

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



“INCIDENCIA Y PERFIL GINECOLÓGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015”

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

FILOMENA LAUREANO BARRIENTOS

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

ENFERMERÍA EN GINECO OBSTETRICIA

PUNO—PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

“INCIDENCIA Y PERFIL GINECOLÓGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO
ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO DE JULIACA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015”

MONOGRAFIA

PRESENTADO POR:

FILOMENA LAUREANO BARRIENTOS



PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

ENFERMERÍA EN GINECO OBSTETRICIA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE DEL JURADO

:.....

Dra. Ángela Rosario Esteves Villanueva

PRIMER MIEMBRO

:.....

Dr. Juan Martin Velazco Cárdenas

SEGUNDO MIEMBRO

:.....

Lic. Julia Belizario Gutiérrez

ASESOR Y DIRECTOR

:.....

Lic. Julia Belizario Gutiérrez

Área

: Gineco Obstetricia

Tema

: Embarazo Ectópico

Fecha de sustentación

: 5/12/16

DEDICATORIA

En memoria a mis padres Marcos y Felicitas:
Para que yo sea una luz en la oscuridad
de este mundo, que alivie el dolor de los
que sufren.

A mis hijos David, Dangela, Vanessa;
que me motivaron a enfrentar el futuro
con confianza.

Filomena Laureano Barrientos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno, Facultad de Enfermería porque a través de los docentes compartieron sus conocimientos a lo largo de la preparación de la especialidad en Gineco Obstetricia.

Agradezco en especial a la Mg. Ángela Esteves Villanueva y Lic. Julia Belizario Gutiérrez por acompañarme de principio a fin en este largo proceso de elaboración de esta monografía, han sido invaluable que han dado solidez a este trabajo.

Gracias Jesús: porque me has sostenido e inspirado a esta larga jornada.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	7
TÍTULO DE LA MONOGRAFÍA:	8
I. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 OBJETIVOS	15
II. REVISIÓN TEÓRICA.....	16
III. MATERIAL Y METODOLOGÍA.....	36
3.2 BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS	37
3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	37
IV. RESULTADOS	42
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES.....	56
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
VIII. ANEXOS	60

RESUMEN

La presente monografía titulada “INCIDENCIA Y PERFIL GINECOLÓGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015” se realizó con los objetivo específicos de identificar la distribución de casos según edad, paridad, estado civil, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de aborto y legrado uterino, complicaciones y según localización. Se realizó una búsqueda de artículos publicados de 2010 a 2015, en la Biblioteca Cochrane, en las Bases de datos Scielo; Medline, CINAHL Se identificaron 07 artículos relacionados al tema de embarazo ectópico que sirven como antecedentes. Llegando a la conclusión: La mayoría de pacientes con embarazos ectópicos predomina en edades entre 28 y 32 años con 36, 1%, seguidos de edades de 23 a 27 años con 27,7%. Según paridad los pacientes que presentan mayor riesgo son las multíparas con 56%, seguido de primíparas con 28% y finalmente nulíparas con 16%. Según estado civil los pacientes con riesgo de embarazo ectópico son las convivientes con 78%% casadas 14% y finalmente solteras con 8%. La presencia de antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica representa el 89% de los casos de embarazo ectópico. La mayoría de pacientes con embarazo ectópico según antecedente de aborto y legrado representa el 67% de mujeres que ingresan al servicio de ginecología, seguido de 33 % que no presenta antecedente. El 56% presentan complicaciones en casos de embarazo ectópico, y 44% no presentan complicaciones. La localización de casos de embarazo ectópico en el 94 % es tubarico y solo 6% es ovárico.

Palabras Claves: Perfil Epidemiológico, Embarazo Ectópico.

TÍTULO DE LA MONOGRAFÍA:

**“INCIDENCIA Y PERFIL GINECOLÓGICO EN PACIENTES CON EMBARAZO
ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO DE JULIACA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015”**

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

Les presentamos un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 28 años, con diagnóstico de embarazo ectópico de 16 semanas de gestación, con antecedentes de presentar dos abortos y un embarazo ectópico previo. Presentaba: taquicardia, taquipnea e hipotensión. Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal. La paciente fue sometida a cirugía, donde se interrumpió la gestación y se procedió a regularizar bordes y tejido desvitalizado.

Entre sus antecedentes, la paciente tiene 3 embarazos previos, de los cuales tuvo 2 abortos y 1 ectópico. No utiliza ningún método anticonceptivo. No presenta más antecedentes relevantes. La paciente se encontraba en regular estado general, con presión arterial de 75/50mmHg, frecuencia cardíaca de 128 por minuto y frecuencia respiratoria de 26 por minuto. Presentaba mucosas pálidas y secas, a la exploración abdominal se evidencia aumento de volumen, dolor a la palpación profunda en hipogastrio Blumberg (+) y resistencia abdominal a la palpación profunda. En la evaluación del tacto vaginal presentaba vagina de paredes elásticas, cérvix posterior cerrado, Douglas (+) y Prout (+).

Por tanto la paciente es internada con los diagnósticos de: Embarazo de 16 semanas por FUM, Hemorragia de la primera mitad del embarazo, Abdomen agudo ginecológico, Shock hipovolémico grado III y Alto Riesgo Obstétrico.

Los estudios que se solicitaron fueron: Hemograma (destaca: Glóbulos Rojos: 2310000/mm³, Glóbulos blancos: 15 600/mm³, Hemoglobina: 6,4g/dl, Hematocrito: 21%, sin alteración en los niveles de bilirrubina), una Ecografía Transvaginal (con identificación de producto de 16 semanas normotópico con líquido libre en fondo de saco).

El caso presentado me motiva a realizar la monografía respecto a conocer incidencia y perfil ginecológico en pacientes con embarazo ectópico en el servicio de ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca de enero a diciembre del 2015”

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años, y aunque ha disminuido su morbimortalidad, es la primera causa actual de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Su sospecha precoz es importante, ante toda mujer en edad fértil y con factores de riesgo indicativos de una gestación extrauterina ¹.

A medida que la incidencia aumenta, la mortalidad decrece (en EE.UU. de 35,5 muertes por 10.000 en 1970 a 3,8 por 10.000 en 1989), aunque en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causas del 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación y supone el 80-90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo².

El embarazo ectópico es responsable del 9 % de la mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación³. Entre los factores de riesgo se presentan; salpingitis, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, cirugía abdomino-pélvica previa, métodos anticonceptivos (dispositivo intrauterino, micro píldora pro-gestativa, esterilización tubárica), embarazo ectópico previo, técnicas de reproducción (Fertilización In Vitro), fármacos (diétilstilbestrol, antineoplásicos), endometriosis, insuficiencia lútea, edad materna (el riesgo es mayor desde los 28 años e incrementa desde los 40 años), enfermedad inflamatoria pélvica⁴. Después de un embarazo ectópico la probabilidad de volver a embarazarse es un 50% y el riesgo de presentarse nuevamente un embarazo ectópico es del 15% ⁵. Constituye una verdadera emergencia, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando un hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser percedero y limitar la vida reproductiva de la mujer⁶.

La hemorragia por vía vaginal ocurre porque la implantación extrauterina no produce cantidades suficientes de gonadotropina coriónica para mantener la función normal del cuerpo lúteo y la elaboración de progesterona. Los niveles bajos de progesterona llevan a la involución de la decidua uterina y aparece la hemorragia. El dolor abdominal es el resultado del aborto tubárico o de la ruptura tubárica evidente. Si una mujer con una prueba de embarazo positiva desarrolla abdomen agudo e hipovolemia, el diagnóstico de embarazo ectópico roto parece obvio y puede requerirse una laparotomía exploradora. Los pacientes típicamente se presentan hacia las 5 a 6 semanas de edad gestacional. Sin embargo, debido a que los datos de la fecha menstrual no son con frecuencia fidedignos, una edad gestacional estimada por la última regla, no debería influir en la diligencia que cada uno debe tener frente a un embarazo ectópico ⁷.

Motivados por el incremento del embarazo ectópico en nuestro medio y según las referencias citadas anteriormente, se realizó la presente monografía, con el interés de conocer incidencia y perfil ginecológico en pacientes con embarazo ectópico en el servicio de ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca de enero a diciembre del 2015.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo ⁸.

