



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD RESIDENTADO**  
**MEDICO**



**TRABAJO ACADEMICO**

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS,  
QUIRURGICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO  
ECTOPICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL PERIODO  
2017 A 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACION  
PRESENTADO POR:**

**FREY EDMUNDO CABANA CHILE**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PUNO – PERÚ**

**2020**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
PROG. S.E. RESIDENTADO MEDICO  
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN

.....  
**ACTA DE EVALUACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION**  
.....

**TITULO DEL PROYECTO:**

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS, QUIRURGICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL PERIODO 2017 A 2019

**RESIDENTE:**

FREY EDMUNDO CABANA CHILE

**ESPECIALIDAD:**

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENT E PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	

Observaciones:

**NINGUNA**

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

**APROBADO**

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación)

Puno, a los 05 días del mes de Octubre del 2020



Dr. Julian Salas Portocarrero  
DIRECTOR  
PROG. S.E. RESIDENTADO MÉDICO

c.c. Archivo



## INDICE

RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	7
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>8</b>
A. Introducción. ....	8
B. Enunciado del problema. ....	10
C. Delimitación de la Investigación.....	11
D. Justificación de la investigación. ....	11
<b>CAPITULO II: REVISION DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
A. Antecedentes.....	13
B. Marco teórico. ....	23
<b>CAPITULO III: HIPOTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....</b>	<b>33</b>
A. Hipótesis .....	33
1. General .....	33
2. Específicas .....	33
3. Estadísticas o de trabajo .....	34
B. Objetivos .....	35
1. General .....	35
2. Específicos .....	35
C. Variables y Operacionalización de variables: .....	35
<b>CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO .....</b>	<b>38</b>
A. Tipo de investigación: .....	38
B. Diseño de investigación:.....	38
C. Población y Muestra. ....	38
1. Población: .....	38
2. Tamaño de muestra: .....	38
3. Selección de la muestra: .....	39
D. Criterios de selección. ....	39
1. Criterios de inclusión .....	39
2. Criterios de exclusión.....	40
E. Material y Métodos: .....	40
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos. ....	40
1. Instrumentos:.....	40
2. Procedimiento de recolección de datos: .....	40



<b>G. Análisis estadístico de datos.....</b>	<b>41</b>
<b>H. ASPECTOS ÉTICOS:.....</b>	<b>43</b>
<b>CAPITULO V: CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO. ....</b>	<b>44</b>
<b>A. Cronograma:.....</b>	<b>44</b>
<b>B. Presupuesto:.....</b>	<b>45</b>
<b>CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>46</b>
<b>CAPITULO VII: ANEXOS. ....</b>	<b>50</b>
<b>Ficha de recolección de datos .....</b>	<b>50</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y los factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019. **Metodología:** El estudio tendrá dos partes, la primera será de tipo descriptivo, y la segunda será analítica; ambas serán de tipo observacional y retrospectivo; el diseño será no experimental de casos y controles, la población estará constituida por todos las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019; no se calculará el tamaño de muestra, debido a que ingresaran al estudio, como casos, todas las gestantes que presentaron embarazo ectópico y los controles serán gestantes que tuvieron su parto normal, se tomara un control por cada caso; la selección de los casos será no probabilística, por conveniencia, y de los controles será por muestreo aleatorio sistemático; para la recolección de datos se usará una ficha preelaborada validada por juicio de expertos; para el análisis estadístico, se ingresará las fichas a una base de datos en el Soft ware Excel 2010; el análisis estadístico tendrá 2 partes, la primera parte será el análisis descriptivo y la segunda parte será el análisis de la asociación de los factores de riesgo con el embarazo ectópico; se utilizará, para datos cualitativos, frecuencias absolutas y relativas, y para datos cuantitativos promedios y desviación estándar; para el análisis de la asociación de los factores de riesgo con embarazo ectópico, se calculará el odds ratio, el intervalo de confianza, y el valor de p, se trabajará con un nivel de confianza de 95%, y un error máximo de 5%; para la interpretación se debe tener en consideración tres premisa, primero que el OR sea diferente de 1, que el IC no contenga el 1, y que el valor de p sea  $< 0.05$ ; si se cumplen estas tres premisas se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alterna; se utilizará el programa estadístico SPSS Versión 21; no se aplicará el consentimiento informado, debido a que es un estudio observacional.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo , Ectópico, Factores, Riesgo.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the epidemiological, clinical, surgical characteristics and risk factors of ectopic pregnancy in pregnant women treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in the period 2017 to 2019. **Methodology:** The study will have two parts, the first will be descriptive, and the second will be analytical; both will be observational and retrospective; The design will be non-experimental of cases and controls, the population will be made up of all pregnant women treated in the obstetric gynecological service of the Carlos Monge Medrano hospital in Juliaca in the period 2017 to 2019; The sample size will not be calculated, because all pregnant women who presented ectopic pregnancy will enter the study as cases and the controls will be pregnant women who had their normal delivery, a control will be taken for each case; the selection of the cases will be non-probabilistic, for convenience, and the controls will be by systematic random sampling; For data collection, a pre-prepared form validated by expert judgment will be used; For the statistical analysis, the files will be entered into a database in the Software Excel 2010; the statistical analysis will have 2 parts, the first part will be the descriptive analysis and the second part will be the analysis of the association of risk factors with ectopic pregnancy; absolute and relative frequencies will be used for qualitative data, and mean and standard deviation for quantitative data; For the analysis of the association of risk factors with ectopic pregnancy, the odds ratio, the confidence interval, and the p value will be calculated, working with a confidence level of 95%, and a maximum error of 5% ; For the interpretation, three premises must be taken into consideration, first that the OR is different from 1, that the CI does not contain 1, and that the value of p is  $<0.05$ ; If these three premises are met, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted; the statistical program SPSS Version 21 will be used; Informed consent will not be applied, since it is an observational study.

**KEY WORDS:** Pregnancy, Ectopic, Factors, Risk.

## CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### A. Introducción.

El embarazo ectópico o embarazo extra uterino, deriva de las palabras griegas “ektopos” que significa fuera de lugar, y está determinado por la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina, se considera que el 95.5% ocurre en la trompa; y generalmente no se encuentra el feto o embrión, o se detiene su crecimiento.

La frecuencia de implantación en otros lugares es menor, así tenemos en el ovario 3.2%, en el abdomen 1.3%. Es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna, el riesgo asociado es la ruptura tubárica y hemorragia intraabdominal; además esta complicación puede tener repercusiones de morbilidad en un embarazo futuro, incluyendo embarazo ectópico subsecuente e infertilidad.

Por estas razones se considera como una emergencia obstétrica que requiere tratamiento inmediato.

La incidencia anual de EP ha aumentado en los últimos 30 años; aunque los avances en los métodos diagnósticos han permitido diagnósticos más tempranos, sigue siendo una condición que pone en riesgo la vida de la gestante.

Aproximadamente, 75% de las muertes en el primer trimestre y 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo se producen por embarazo ectópico.

El embarazo ectópico es considerado un problema de salud pública en el mundo, y es una de las principales causas de mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo.

La incidencia varía en los diferentes Países, así tenemos que, en el reino Unido, se presentan anualmente 10,000 casos; siendo la incidencia de 11 por 1000 embarazos; en otros países, es similar, como por ejemplo en Noruega la incidencia es de 14 por 1000 y en Australia 16 por 1000 embarazos (1).



En los Estados Unidos, el riesgo de muerte es 10 veces mayor que en el parto vaginal y 50 veces mayor que en el aborto inducido (2).

Otros autores mencionan que, en Latino América, la incidencia del embarazo ectópico está en aumento, en los últimos 20 años su frecuencia se ha incrementado en 6 veces más; aunque la incidencia de esta afección se ha incrementado, la mortalidad ha disminuido, siendo así que el riesgo de muerte en el momento actual es de 1 por 1,000 embarazos ectópicos, en comparación a 3.5 por /1000 en los años; así tenemos que en Cuba el embarazo ectópico constituyó el 11.9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995, y en 1997 el 22.1 %, y en el 2011 se reportó una tasa de mortalidad por esta causa de 3 x 100 000 nacidos vivos (3).

En el Perú se realizaron estudios que indican incidencias muy variadas, así tenemos que, en Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé de Lima en el 2014, la incidencia fue 0.63%; en el hospital Arzobispo Loayza en el 2013 se reportó una incidencia de 0.56% (2).

En la región Puno no hay estudios que muestren la incidencia de esta enfermedad.

Podemos decir que el embarazo ectópico se ha constituido en un problema de salud pública a nivel mundial, por lo que es importante desarrollar estrategias de prevención de esta patología.

