPI) (28).
- Adherencia perturbarías: son secundarias a infecciones posparto o posaborto, apendicitis o endometriosis y abortos múltiples inducidos ya que causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.

- Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores de anexos.
- Antecedentes quirúrgicos: La ligadura de las trompas de Falopio como la cirugía tubárica pueden llevar a un embarazo ectópico. Es más probable que ocurran dos o más años después del procedimiento y no inmediatamente después de éste. En el primer año después de la esterilización, sólo cerca del 6% de los embarazos serán ectópicos, al igual que la mayoría de los embarazos que ocurran dos o tres años después del procedimiento. Entre el 3 y 20% de las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico. (29)

1.2.2. Factores funcionales:

En una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos no se identifican factores de riesgo predisponentes y la mayoría de los casos son el resultado de una cicatrización provocada por:

- Antecedentes etéreos: Una edad avanzada de las pacientes es un factor de riesgo para un embarazo ectópico. Mujeres de mayores a 35 tiene un riesgo de 3 a 4 veces mayor en comparación con mujeres de 15 a 24 años. Una explicación podría ser por el envejecimiento, pues puede generar una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora a lo largo de la trompa de Falopio. (30)
- Antecedentes de uso de algunos métodos anticonceptivos: El hecho de tomar tratamiento hormonal como método anticonceptivo, específicamente estrógenos y progesterona, el uso la píldora poscoital o anticonceptivo de emergencia, y las mujeres que se someten a fecundación in vitro o que utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) con progesterona también tienen mayor riesgo de embarazo ectópico posiblemente porque puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y conllevar a esta patología. (31)

- Defectos congénitos en las trompas de Falopio: la migración externa del huevo puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller, que da como resultado un hemiútero con un cuerno uterino rudimentario no comunicante.
- Promiscuidad: incrementa ligeramente el riesgo de embarazo ectópico, así como el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años eleva discretamente el riesgo, probablemente condicionados en parte por la (EPI). (32)
- Tabaquismo: el hábito de fumar aumenta el riesgo en 2,5 veces en comparación con las mujeres que no fuman porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubaria, de la actividad ciliar y de la implantación de los blastocitos relacionados con la ingestión de nicotina. (33)

1.3. Localización:

La localización más común de un embarazo ectópico es en la trompa de Falopio, otros sitios menos comunes incluyen el abdomen, ovario, cérvix, y la porción intersticial de la trompa de Falopio. Gracia y colaboradores evaluaron 1800 casos a lo largo de 10 años encontrando que más del 95 % de los casos se presentaron en la trompa de Falopio, y de ellas 70 % en la ampolla, 12 % en el istmo, 11.1 % en la fimbria, y 2.4 % en el intersticio/cuerno (26). Los restantes lugares de localización fueron en el ovario (3.2%), abdomen (1.3%) y cérvix (< 1%).

1.4. Manifestaciones clínicas:

La tríada clásica de dolor abdominal, amenorrea, y sangrado vaginal siempre debe hacer sospechar al clínico que puede estar frente a un caso de embarazo ectópico. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser todo un reto debido que la presentación de un embarazo ectópico puede variar muy significativamente. En el estudio de Alsuleiman que incluyó la revisión de 147 casos de embarazo ectópico, el porcentaje de pacientes que presentaron embarazo ectópico con dolor abdominal fue 98.6 %, amenorrea 74.1 %, y sangrado vaginal irregular 56.4 %. Entre los hallazgos físicos, los más comunes

fueron sensibilidad abdominal 97.3 % y anexial 98 % (34). Aunque estos signos y síntomas son comunes, la presentación clínica de embarazo ectópico puede variar respecto a la presentación clásica. Los hallazgos del examen físico también pueden mostrar cambios en las funciones vitales, tales como taquicardia o cambios ortostáticos, dolor a la movilización cervical, sensibilidad anexial/uterino (debido a sangre que irrita la superficie peritoneal), o masa palpable. Incluso, el examen físico puede ser normal o con cambios mínimos. El embarazo ectópico también puede simular otros cuadros como aborto espontáneo, gestación intraútero no evolutivo, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, e infección. Así, para todo clínico, en el caso de tener una prueba de embarazo positiva, el embarazo ectópico debería ser siempre un diagnóstico diferencial (35).

1.5. Diagnóstico:

El diagnóstico precoz reduce la mortalidad y morbilidad asociada con el embarazo ectópico. Después de la historia clínica y el examen físico, las dos más importantes pruebas diagnósticas para evaluar un probable embarazo ectópico son la ecografía transvaginal (ECO-TV) y el nivel sérico de la subunidad beta de HCG. La sensibilidad y especificidad del uso simultáneo de ambas pruebas están en el rango de 95 – 100 % (36). El primer paso en el diagnóstico de un embarazo ectópico es evaluar por un probable embarazo intraútero.