Esta monografía tiene el objetivo de determinar la Incidencia y Perfil Ginecológico de Pacientes con Embarazo Ectópico asociados a embarazo ectópico. Por otra parte puede generar herramientas para la identificación precoz de las pacientes en riesgo de desarrollar un embarazo ectópico y las potenciales complicaciones derivadas de este, lo que podría permitir la posibilidad de intervenciones oportunas, con la consecuente disminución de la morbimortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo.

Por este antecedente la Organización Mundial de la Salud - OMS ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud, más aún al tratarse de mujeres gestantes, para así poder orientar acciones no solo como una forma de prevenir problemas individuales y sociales, sino como posibilidad de hacer de la salud un bien común, que se convierta en un medio para lograr bienestar y un aporte al desarrollo social y económico del país. Desde este punto de vista, esta monografía puede presentar un impacto positivo dentro del componente de salud pública, ya que la generación de nuevos conocimientos en esta área, se espera que sea útil para la toma de decisiones, la formulación de políticas públicas y la orientación de programas de prevención sobre el problema estudiado⁹.

Además servirá a la Enfermera Especialista en Gineco Obstetricia como guía de interacción para mejorar los conocimientos teórico, práctico, específico, actualizado sobre el manejo de embarazo ectópico y así poder prevenir de alguna manera los casos de embarazo ectópico.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Incidencia y Perfil Ginecológico en pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del año 2015.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la distribución de edad en casos en embarazo ectópico.
- Identificar la distribución de casos de embarazo ectópico según paridad.
- Identificar distribución de casos de embarazo ectópico según estado civil.
- Identificar distribución de casos según antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Identificar distribución de casos según antecedente de aborto y legrado uterino.
- Identificar distribución de casos de embarazo ectópico por presencia de complicación.
- Identificar distribución de casos de embarazo ectópico según localización.

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico es definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio.

El embarazo ectópico es una condición de tal gravedad que compromete la vida de la gestante. Su número se ha incrementado 6 veces en las últimas 2 décadas. Actualmente registra aproximadamente el 2% del total de embarazos y es un importante problema de salud pública. El riesgo de muerte es 10 veces mayor que el del parto normal (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.

A pesar de este hecho, las muertes maternas por embarazo ectópico han disminuido como resultado del diagnóstico y tratamiento tempranos. Sin embargo; puede resultar en rotura de la trompa de Falopio acompañado por hemorragia intra abdominal masiva que frecuentemente origina abdomen agudo gineceo quirúrgico y sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en el primer trimestre. Aun cuando un embarazo ectópico es diagnosticado y tratado exitosamente, frecuentemente resulta en daño tubario y otorga un pobre futuro reproductivo para muchas mujeres (menos del 50% tienen embarazos posteriores exitosos).

Una gran cantidad de literatura describe asociaciones y factores de riesgo para el embarazo ectópico. Estos reportes sugieren que los principales factores de riesgo para el embarazo ectópico son las condiciones que evitan o retardan la migración del óvulo fecundado al útero.

El daño a las trompas de Falopio por injuria inflamatoria como la enfermedad pélvica, secuelas de cirugía pélvica y un embarazo ectópico previo incrementan el riesgo posterior de embarazo ectópico. Otros factores de riesgo incluyen el tabaquismo y el incremento de la edad materna. La fuerza de la asociación entre embarazo de transmisión sexual (en ausencia de enfermedad inflamatoria pélvica) y la asociación de una historia reproductiva (Ejemplo gravidez, carencia de un embarazo previo, antecedente de interrupción voluntaria del embarazo, abortos anteriores) no se ha determinado definitivamente.

Un porcentaje más pequeño de embarazos ectópicos se causan por una anomalía del huevo fertilizado o su ambiente hormonal. Más del 97% de embarazos ectópicos se localizan dentro de la trompa de Falopio, siendo el resto intersticial, abdominal, cervical y ovárico.

La laparotomía, alguna vez considera el estándar de oro en el tratamiento del embarazo ectópico ha sido reemplazada casi completamente por la laparoscopia quirúrgica y cuando el diagnóstico es hecho sin laparoscopia, el tratamiento no quirúrgico se ha convertido en una opción adecuada.

El embarazo ectópico que comprometía la vida está evolucionando en una enfermedad médica, con posibilidades de tratamiento de bajo costo, recuperación más rápida y mejor pronóstico de fertilidad subsecuente que con la cirugía tradicional.

2.2. HISTORIA

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez, probablemente en el año 963 D.C. por Albucasis, un escritor árabe, y reconocido por primera vez en 1693 por Busiere durante el examen del cuerpo de una prisionera ejecutada en Paris. El primer tratamiento quirúrgico con éxito de un embarazo ectópico fue descrito en Inglaterra por Lawson Tait, en 1883. En 1887 este autor publicó el tratamiento por salpingectomía en 4 pacientes y todas sobrevivieron, un suceso entonces extraordinario.

La tasa de supervivencia a principios del siglo XIX era muy baja. Un informe demostró que, de una total de 30 pacientes, sólo 5 sobrevivieron a la operación abdominal. Curiosamente, la tasa de supervivencia en los pacientes que se dejaron sin tratamiento fue de 1 de cada 3 casos.

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Según estudios, el 1,6 por ciento de los embarazos ectópicos, y de estos el 98 por ciento se producen en las trompas de Falopio. Por motivos no demasiado claros, cada vez resultan más frecuentes. Son factores de riesgo: infecciones abdominales previas (enfermedad pélvica inflamatoria), una enfermedad en la trompa de Falopio, un embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, la exposición fetal al dietilbestrol o una ligadura de trompas fallida (un procedimiento de esterilización en el que se corta u obstruye la trompa de Falopio), la endometriosis. En los raros casos en que una mujer queda embarazada con un dispositivo intrauterino (DIU) colocado, el riesgo de tener un embarazo ectópico es elevado.

Cuando ocurren, los embarazos ectópicos suelen desarrollarse en una de las trompas de Falopio (embarazo tubárico). Son infrecuentes los embarazos en el canal cervical, en el ovario o en la cavidad abdominal o pélvica. Un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida por lo que debe ser interrumpido lo antes posible. Según algunas estadísticas, 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones.

2.4. ETIOLOGÍA

Hay una serie de factores que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos no se identifican factores de riesgo predisponentes. En teoría, cualquier cosa que dificulte la migración del embrión hacia la cavidad endometrial podría predisponer a las mujeres a la gestación ectópica.

La superficie interna de la trompas de Falopio esta revestida de cilios vellosos que llevan al huevo fertilizado al útero. Los daños a los cilios o la obstrucción de las trompas de Falopio pueden dar lugar a un embarazo ectópico.

Las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) tienen una alta incidencia de embarazos ectópicos. La causa más frecuente es el antecedente de infección causada por *Chlamydia Trachomatis*. Los pacientes por infección por clamidias tienen una gama de presentaciones clínicas, desde una cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida y una enfermedad inflamatoria pélvica. Esto genera una acumulación de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio, lo que causa daños a los cilios. Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce, y esto presentaría una protección contra un embarazo ectópico. La cirugía de trompas por tubos dañados puede quitar esta protección y aumentar el riesgo de la aparición de un embarazo ectópico¹⁰.

Más de 50 por ciento de las mujeres que han sido infectadas no se enteran que tuvieron la exposición. Otros organismos causantes de EPI, como la *Neisseria Gonorrhoeae*, aumentan el riesgo de embarazo ectópico unas 4 veces. La incidencia de daño tubárico aumenta después de los episodios sucesivos de EPI; es decir, un 13 por ciento después de 1 episodio, 35 por ciento después de 2 episodios y 75 por ciento después de 3 episodios.

La cirugía tubárica, como la ligadura de trompas, puede predisponer a un embarazo ectópico. Setenta por ciento de los embarazos después de un cauterio tubárico son ectópicos, mientras que el setenta por ciento de los embarazos después de pinzar las trompas resultan intrauterino. 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. Este riesgo es mayor si se emplearon métodos más destructivos para la ligadura de trompas, como el cauterio de trompas o la eliminación parcial de estos. La explicación parece estar fundamentada en la formación de fístulas que permiten el paso de espermatozoides.

Antecedentes Ectópicos. Una historia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de futuros casos de aproximadamente el 7-10 por ciento. Este riesgo no se produce por la eliminación de los tubos afectados, aunque el otro tubo parece normal. El mejor método para el diagnóstico de la presente es hacer una ecografía. En general, una paciente con previo embarazo ectópico tiene una probabilidad entre 10-25 por ciento de probabilidad de un futuro embarazo tubárico.