Para poder desarrollar estrategias de prevención es importante mencionar que dentro de la fisiopatología, los procesos inflamatorios agudos y crónicos y las infecciones que ocurren después de los abortos y el posparto, dejan alteraciones anatómicas en el endosalpinx y alteran la fisiología ciliar, así como la peristalsis tubaria, lo cual tiene una función fundamental en el origen de las gestaciones ectópicas; por otro lado la mayoría de los embarazos ectópicos son tubáricos, otro aspecto importante es el incremento del número de interrupciones de embarazos, regulaciones menstruales, así como de enfermedades de transmisión sexual; por lo tanto se considera necesario que para la prevención y promoción de salud realizar

intervenciones mediante la educación sexual y la adecuada planificación familiar de la población.

Es importante resaltar que las pacientes con antecedentes de abortos provocados previos presentan una frecuencia mucho mayor de embarazo tubario cuando se compara con aquellas mujeres sin este antecedente.

En el aspecto preventivo realizarse a todas aquellas mujeres en edad fértil, priorizando a el grupo de las adolescentes, que es aquél donde desde sus inicios, mucho se puede hacer para evitar el daño de las trompas desde edades muy tempranas (4).

## **B. Enunciado del problema.**

### **GENERAL**

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019?

### **ESPECIFICOS**

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019?
2. ¿Cuáles son las características clínicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019?
3. ¿Cuáles son las características quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019?
4. ¿Cuáles son los factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019?

### **C. Delimitación de la Investigación.**

El proyecto se ejecutará en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2019; el Hospital pertenece a Red de Salud de San Román, es de referencia de los establecimientos de la zona norte de la Región Puno, tiene la categoría de II-2, cuenta con las especialidades de Medicina, Pediatría, Cirugía y Ginecología; brinda atención por consultorio externo, hospitalización y emergencia; además cuenta con laboratorio clínico, sala de rayos X ecografía, tomografía y unidad de cuidados intensivos; atiende por emergencia las 24 horas; es un hospital docente con internos de medicina y médicos residentes de diferentes especialidades, incluida la de ginecología y obstetricia.

### **D. Justificación de la investigación.**

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio (5).

La incidencia de esta patología está aumentando en todo el mundo, actualmente se considera que se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos; este incremento es más importante en países en desarrollo como el nuestro (6).

Se ha descrito como factores que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino y la cirugía tubárica previa.

El diagnóstico no siempre es fácil por la amplia gama de presentaciones clínicas, se presentan casos desde asintomáticos hasta casos de abdomen agudo con shock hipovolémico; en el cuadro clínico se considera los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal; los exámenes auxiliares que ayudan a precisar el diagnóstico son subunidad  $\beta$  de gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) y ultrasonografía transvaginal.

Esta patología puede ser manejada de manera expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última la más frecuente debido a la complejidad y gravedad del cuadro; en los



últimos años se considera importante salvar la vida de la paciente y además preservar su fertilidad posterior, principalmente en mujeres nulíparas.

Existen estudios a nivel internacional y nacional que tratan de explicar los factores de riesgo para el embarazo ectópico, con finalidad de proponer estrategias de intervención para su prevención.

En Puno, en el Hospital Manuel Núñez Butron, se ha realizado un estudio para determinar los factores asociados a embarazo ectópico; pero en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca no se tiene ningún estudio sobre este tema.

Por lo que se considera importante realizar el presente estudio para conocer las características epidemiológicas, clínicas, así como el manejo, y los factores de riesgo del embarazo ectópico; los resultados del presente estudio servirán para actualizar los datos sobre esta entidad, y diseñar estrategias de intervención para disminuir la incidencia de dicha patología y además orientar adecuadamente el manejo de esta complicación de embarazo.

## CAPITULO II: REVISION DE LITERATURA.

### A. Antecedentes

#### Internacionales

**Autor:** Palacios I. (7)

**Título:** Características clínicas, epidemiológicas y tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas, epidemiológicas y el tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Pedro de Bethancourt.

**Metodología:** Fue un estudio descriptivo transversal en 31 gestantes con embarazo ectópico, revisaron las historias clínicas para recoger la información y llenar posteriormente el instrumento de recolección de datos para su evaluación y análisis.

**Resultados:** Dentro de las características clínicas encontraron: dolor pélvico en 51.6%, y abdominal en 25.8%; las características epidemiológicas fueron: embarazo a edad avanzada, mayor incidencia entre los 30 a 34 años en 29.0%, infecciones pélvicas en 54.8%; el 100% de los tratamientos fue quirúrgico, siendo la salpingectomía derecha el más realizado con 48.3%. De acuerdo a la ultrasonografía la edad gestacional más frecuente fue entre las 7 y 9 semanas de gestación con 51.5%; las complicaciones más frecuentes fueron: shock hipovolémico en 16.1%, anemia en 6.4%, y hemoperitoneo en 9.6%.

**Conclusiones:** Las características más frecuentes fueron dolor pélvico y abdominal, embarazo a edad avanzada e infecciones pélvicas; todos los tratamientos fueron quirúrgicos.

**Autor:** Morales M. (8)

**Título:** Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico.

**Objetivo:** Analizar y determinar el manejo en las complicaciones del embarazo ectópico, en las pacientes del Hospital General “Los Ceibos”, ciudad de Guayaquil, en el área de ginecología y obstetricia, durante el período Abril 2017-2018.

**Metodología:** Fue un estudio de tipo analítico y retrospectivo, con enfoque cualitativo y cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal; analizaron la información de las historias clínicas electrónicas; determinaron la complicación, y manejo (abordaje) más frecuente; aplicaron los métodos de investigación empíricos de observación y medición.

**Resultados:** La Hemorragia fue la complicación más frecuente con 77%, luego el Shock hipovolémico con 23%: la Salpingectomía fue el procedimiento más frecuente con 70 casos, luego la Salpingostomía en embarazos tubáricos con 28 casos, y la histerectomía se realizó en embarazos ectópicos cervical con 2 casos; al realizar estos procedimientos no se haya registro de ninguna muerte materna a causa de complicaciones en el embarazo ectópico.

**Conclusiones:** El diagnóstico temprano es el mejor medio para evitar las complicaciones del embarazo ectópico.

**Autor:** Mogrovejo A. (9)

**Título:** Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015.

**Objetivos:** Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico que acudieron al departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero del 2014 a junio del 2015, y conocer la opinión acerca del impacto que esta patología representa.

**Metodología:** Fue una investigación cuali-cuantitativa, con una población de 56 pacientes para la parte cuantitativa; la información se recolecto por entrevista directa y para el análisis se utilizó el software SPSS versión 2015, y para la parte cualitativa la

población fue de 6 pacientes, se les realizó una entrevista y los datos se analizaron con el programa ATLAS ti.

**Resultados:** La edad mínima fue 15 años, la máxima 45 y la mediana 26; el número de partos anteriores fue entre 1 y 6; el inicio de la actividad sexual fue de 13 a 25 años; el número de parejas sexuales fue entre 1 y 5; el 30.7% utilizaron alguna vez dispositivo intrauterino; el 4% manifestaron tuvieron antecedente de embarazo ectópico; el 89.3% fueron de localización tubárica; el 37.5% de los hallazgos ecográficos fue líquido en el fondo de saco más masa anexial; el 94.6% tuvieron tratamiento quirúrgico; las pacientes presentaron, ansiedad acompañado de dolor y sufrimiento, y deseaban que su embarazo culmine satisfactoriamente, y tenían miedo a que su embarazo ectópico se repita.

**Conclusiones:** La mayoría de los resultados clínicos y epidemiológicos se acompaña de sufrimiento, dolor y miedo a embarazarse

**Autores:** Meira Alana, Arancibia F. (10)

**Título:** Embarazo Ectópico.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de embarazo ectópico, las causas, factores de riesgo, y complicaciones.

**Metodología:** Fue una revisión bibliográfica, para determinar los síntomas más comunes (dolor abdominal, amenorrea) pero con un leve sangrado, así como las complicaciones. las técnicas utilizadas fueron: técnicas de fuentes primarias: como datos estadísticos mundiales y técnicas de fuentes secundarias con revisión de literatura.

**Resultados:** Los embarazos ectópicos se producen en aproximadamente dos de cada 100 embarazos; según la OMS en el 200,) el 90% de los embarazos ectópicos son en las trompas; la distribución topográfica implica que el 98% son tubáricos, el 1% se desarrollan en el ovario y el 1% se implanta primaria o secundariamente en el abdomen; los factores de riesgo son embarazos ectópicos previos, uso de dispositivo intrauterino, cirugías previas de trompas, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, o historia de infertilidad; la frecuencia es de 1 a 2.6% de todos los embarazos; la mortalidad es de 1 por 1,000 de todos los embarazos ectópicos, la tasa de recurrencia es del 12%; otros

factores son embarazo después en mayores de 35 años, antecedente de embarazo ectópico previo, y antecedente de cirugía previa en trompas de Falopio.

**Conclusiones:** El diagnóstico de sospecha del embarazo ectópico suele realizarse tras una evaluación combinada de antecedentes clínicos, marcadores hormonales y datos ecográficos. La mayoría de los casos son el resultado de una cicatrización provocada por una infección previa en las trompas de Falopio, cirugía de estas o embarazo ectópico previo. Hasta un 50% de las mujeres con embarazos ectópicos ha padecido inflamación de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica.