La confirmación de una gestación intraútero casi siempre descarta un embarazo ectópico; el riesgo de embarazo heterotópico es de 1 en 10,000 a 30,000 embarazos espontáneos. Sin embargo, en el contexto de reproducción asistida puede aumentar a 1 en 100. La ecografía puede identificar una gestación intraútero en un embarazo de 5.5 semanas menstruales con casi una exactitud del 100 %. Entre las 4.5 y 5 semanas, el primer marcador ultrasonográfico de embarazo intraútero es un saco gestacional con un “signo decidual doble” (Doble anillo ecogénico alrededor del saco gestacional). El saco gestacional aparece cerca a la 5 y 6 semanas y permanece hasta la semana 10. En ausencia de un periodo menstrual, el nivel de HCG es fundamental en la evaluación de un embarazo ectópico.

El concepto de zona discriminatoria debería utilizarse para ayudar a interpretar los resultados ultrasonográficos. La zona discriminatoria es definida como el nivel de HCG

en el que debería visualizarse un embarazo intrauterino. Con la ecografía abdominal, la mayoría de radiólogos usan el valor de 6500 mUI/ml, pero esto ha sido superado con la ecografía transvaginal, reduciendo la zona discriminatoria a 1500 – 2500 mUI/ml (13,16). El punto de corte exacto depende del éxito de cada laboratorio en determinar la zona discriminatoria, la calidad del equipo y la experiencia del ecografista. Cuando el nivel de HCG alcanza la zona discriminatoria y no se puede diagnosticar un embarazo intraútero, se debe sospechar de un embarazo extrauterino. Una excepción a esta regla sería en casos de gestaciones múltiples. Los pacientes en riesgo de embarazo múltiple tales como luego de reproducción asistida, pueden ser cuidadosamente seguidos usando una zona discriminatoria más alta. La detección de una elevación y disminución anormal del nivel de HCG también puede ayudar a el diagnóstico de un embarazo ectópico.

Las características de la pelvis femenina, la proximidad del útero, trompas y ovarios entre sí, hacen difícil precisar solamente por el examen ginecológico, la localización de una gestación inicial, es por ello que el diagnóstico de embarazo ectópico en algunas ocasiones constituye un desafío clínico para el ginecólogo, a pesar de los elementos de apoyo actualmente disponibles.

1.6. Tratamiento:

1.6.1. Manejo quirúrgico

Una vez hecho el diagnóstico, varios factores influyen la decisión de tratar un embarazo ectópico médicamente o quirúrgicamente. Si la paciente está inestable, entonces es necesario el tratamiento quirúrgico inmediato, ya sea por laparotomía o laparoscopia. En el pasado, la laparotomía con salpingectomía fue considerado el “gold estándar”, pero actualmente con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva y el entrenamiento quirúrgico, la laparoscopia ahora es el tratamiento de elección (37,38).

La laparoscopia está asociada con una recuperación más rápida, hospitalización corta, reducción total de los costos, y menos dolor, sangrado, y formación de adherencias. En un paciente hemodinámicamente estable, la cirugía sigue siendo el tratamiento de elección en casos de embarazo heterotópico, ruptura tubárica, o

inminente riesgo de ruptura. Otras indicaciones de cirugía incluyen el no deseo o incapacidad para completar el tratamiento médico, contraindicaciones al metrotexate, y fallo del tratamiento médico. La cirugía también debería considerarse en pacientes que presentan características que parecen predisponen al fallo del tratamiento médico, tales como un embarazo ectópico mayor de 5 cm o la presencia de actividad cardíaca observada en la ecografía transvaginal (39,40).

Una vez que la decisión que se ha tomado es por la vía quirúrgica, el cirujano debe decidirse por la técnica quirúrgica más apropiada. Habitualmente esta decisión se hace en sala de operaciones, por lo tanto es importante la consejería preoperatoria. También ayuda a la decisión intraoperatoria tomar en consideración factores de riesgo, deseos del paciente por su futura fertilidad, y el estado de la paciente. Las indicaciones de salpinguectomía incluyen un embarazo ectópico recurrente en la misma trompa, una trompa severamente dañada, sangrado incontrolable (antes o después de la salpingostomía), un embarazo heterotópico, y la decisión de no tener más hijos (41, 42, 9). La salpingostomía es el tratamiento de elección en mujeres en edad reproductiva quienes desean preservar su fertilidad. La salpingostomía típicamente se realiza haciendo una incisión en el borde antimesentérico de la trompa de Falopio en el punto de máxima distensión. Se recomienda remover el producto de la concepción mediante hidrodissección, además evitar, el excesivo manipuleo de la trompa y el uso del cauterio para prevenir posible daño sobre la trompa de Falopio. La tasa de embarazo intrauterino se mejora en pacientes quienes han sido sometidas a salpingostomía lineal en comparación a la salpinguectomía, aunque la tasa de embarazo ectópico recurrente también es más alta (41).