Antecedentes Etarios. Las pacientes están en mayor riesgo de embarazo ectópico con la edad avanzada. La mayor tasa de embarazos ectópicos se produce en las mujeres de 35 – 44 años, quienes tienen un riesgo 3-4 veces mayor a desarrollar un embarazo ectópico, en comparación con las mujeres de 15-24 años. Una explicación propuesta implica la actividad eléctrica muscular en la trompa de Falopio, que es responsable de la motilidad tubárica. El

envejecimiento puede generar una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio.

Otros factores de riesgo:

Algunos autores afirman que las duchas vaginales aumentan los embarazos ectópicos, una hipótesis que es aún especulativa. Las mujeres expuestas a dietilestilbestrol (DES) en el útero tienen también un elevado riesgo de embarazo ectópico, hasta 3 veces el riesgo de las mujeres no expuestas. Ocasionalmente se observa que existe un cuerpo amarillo en el lado contralateral del sitio de implantación, lo que hace suponer que son de migración demasiado larga para alcanzar el útero.

Algunos embarazos ectópicos pueden deberse a:

- Defectos congénitos en las trompas de Falopio.
- Complicaciones de una apendicitis.
- Endometriosis.
- Complicaciones de una salpingitis.
- Tabaquismo: En comparación con las mujeres que no fuman, las fumadoras que se embarazan tienen el doble de probabilidades de sufrir este trastorno, ya que la nicotina de los cigarrillos paraliza los cilios del revestimiento de la trompa de Falopio.

También el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años eleva discretamente el riesgo, probablemente condicionados en parte por la enfermedad pélvica inflamatoria.

2.5. PATOGENIA

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que, varios días después, llega al útero. Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa) o si hay daño en la motilidad tubárica, el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico.

En un embarazo ectópico, el embrión no llega al útero, pero en cambio se adhiere a la mucosa de la trompa de Falopio. El embrión implantado se encaja activamente en el revestimiento de trompas, Más comúnmente invade vasos sanguíneos y causa sangrado. Ese sangrado intratubal suele expulsar a la implantación fuera de las trompas en la forma de un aborto espontaneo. Algunas mujeres tienden a pensar que están teniendo un aborto involuntario cuando realmente tiene un aborto tubárico. No suele haber inflamación de la trompa en un embarazo ectópico.

El dolor es causado por las prostaglandinas liberadas en el sitio de implantación, y por la sangre en la cavidad peritoneal, por ser un irritante local. A veces, el sangrado puede ser suficientemente fuerte para amenazar a la salud o incluso la vida de la mujer, Por lo general, este grado de hemorragia es debido a la demora en el diagnóstico, pero a veces, especialmente si la implantación es en la porción proximal de la trompa; es decir, justo antes de que entre en el útero, puede invadir la arteria vecina, y provocar sangrado antes de lo habitual¹¹.

2.6. CUADRO CLÍNICO

La clásica triada clínica de embarazo ectópico incluye: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. Los síntomas se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo. Normalmente el dolor suele ser abdominal, lo cual puede parecer un dolor común de estómago o cólicos. La diferencia es que el dolor es muy fuerte y se localiza en la parte baja del abdomen. También es posible sentir dolor al orinar o al hacer un movimiento brusco. Lamentablemente, sólo el 50 por ciento de las pacientes presentan signos clásicos. Las pacientes pueden presentar otros síntomas comunes a los embarazos precoces: náuseas, sensación de plenitud, fatiga, dolor abdominal bajo, cólicos fuertes, dolor en el hombro y dispareunia reciente.

2.7. DIAGNÓSTICO

Al inicio de un embarazo intrauterino normal, algunas mujeres suelen presentar signos y síntomas similares a los encontrados en pacientes con embarazos ectópicos u otros problemas ginecológicos o gastrointestinales. La disponibilidad de diversas herramientas bioquímicas, ecografías y modalidades quirúrgicas pueden ayudar al proveedor de salud a ofrecer un diagnóstico definitivo y la distinción de condiciones.

Con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el embarazo ectópico, hay que tratarlo antes de que el embarazo curse las 8 semanas, ya que es en este tiempo cuando ocurre la ruptura de tubo uterino (trompa de Falopio) y produce sangrado, que es interno, y que puede llevar a la paciente a un Shock hipovolémico. Por lo tanto, ante la posible sospecha, se vigila a partir de la quinta semana, haciendo sonografía abdominal. Se puede hacer también una sonografía vaginal a la tercera o cuarta semana de gestación.

Ni los factores de riesgo ni el cuadro clínico de un embarazo ectópico son lo suficientemente sensibles o específicos para establecer un diagnóstico definitivo, Por lo tanto, cualquier paciente en edad reproductiva debe ser estudiada si presenta dolor abdominal, cólicos o sangrado vaginal durante su embarazo.

2.8. ESTUDIOS DE LABORATORIO

En los últimos años se han desarrollado pruebas para la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (β -hCG) en el plasma sanguíneo y en la orina para detectar un embarazo antes de desaparecer el primer ciclo menstrual. Si bien algunos paquetes comerciales de análisis de orina pueden detectar la β -hCG a comienzos de la gestación, éstos están asociados con diferentes tasas de falsos negativos. Además, la necesidad de un valor cuantitativo hace que la prueba del β -hCG en el suero sanguíneo sea el criterio estándar para las pruebas bioquímicas.

Se mide la gonadotropina coriónica humana en la sangre, junto con la sonografía. Si está a niveles mayores de 1500 mUI/mL (entre la tercera y cuarta semana) o 5000 mUI/mL (entre la quinta y sexta semana) y si no se visualiza el feto en el saco, o si este último no está presente, se confirma entonces el diagnóstico.

Los niveles de progesterona en sangre representan otra herramienta utilizada en predecir las posibilidades evolutivas de la gestación y no para la diferenciación entre gestaciones anormales y embarazos intrauterinos saludables. Los niveles sanguíneos de progesterona no dependen de la edad gestacional, pero siguen siendo relativamente constantes durante el primer trimestre del embarazo normal anormal, no retornan a los valores de referencia si comenzaron fuera del rango y no se correlacionan con niveles de β -hCG. Sin embargo, no hay consenso sobre un valor específico que distingue entre un embarazo normal de uno anormal.

Varios autores han propuesto diferentes puntos de corte en relación con la sensibilidad de este examen de sangre. Un valor de progesterona superior a 25 ng/ml demostró una exclusión de embarazo ectópico con 97,4 por ciento de certeza en un estudio. Además, los niveles iguales o inferiores a 5 ng/ml indican un embarazo inviable, bien sea intrauterino o ectópico, y excluyen el embarazo normal con una sensibilidad de 100 por ciento.

Actualmente se están estudiando otros marcadores en la sangre y en la orina, a fin de ayudar a distinguir los embarazos normales y anormales. Por ejemplo, el estradiol sérico, la inhibida, la proteína asociada al embarazo, el glucorónido de pregnanediol, las proteínas de la placenta, la creatina quinasa y un perfil cuádruple que consiste en progesterona sérica, β -hCG, estriol y alfa-fetoproteína.

En la actualidad, el uso de cada uno de estos marcadores sólo se indica como una herramienta de investigación hasta que aparezcan evidencias clínicas considerables que demuestran su aplicación clínica.

2.9. TRATAMIENTO

Históricamente, el tratamiento de un embarazo ectópico se limitaba a la cirugía. Con la evolución y la experiencia con el metotrexato, el tratamiento de algunos embarazos ectópicos ha cambiado de curso. El tratamiento médico de un embarazo ectópico es preferido sobre las opciones quirúrgicas por una serie de razones, incluida la eliminación de la morbilidad de la cirugía y la anestesia general, potencialmente menos daño tubárico, y menos costo y necesidad de hospitalización.

a) Metotrexato:

El metotrexato es un agente quimioterapéutico que se une a la enzima dihidrofolato reductasa, la cual participa en la síntesis de nucleótidos purinas. Esto interfiere con la síntesis del ADN y perturba la multiplicación celular. Su eficacia en el tejido trofoblástico ha sido demostrada y se deriva de la experiencia adquirida en el uso de metotrexato en el tratamiento de molas hidatidiformes y coiocarcinomas. El metotrexato se usa en el tratamiento de un embarazo ectópico en una o múltiples inyecciones intramusculares.

b) Cirugía

Con los avances en la capacidad de hacer un diagnóstico precoz y las mejoras en las técnicas de microcirugía, la cirugía conservadora ha sustituido a la laparotomía con salpingectomía del pasado. En las últimas dos décadas se ha recomendado el abordaje quirúrgico más conservador para un embarazo ectópico no roto usando cirugía mínimamente invasiva, para preservar la función de las trompas y permitir a la paciente la oportunidad de mantener la fertilidad. Estas medidas incluyen la salpingectomía lineal y el ordeño del producto gestacional fuera de la ampolla distal. El abordaje más radical incluye la resección del segmento de las trompas de Falopio que contiene la gestación con o sin la reanastomosis.