**Nacionales.**

**Autor:** Quispe R. (11)

**Título:** Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 - septiembre 2018.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo septiembre 2017 – septiembre 2018.

**Metodología:** Fue un estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo; revisaron 184 historias clínicas; la población fue de 92 pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico y una muestra comparativa de 92 pacientes con embarazo normal.

**Resultados:** La prevalencia del embarazo ectópico fue de 2.41 % y los factores de riesgo fueron: edad comprendida entre 21-30 años ( $X^2$ : 11.6, p: 0.001, OR: 2.8, IC: 1.5 – 5.1); grado de instrucción superior ( $X^2$ : 15.8, p: 0.000, OR: 3.8, IC: 1.9 – 7.5); estado civil soltera ( $X^2$ : 24.6, p: 0.000, OR: 9.2, IC: 3.4 – 25.1); y conviviente ( $X^2$ : 9.6, p: 0.002, OR: 2.5, IC: 1.4 – 4.6); multiparidad ( $X^2$ : 12.6, p: 0.001, OR: 3.5, IC: 1.7 – 7.3); inicio precoz de relaciones sexuales ( $X^2$ : 5.3, p: 0.02, OR: 2.3, IC: 1.1 – 4.7); uso de levonorgestrel ( $X^2$ : 8.9, p: 0.003, OR: 12.3, IC: 1.5 – 97.8).



**Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico son la edad entre 21 a 30 años, grado de instrucción superior, estado civil soltera y conviviente, la multiparidad, inicio precoz de relaciones sexuales y el uso de Levonorgestrel.

**Autor:** Berrios M. (12)

**Título:** Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital Antonio Lorena, Cusco 2018.

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2018.

**Metodología:** Fue un estudio analítico de casos y controles, la muestra fue de 54 casos (embarazo ectópico) y 54 controles (embarazos normales); realizó un análisis univariado y bivariado obteniendo el Odds Ratio e intervalo de confianza al 95%.

**Resultados:** Los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico fueron: Tabaquismo con OR de 13, antecedente de embarazo ectópico y grado de instrucción superior con OR de 2; el estado civil de conviviente fue factor protector; el uso de levonogestrel OR de 6, la cirugía abdomino-pélvica con OR de 7, tener múltiples parejas sexuales con OR de 4, el antecedente de aborto y/o legrado con OR de 4.6, la enfermedad inflamatoria pélvica con OR de 2.5, y el embarazo ectópico previo con OR de 2.

**Conclusiones:** Los factores sociodemográficos asociados fueron: tabaquismo, grado de instrucción superior; los factores gineco-obstétricos de riesgo fueron: uso de levonogestrel, la cirugía abdomino-pélvica, tener múltiples parejas sexuales, el antecedente de aborto y/o legrado, la enfermedad inflamatoria pélvica y el embarazo ectópico previo.

**Autor:** Chipana I. (13)

**Título:** Factores de riesgo para embarazo ectópico.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para embarazo ectópico.

**Metodología:** Fue un estudio observacional descriptivo analítico transversal de tipo caso control; reviso historias clínicas.

**Resultados:** La prevalencia fue de 3.2%, el intervalo de edad de mayor presentación fue de 30 a 39 años, el antecedente de cirugía previa se encontró en 7 casos, el antecedente de grado de instrucción superior se encontró en 31 pacientes, mayor frecuencia en pacientes con 2 parejas sexuales; en inicio de relaciones sexuales se encontró 20 casos entre las edades 18 y 25 años, de los 50 casos 36 tuvieron tratamiento quirúrgico y 14 tratamiento médico de los cuales 2 recibieron segunda dosis de metrotexato.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo fueron, antecedente de cirugía pélvica y la edad de inicio de relaciones sexuales entre 18 y 25 años; no fueron factores asociados: infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, uso de métodos anticonceptivos, grado de instrucción; el embarazo ectópico con mayor frecuencia fue el tubárico derecho.

**Autor:** Palomino W. (14)

**Título:** Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes del Hospital de Vitarte.

**Metodología:** Fue un estudio analítico caso-control, la muestra fue de 55 casos (embarazos ectópicos) y 55 controles (embarazos normales) apareados por edad gestacional; evaluaron los factores sociodemográficos (edad, pareja y grado de instrucción materno), antecedentes (embarazo ectópico previo, cirugía tubárica previa, dispositivo intrauterino, enfermedad inflamatoria pélvica, aborto/legrado, hábito de fumar, infertilidad, fertilización in vitro, parejas sexuales > 3, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, paridad) y factores clínicos (dolor pélvico, sangrado vaginal anormal, masa anexial); los datos fueron procesados en el programa SPSS.23; se realizó un análisis bivariado obteniendo el Odds Ratio e intervalo de confianza al 95%, y se obtuvo la potencia de los factores de riesgo independientes con significancia estadística

$p < 0.05$  mediante el análisis de regresión logística binaria (ORc, IC95%c); los factores confusores fueron controlados en el diseño y en el análisis.

**Resultados:** Los factores de riesgo de embarazo ectópico con valor de  $p < 0.05$ , fueron: embarazo ectópico previo (ORc: 14.6, IC9: 2.1-100.4), dolor pélvico (ORc: 10.8, IC: 2.6-44.4), masa anexial palpable (ORc: 10.6, IC: 1.9-57.7), aborto/legrado (ORc: 7.5, IC: 1.4-38.1), edad materna  $> 35$  años (ORc: 6.9, IC: 1.3-35.4), sangrado vaginal anormal (ORc: 4.1, IC: 1.1-15.05) y enfermedad inflamatoria pélvica (ORc: 3.5, IC: 1.0-12.3).

**Conclusiones:** Los principales factores de riesgo para embarazo ectópico en las gestantes del Hospital Vitarte son: embarazo ectópico previo, dolor pélvico, masa anexial palpable, aborto/legrado, edad materna  $> 35$  años, sangrado vaginal anormal y enfermedad inflamatoria pélvica.

**Autor:** Horna J. (15)

**Título:** Embarazo ectópico: factores de riesgo en el hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2014.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo enero- diciembre 2014.

**Metodología:** Fue un estudio retrospectivo de casos y controles, la muestra fue de 38 casos y sus controles; se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 20, se realizó análisis descriptivo, se determinó la asociación con la prueba  $X^2$  e IC 95%, además se calculó el OR y su respectivo IC95%.

**Resultados:** Los factores de riesgo fueron: estado civil soltera ( $X^2$ : 7.3,  $p$ : 0.007, OR: 11.4, IC: 1.3-21.6), antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ( $X^2$ : 6.4,  $p$ : 0.01, OR: 3.8, IC: 1.3-11.4), inicio precoz de relaciones sexuales ( $X^2$ : 5.3,  $p$ : 0.02, OR: 3.4, IC: 1.05-9.3), aborto espontáneo previo ( $X^2$ : 6.3,  $p$ : 0.01, OR: 6.4, IC: 1.1-14.2).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico son el estado civil soltera, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, inicio precoz de relaciones sexuales, y el aborto espontáneo previo.

**Autores:** Illanes R, Salizar G. (16)

**Título:** Características clínicas del embarazo ectópico en pacientes del hospital Antonio Lorena Cusco 2015.

**Objetivo:** Determinar las Características Clínicas del Embarazo Ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015.

**Metodología:** Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, de corte transversal.

**Resultados:** Las características demográficas fueron: edad entre 20 a 34 años 71%, grado o nivel de instrucción secundaria 57%, convivientes 62% con trabajo independiente 55%. Las características obstétricas fueron: antecedente en el uso de anticoncepción oral de emergencia, legrado uterino o aspiración manual endouterina. Las características clínicas fueron: edad gestacional entre 8 a 10 semanas 34%, embarazo ectópico tubárica 92% con localización en la ampolla izquierda 51%, los signos y síntomas fueron dolor pélvico 72%, metrorragia 87%, el tratamiento 100% quirúrgico, las complicaciones fueron anemia 40%, no hubo ningún caso de mortalidad materna; la estancia hospitalaria fue de 3 a 5 días 71% la condición final fue como curada 95%, el método de planificación elegido fue inyectable mensual 30%.

**Autor:** Vara C. (17)

**Título:** Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, en pacientes que acuden al servicio de emergencia, de gineco – obstetricia del hospital Il-2 Santa Rosa – Piura, en el periodo enero - agosto 2015.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, en el servicio emergencia de Gineco – obstetricia del hospital Il-2 Santa Rosa – Piura, en el periodo enero - agosto 2015.