1.6.2. Manejo medico

Antes de mediados de los '80 el tratamiento del embarazo ectópico fue exclusivamente quirúrgico. En 1982 se reportó el primer caso de tratamiento de embarazo ectópico con metrotexate (43). Metrotexate ha sido el método más exitoso del manejo médico del embarazo ectópico y usualmente es el de primera elección. Es un antagonista del ácido folínico que se une al sitio catalítico de la dihidrofolato reductasa inhibiendo la síntesis de purinas y pirimidinas, interfiriendo con la síntesis de ADN y la

replicación celular. Las candidatas para este tratamiento son aquellas que se encuentran hemodinamicamente estables, que presentan dolor abdominal constante, función hepática y renal adecuada, pacientes a las que se les pueda hacer un seguimiento continuo. Contraindicaciones absolutas: evidencia de gestación intrauterina, inmunodeficiencia, anemia severa, leucopenia, trombocitopenia, disfunción hepática o renal, lactancia materna y evidencia de ruptura tubaria.

Los primeros esquemas de administración consistían de múltiples dosis de metrotexate y rescate con citrovorum. Después, estos investigadores encontraron que la mayoría de pacientes tratadas con múltiples dosis habían reducido los niveles de HCG antes de recibir la segunda y/o la tercera dosis. Esto promovió la publicación del régimen de dosis única sin administración de factor de rescate. En este esquema se administra intra muscularmente 50 mg/m^2 de superficie corporal.

Hasta el presente no hay consenso sobre que protocolo de metrotexate debería usarse. La tasa de éxito reportada en la literatura para ambos protocolos es aproximadamente de 90 %. Una vez que se ha decidido administrar manejo médico, es importante prevenir a las pacientes sobre los potenciales efectos colaterales y la necesidad de un seguimiento estricto. Estos efectos colaterales incluyen la presencia de náuseas, vómitos, gastritis, mareos, alopecia, neutropenia, neumonitis, sangrado vaginal, incremento del dolor abdominal. Las pacientes que no muestran alivio con medidas de soporte deberían ser inmediatamente evaluadas para descartar ruptura tubárica. Los signos de fracaso al tratamiento incluyen el incremento significativo del dolor abdominal (a pesar del cambio en los niveles de HCG), signos de inestabilidad hemodinámica, disminución del nivel de HCG menor al 15 % entre el día 4 y día 7, y el incremento o aplanamiento de la curva de HCG después de la primera semana de tratamiento (4). Si no hay signos de fracaso de tratamiento al día 7 y hay una disminución del 15 % entre el día 4 y día 7, se recomienda controles semanales de HCG hasta la completa resolución ($\text{HCG} < 15 \text{ mUI/ml}$) (44).

1.6.3. Manejo expectante

Las candidatas para este tipo de manejo son pacientes que se encuentren asintomáticas y que no haya evidencia de ruptura o inestabilidad hemodinámica. Además serán también candidatas de este tipo de tratamiento si hay evidencia de disminución de los niveles de b HCG. El manejo expectante de embarazo ectópico ha sido empleado con tasas reportadas en el rango de 48 % a 100 %. Esta amplia brecha en parte se debe a diferencias en los criterios de inclusión. En el estudio de Spandorfer y colaboradores del 2004, el manejo expectante fue más exitoso (32 de 33 pacientes) en mujeres con niveles de HCG en menos de 175 mUI/ml, mientras que en las pacientes con HCG mayor a 175 mUI/ml, sólo 41 de 74 fueron manejadas exitosamente (44). En el caso de una paciente clínicamente estable con HCG menor a 175 mUI/ml, con ecografía transvaginal indeterminada y niveles de HCG en descenso, sería razonable emplear un manejo expectante.

CAPÍTULO II: MÉTODOS

A. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo 01 de enero al 31 de diciembre 2014.

B. Población a estudiar

Población: Todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo 01 de enero al 31 de diciembre 2014.

Muestra: no se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se abarcó a todo el universo.

Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

C. Criterios de elegibilidad

♦ Criterios de Inclusión

- Diagnóstico de embarazo ectópico (EE) clínico, bioquímico complementado por imágenes y/o en informe postoperatorio.
- Paciente mayor de 14 años.
- Historia clínica accesible e información requerida completa.

♦ Criterios de Exclusión

- Historia clínica de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico sin confirmación en informe postoperatorio.

D. Tipo de investigación

Según Altman es un estudio observacional, retrospectivo y transversal.

Según Bailor III, John C. es de tipo transversal descriptivo.

Según Canales: Descriptivo (16).

E. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICION	Ficha de recolección de datos
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Soltera Casada Viuda Conviviente divorciada	
Edad	Cualitativa	De razón	Promedio	<20 años 20 – 34 años =>35	
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia Porcentaje	Primaria secundaria superior	

Paridad	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Nulípara Primípara Multípara	
Tabaco	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si No	
Embarazo ectópico previo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si no	
Antecedente de cirugía tubaria	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si no	
Antecedente de cirugía abdominopelvica	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si No	
Antecedente del uso de DIU	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si No	
Tratamiento de infertilidad	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si No	
Antecedente de EPI	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si No	
Antecedente de patología tubaria	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Si No	

F. Producción y registro de datos

Previa autorización de los Jefes de Departamento de Ginecología y Obstetricia del Honorio Delgado Espinoza se procedió a la búsqueda del número de historia de aquellas pacientes que ingresaron durante el periodo que comprende el estudio, utilizando para esto el libro de ingresos por emergencia así como el registro de los pacientes hospitalizados con que se cuenta en el servicio y se procedió a seleccionar a los pacientes según los criterios de inclusión.

Teniendo una lista detallada de las historias clínicas, se solicitó también permiso y autorización del jefe de la Unidad de Archivo de historias clínicas del Honorio Delgado

Espinoza, para la búsqueda de las historias clínicas y así obtener los datos que se requirieron para la investigación, usando para ello la ficha de recolección de datos (**Ver anexo 1**).

G. Análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSSv.21.0.

**CAPÍTULO III:
RESULTADOS**

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Tabla 1

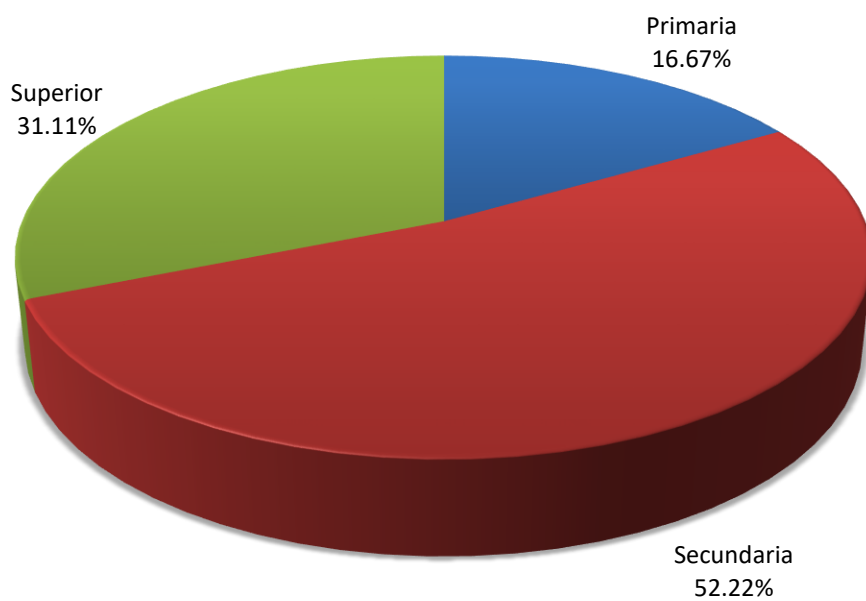
Distribución de pacientes con embarazo ectópico según edad

	N°	%
<20 años	4	4.44%
20 - 34 años	72	80.00%
≥ 35 años	14	15.56%
Total	90	100.00%

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Gráfico 2

Distribución de pacientes con embarazo ectópico según grado de instrucción



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Tabla 3

Distribución de pacientes con embarazo ectópico según estado civil

	N°	%
Soltera	27	30.00%
Casada	14	15.56%
Conviviente	48	53.33%
Viuda	1	1.11%
Divorciada	0	0.00%
Total	90	100.00%