La laparoscopia se ha convertido en el enfoque recomendado en la mayor parte de los casos, La laparotomía se suele reservar para las pacientes que se encuentren hemodinámicamente inestables o pacientes con embarazos ectópicos cornuales. También es un método preferido por cirujanos sin experiencia en laparoscopia y en pacientes donde es difícil el abordaje laparoscópico; por ejemplo, secundaria a la presencia de múltiples y densas adherencias fibrosas, la obesidad o hemoperitoneo masivo. Múltiples estudios han demostrado que el tratamiento laparoscópico de un embarazo ectópico da como resultado un menor número de adherencias postoperatorias que la lapaotomía. Además, la laparoscopía se asocia con una pérdida significativamente menor de sangre y una menor necesidad de analgesia. Por último, la laparoscopía reduce el costo, la duración de hospitalización y la del periodo de convalecencia.

Si la mujer quiere un embarazo en el futuro y está termodinámicamente estable, el tratamiento de elección es la salpingostomía lineal, un abordaje a lo largo de la cara antimesentérica de la trompa afectada con la subsecuente extracción de los productos de la concepción. Los embarazos ectópicos ubicados en la ampolla tubárica se encuentran por lo general entre la luz de la trompa y la serosa, y por lo tanto son candidatos ideales para la salpingostomía lineal¹¹.

2.10. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

MEDIDAS GENERALES Y TERAPÉUTICAS

Establecimiento con funciones Obstétricas y Ginecológicas Primarias y Básicas – FONP Y FONB (Categorías I-1, I-2, I-3, I-4)

- Identificar signos de peligro y factores asociados.
- Sospecha diagnóstica: estabilizar y referir inmediatamente.
- Vía segura con CIN a 9% con catéter endovenoso N° 18.
- Referencia oportuna con las siguientes medidas:
- Vía segura con catéter endovenoso N° 18.
- Vía aérea permeable, si tiene oxígeno con catéter nasal a 3 litros por minuto.
- Posición decúbito dorsal.
- Abrigo adecuado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales por profesional capacitado.
- Acompañante potencial donante de sangre.
- Comunicar al sitio de referencia.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Ginecológicas Esenciales FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalizar.
- Establecer vía endovenosa segura.
- Valorar el estado hemodinámico:
- Estable: Realizar pruebas para confirmar el diagnóstico.
- Inestable: Laparotomía exploratoria.
- Realizar exámenes auxiliares: Hemoglobina, grupo sanguíneo y factor RH, sub unidad Beta (β -hCG).
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones.
- Embarazo ectópico no complicado: Tratamiento médico o laparotomía exploratoria de requerirse.
- Embarazo ectópico complicado: Laparotomía.
- Tratamiento médico: Aplicable en paciente bajo control, asintomática, con embarazo ectópico íntegro, saco gestacional menor de 40 mm, sin actividad cardiaca embrionaria y niveles de subunidad Beta (β -hCG) menor de 5000 UI/ml con Matrotexate 50 mg por metro cuadrado de superficie corporal vía intramuscular.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LAPAROTOMÍA:

Lo primordial es cohibir la hemorragia con el mínimo daño a los órganos reproductivos ante la expectativa de nuevos embarazos.

Así mismo es importante:

- Lavado de la cavidad abdominal con solución salina.
- Dejar, si es necesario, drenajes intraabdominales.

a) Signos de alarma

- Sangrado vaginal.
- Dolor pélvico abdominal.
- Distensión abdominal.
- Palidez marcada.
- Desmayos o pérdida de conocimiento.

b) Criterios de alta

Los mismos de toda cirugía abdominal. Educar a la paciente y su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar; así como sobre los riesgos de un nuevo embarazo.

c) Pronostico

En general, es favorable. Es reservado ante la expectativa de nuevas gestaciones, y por eso es importante que la mujer conozca los resultados de la cirugía y que la historia clínica esté adecuadamente documentada.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico son el aborto tubario y la rotura de la trompa gravídica.

El aborto tubario es la más común de las complicaciones y la de menor gravedad. Se trata, por lo general, de un embarazo localizado en una zona alejada del cuerno del útero. El proceso puede pasar inadvertido por la paciente, quien sólo hace referencia de discretos dolores y lipotimias, que luego desaparecen, pero en otras ocasiones se produce un episodio agudo de dolor de tipo punzante en uno de los cuadrantes inferiores del abdomen, acompañado de signos de anemia de intensidad variable, con constante aceleración del pulso, hipotensión, palidez, mareos y transpiración. Si la hemorragia es intensa, el estado general se perturba notablemente la irritación del peritoneo por la sangre extravasada exacerba el dolor abdominal y hace aparecer defensa localizada y dolor en el hombro, por irritación del frénico.

Al tacto del dolor es muy intenso en el fondo de saco de Douglas. El hematocele genera allí un tumor blando y pastoso. La punción del fondo de saco permite extraer sangre de la cavidad peritoneal, la cual no coagula y es de coloración rojo ladrillo, características éstas que permiten diferenciarla de la sangre que pudiera haber salido de un vaso al hacer punción.

Al producirse la rotura tubaria, si es brusca y amplia, da lugar al cuadro cataclísmico de Barnes. Esto ocurre habitualmente en los embarazos tubarios localizados en las proximidades del cuerpo del útero, donde el calibre de la trompa es menor y su vascularización más rica. En estos casos, el dolor se presenta en forma súbita, con gran intensidad, como puñalada, lateralizado en el abdomen inferior con irradiación al hombro y signos de grave shock: hipotensión, taquicardia, palidez, etc. Como en el aborto tubario, el examen genital revela un Douglas muy doloroso y ocupado, cuya punción permite obtener sangre incoagulable.

En algunas ocasiones la rotura de la trompa se produce muy lentamente y entonces origina cuadros proteiformes, en los cuales es dable observar la presencia de un tumor pelviano doloroso precedido de ligeras metrorragias, corta amenorrea y dolor espontaneo discreto, con palidez y anemia de poca intensidad.

a) Shock Hemorrágico de Origen Obstétrico

El shock es un síndrome que puede obedecer a múltiples causas. Resulta difícil precisar una definición; sin embargo, con mucha frecuencia utilizamos aquella que lo define como una desproporción entre continente y contenido, en donde se produce un estado de insuficiencia circulatoria periférica con déficit de perfusión tisular, hipoxia y severos cambios metabólicos¹².

Cualesquiera que fuera la causa del shock hemorrágico, la pérdida de sangre que lo antecede condiciona un menor retomo venoso al corazón derecho y consecuentemente un menor débito cardiaco. Este último provoca un déficit de perfusión de los tejidos que trae como consecuencia menor oferta de oxígeno a nivel tisular. La hipoxia así originada desencadena un trastorno molecular; se altera el flujo a nivel de la microcirculación y la falta de oxígeno repercute en el metabolismo de la glucosa. Se moviliza la vía anaeróbica que lleva a la producción de metabolitos ácidos y condiciona entonces acidosis metabólica. La isquemia progresiva de los tejidos y la acidosis metabólica condicionan liberación intracelular de enzimas lisosómicas y estímulo suficiente para desencadenar la cascada de coagulación intravascular diseminada. Conforme avanza el fenómeno se descompensan los mecanismos iniciales, aumenta el desarreglo metabólico, el tono vascular se modifica y empieza a deprimirse la función cardiaca y cerebral, lo que conduce a graves consecuencias¹³.

La hemorragia en la paciente obstétrica es sumamente importante y constituye un factor de riesgo para la madre y el niño. Es la primera causa de muerte materna en los hospitales del Perú y es causa importante de muerte en todas las series de mortalidad materna comunicadas¹⁴. Es obvio que la hemorragia cuantiosa en la mujer, para condicionar muerte, debe pasar antes por la contingencia de producir un shock hipovolémico¹⁵.