**Metodología:** Fue un estudio clínico longitudinal de tipo no experimental, descriptivo de recolección de datos.

**Resultados:** Ingresaron al estudio 2,885 pacientes; se encontró 23 casos nuevos de embarazo ectópico; la Incidencia acumulada fue de 0.7%; la incidencia global en los últimos 10 años fue de 0.8%; el mayor número de casos se presentó entre las edades de 20 a 24 años con el 39.13%, el 34.7% fueron Nulíparas y Multíparas, el 30.4% fueron primíparas; el antecedente de aborto provocado previo se encontró en el 47.8%.

**Conclusiones:** Existen múltiples factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico, muchos de los cuales suelen ser modificados desde la atención primaria de salud.

**Autores:** Martínez Á, Mascaró Y, Méjico S, Mere J. (18)

**Título:** Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico.

**Metodología:** Fue un estudio descriptivo y retrospectivo, revisaron 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el periodo 2006-2010.

**Resultados:** La edad promedio fue 29.2 años; el 28.5% fueron solteras, el 65.6% presentó más de una pareja sexual y el 25.9% fueron nulíparas, el 25.9% presentaron antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina, el 54.3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones, el 22.1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria y el 33.8% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo, el tiempo promedio de amenorrea fue 6.8 semanas y la sintomatología principal fue dolor abdominal con 97.9%, la ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70.7% de los casos, en el 60% la complicación fue resuelta en menos de 6 horas, el 94.8% recibió tratamiento quirúrgico, el 4% médico y el 1.2% expectante; la salpinguectomía total fue en 67.6%, la localización más frecuente fue la tubárica con 94.5% en la región ampular.

**Conclusiones:** La frecuencia encontrada fue mayor a la de estudios locales previos; las pacientes acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical.

## **Regionales.**

**Autor:** Mamani A. (19)

**Título:** Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el hospital Regional Manuel Núñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno durante el periodo de enero a diciembre en el año 2017.

**Metodología:** Fue un estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo, revisaron 32 historias clínicas, siendo la muestra de 32 casos y 32 controles, se utilizó el paquete estadístico SPSS Versión 23, se analizó descriptivamente con variables dicotómicas, para luego determinar la asociación con la prueba  $X^2$  e IC 95%, y para determinar la ocurrencia de la probabilidad se estableció el valor de OR y su respectivo IC95%.

**Resultados:** Los factores de riesgo fueron: estado civil soltera ( $X^2$ : 6.2, p: 0.006, OR: 10.3, IC: 1.2 – 88.3), legrado uterino ( $X^2$ : 5.3, p: 0.008, OR: 5.8, IC: 1.1 – 29.8); antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ( $X^2$ : 9.9, p: 0.01, OR: 6.1, IC: 1.8 – 19.9); antecedente de aborto espontáneo previo ( $X^2$ : 9.1, p: 0.01, OR: 9.0; IC: 1.8 – 44.5); inicio precoz de relaciones sexuales ( $X^2$ : 6.0, p: 0.02, OR: 4.2, IC: 1.2 – 13.6); y el dispositivo intrauterino ( $X^2$ : 4.7, p: 0.01, OR: 4.3, IC: 1.08 – 17.8).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo asociados son el estado civil soltera, antecedente de legrado uterino, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto espontáneo previo, inicio precoz de relaciones sexuales, y antecedentes de dispositivo intrauterino.

## **B. Marco teórico.**

### **Definición.**

Proviene del griego “ektopos” que significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina con un 95.5% implantados en la trompa; donde el feto o embrión usualmente está ausente o deja de crecer.

Los lugares más frecuente de implantación son el ovario (3.2%) y sitios abdominales (1.3%). Es una causa significativa de morbilidad y mortalidad con riesgos asociados de ruptura tubárica y hemorragia intraabdominal y puede llevar a compromiso en la reproducción futura, incluyendo embarazo ectópico subsecuente e infertilidad.

### **Epidemiología.**

La incidencia anual de EP ha aumentado en los últimos 30 años.

Aunque los avances en los métodos diagnósticos han permitido diagnósticos más tempranos, sigue siendo una condición que pone en riesgo la vida.

Aproximadamente, 75% de las muertes en el primer trimestre y 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo son por embarazo ectópico. Alrededor de 10, 000 embarazos ectópicos se diagnostican anualmente en el Reino Unido. La incidencia en el RU (11/1000 embarazos) es similar a la de otros países, como Noruega (14.9/1000) y Australia (16.2/1000).

### **Tipos de embarazo ectópico**

La trompa de Falopio es el sitio dominante en la mayoría de los casos de embarazo ectópico. 75-80% ocurren en la porción del ampulla, 10-15% ocurren en el istmo y cerca del 5% en la fimbria.

Embarazo ectópico cervical es raro y representa solo 0.15%; el embarazo ectópico ovárico es más raro, y la incidencia se estima en 0.15%-3%.

Embarazo ectópico en una cicatriz de cesárea es más rara, con una incidencia de 1:1800 embarazos, consiste en la implantación del saco gestacional en el miometrio en el sitio de una incisión previa de cesárea, y se puede complicar con ruptura uterina y hemorragia masiva, pueden poner en riesgo la vida e impactar negativamente en la

fertilidad futura; y el embarazo intersticial constituye 2.5%, su diagnóstico puede ser difícil y requiere interpretación ultrasonográfica precisa.

Embarazo ectópico cornual se desarrolla en el cuerno de un útero unicornado, es una de las formas insólitas, este término es frecuentemente utilizado en la literatura médica como intersticial.

Embarazo ectópico abdominal con 1.3% de los casos, se diagnostica con un rango de 1:10.000 nacimientos y es una forma seria y extremadamente rara de gestación extrauterina, se describe como embarazo ectópico abdominal secundario o primario y usualmente resulta de una implantación seguida de ruptura tubárica o aborto a través de la porción de las fimbrias de la trompa de Falopio, el feto usualmente se adhiere a la superficie del útero, ligamentos anchos, o los ovarios, pero puede también adherirse al hígado, el bazo o intestinos.

Embarazo ectópico heterotópico, se da cuando una mujer tiene cualquiera de los embarazos ectópicos mencionados anteriormente en conjunto con un embarazo intrauterino, se presenta en 1 de cada 30,000 embarazos naturales, y en 1 de cada 100 parejas con reproducción asistida. (20)

### **Factores de riesgo**

Se sabe que la etiología es multifactorial, pero el 50% de casos no tienen riesgos identificables.

Los mecanismos propuestos para la presentación de esta patología son:

- a) obstrucción anatómica.
- b) anormalidades en la motilidad tubaria o función ciliar.
- c) producto de la concepción anormal.
- d) factores quimiotácticos que estimulan implantación tubaria.

Factores de alto riesgo: la patología tubárica subyacente es el antecedente más frecuente para el embarazo ectópico inicial y subsecuente, más del 25% con este antecedente tienen un embarazo ectópico subsecuente; pero el 80% de los embarazos subsecuentes son intrauterinos. La alteración de la anatomía tubárica es otro factor, y la infección es la causa más probable. Otras causas incluyen anomalías congénitas,



endometriosis y cirugía; la salpingitis ístmica nodosa es una condición en la que el endosalpinx crece dentro del miometrio de los cuernos produciendo un divertículo ciego, en el que el cigoto puede quedar atrapado. La endometriosis tubárica y los miomas intrauterinos, especialmente en los cuernos, también causan obstrucción simple. Un tercio de los procedimientos de esterilización fallidos, producen esta patología. Los dispositivos intrauterinos están entre los anticonceptivos más efectivos disponibles, pero si una mujer que utiliza un DIU queda embarazada, la probabilidad de embarazo ectópico es generalmente mayor que en mujeres que no utilizan anticonceptivos; la incidencia con dispositivos intrauterinos es alrededor del 4%, pero los DIU con progesterona aumentan el riesgo.

Factores de riesgo moderado: La infección por *Chlamydia trachomatis* o por *Neisseria gonorrhoeae* aumenta el riesgo de embarazo extrauterino 4 veces comparado con mujeres sin esa patología; cada episodio sucesivo aumenta el riesgo debido al daño tubárico de la acción ciliar, obstrucción tubaria, y adherencias pélvicas. Las infecciones por clamidia producen una proteína especial, la PROKR2, con propiedades quimiotácticas que hacen que la implantación sea más probable en las trompas de Falopio dañadas. Otras infecciones pélvicas y abdominales tales como apendicitis también pueden ser factores de riesgo. Un número de parejas sexuales mayor a 1 se asocia con un aumento moderado. La primera relación sexual antes de los 18 años de edad aumenta la probabilidad de múltiples parejas. El número de parejas aumenta el riesgo de infección pélvica, especialmente por clamidia, en mujeres menores de 25 años y por lo tanto el riesgo de embarazo ectópico. Un riesgo controlable es el tabaquismo, que produce alteración de la motilidad de las trompas, alteraciones de la inmunidad, e inclusive ovulación retrasada. Las alteraciones en la concentración de progesterona modifican la actividad del músculo circular de la trompa uterina. La concentración elevada de progesterona, como en pacientes que utilizan pastillas de progesterona o un DIU que contiene progesterona, o una concentración subóptima de progesterona pueden alterar la motilidad tubárica. Altas concentraciones de estrógenos asociadas con la administración de gonadotropinas humanas para inducir la ovulación interfieren con el transporte tubárico. Los niveles bajos de estrógenos secundarios a ejercicio vigoroso y restricción dietaria, contribuyen a rangos incrementados de embarazo ectópico.