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Tabla 4

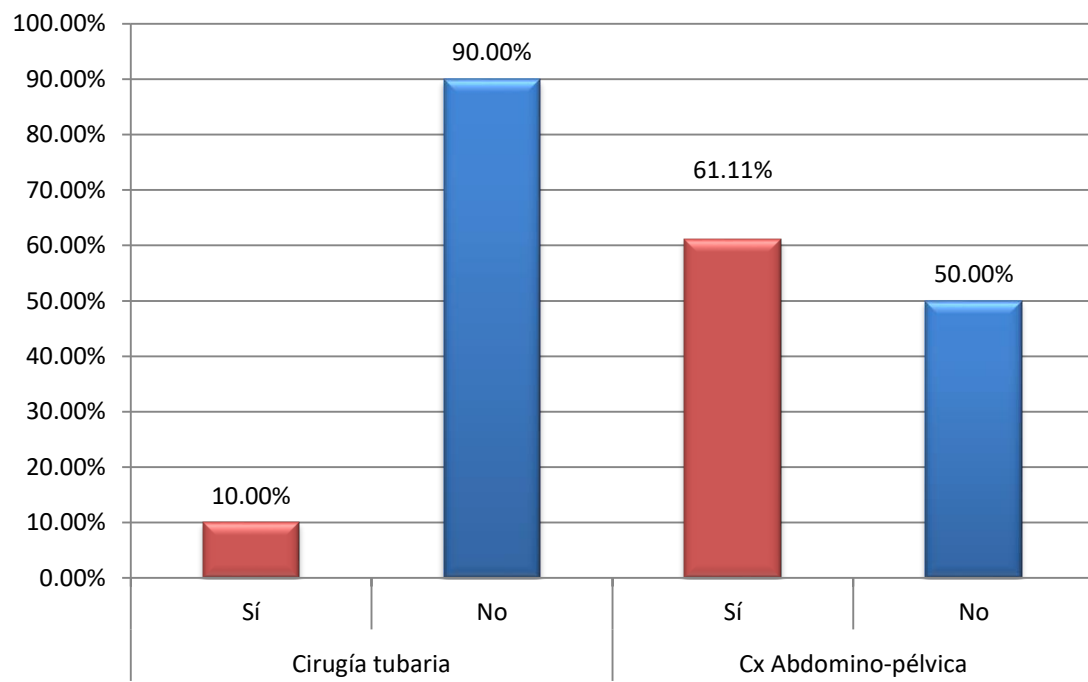
Distribución de pacientes con embarazo ectópico según paridad

	N°	%
Nulípara	22	24.44%
Primípara	31	34.44%
Múltipara	37	41.12%
Total	90	100.00%

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Gráfico 5

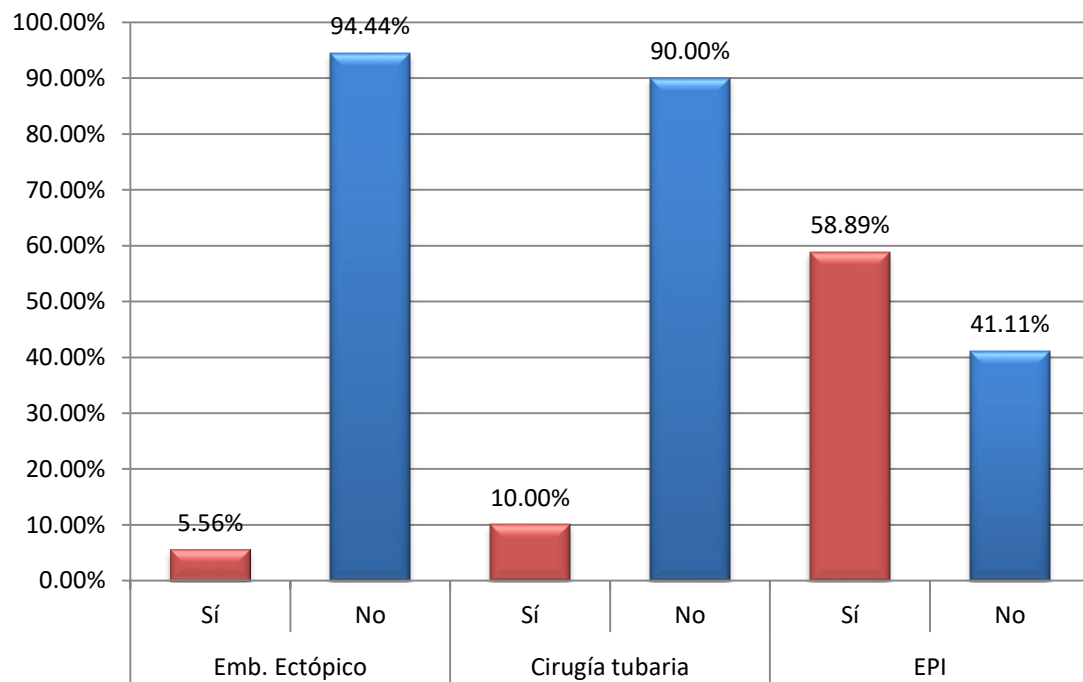
Distribución de pacientes con embarazo ectópico según antecedentes quirúrgicos



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Gráfico 6

Distribución de pacientes con embarazo ectópico según antecedentes patológicos



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Tabla 7

Distribución de pacientes con embarazo ectópico según otros antecedentes

		N°	%
Tto infertilidad	Sí	0	0.00%
	No	90	100.00%
Uso de DIU	Sí	0	0.00%
	No	90	100.00%
Total		90	100.00%

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO
ENERO-DICIEMBRE 2014**

Tabla 8

Distribución de pacientes con embarazo ectópico según consumo de tabaco.