Cuidados de enfermería frente a un caso de shock hemorrágico:

1. Anamnesis directa o indirecta y examen clínico muy rápidos.
2. Venoclisis con aguja gruesa o mejor catéter para administrar fluidos y monitorizar la presión venosa central.
3. Reemplazo de volumen: de preferencia sangre. Mientras ello ocurre se administra solución salina isotónica.
4. Exámenes auxiliares de urgencia: grupo sanguíneo y Rh, Hb y Hto.
5. Es importante la verificación clínica de la coagulación.
6. Asegurar vías aéreas libres y oxigenar.
7. Medición continua de la diuresis.
8. Vigilancia constante de las funciones vitales y balance hídrico.
9. Control y eliminación de la causa del sangrado.
10. No usamos sustancias vasoactivas.

b) Pelviperitonitis

El término enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) comprende un cuadro infeccioso que compromete el útero, trompas de Falopio, ovarios y/o peritoneo pélvico, y es producido inicialmente por gérmenes de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, en alrededor de 50% de los casos¹⁶.

Se excluye de este grupo de infecciones a aquellas relacionadas con complicaciones del embarazo, así como las producidas como consecuencia de algún procedimiento o instrumentación de los órganos genitales. Estando involucrados en su génesis gérmenes transmitidos sexualmente, es que la EPI es considerada una infección de transmisión sexual (ITS)¹⁷.

La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado en el mundo. Si bien la mortalidad por esta patología ha disminuido, sin embargo los efectos a largo plazo del embarazo tubárico son importantes desde el punto de vista reproductivo. Por ejemplo, se menciona recurrencias del embarazo tubárico de 10% a 20% y problemas de esterilidad, en porcentajes que van de 15% a 50% después de un episodio de embarazo tubárico¹⁸.

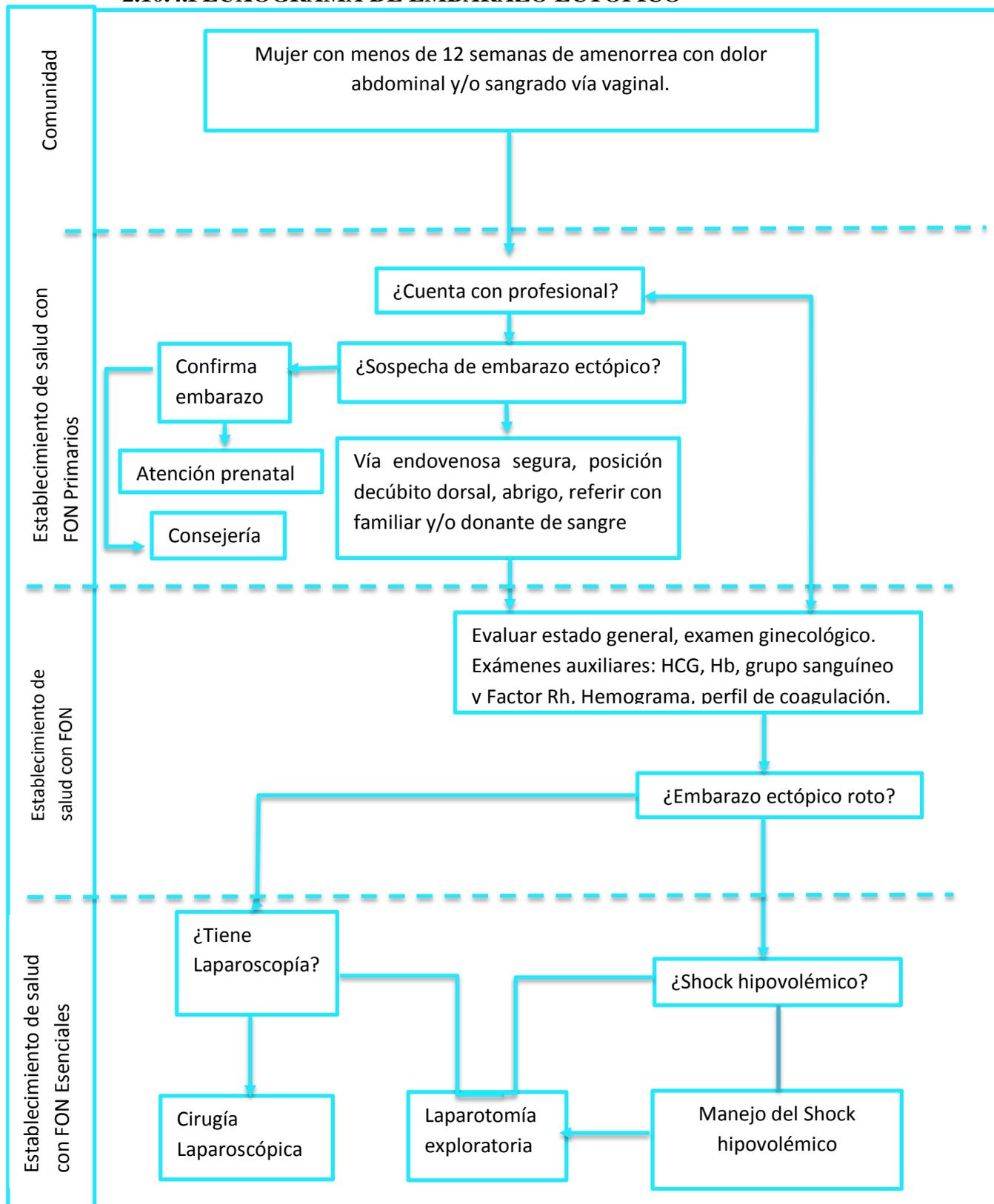
Existen comunicaciones que han demostrado un incremento del riesgo de embarazo ectópico hasta de 7 veces mayor en mujeres con antecedentes de EPI. Se menciona sin embargo que solo 10% a 30% de las pacientes con embarazo ectópico manifiestan haber tenido una historia de EPI sintomática.

A pesar de ello, existen publicaciones que demuestran un incremento significativo del nivel de anticuerpos séricos contra Chlamydia en un número significativo de casos de embarazo ectópico sin antecedente de EPI, lo cual puede corresponder a EPI asintomática o silente, que a pesar de haber pasado desapercibida ha dejado secuela a nivel de la trompa uterina. En otros casos, se ha informado de salpingitis confirmada por histopatología en los casos sometidos a salpingectomía por embarazo tubárico¹⁹.

Cuidados de enfermería:

1. Brindar atención integral de enfermería frente a un paciente diagnosticado con embarazo ectópico.
2. Dialogar con la paciente y familiares, apoyándolos emocionalmente creando un ambiente de cordialidad y armonía.
3. Ayudar al paciente a reducir su ansiedad y dolor.
4. Informarle respecto al pronóstico favorable de esta patología.
5. En los casos en los que se amerita se debe recurrir a la intervención quirúrgica del especialista.
6. Revisar la historia clínica, a fin de que la paciente tenga todos los exámenes de laboratorio pertinentes.
7. Preparar la zona operatoria.
8. Colocar sonda vesical Foley N° 14-16 con su respectiva bolsa recolectora para evaluar el volumen inicial y diuresis horaria.
9. Canalizar dos vías endovenosas periférica con catéter N° 16-18 para la infusión rápida de soluciones cristaloides.
10. Enviar a la paciente a sala de operaciones con respectiva ropa de quirófano, informarle a la paciente y familiares lo que esta ocurriendo.
11. Determinar el estado emocional y psicológico de la paciente.

2.10.4.FLUXOGRAMA DE EMBARAZO ECTÓPICO



III. MATERIAL Y METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo retrospectivo porque se analizará la recolección de datos de las historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico entre enero a diciembre del 2015 del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

3.1. MATERIAL

Durante el periodo en mención se consultó al Área de Estadística y Soporte Informático del Departamento de Ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Se examinó además el Libro de Registro de Ingresos de Pacientes del Servicio de Ginecología – 2015 del Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca, puesto que en él se atienden los casos de patología del embarazo ectópico y demás. Por lo que, se determinó que el total de pacientes con embarazo ectópico fue de 36 entre el periodo comprendido de enero a diciembre del 2015.