Factores de bajo riesgo: Los datos sobre factores de riesgo asociados con embarazo ectópico en terapias de reproducción asistida son inconsistentes. Perkins et al identificaron 553,557 embarazos reportados entre el 2001 y 2011 al Sistema Nacional de Vigilancia de Técnicas de Reproducción Artificial de Estados Unidos, para evaluar las tendencias nacionales de la incidencia de embarazo ectópico entre los usuarios de tecnología de reproducción asistida e identificar los factores de riesgo asociados con el embarazo ectópico; encontraron que la incidencia de embarazo ectópico fue disminuyendo durante el periodo de estudio viéndose la disminución más pronunciada con transferencia de embriones congelados; señalaron que el factor de infertilidad tubario incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico en un 25%, que la disminución en el número de embriones transferidos puede también contribuir a disminuir la incidencia; y los ciclos de embriones frescos de no donantes tuvieron los rangos más altos de embarazo ectópico y que la edad materna avanzada se asoció a un riesgo incrementado de embarazo ectópico en ciclos de embriones frescos de no donantes. La utilización regular de duchas vaginales puede ser indicativa de intentos de eliminar síntomas de irritación o flujo vaginal, esto puede reflejar un mayor riesgo de infecciones pélvicas. La enfermedad inflamatoria pélvica aumenta el riesgo. La edad avanzada es un factor de riesgo no controlable, la incidencia más alta se da entre los 35 y 44 años. Las mayores de 35 años tienen 8 veces más riesgo que la de mujeres más jóvenes; se considera que hay pérdida de actividad mioeléctrica dentro de la trompa de Falopio conforme las mujeres envejecen (21,22).

### **Cuadro clínico**

Se presenta una triada, que consiste en, dolor, sangrado vaginal y amenorrea; estos síntomas, con o sin síncope, dolor en el hombro y shock, generalmente llevan a intervención quirúrgica.

La historia clínica y el examen físico solos rara vez llevan al diagnóstico o exclusión; en tercio de las mujeres con embarazo ectópico no tienen signos clínicos y más de 10% no tienen síntomas; los síntomas frecuentemente son inespecíficos y difíciles de diferenciar de otros procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos, incluyendo apendicitis, salpingitis, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, aborto, torsión anexial o ITU.

La cantidad de sangrado varía, aunque clásicamente el paciente se quejará de “manchado”.

El dolor abdominal frecuentemente está ausente o es un hallazgo tardío, probablemente por el reconocimiento temprano del embarazo por el uso de pruebas de embarazo comerciales y el fácil acceso a un ultrasonido vaginal; la mayoría de las mujeres con dolor abdominal en el embarazo temprano no tienen embarazo ectópico.

Otras características menos comunes son náuseas, vómitos y diarrea; puede haber distensión abdominal, dolor, peritonitis y shock hemorrágico.

### **Diagnostico.**

Debe considerarse el diagnóstico de embarazo ectópico en todas las mujeres en edad reproductiva con un inicio súbito de dolor abdominal o síntomas gastrointestinales. Mohan y Thomas en su estudio retrospectivo observacional de 87 casos de embarazo ectópico reportaron como síntoma más común el dolor abdominal bajo, en 80 casos (91.9%), amenorrea en 76 casos (87.3%), mientras que sangrado vaginal en 42 casos (40.2%); la triada clásica de dolor, sangrado y masa anexial se identificó en solo 35 casos (40.2%), 9 casos (9.2%) presentaron shock, 2 casos presentaron dolor de espalda, 1 caso presento dolor de pecho y 1 caso dolor lumbar.

### **Diagnóstico por ultrasonido:**

El ultrasonido transvaginal ha cambiado el abordaje diagnóstico a uno basado en la visualización de la masa ectópica; se ha demostrado que es superior al ultrasonido transabdominal, con sensibilidad para el diagnóstico de 88 a 90%.

### **Criterios para el diagnóstico de embarazo ectópico tubárico:**

#### **Endometrio:**

No hay una apariencia o grosor específico que apoye el diagnóstico, en más del 20% de los casos puede verse una colección de líquido en la cavidad endometrial, clásicamente referida como “pseudosaco”; pero un área hipocóica en la cavidad endometrial es más probable que sea un embarazo intrauterino, por lo que no debe hacerse un diagnóstico presuntivo basado solamente en este hallazgo.

### **Líquido libre pélvico:**

Se puede observar una pequeña cantidad de líquido libre anecoico en el saco de Douglas en las gestaciones ectópicas e intrauterinas, la presencia de líquido ecogénico se ha reportado en 28 a 56%, esto se correlaciona con los hallazgos quirúrgicos de un hemoperitoneo, pero no confirma una ruptura tubárica, pues la sangre comúnmente se fuga desde las fimbrias; un marcador mayor de sangrado intraabdominal severo es la presencia de líquido en el espacio de Morrison entre el hígado y el riñón.

### **Embarazo ectópico tubárico:**

El hallazgo en el 60% de los casos es una masa anexial homogénea no quística: un metaanálisis de 10 estudios encontró que este era el criterio más efectivo en el cual basar el diagnóstico, con un especificidad, valor positivo predictivo, sensibilidad y valor predictivo negativo de 98.9%, 96.3%, 84.4% y 94.8%, respectivamente; en el 20% de los casos puede visualizarse un saco gestacional extrauterino vacío o signo de la rosquilla, en otro 20%, este saco puede contener un saco vitelino y/o un polo embrionario que puede o no tener actividad cardíaca; por lo tanto, el término “ectópico viable” se aplica cuando se visualiza actividad cardíaca embrionaria; otro término utilizado es el “ectópico definido” se usa cuando se observa un saco vitelino y/o embrión (con o sin actividad cardíaca); el “ectópico probable” se sugiere si se visualiza una masa homogénea o una estructura en forma de saco extrauterino.

### **Diagnóstico quirúrgico:**

La cirugía diagnóstica se reserva para los casos con signos de abdomen agudo y shock hipovolémico, también puede realizarse en embarazos de localización desconocida que se tornan sintomáticas.

La laparoscopia era el estándar de oro para el diagnóstico, pero actualmente ya no lo es debido al alto valor predictivo de los ultrasonidos, el uso generalizado de estrategias de tratamiento conservador y la realidad clínica de que los diagnósticos falsos positivos y negativos se producen incluso con cirugía (23,24).

## **Tratamiento.**

### **Tratamiento expectante:**

El monitoreo hasta la recuperación es una buena opción para algunos embarazos ectópicos, así como para embarazos de localización desconocida: consiste en monitorizar a la mujer hasta que se recupere (hasta que el nivel de hCG caiga por debajo de 2IU/L); el seguimiento debe ser intensivo, es decir, cada día al inicio y después semanalmente hasta que el nivel de hCG retorne a lo normal.

### **Cirugía conservadora:**

La salpingectomía se realiza con laparoscopia mientras sea posible, su desventaja es el riesgo de células trofoblásticas persistentes; un estudio aleatorio sugiere que la inyección postoperatoria profiláctica de rutina de metrotexate reduce el riesgo.

### **Cirugía radical:**

La salpingectomía involucra la eliminación de la trompa de Falopio con los productos del embarazo adentro, ya sea desde el cuerno hasta la porción de la fimbria (anterógrado) o de la fimbria a la porción del cuerno (retrógrado), se realiza con disección cuidadosa del mesosalpinx y la trompa de Falopio con electrocauterio bipolar; y el salpinx es removido de la cavidad abdominal en una bolsa de espécimen para evitar la diseminación de trofoblastos.

### **Tratamiento quirúrgico:**

Las guías del Royal College of Obstetrician and Gynecologist recomiendan la vía laparoscópica sobre la laparotomía, en pacientes hemodinamicamente estables; en un estudio que compara la cirugía laparoscópica con la cirugía abierta en 228 mujeres en tres estudios aleatorios controlados, señala que los procedimientos laparoscópicos se asociaron con menores tiempos quirúrgicos, menos sangrado intraoperatorio, menor estancia hospitalaria y menores requerimientos de analgesia; no hubo diferencias en los rangos de permeabilidad tubaria entre los dos abordajes; los rangos de embarazo subsecuentes fueron similares y hubo una tendencia más baja de tasas de embarazo ectópico recurrente con el abordaje laparoscópico, pero la salpingotomía laparoscópica fue menos exitosa que el abordaje abierto en la eliminación del embarazo tubárico.

Si existe embarazo tubárico en presencia de inestabilidad hemodinámica, en la mayoría de casos, se recomienda laparotomía.