		N°	%
Tabaco	Sí	10	2.00%
	No	80	98.00%
Total		90	100.00%

CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó la presente investigación con el propósito de determinar las características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014. Se abordó el presente estudio debido a que el embarazo ectópico es una condición, que a veces es de tal gravedad que compromete la vida de la mujer, por lo cual es considerada quizá no la principal, pero sí una de las principales causas de hemorragias del primer trimestre aumentando la morbimortalidad materna a nivel del Perú, (5,6)

Se revisaron las historias clínicas de los casos que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

La **Tabla 1**. Se muestra la distribución de las 90 pacientes identificadas en el periodo de estudio según edad; el 80% de mujeres tuvo entre 20 y 34 años; un 4.44% fueron adolescentes menores de 20 años, y 15.56% fueron de 35 años en adelante. Obteniéndose resultados parecidos en el trabajo realizado por Rodríguez Morales en el Instituto materno perinatal de Lima (2010), en donde se mostro que la mayor incidencia

de embarazo ectópico en su población fue en el grupo de edades de 20 a 29 años de edad con un 51,5%. También podemos analizar que se encuentra mayor proporción de casos de EE en estas edades por ser este el grupo etario donde hay mayor práctica de actividad sexual.

En el **Grafico 2** muestran el nivel de instrucción de las madres; el 16.67% tuvieron educación primaria, 52.22% tuvieron educación secundaria, y 31.11% tuvieron educación superior. El estado civil predominante fue de convivientes en 53.33% de mujeres, 15.56% fueron casadas y 30% solteras, con un 1.11% de viudas, como se aprecia en la **Tabla 3**. Datos que pueden ser comparados con el estudio realizado por Jhoana del Cisne Caraguay (Riobombo – Ecuador 2010) en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el cual encontraron que el mayor número de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, son casadas que corresponde al 43.8%, un 33.3% son solteras, 18,8% convivientes, 4,2% divorciadas, pero que al sumar el porcentaje de solteras y convivientes representaron un porcentaje mayor de 52.1%, encontrando una diferencia porcentual de 1.1% con lo que concluyeron que esta patología no es independiente del estado civil. Así mismo, también se indicó que el 52.1% de los casos eran pacientes que en su mayoría correspondían a secundaria, un 31.3% a la primaria y 16.7% a un grado de instrucción superior, lo cual se puede deber a que en esta etapa etaria se desencadena un mayor interés sexual con lo cual existe una mayor predisposición a la adquisición de ETS y con ello un riesgo para EE.

En la **Tabla 4** se observa la paridad de las mujeres atendidas por embarazo ectópico; el 34.44% fueron primíparas, 41.12% multíparas y 24.44% nulíparas.

En el **Grafico 5** muestran la distribución de gestantes según antecedente quirúrgico; el 10% de casos tuvo antecedente de cirugía tubaria, mientras que 61.11% presento antecedente de cirugía abdomino-pelvica. Al igual que el estudio realizado por Martins en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati (1998- 2002) en donde encontraron un 50.24% de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico con antecedente de cirugía abdominopelvica. Encontrándose resultados opuestos en el trabajo realizado por Seifer y colaboradores en USA (1994) ya que en su trabajo no hallaron asociación entre cirugía no tubaria, incluyendo la operación cesárea, y embarazo ectópico.

Los antecedentes patológicos de las mujeres con embarazo ectópico se muestran en el **Grafico 6**. El 5.56% de mujeres tuvo un embarazo ectópico previo, 10% tuvo cirugía tubaria, y en 58.89% hubo antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). A diferencia del trabajo realizado por Ego et, en Lille (Francia 2001), quien confirmó que el antecedente de embarazo ectópico, es el factor de riesgo con mayor fuerza de asociación al desarrollo de embarazo ectópico. Y en cuanto al antecedente de EPI se vio al igual que el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal por De La Cruz (2002), que 94,3% de los casos de embarazo ectópico presentaban como antecedente casos de enfermedad inflamatoria pélvica. Otra investigación que también concluyó que el tener antecedente de EPI se relaciona con mayor riesgo de embarazo ectópico fue el trabajo de Barnhart y colaboradores realizado en Philadelphia (USA 2006). Lo cual es concordante con la base teórica revisada y expuesta.

Otros antecedentes de importancia desde el punto de vista teórico se muestran en la **Tabla 7**; no se registraron casos de tratamiento previo para la infertilidad ni casos de uso de DIU. A pesar que la teoría nos muestra que las mujeres que se someten a fecundación in vitro o que utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) tienen mayor riesgo de embarazo ectópico ya que posiblemente puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y conllevar a esta patología (31) en población atendida durante este año no se encontraron casos.