Así mismo se procedió a la revisión de Historias Clínicas del 2015 del Servicio de Ginecología correspondiente al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

3.2. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

Se realizó una búsqueda de artículos publicados de 2009 a 2016 con las siguientes palabras clave, embarazo ectópico, perfil, factores de riesgo, en la Biblioteca Cochrane, en las Bases de datos Scielo, LILACS; Medline, CINAHL Se identificaron 06 artículos relacionados al tema.

3.3. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

El artículo titulado Factores epidemiológicos del embarazo ectópico se realizó Con el objetivo de evaluar algunos factores epidemiológicos del embarazo ectópico, estudio prospectivo y longitudinal de todas las pacientes que ingresaron por esta afección en el Hospital Docente "Comandante Pinares" El grupo estudio estuvo formado por 80 pacientes, mientras que el grupo control fue formado por 85 pacientes. Ambos grupos se escogieron de forma aleatoria. Las variables analizadas fueron: edad, antecedentes obstétricos, utilización y tipo de anticonceptivo, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica y antecedente y tipo de enfermedad de transmisión sexual. Para el análisis de los datos se utilizó el porcentaje, la media, la desviación estándar. Se obtuvo un predominio del grupo de 25 a 29 años, con significación estadística para las nulíparas, las mujeres que utilizaron anticonceptivos y, específicamente las que tenían dispositivo intrauterino; también se encontraron resultados significativos con relación al control en aquellas pacientes que presentaron una enfermedad inflamatoria pélvica y antecedentes de enfermedad de trasmisión sexual, con especial énfasis en las que tuvieron trichomoniasis y sífilis. Se concluyó que los elementos antes mencionados constituyeron factores de riesgo para que se produzca un embarazo ectópico²⁰.

Otro artículo titulado Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico con el objetivo de conocer la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico. Se realizó un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Gineco Obstétrico "Eusebio Hernández". La muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica. Se realizó encuesta a cada paciente donde se analizaron diferentes variables: edad, hábito de fumar, inicio de las primeras relaciones sexuales, antecedentes obstétricos, afecciones pelvianas, anticoncepción utilizada.

Resultados: 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 %. Conclusiones: 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 casos²¹.

El artículo titulado el embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Refiere que el embarazo ectópico es la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia ha aumentado en los últimos 30 años, y aunque ha disminuido su morbimortalidad, es la primera causa actual de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Su sospecha precoz es importante, ante toda mujer en edad fértil y con factores

de riesgo indicativos de una gestación extrauterina. La sintomatología suele ser amenorrea, abdominalgia, metrorragia, síntomas generales de gestación, e incluso síncope y shock. El diagnóstico del embarazo ectópico se basa en los datos clínicos, resultados analíticos en sangre y orina maternas, estudio sonográfico, culdocentesis, inspección laparoscópica o laparotómica y estudio histológico. El tratamiento puede ser quirúrgico (salpingostomía o salpingectomía), médico (metotrexato) o expectante, dependiendo de los factores del embarazo ectópico: precocidad diagnóstica, presencia de complicaciones agudas, condición clínica de la paciente, etc²²

Por otro lado, el artículo titulado Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso. Refiere que embarazo ectópico cervical es excepcional y puede afectar la capacidad reproductiva y la vida de la paciente. En reportes previos se describe que la mortalidad materna es cercana al 50% en las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico cervical e histerectomía como medida terapéutica. En la actualidad, los avances en las técnicas ultrasonográficas han permitido el diagnóstico oportuno y tratamiento conservador con diferentes variantes. El embarazo ectópico cervical representa un reto que le exige al obstetra gran capacidad resolutive, sobre todo desde el punto de vista del tratamiento porque es un problema predominante en mujeres en edad reproductiva, y más aún en quienes han recurrido a técnicas de reproducción asistida, y que por ello mismo la fertilidad es un asunto de suma relevancia. En la actualidad no existe la suficiente evidencia científica para crear guías de manejo estandarizadas; así pues, individualizar las opciones a cada paciente es y seguirá siendo la mejor forma de hacerle frente a este problema. Se reporta el caso de una mujer de 31 años de edad que acudió al servicio de Urgencias con el antecedente de embarazo ectópico cervical en el que fracasó el tratamiento conservador, con sangrado obstétrico que puso en riesgo su vida, y que requirió tratamiento quirúrgico radical²³.

La monografía. Titulada embarazo ectópico. Define al embarazo ectópico como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. La trompa de

Falopio es el lugar más común, siendo responsable del 95% de los embarazos ectópicos. Su frecuencia ha experimentado un incremento en los últimos 20 años y se ha estimado en 14,3 a 16 embarazos ectópicos por cada 1000 embarazos informados. Objetivo: determinar la prevalencia de casos de embarazo ectópico y sus características clínicas. Materiales y método: estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, basado en las historias clínicas de pacientes que consultaron al Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción en el año 2011. Fueron estudiadas la edad, motivo de consulta, edad gestacional al momento del diagnóstico, sitio de implantación del embarazo, tratamiento empleado y días de internación hasta el momento del alta. Resultados: la prevalencia de embarazos ectópicos hallada fue 1,47%. La edad media fue 29 ± 5 años. El motivo más frecuente de consulta fue dolor abdominal. La edad gestacional promedio al momento de la consulta fue $6,5 \pm 1,8$ semanas. El sitio más frecuente de localización fue el tubárico (84%). El tratamiento de elección fue el quirúrgico recurriendo al tratamiento médico en sólo tres oportunidades. La media del tiempo de internación fue $3,6 \pm 3$ días. Conclusión: la prevalencia de embarazo ectópico fue 1,47% en el año 2011. La edad media fue 29 años, se presentó en las trompas de Falopio en 87% y requirió un promedio de 3,6 días de internación²⁴.

En el 2009, García F. et al (34) realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las pacientes portadoras de esta patología ginecológica, confirmando su diagnóstico por clínica, laboratorio y exámenes complementarios. De los 102 (100%) afectados, el grupo etáreo más comprometido está entre los 20 – 29 años (56,4%) la paridad de las mismas corresponde a primigestas y según digestas 43 casos (42,15%). Las cesáreas y los abortos previos son antecedentes que se deben tomar en cuenta, ya que el 12,7% 13 casos, resultaron ser portadores de esta patología adicional. Las pacientes usuarias del DIU 22 casos (21,56%) también fácilmente pueden complicarse con un embarazo ectópico. Las parejas sexuales múltiples entre 2 y 3 son también una causa que puede inducir a esta complicación, 47 casos (46,04%). También los niveles de instrucción intermedia 45 (44,11%), sufren mayor incidencia de complicarse por embarazo ectópico por sus parejas sexuales y adquisición de E.T.S. que es muy elevada. Todas las pacientes (100%) 102 casos fueron sometidas a una laparotomía y

resueltas por salpinguectomía 77 casos (75,49%) y salpingostomía 5 casos (4,9%) y otras variantes de la cirugía tubaria. Con estos resultados obtenidos, la incidencia de embarazo ectópico fue del 0,52% y la relación con el número de recién nacidos es de 1 por cada 191(35)²⁵.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

A continuación se detalla los nombres y demás datos de 36 pacientes bajo el diagnóstico de embarazo ectópico.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 1

**DISTRIBUCION DE EDAD EN CASOS EN EMBARAZO ECTOPICO EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
DE JULIACA ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

EDAD	N°	%
18-22	07	19
23-27	10	28
28-32	13	36
33-37	04	11
38-42	02	6
TOTAL	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el presente cuadro observamos que la mayoría de pacientes tenían edades entre 28 y 32 años, representando el 36% de pacientes con embarazos ectópicos, seguidos de edades de 23 a 27 años con 28%.

Resultados similares a los encontrados por Balestena, Jorge, quien concluyó que la edad constituye un factores de riesgo para que se produzca un embarazo ectópico, obteniendo un predominio del grupo de 25 a 29 años. . Una explicación propuesta implica la actividad eléctrica muscular en la trompa de Falopio, que es responsable de la motilidad tubárica. El envejecimiento puede generar una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio.

Muchos estudios concuerdan con el hecho de que la mayor incidencia de embarazos ectópicos ocurre en el grupo de edades de 20 a 29 años correspondiendo con el momento más fértil de la mujer, justificándose porque en este periodo de la vida de la mujer es donde más se utilizan los métodos anticonceptivos, incremento de la actividad sexual y por ende aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

Un embarazo ectópico se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial. La incidencia ha aumentado en las últimas décadas hasta alcanzar el 1-2%^{1,9}, aunque las cifras se han estabilizado en los últimos años. Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos.