El manejo médico y el expectante pueden darse en un escenario ambulatorio, el cual se asocia con morbilidad disminuida, costo eficiencia y conveniencia para el paciente; un estudio multicéntrico de 155 pacientes en Francia en el 2003 demostró que el costo del manejo médico con metrotexate fue la mitad del manejo con laparoscopia; pero hay que señalar que la necesidad mayor de una segunda línea de manejo en pacientes tratados medicamente es una desventaja del abordaje médico (25,26).

### **Tratamiento médico:**

Con un diagnóstico temprano, la mayoría de mujeres con embarazo ectópico pueden tratarse con metrotexate, el éxito con el tratamiento médico en mujeres correctamente seleccionadas es de 90%; en la mayoría de casos de embarazo ectópico tubárico una sola dosis de 50mg/m<sup>2</sup> intramuscular es suficiente, puede necesitarse una segunda dosis en el 15% a 20% de casos; para otros tipos de embarazo ectópico, incluyendo embarazo cervical o intersticial, un tratamiento multidosis es la mejor opción; las candidatas ideales para el tratamiento con metrotexate son aquellas hemodinámicamente estables, capaces de cumplir con el seguimiento post tratamiento, que tengan una concentración de sub-β hCG ≤5000mIU/mL, y que no tengan actividad cardiaca fetal; también se puede tomar como criterio la existencia de una masa ectópica de menos de 3 a 4 cm, sin embargo, esto no se ha confirmado como un buen predictor de éxito en el tratamiento; las contraindicaciones para el metrotexate son: paciente inestable, síntomas severos como dolor abdominal severo o persistente, enfermedad renal o hepática, inmunodeficiencia, enfermedad pulmonar activa, úlcera péptica, hipersensibilidad al medicamento, sospecha de embarazo intrauterino, lactancia o que viva lejos de la institución médica.

En un estudio de Tanaka et al. reportaron el primer uso de metrotexate como tratamiento médico para el embarazo ectópico en 1982; el metrotexate es un antimetabolito que actúa en células activas proliferativas, incluyendo tejido trofoblástico; la dosis utilizada de metrotexate en el embarazo ectópico es 1mg/kg o 50mg/m<sup>2</sup>.

### **Protocolos de tratamiento médico:**

Existen tres principales regímenes para el manejo del embarazo ectópico con metotrexate: el protocolo multidosis, el protocolo de una sola dosis, y el protocolo de dos dosis. En el protocolo de una sola dosis se administra intramuscular a una dosis de  $50\text{mg}/\text{m}^2$  al día 0, se cuantifica la hCG sérica al día 4 y 7 post tratamiento, si se observa una disminución de al menos 15% en la hCG entre los días 4 y 7, estas mujeres se siguen con mediciones semanales de hCG hasta que el resultado sea negativo, si la disminución entre los días 4 y 7 es menor al 15%, se administra una segunda dosis al día 7, se repiten las mediciones de hCG y si durante el seguimiento, los niveles de hCG se mantienen o aumentan, se repite el metotrexate. En el protocolo de dos dosis se administra metotrexate intramuscular a  $50\text{mg}/\text{m}^2$  en los días 0 y 4, al igual que en el protocolo de una dosis, se cuantifica la hCG sérica al día 4 y 7 y si la disminución entre los días 4 y 7 es menor al 15%, se administra una tercera dosis, las pacientes que reciben una tercera dosis retornan al día 11 para otra medición de hCG, si la hCG cae al menos 15% entre los días 7 y 11, se realizan mediciones semanales de hCG hasta que se obtenga un resultado negativo; de lo contrario, se administra una cuarta dosis de metotrexato, y se obtiene otro nivel de hCG en el día 14, si hay una caída de al menos 15% entre los días 11 y 14, se llevan a cabo mediciones de hCG semanales hasta que se obtenga un resultado negativo, si no ocurre una caída de al menos 15%, la paciente se refiere para manejo quirúrgico. El régimen multidosis alterna la inyección de  $1.0\text{ mg}/\text{kg}$  con la inyección de leucovorina cálcica, un antídoto antagonista del ácido fólico (27).

### **Comparación entre cirugía conservadora y tratamiento médico.**

Los resultados más recientes y completos del registro de Auvernia concluyen que no existe una diferencia significativa en cuanto a la fertilidad posterior entre los dos tratamientos conservadores.

Recientemente, el ensayo aleatorio DEMETER confirmó con suficiente potencia que no había diferencias significativas en la fertilidad posterior a 2 años al comparar el tratamiento médico y la cirugía conservadora: 67% frente a 71% de embarazos intrauterinos. Hay que señalar, además, que cuando un embarazo ectópico es tratado con metotrexato no hay necesidad de un período de espera antes de intentar otro embarazo; a pesar de que el metotrexato es un agente teratogénico, su vida media es muy corta.



### **Nuevas estrategias.**

El uso de un modulador selectivo del receptor de progesterona (mifepristona) ha sugerido como un adyuvante para la terapia médica. Un ensayo aleatorio no mostró ningún beneficio de la adición sistémica de mifepristona, excepto tal vez en las mujeres con un nivel de progesterona de 10 ng/L o más. En un estudio abierto no aleatorio en fase I, 12 mujeres con embarazo ectópico fueron tratadas con metotrexate y gefitinib oral (un bloqueador del receptor del factor de crecimiento epidérmico) comparado con 71 controles tratadas solo con metotrexate. La media del nivel de hCG al día 7 y el tiempo de resolución fueron menores después de la terapia combinada, aunque esta fue asociada con efectos menores como diarrea y rash. La embolización super selectiva de la arteria uterina combinada con la inyección intraarterial de metotrexato también ha sugerido buenos resultados. Estas nuevas terapias son prometedoras, pero necesitan ser mejor evaluadas (28).



## CAPITULO III: HIPOTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### A. Hipótesis

El estudio tendrá dos partes una descriptiva y otra analítica; la descriptiva presentará las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico; la analítica mostrará los factores asociados.

Para la parte descriptiva no se presenta hipótesis; las hipótesis que se presentan a continuación corresponden a la parte analítica.

#### 1. General

Los factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019, son sociodemográficos, antecedentes quirúrgicos, antecedentes patológicos, antecedentes obstétricos, estilos de vida.

#### 2. Específicas

1. Los factores sociodemográficos de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019, son, edad, grado de instrucción, estado civil.
2. Los antecedentes patológicos de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019, son enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, patología tubárica.
3. Los antecedentes obstétricos de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019, son paridad, aborto previo, embarazo ectópico previo, métodos anticonceptivos, tratamiento de infertilidad.
4. Los antecedentes quirúrgicos de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019, son cesarea, apendicetomía, cirugía tubárica, cirugía de ovario, legrado uterino, cirugía de embarazo ectópico.

5. Los estilos de vida de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019, son edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, consumo de tabaco, consumo de alcohol.

### 3. Estadísticas o de trabajo

Ho: Factores sociodemográficos de riesgo de embarazo ectópico  $\neq$  edad, grado de instrucción, estado civil.

Ha: Factores sociodemográficos de riesgo de embarazo ectópico = edad, grado de instrucción, estado civil.

Ho: Antecedentes patológicos de riesgo de embarazo ectópico  $\neq$  enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, patología tubárica.

Ha: Antecedentes patológicos de riesgo de embarazo ectópico = enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, patología tubárica.

Ho: Antecedentes obstétricos de riesgo de embarazo ectópico  $\neq$  paridad, aborto previo, embarazo ectópico previo, métodos anticonceptivos, tratamiento de infertilidad.

Ha: Antecedentes obstétricos de riesgo de embarazo ectópico = paridad, aborto previo, embarazo ectópico previo, métodos anticonceptivos, tratamiento de infertilidad.

Ho: Antecedentes quirúrgicos de riesgo de embarazo ectópico  $\neq$  cesarea, apendicetomía, cirugía tubárica, cirugía de ovario, legrado uterino, cirugía de embarazo ectópico.

Ha: Antecedentes quirúrgicos de riesgo de embarazo ectópico = cesarea, apendicetomía, cirugía tubárica, cirugía de ovario, legrado uterino, cirugía de embarazo ectópico.

Ho: Estilos de vida de riesgo de embarazo ectópico  $\neq$  edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, consumo de tabaco, consumo de alcohol.

Ha: Estilos de vida de riesgo de embarazo ectópico = edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, consumo de tabaco, consumo de alcohol.

## **B. Objetivos**

### **1. General**

Determinar las características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y los factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019.

### **2. Específicos**

1. Precisar las características epidemiológicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019.
2. Identificar las características clínicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019
3. Describir las características quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019
4. Detallar los factores de riesgo del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019

## **C. Variables y Operacionalización de variables:**

### **Variable dependiente:**

Embarazo ectópico

### **Variables independientes:**

- Factores sociodemográficos: edad, grado de instrucción, estado civil.
- Antecedentes patológicos: enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, patología tubárica.
- Antecedentes obstétricos: paridad, aborto previo, embarazo ectópico previo, métodos anticonceptivos, tratamiento de infertilidad.
- Antecedentes quirúrgicos: cesarea, apendicetomía, cirugía tubárica, cirugía de ovario, legrado uterino, cirugía de embarazo ectópico.