En la **Tabla 8**: El 98.00% de mujeres que presentaron embarazo ectópico no consume tabaco, y un 2.00% se encontró que si consumía tabaco. Al igual que estudios previos en donde se muestran una relación entre fumar cigarrillos y E.E, como el que certificó Abdullah KARAER en su estudio en la cual encuentra además una relación dosis-efecto. Esto debido a que la principal base fisiológica de fumar cigarrillo y E.E es por la reducción en la motilidad tubaria, considerando además que la nicotina tiene un efecto adverso en la motilidad ciliar de la trompa y también un retraso en la entrada del ovulo al útero así como la implantación y formación del blastocito. Fumar puede reducir la inmunidad celular y humoral y esto causa un aumento en la frecuencia de infección tubaria y enfermedad pélvica inflamatoria (15, 33).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

PRIMERA: Las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014 son predominantemente jóvenes en edad fértil, de educación secundaria, convivientes, multíparas y que no consumen tabaco.

SEGUNDA: Hubo antecedentes quirúrgicos de cirugía de trompa en 10% de casos y de cirugía abdomino-pélvica en 61.11% de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.

TERCERA: Se registró antecedente gineco-obstetricos de embarazo ectópico previo en 5.58%, antecedente de EPI en 58.89%, y no hubo casos de tratamiento de infertilidad o antecedente de uso de DIU en pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Concientizar e informar la población en general sobre los riesgos de adquirir esta patología y sobre el riesgo que representan las enfermedades de transmisión sexual, como una de las principales causas de esta complicación ginecológica.
2. Crear y /o fortalecer en los centros de salud una consulta de orientación a las pacientes que incluya educación sexual, planificación familiar, higiene ginecológica, como parte fundamental de cualquier programa de salud.
3. Detección de enfermedades de transmisión sexual y manejo precoz de estas, además de fomentar una salud sexual y reproductiva saludable y responsable.
4. Recomendar una exhaustiva elaboración de la historia clínica, para no obviar otros datos y así poder realizar trabajos de investigación más completos y con mayores datos que nos ayuden poder brindar más conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002 Sep.-dic. 28
- 2) Bakken IJ. Chlamydia trachomatis Infection and the Risk for Ectopy Pregnancy. Sex Transm Dis 2007;34:6
- 3) Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2007; 176:103-7.
- 4) Benson R.: Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 1986:707-16.
- 5) Decherney A., Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Novena Edición. New York. Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003
- 6) Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rev. 2007; 9:70-94.
- 7) Berek, J.; Adashi, E.; Hillard, P. Tratado de Ginecología de Novak. Decimotercera edición. Interamericana Mc Graw Hill. México: 490 - 94. 1999.
- 8) Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. Jun 1996; 65(6):1093-9.
- 9) Ego et Cols. Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy. Fertil Steril 2001; 75:560-6.
- 10) Urrutia MT, Poupin LB, Alarcón PA., Rodríguez MC, Stiven LR. Embarazo Ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev. Chil Obstet Ginecol 2007; 72(3): 154-159
- 11) Rodríguez, M. Incidencia de Embarazo Ectópico en el Instituto Materno Perinatal. En: Libro de resúmenes de Temas Libres del XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima: 37-38. Marzo 2000.

- 12) DeWitt C., Abbot J. Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography. *Ann Emerg Med* 2002; 37. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril*. Jul 2006; 86(1):36-43
- 13) Kamwendo F., Forslin L., Bodin L., Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2000;76:28-32
- 14) Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril*. Jul 2006; 86(1):36-43
- 15) Karaer A, Avsar FA, Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006 Dec;46(6):521-7. HOSPITAL
- 16) Seifer DB, et Cols. Reproductive potential after treatment for persistent ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994, 62:194-6.
- 17) Fernandez H, Coste J, Job-Spira N. Controlled Ovarian Hyperstimulation as a Risk Factor for Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1991 78(4):656-9.
- 18) Perez S A Ginecología. Tercera edición. Editorial Mediterraneo Ltda. Santiago de Chile. 2007. 599- 609.
- 19) Bustinza, S. Embarazo ectópico en el Hospital "María Auxiliadora": 1988 - 1993. Tesis Bachiller. Lima - Perú.
- 20) Carvallo, F.; Pacheco, J.; Tanaka R.; Palomino C. Embarazo ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Acta Médica Peruana* 11 (4): 43 - 48. 1984.
- 21) Chávez, M. Embarazo ectópico. Tesis de Bachiller N.º 3 946. UPCH. 1986.
- 22) Requena, G.; Small, M.; Martínez, F. et. al. Incidencia y características epidemiológicas del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. En. Libro de resúmenes de Temas Libres del XIV Congreso Peruano de Obstetricia y