Un embarazo ectópico es causado frecuentemente por una afección que obstruye o retarda el paso de un óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio hacia el útero. Algunos factores también pueden incrementar el riesgo de embarazo ectópico: Edad mayor a 30 años.

En muchas ocasiones, el embarazo ectópico puede diagnosticarse antes de ser sintomático y plantearse una estrategia terapéutica definitiva con pocas complicaciones. La determinación cuantitativa de β -HCG, la ecografía y, en ocasiones, el legrado permite un diagnóstico precoz y plantear un tratamiento oportuno. La cirugía conservadora y el tratamiento médico del embarazo ectópico son comparables en términos de tasas de éxito y subsecuente fertilidad. Cuando hay posibilidad de elección, es preferible el tratamiento médico por su menor costo.

CUADRO N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN PARIDAD EN
SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
DE JULIACA ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

Paridad	N°	%
Nulípara	6	16
Primípara	10	28
Multípara	20	56
TOTAL	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el presente cuadro observamos que la mayoría de mujeres multíparas 20 que representa el 56% presenta embarazo ectópico, seguido de mujeres primíparas 10 con 28% y finalmente nulíparas 6 con 16%.

Resultados semejantes a los presentados por Res Rodríguez YI y Altunaga M P, quienes concluyen la paridad de las mismas corresponde a primigestas y según digestas 43 casos (42,15%) resultados similares a los encontrados en la monografía.

El embarazo ectópico es una condición de tal gravedad que compromete la vida. Su número se ha incrementado en las últimas 2 décadas. Actualmente registra aproximadamente el 2% del total de embarazos y es un importante problema de salud pública.

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.

El embarazo ectópico todavía es una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna. Es una condición de tal gravedad que compromete la vida en ciertos casos, siendo reconocida como la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo²⁸.

CUADRO N°3

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN ESTADO CIVIL
EN SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE DE
JULIACA ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

Estado Civil	N°	%
Conviviente	28	78
Casadas	5	14
Solteras	3	8
TOTAL	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el presente cuadro observamos que la mayoría de mujeres convivientes 28 que representa el 78% presenta riesgo de presentar embarazo ectópico, seguido de mujeres casadas 05 con 14% y finalmente solteras 3 con 8%.

Con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el embarazo ectópico, hay que tratarlo antes de que el embarazo curse las 8 semanas, ya que es en este tiempo cuando ocurre la ruptura de tubo uterino (trompa de Falopio) y produce sangrado, que es interno, y que puede llevar a la paciente a un Shock hipovolémico. Por lo tanto, ante la posible sospecha, se vigila a partir de la quinta semana, haciendo sonografía abdominal. Se puede hacer también una sonografía vaginal a la tercera o cuarta semana de gestación.

Ni los factores de riesgo ni el cuadro clínico de un embarazo ectópico son lo suficientemente sensibles o específicos para establecer un diagnóstico definitivo, Por lo tanto, cualquier paciente en edad reproductiva debe ser estudiada si presenta dolor abdominal, cólicos o sangrado vaginal durante su embarazo.

CUADRO N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD
INFLAMATORIA PÉLVICA EN SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO –JULIACA 2015.**

Antecedente De Enfermedad Inflamatoria Pélvica	N°	%
Si	32	89
No	4	11
TOTAL	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el siguiente cuadro se observa que del 100% 32 mujeres si presentan antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica 89%, y no presentan solo 11 %.

El aumento progresivo de embarazo ectópico se debe a factores de riesgo como la EPI. En nuestra monografía representó 89%, similar al Rodríguez Morales la enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %.

El padecer una afección inflamatoria pélvica de causa bacteriana sea cual sea el germen responsable. Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis muchas veces son asintomáticas, producen una serie de cambios morfológicos y funcionales a nivel de la trompa, afectando tanto la motilidad como la luz, produciéndose estrechez que impiden la adecuada migración del óvulo fecundado, teniendo como consecuencia el desplazamiento inadecuado, la implantación y desarrollo del embarazo a nivel del área afectada. Las mujeres que han padecido EIP tienen un riesgo de hasta siete veces mayor de un embarazo ectópico subsecuente.

Concluimos que el embarazo ectópico es una patología que está en ascenso, no solo a nivel nacional sino también mundialmente y que, siendo el principal manejo de tipo radical, afecta la fertilidad posterior de dichas mujeres²⁹.

Una historia de enfermedad inflamatoria pélvica es particularmente importante, Después de una salpingitis aguda, el riesgo de embarazo ectópico es 7 veces mayor. Esto se explicará porque la distorsión anatómica puede acompañarse por el deterioro funcional de la actividad ciliar dañada.

CUADRO N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO Y LEGRADO
UTERINO EN SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

Antecedente de Aborto Y Legrado Uterino	N°	%
Si	24	67
No	12	33
TOTAL	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el cuadro se observa que el 67% de mujeres que ingresan al servicio de ginecología tienen como antecedente de aborto y legrado Uterino en la presencia de embarazo ectópico, seguido de 33 que no presenta antecedente.

El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal, y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo. Se considera que el uso indiscriminado del aborto como método para interrumpir un embarazo es uno de los factores más importante en la aparición de un futuro. Ya que al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina, los cambios inflamatorios locales que se producen a este nivel, ya sea por la acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede propagarse y ascender a las trompas y producir cambios anatomo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y en el futuro un posible EE.

Esto concuerda con lo revisado en la literatura, donde relacionan el aborto inducido con el mayor riesgo de producir infertilidad secundaria y de hecho el riesgo de ocurrencia de una gestación ectópica.

CUADRO N° 6

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO POR PRESENCIA DE
COMPLICACIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO	N°	%
Si	20	56
No	16	44
TOTAL	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el cuadro se observa que el 56% presentan complicaciones en casos de embarazo ectópico, y 44% no presentan complicaciones.

El embarazo ectópico es una entidad que ocasiona grave preocupación personal de salud por su dramatismo y en ocasiones por la dificultad en hacer el diagnóstico. De la rapidez en realizar un diagnóstico acertado dependerá con frecuencia, la vida de la paciente, su pronta recuperación y la prevención de secuelas. Son las instituciones que prestan servicios de salud a un amplio sector de la población, las que pueden enseñarnos a conocer la patología ginecológica más frecuente, permitiéndonos aprender de esas experiencias y fijar normas de atención que permitan mayor destreza en su manejo y mejores resultados en el futuro.

La teoría más importante para explicar este fenómeno involucra el adelanto tecnológico que permite diagnosticar el embarazo antes del atraso menstrual con gran certeza, combinado con el conocimiento y conducta agresiva del médico ante la sospecha diagnóstica.

El embarazo ectópico complicado fue el más frecuente, lo que explicaría la presencia de shock hipovolémico la necesidad de transfusión sanguínea. Este hecho también explicaría en parte que la salpinguectomía unilateral sea el procedimiento realizado con mayor frecuencia; puesto que constituye el método más ventajoso cuando el especialista encuentra una trompa con daño irreparable o hay hemoperitoneo acompañado de shock o hemorragia profusa. Sin embargo, al revisar el reporte operatorio de algunos casos con embarazo tubárico no roto, es posible que pudo haberse tomado una actitud conservadora de la trompa de Falopio de acuerdo a la historia reproductiva materna.

Un aspecto importante del estudio es que siendo en la actualidad la laparoscopia el método quirúrgico estándar para el tratamiento del embarazo ectópico con estudios aleatorizados prospectivos que han demostrado definitivamente ventajas sobre la laparoscopia en términos de costo, estancia hospitalaria, el tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea y requerimiento de analgesia menores y una convalecencia más breve; no se ha realizado ninguna cirugía laparoscópica en nuestra casuística; lo que se explicaría por falta de entrenamiento en cirugía laparoscópica y la no disponibilidad del equipo durante las horas de guardia en la institución.

Así mismo, no se encontró ningún caso con tratamiento médico, el cual según diversos autores tiene tasas de resultados satisfactorios similares a las del tratamiento quirúrgico tradicional y menores tasas de persistencia y costo en pacientes diagnosticadas temprana y oportunamente.