- Estilos de vida: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, consumo de tabaco, consumo de alcohol.
- Características clínicas: tiempo de enfermedad, síntomas, signos.
- Tratamiento: expectante, medico, quirurgico.
- Características quirúrgicas: procedimiento quirurgico, hallazgos operatorios.

### Operacionalización de variables:

#### VARIABLE DEPENDIENTE:

Variable	Indicador	Categorías	Escala	Tipo de Variable
Embarazo ectópico	Diagnóstico de egreso	Si No	Nominal	Cualitativa

#### VARIABLES INDEPENDIENTES:

Variable	Indicador	Categorías	Escala	Tipo de Variable
Edad	Años	< 20 20 a 35 >35	De Razón	Cuantitativa
Grado de instruccion	Nivel de estudios	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Ordinal	Cualitativa
Estado civil	Situacion conyugal	Soltera Conviviente Casada	Nominal	Cualitativa
Antecedentes patológicos.	Historia clínica	Enfermedad inflamatoria pélvica, Endometriosis, Patología tubárica.	Nominal	Cualitativa
Antecedentes obstétricos	Historia clínica	Paridad Aborto previo, Embarazo ectópico previo, Métodos anticonceptivos Tratamiento de infertilidad	Nominal	Cualitativa

Antecedentes quirúrgicos	Historia clínica	Cesarea previa Apendicetomía Cirugía tubárica Cirugía de ovario Legrado uterino Cirugía de embarazo ectópico.	Nominal	Cualitativa
Estilos de vida	Historia clínica	Edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, consumo de tabaco, consumo de alcohol	Nominal	Cualitativa
Características clínicas	Historia clínica	Tiempo de enfermedad Síntomas Signos	Nominal	Cualitativa
Tratamiento	Historia clínica	Expectante, Medico, Quirurgico.	Nominal	Cualitativa
Características quirúrgicas	Informe operatorio	Procedimiento quirurgico, Hallazgos operatorios	Nominal	Cualitativa

## CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO

### **A. Tipo de investigación:**

El estudio tendrá dos partes, la primera será de tipo descriptivo, porque se realizará una descripción de las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico; la segunda parte será analítica porque se evaluará la asociación de los factores de riesgo, sociodemográficos, antecedentes patológicos, antecedentes obstétricos, antecedentes quirúrgicos y estilos de vida con el embarazo ectópico. Ambas partes serán de tipo observacional y retrospectivo; observacional porque solo se observará la ocurrencia de los eventos y no se manipulará ninguna variable, y retrospectivo porque la información se recopilará de sucesos acontecidos en el pasado, en el periodo 2017 a 2019, de la historia clínica y de los reportes operatorios.

### **B. Diseño de investigación:**

El diseño de investigación será no experimental, la primera parte será descriptiva y la segunda parte será analítica de casos y controles, porque se evaluará los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, se compararán dos grupos, un grupo serán los casos, conformado por las gestantes que presentaron embarazo ectópico, y el otro grupo serán los controles, conformado por gestantes que no presentaron embarazo ectópico.

### **C. Población y Muestra.**

#### **1. Población:**

Estará constituida por todas las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo 2017 a 2019

#### **2. Tamaño de muestra:**

No se calculará el tamaño de muestra, debido a que ingresarán al estudio, como casos, todas las gestantes que presentaron embarazo ectópico en el periodo de estudio; y los controles serán gestantes que tuvieron su parto normal, serán el mismo número de casos, es decir se tomará un control por cada caso.

### 3. Selección de la muestra:

Casos: la selección será no probabilística, por conveniencia, ya que ingresaran al estudio todas las gestantes que presentaron embarazo ectópico en el periodo de estudio, que cumplan con los criterios de inclusión y que no presenten ningún criterio de exclusión.

Controles: se seleccionará un control por cada caso, del registro de gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia por parto normal, durante el periodo de estudio, y que no hayan presentado embarazo ectópico, se hará un listado y se seleccionará por muestreo aleatorio sistemático las gestantes que ingresaran al estudio de acuerdo al tamaño de muestra de los casos; para ello se calculara el intervalo de selección (r), dividiendo el total de gestantes entre el tamaño de muestra de casos; luego se selecciona un numero al azar entre el cero y el intervalo de selección, ese número se busca en el listado gestantes y esa gestante será el primer control que ingresa al estudio, seguidamente a ese número se le suma el intervalo de selección y el numero resultante se busca en el listado de gestantes y esa gestante será el segundo control que ingresa al estudio, esto se repite sucesivamente hasta completar el tamaño de muestra de casos.

La fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{N}{n}$$

Dónde:

r: intervalo de selección

N: Total de gestantes sin embarazo ectópico

### D. Criterios de selección.

#### 1. Criterios de inclusión

##### Casos:

- Gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico
- Atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano entre el 2017 y 2019.

- Con criterios diagnósticos de examen clínico, ecográfico, valor de hGC consignados en la historia.
- Historia clínica completa.

#### **Controles:**

- Gestantes sin diagnóstico de embarazo ectópico.
- Atendidas, por parto normal, en el servicio de gineco obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano entre el 2017 y 2019.
- Historia clínica completa.

## **2. Criterios de exclusión**

#### **Casos y controles:**

- Historia clínica incompleta.

## **E. Material y Métodos:**

Al ser este un estudio retrospectivo, los métodos para el diagnóstico de embarazo ectópico fueron los que normalmente se utilizan en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, los cuales fueron: examen clínico, ecografía, nivel de hGC, o anatomía patológica.

## **F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos.**

### **1. Instrumentos:**

Se usará una ficha de recolección de datos preelaborada, en base a otros estudios internacionales y nacionales, en la cual se consignarán los datos de las variables en estudio, la cual será validada por juicio de expertos especialistas en gineco obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

### **2. Procedimiento de recolección de datos:**

Para la recolección de datos se solicitará autorización de la Dirección del hospital.



Para la recolección de datos de los casos, se solicitará a la oficina de estadística un listado de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia con el diagnóstico de egreso de embarazo ectópico durante el periodo de estudio, luego se solicita al área de admisión las historias clínicas de dichas gestantes y se procederá al llenado de la ficha.

Para la recolección de datos de los controles, se solicitará a la oficina de estadística un listado de las historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de gineco obstetricia, que tuvieron su parto normal durante el periodo de estudio, luego se seleccionara las historias clínicas de las gestantes que ingresaran al estudio, posteriormente en el área de admisión se solicitaran las historias clínicas de dichas gestantes y procederá al llenado de la ficha.

### **G. Análisis estadístico de datos.**

Para el análisis estadístico, primero se realizará control de calidad de la información registrada en las fichas, teniendo en cuenta los criterios de selección de casos y controles; luego se ingresará las fichas a una base de datos en el Soft ware Excel 2010.

El análisis estadístico tendrá 2 partes, la primera parte será el análisis descriptivo de las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico; y la segunda parte será el análisis de la asociación de los factores de riesgo con el embarazo ectópico.

Para el análisis descriptivo, se utilizará, para datos cualitativos, frecuencias absolutas y relativas, y para datos cuantitativos promedios y desviación estándar.

Para la segunda parte del análisis de la asociación de los factores de riesgo con embarazo ectópico, se medirá la frecuencia, de cada factor, en los casos y se comparará con la frecuencia en los controles, y se calculará el odds ratio (OR), el intervalo de confianza (IC, y el valor de p; se trabajará con un nivel de confianza de 95%, y un error máximo de 5% ( $p < 0.05$ ).

Formula de Odds Ratio: OR

	CASOS	CONTROLES	
FACTOR PRESENTE	A	B	A+B
FACTOR AUSENTE	C	D	C+D
	A+C	B+D	

$$OR = \frac{A \times D}{B \times C}$$

Dónde:

Dónde:

Casos: Gestantes con embarazo ectópico

Controles: Gestantes sin embarazo ectópico

a: los casos que presentan la variable en estudio

b: los controles que presentan la variable en estudio

c: los casos que no presentan la variable en estudio

d: los controles que no presentan la variable en estudio

Formula de p de Fisher:

$$p = \frac{A! + B! + C! + D!}{n! (A + B)! (C + D)! + (B + C)! + (A + C)}$$

Para la interpretación se debe tener en consideración tres premisa, primero que el OR sea diferente de 1, que el IC no contenga el 1, y que el valor de p sea  $< 0.05$ ; si se cumplen estas tres premisas se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alterna, por lo tanto, diríamos que el factor está asociado a embarazo ectópico.

Para el análisis estadístico se utilizará el programa estadístico SPSS Versión 21.