- 23) Cabrera, P. Embarazo Ectópico en el Hospital Loayza 1997-2002. Estudio descriptivo retrospectivo. Tesis (Bach en Med) UPOCH 2003
- 24) Villanueva, L. et al. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el HNERM entre 1998 y 2002. Rev. Med Her 2005;16(1):26-30
- 25) Cruz Pacheco, Guillermo de la (2002). Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2001. Trabajo De Investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- 26) Gracia C; Barnhart K. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. *Obstetric and Gynecol* 2001; 97:464-70.
- 27) García C. Samuel M., Chittams J. Hummel A., Shaunik A., Barnhart K., Risk factors for Spontaneous Abortion in Early Symptomatic First-Trimester. Pregnancies, *Obstet and Gynecol* 2005,106:993-999.
- 28) Sepilian, Vicken P. Ectopic pregnancy: *Obstetrics and Gynecology. Reproductive Endocrinology and Infertility, CHA Fertility Center.* 2007.
- 29) González-Merlo, J. 2006. Embarazo ectópico, capítulo 28. *Obstetricia* 5ª edición. Ed Elsevier. España. pp.896 ISBN 8445816101.
- 30) Netter *Obstetricia, Ginecología y salud de la mujer.* España: Elsevier. pp. 247. ISBN 8445813110.
- 31) Nielsen CL, Miller L. Ectopic gestation following emergency contraceptive pill administration. *Contraception.* 2000;62(5):275-276.
- 32) Solano S, Maldonado P, Ibarrola E. 2005. Op.cit.
- 33) Williams. Éxito y fracaso reproductivo. Embarazo ectópico. *Obstetricia.* 20 Ed. New York: Appleton Century Crofts; 1998: 569-89.
- 34) Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy: a review of 147 cases. *J Reprod Med.* Feb 1982; 27(2):101-6

- 35) Mishell, D.; Stenchever, M.; Droegemueller, W.; Herbst, A. Tratado de Ginecología. Tercera edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid - España: 431-64. 1999.
- 36) Gun M., Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstetric Gynecology* 2002; 19:297-301.
- 37) Lecuru F. et Cols. Direct cost of a single dose methotrexate for unruptured ectopic pregnancy. Prospective comparison with laparoscopy. *Eur J Obstet Gynecology Reprod Biol* 2000; 88:1-6.
- 38) Lee CL et Cols. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous caesarean section scar. *Human Reprod* 1999;14:1234-6
- 39) Bueno N., Francisco, Sáenz C., Jaime, Ocaranza B., Myriam Et Al. Tratamiento Médico Del Embarazo Ectópico. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 2002, 67(3):173-79.
- 40) Fylstra D. et cols. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: A case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:302-4.
- 41) Hajenius PJ. et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 ;(2):CD000324.
- 42) Develioglu OH. et Cols. Evaluation of serum creatine kinase in ectopic pregnancy with reference to tubal status and histology. *BJOG* 2002; 109:121-8.
- 43) PoppeWA, Vandenbussche N. Postoperative day 3 serum human chorionic gonadotropin decline as a predictor of persistent ectopic pregnancy after linear salpingotomy. *Eur J* 2009;5(5):13-9
- 44) Spandorfer SD., Sawin SW., Benjamin I., Barnhart KT. Post operative day 1 serum human chorionic gonadotropin level as a predictor of persistent ectopic pregnancy after conservative surgical management. *Fertile Sterile* 1997; 68:430-4.
- 45) Caraguay, Jhoana del cisne, "Embarazo Ectopico en el Servicio de Ginecologia y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010"

ANEXOS

ANEXO 1**“FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, PERIODO ENERO-
DICIEMBRE 2014”****FECHA DE RECOLECCIÓN: -----****EMBARAZO ECTÓPICO: 1SI () 2 NO ()****EDAD:..... < 20 () 20-34 () >35 ()****GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

1. PRIMARIA ()
2. SECUNDARIA ()
3. SUPERIOR ()

ESTADO CIVIL:

1. SOLTERA ()
2. CASADA ()
3. DIVORCIADA ()
4. VIUDA ()
5. CONVIVIENTE ()

PARIDAD: 1. NULÍPARA () 2. PRIMÍPARA () 3. MULTÍPARA ()**TABACO: 1. SI () 2.NO ()****ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:****ANTECEDENTE CIRUGÍA TUBARIA: 1.SI () 2.NO ()****ANTECEDENTE CIRUGÍA ABDOMINAL O PÉLVICA: 1.SI () 2.NO ()****ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:****ANTECEDENTE EMBARAZO ECTÓPICO: 1. SI () 2. NO ()****ANTECEDENTE PATOLOGÍA TUBARIA: 1. SI () 2.NO ()****ANTECEDENTE EPI: 1. SI () 2. NO ().****ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD: 1. SI () 2. NO ()****ANTECEDENTES DE USO DE DIU: 1. SI () 2.NO ()**