CUADRO N°7

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN
LOCALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA ENERO A DICIEMBRE DEL 2015.**

Localización	N°	%
Tubárico	34	94
Ovárico	2	6
total	36	100

Ficha de recolección de datos aplicado en HCMM-Juliaca 2015

En el cuadro se observa que la localización de casos de embarazo ectópico en el 94 % es tubarico y solo 6% es ovárico.

El embarazo tubárico es el más representativo de la implantación ectópica, dependiendo su curso clínico, en gran parte, de la localización topográfica de la misma. En algunas ocasiones, la interrupción del embarazo es tan precoz, que se resuelve por reabsorción espontánea, sin llegar a dar manifestaciones ni de amenorrea. Lo habitual, sin embargo, es que progrese hasta el segundo o tercer mes del embarazo. Una vez implantado el huevo en la trompa, las vellosidades invaden rápidamente el endosalpinx, alcanzando la pared tubárica y el peritoneo. Esta penetración va acompañada de una proliferación vascular y de un hematoma peritubárico o hematosalpinx, que a menudo afecta la trompa contralateral, y que se propaga hacia el extremo distal de la trompa, entre la pared y la serosa.

A partir de aquí, puede evolucionar hacia el aborto tubárico el huevo carece de vellosidades suficientes y está implantado en el segmento distal de la trompa. Se atrofia y se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de Douglas formando hematocele. En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal. El aborto tubárico se da con más frecuencia en la implantación ampular y fimbriada de la trompa.

El embarazo ectópico se relaciona más a menudo con factores de riesgo que causan daño tubárico y alteración del transporte embrionario.

V. CONCLUSIONES

- La mayoría de pacientes con embarazos ectópicos predomina en edades entre 28 y 32 años con 36%, seguidos de edades de 23 a 27 años con 28%.
- Según paridad los pacientes que presentan mayor riesgo son las multíparas con 56%, seguido de primíparas con 28% y finalmente nulíparas con 16%.
- Según estado civil los pacientes con riesgo de embarazo ectópico son las convivientes con 78% casadas 14% y finalmente solteras con 8%.
- La presencia de antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica representa el 89% de los casos de embarazo ectópico
- La mayoría de pacientes con embarazo ectópico según antecedente de aborto y legrado representa el 67% de mujeres que ingresan al servicio de ginecología, seguido de 33% que no presenta antecedente.
- El 56% presentan complicaciones en casos de embarazo ectópico, y 44% no presentan complicaciones.
- La localización de casos de embarazo ectópico en el 94% es tubárico y solo 6% es ovárico.

VI. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los resultados y conclusiones obtenidos en la presente monografía se puede recomendar lo siguiente:

- Capacitar a las licenciadas en Enfermería y demás trabajadores asistenciales que laboren en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca y en general en todo Centro de Salud, a fin de que puedan obtener conocimientos en los primeros niveles de atención sobre los factores de riesgos del embarazo ectópico y así disminuir la incidencia creciente de la misma, buscando las estrategias adecuadas y motivación que el profesional necesita.
- Dar a conocer a la población mediante medios de información (Televisión, Redes Sociales como Facebook, twitter y demás) sobre las posibles consecuencias a futuro de un legrado, post aborto y enfermedad pélvica inflamatoria en especial a las mujeres en edad fértil.
- Motivar futuros estudios de manera prospectiva, donde se apliquen adecuados métodos, diseños de investigación más aun teniendo las historias clínicas como documento valioso para continuar analizando y encontrar posibles estrategias que mejoren la salud de la mujer.
- Las intervenciones de Enfermería deben ser oportunas para prevenir mayores consecuencias en las mujeres en edad reproductiva.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz-Velasco V. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Actualización. Prog Obstet Ginecol. 2010;53:351---63.
2. Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. Current Opinion Obstet Gynecol, 16 (2004), pp. 289-93
3. Sanja Kupesic. Embarazo ectópico. 2º Edición. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2008. Pág. 230-240.
Disponible en: books.google.com.bo/books?id=ukephvVeHYgC&prinsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false.
4. Arévalo S., Tratamiento del embarazo ectópico Operatoria Obstétrica. Una visión actual. 1º Edición. México. Editorial Médica Panamericana. 2009. Pág. 55-58. Disponible en: http://books.google.com.bo/books?id=n7qU5f6W9qIC&pg=PA55&dq=embarazo+ectopico&hl=es&sa=X&ei=iLW3T8_fB4mE6AHjz_z7Cg&ved=0CGgQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false
5. Wiznitzer A., Sheiner E. Embarazo Ectópico y Heterotrópico. 3º Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2010. Pág. 161-172. Disponible en: <http://books.google.com.bo/books?id=RS11QMxGgA8C&pg=PA164&dq=obstetricia+embarazo+ect%C3%B3pico&hl=es&sa=X&ei=S7m3T6upOsKO6gHMjOn3Cg&ved=0CEoQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false>
6. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002 Sep.-dic. 28
7. Marana R. et al. Prognostic role of laparoscopic salpingoscopy of the only remaining tube after contralateral ectopic pregnancy. Fertil Steril 2005; 63:303-6.
8. Cabero Roura L, et al. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002: 559.
9. Diana Elizabeth Moreno Moreno y Diana Catalina Duran Acero. Factores De Riesgo Asociados a Embarazo Ectópico. 2014; (16).

10. Lorente D, Ceñedo S, Fuente P, Guzmán J. Factores asociados al embarazo ectópico. *iMedPub* (España). 2008; 4 (2) 1-17.
11. Faneite P, Amato R, Faneite J, Rivera C, Palacios L. Embarazo ectópico. 2000-2007. *Rev Obst Ginecol* (Venez) 2008; 68(3) 155-159.
12. Urrutia M, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stiven L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(3) 154-159.
13. Chessman, R. Tratamiento del shock en obstetricia, Curso de perfeccionamiento de graduados. Urgencias en Obstetricia Ginecología: Hemorragias. Escuelas de graduados, Facultad de Medicina, UNMSM, pág. 197-199. Lima, Perú 1966.
14. Schwarcz R., Duverges, C., Díaz, A.G., y Fescina, R. Obstetricia, 4.^a ed., Editorial El Ateneo, 1986, pág. 471-475.
15. Ludmir, A. Mortalidad materna en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé 1962-1986. *Ginecología y Obstetricia* 36:10, 9-15. Lima, Perú 1990.
16. Shock Hemorrágico de Origen Obstétrico, Drs.: Luis Távara Orozco, Rubén Villacaqui R.*S Hospital de Apoyo "María Auxiliadora" Lima- Perú
17. McCormack WM. Pelvic inflammatory disease. *NEJM*. 1994;330:115-9.
18. Soper DE. Genitourinary infections and sexually transmitted diseases. En: Berek JS. Novak's *Gynecology*. 12th. Edition. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins. 1999:429-45.
19. Paavonen J. Complicaciones y secuelas. En: Handsfield HH, ed. *Enfermedad Inflamatoria Pélvica: epidemiología, etiología, tratamiento y complicaciones*. Suplemento especial de *Hospital Practice*. Nueva York, EE UU: Maclean Hunter Medical Communication Group Inc. 1990;19-22.
20. Droegemueller W. Infections of the upper genital tract. En: Mishell DR, Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AL. *Cromprehensive Gynecology*. Third edition. St Louis, Missouri: Mosby, 1997:661-9.
21. Mórigan F, Quevedo E, Muñoz V, Castro S, Rubio M, Soriano M, Lara L. Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico, serie de 77 casos. *Bol Med UAS* (Mex) 2006; 2(13) 9-12.

22. Balesta, Jorge M. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico Hospital Universitario "Abel Santamaría". Pinar del Río. Rev Cubana Obstet Ginecol v.28 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002
23. Rodríguez Morales, ordanka y Altunaga Palacio, Margarita. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010
24. López-Luque. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. 2012.
25. Leopoldo, Río de la Loza Cava y Moyers Arévalo Jesús Arturo, Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso. 2013.
26. Espinola Castiglioni, Gladys Romina. Embarazo ectópico Ectopic pregnancy . Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2012, Pág. 23-29 DEL NACIONAL
27. Rodríguez YI; Altunaga M P. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010:36(1) 36-43
28. Stovall T. Aborto precoz y embarazo ectópico. En: Berek J. Ginecología de Novak. 14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 200:617– 46.
29. Cunnigham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Embarazo ectópico. En: Williams Obstetricia. 23a ed. USA: McGraw Hill Education; 2010:757-79.

VIII. ANEXOS