## **H. ASPECTOS ÉTICOS:**

No se aplicará el consentimiento informado, debido a que, es un estudio observacional y el investigador no manipulara ninguna variable, solo se revisará las historias clinicas y los reportes operatorios; pero se tendrá en consideración, la confidencialidad de la información de la historia clínica.

## CAPITULO V: CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO.

### A. Cronograma:

ACTIVIDAD	2020				
	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía	■				
2. Elaboración del proyecto	■				
3. Presentación del Proyecto		■			
4. Recolección de datos		■	■	■	
5. Procesamiento de datos					■
6. Elaboración de informe Final					■
7. Presentación del Informe final					■

### B. Presupuesto:

<b>GASTO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO (S/)</b>	<b>COSTO TOTAL (S/)</b>
<b>PAPEL BOND 80 grs.</b>	MILLAR	2	20.00	40.00
<b>FOTOCOPIADO</b>	CIENTO	5	20.00	100.00
<b>COMPUTADORA</b>	UNIDAD	1	-----	-----
<b>IMPRESORA</b>	UNIDAD	1	-----	-----
<b>LAPICEROS</b>	UNIDAD	10	3.00	30.00
<b>LAPIZ</b>	UNIDAD	10	1.00	10.00
<b>FOLDERES</b>	UNIDAD	10	10.00	100.00
<b>MOVILIDAD LOCAL</b>	UNIDAD	20	20.00	400.00
<b>TOTAL</b>				<b>680.00</b>

El estudio será autofinanciado por el investigador.

## CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD [Internet]. 2018 [citado 2020 Ago 19]; 9(1):28-36. Disponible en:  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/download/36490/37133/>.
2. Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 [citado 2020 Ago 19]; 61( 1 ): 27-32. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322015000100005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100005&lng=es).
3. Moya C, Pino F, Borges Fernández R, Aguiar R, Olano Y, Espinosa M. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 [citado 2020 Ago 11]; 39(3):236-248. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es).
4. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 2020 Ago 19]; 37(1):84-99. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es).
5. Stovall T. Aborto precoz y embarazo ectópico. En: Berek J. Ginecología de Novak. 14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 200:617– 646.
6. Khan K, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu A, Van Look P. WHO. Analysis of causes of maternal death: A systematicreview. Lancet. 2006; 367:1066-74.
7. Palacios I. Características clínicas, epidemiológicas y tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico. Tesis posgrado. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala [Internet]. 2018 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_10916.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10916.pdf)
8. Morales M. Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico. Tesis pregrado. Guayaquil. Universidad de Guayaquil [Internet]. 2018 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:

- <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36313/1/CD%202755-%20MORALES%20BALDEON%20MARJA.pdf>
9. Mogrovejo A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015. Tesis posgrado. Ecuador. Universidad de Cuenca [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23715>
  10. Meira Alana, Arancibia F. Embarazo Ectópico. Univ. Cienc. Soc. [Internet]. 2013 [citado 2020 Ag 13]; (9):52-58. Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=es).
  11. Quispe R. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del hospital Regional de Ayacucho periodo septiembre 2017 - septiembre 2018. Tesis pregrado. Puno Peru. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe\\_Vargas\\_Rosa\\_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe_Vargas_Rosa_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  12. Berrios M. Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. Tesis pregrado. Cusco Peru. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
<http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/4032>
  13. Chipana I. Factores de riesgo para embarazo ectópico. Tesis posgrado. Huancayo Peru. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2019 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
<http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/981>
  14. Palomino W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015. Tesis pregrado. Lima Peru. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINOZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Horna J. Embarazo ectópico: factores de riesgo en el hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2014. Tesis pregrado. Cajamarca Peru. Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 2015 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/234>
16. Illanes R, Salizar G. Características clínicas del embarazo ectópico en pacientes del hospital Antonio Lorena Cusco 2015. Tesis pregrado. Cusco Peru. Universidad Andina del Cusco [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
<http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/546>
17. Vara C. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, en pacientes que acuden al servicio de emergencia, de gineco – obstetricia del hospital II-2 Santa Rosa – Piura, en el periodo enero - agosto 2015. Tesis pregrado. Piura Peru. Universidad Cesar vallejo [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11065/vara\\_ac.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11065/vara_ac.pdf?sequence=1)
18. Martínez Á, Mascaró Y, Méjico S, Mere J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 [citado 2020 Ago 13]; 59(3):171-176. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322013000300005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300005&lng=es).
19. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el hospital Regional Manuel Núñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno. Tesis pregrado. Puno Peru. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 2018 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani\\_Barboza\\_Alfredo\\_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Rana P Kazmi I Singh R et al. Ectopic pregnancy: a review. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2013 [citado 2020 Ago 19]; 288 (4):747-757. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23793551/>
21. Marion L Meeks G. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. Clinical Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2012 [citado 2020 Ago 19]; 55 (2): 376-386. Disponible en:



- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22510618/>
22. Perkins K Boulet S Kissin D Jamieson D. Risk of Ectopic Pregnancy Associated With Assisted Reproductive Technology in the United States, 2001–2011. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2015 [citado 2020 Ago 19]; 125(1): 70-78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315158/>
  23. Kirk E Bottomley C Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Human Reproduction Update* [Internet]. 2013 [citado 2020 Ago 19]; 20(2): 250-261. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24101604/>
  24. Mohan S, Mariam T. Ectopic pregnancy: reappraisal of risk factors and management strategies. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2015; 4(3): 709-715. Disponible en: [www.ijrcog.org](http://www.ijrcog.org)
  25. Taheri M Bharathan R Subramaniam A Kelly T. A United Kingdom national survey of trends in ectopic pregnancy management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* [Internet]. 2014 [citado 2020 Ago 19]; 34(6):508-511. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24766292/>
  26. RCOG. tubal pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet]. 2004 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/ca8-15072010.pdf>
  27. Tulandi T. Ectopic pregnancy. Springer International Publishing. Switzerland [Internet]. 2015 [citado 2020 Ago 19]. Disponible en: [http://link-springer-com-443.webvpn.fjmu.edu.cn/chapter/10.1007%2F978-3-319-11140-7\\_7](http://link-springer-com-443.webvpn.fjmu.edu.cn/chapter/10.1007%2F978-3-319-11140-7_7)
  28. Capmas P Bouyer J Fernandez H. Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions. *Fertility and Sterility* [Internet]. 2014 [citado 2020 Ago 19]; 101(3): 615-620. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24559615/>



## CAPITULO VII: ANEXOS.

### ANEXO

#### Ficha de recolección de datos

#### CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS, QUIRURGICAS Y FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA EN EL PERIODO 2017 A 2019

1. Nombre: ..... HC No.....

2. Embarazo ectópico:

Masculino ( )

Femenino ( )

3. Edad:..... años

4. Grado de instrucción:

Ninguno ( )

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior ( )

5. Estado civil:

Soltera ( )

Conviviente ( )

Casada ( )

Otro: .....

6. Antecedentes patológicos:

Enfermedad inflamatoria pélvica ( )

Endometriosis ( )

Patología tubaria ( )

Ninguna ( )

Otra: .....



7. Paridad: .....

8. Aborto previo:

Si ( )

No ( )

9. Embarazo ectópico previo:

Si ( )

No ( )

10. Métodos anticonceptivos:

Ninguno ( )

Ritmo ( )

Barrera ( ) ¿cuál? .....

Hormonal ( ) ¿cuál? .....

DIU ( ) ¿cuál? .....

Otro: .....

11. Tratamiento de infertilidad:

Si ( ) ¿cuál? .....

No ( )

12. Antecedentes quirúrgicos:

Cesarea previa ( )

Apendicetomía ( )

Cirugía tubárica ( )

Cirugía de ovario ( )

Cirugía Legrado uterino ( )

Cirugía de embarazo ectópico ( )

Otro:.....

13. Edad de inicio de relaciones sexuales: ..... años

14. Número de parejas sexuales: .....

15. Consumo de tabaco:

Si ( )

No ( )



**16. Consumo de alcohol:**

Si ( )

No ( )

**17. Tiempo de enfermedad: ..... dias**

**18. Síntomas:**

Amenorrea ( )

Dolor abdominal ( ) ¿qué área topográfica? .....

Dolor pélvico ( )

Palidez ( )

Ginecorragia ( )

Vómitos ( )

Lipotimia o síncope ( )

Otro: .....

**19. Signos:**

Signo rebote positivo ( )

Resistencia abdominal ( )

Distensión abdominal ( )

Dolor en anexos ( )

Dolor a la movilización del cérvix ( )

Fondo de saco posterior abombado ( )

Tumor anexial ( )

Otro: .....

**20. Tratamiento:**

Expectante ( )

Medico ( ) Medicamento y dosis: .....

Quirurgico ( ) ¿ Que procedimiento? .....

Otro: .....



**21. Hallazgos operatorios:**

Roto ( )

No roto ( )

Aborto tubárico ( )

Hematosalpinx ( )

Hidrosálpinx ( )

Otro: .....