

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL
EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020”

Presentado por: Kevin Alain Huaman Pacco

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Asesor: Wilbert Segundo Cárdenas Alarcón

Cusco-Perú

2021

CONTENIDO	pag.
CONTENIDO.....	i
RESUMEN.....	2
INTRODUCCION	6
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION	7
1.1 FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA.....	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	9
1.3 OBJETIVOS	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO-REFERENCIAL	11
2.1 MARCO TEORICO	11
2.2 ANTECEDENTES TEORICOS.....	23
2.3 GLOSARIO DE TERMINOS	28
2.4 VARIABLES.....	29
2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	30
2.6 JUSTIFICACION.....	33
2.7 LIMITACIONES	34
2.8 ASPECTOS ETICOS	34
CAPITULO III: METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	35
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	35
3.3 SECUENCIA METODOLOGICA	36
3.4 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACION.....	37
CAPITULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y COMENTARIOS	38
4.1 RESULTADOS.....	38
4.2 DISCUCION	49
4.3 CONCLUSIONES	54
4.4 RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS	56
ANEXOS	59

RESUMEN

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020”

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico es una emergencia gineco-obstétrica donde un óvulo fertilizado se anida fuera de la cavidad endometrial del útero, caracterizado por tener múltiples signos y síntomas los cuales se confunden con otras patologías asociándose a una gran incidencia en la mortalidad materna durante el primer trimestre de la gestación que ha ido incrementando considerablemente en los últimos años ,debido a este ascenso es que toma importancia en su precoz tratamiento y diagnóstico.

MÉTODO: Se ejecutó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal para lo cual se utilizó la información de las historias clínicas y se usaron los datos estadísticos brindados por el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Quillabamba

RESULTADOS: El 82 % de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico son del grupo etario de entre 20 y 35 años de edad donde la media fue 28,53 años con predominio de las pacientes que presentaron estado civil de convivientes en un 51% , el grado de instrucción que destaco fue el de nivel secundario con un porcentaje de 56% y una zona de procedencia del sector urbano en un 70% , dentro de los antecedentes gineco obstétricos el que tuvo mayor frecuencia fue pacientes que usaban métodos anticonceptivos que representaban el 47% donde el 33% era usaría de métodos anticonceptivos hormonales,27% abortos previos , seguido del antecedente de embarazo ectópico con una frecuencia de 25% , la enfermedad pélvica inflamatoria en las pacientes atendidas tuvo una distribución de 16% , el 90% indico que inicio las relaciones sexuales antes de los 18 años y el 47 % de las pacientes eran nulíparas .El antecedente quirúrgico de curetaje endocervical se presentó en un 42% ,la apendicectomía en 40% , la cirugía tubarica en un 25% , con respecto a la edad gestacional la octava semana fue la que destaco con un 40 % ,seguida de la séptima semana con un 23 % , la trompa de Falopio fue la ubicación más frecuente con un 95% donde el 100% fue en la región ampular predominando en el lado izquierdo con un porcentaje de 60% y el ovario solo 5% , el dolor abdominal fue el síntoma que predomino en todas las pacientes en un 100% y el signo que más destaco fue el dolor en fosa iliaca con 91%. La técnica quirúrgica mayormente utilizada fue la laparotomía con 79% con un manejo quirúrgico denominado salpingectomía que tuvo una frecuencia de 81%. El hallazgo intraoperatorio que se encontró con mayor porcentaje fue la hemorragia interna con un 56% y con 40 % la rotura tubarica.

CONCLUSIONES: El embarazo ectópico es más frecuente en pacientes del grupo etario de entre 20 y 35 años , presentándose más en las que presentan estado civil de conviviente con grado de secundaria provenientes de zonas urbanas , que tienen como antecedente gineco obstétrico ser usuarias de métodos anticonceptivos en su mayoría hormonales y como antecedentes quirúrgico haberse realizado un curetaje endocervical , las cuales tuvieron un diagnostico en su mayoría en la octava semana , que tuvo como principales manifestaciones clínicas el dolor abdominal como síntoma y el dolor en fosa iliaca como signo ,la localización más frecuente se dio en las tubas de la región ampular del lado izquierdo , la técnica quirúrgica de mayor uso fue la laparotomía con la salpingectomía donde el hallazgo intraoperatorio principal fue la hemorragia interna

PALABRAS CLAVE: embarazo ectópico, salpingectomía, ooforectomia

SUMMARY

"EPIDEMIOLOGICAL-CLINICAL-SURGICAL PROFILE OF ECTOPIC PREGNANCY AT THE QUILLABAMBA HOSPITAL, 2016-2020"

BACKGROUND: ectopic pregnancy is a pathology that is associated with a high incidence of maternal mortality during the first trimester of gestation that has been increasing considerably in recent years, due to this rise it is that it takes importance in its early treatment and diagnosis.

METHOD: An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study will be carried out, for which the information from the medical records will be used and the statistical data provided by the gynecological-obstetric service of the Quillabamba Hospital will be used.

RESULTS: 82% of the patients with a diagnosis of ectopic pregnancy are from the age group between 20 and 35 years of age, where the mean was 28.53 years, with a predominance of patients who presented marital status of cohabitants in 51%, the degree Of instruction that stood out was the secondary level with a percentage of 56% and an area of origin from the urban sector in 70%, within the obstetric gynecological antecedents the one that had the highest frequency was patients who used contraceptive methods that represented 47% where 33% were to use hormonal contraceptive methods, 27% previous abortions, followed by a history of ectopic pregnancy with a frequency of 25%, the inflammatory pelvic disease in the patients attended had a distribution of 16%, 90% indicated that onset sexual intercourse before 18 years of age and 47% of the patients were nulliparous. 42% had a surgical history of endocervical curettage, appendectomy in 40%, tubar surgery ica in 25%, with respect to gestational age the eighth week was the one that stood out with 40%, followed by the seventh week with 23%, the fallopian tube was the most frequent location with 95% where 100 % was in the ampullary region, predominantly on the left side with a percentage of 60% and the ovary only 5%, abdominal pain was the predominant symptom in all patients in 100% and the most prominent sign was pain in iliac fossa with 91%. The most widely used surgical technique was laparotomy with 79% with a surgical management called salpingectomy that had a frequency of 81%. The intraoperative finding that was found with the highest percentage was internal bleeding with 56% and tubal rupture with 40%.

CONCLUSIONS: Ectopic pregnancy is more frequent in patients in the age group between 20 and 35 years old, occurring more in those with a cohabiting civil status with a high school degree from urban areas, who have obstetric gynecological antecedents being users of contraceptive methods in their The majority were hormonal and, as a surgical history, an endocervical curettage had been performed, which were mostly diagnosed in the eighth week, which had abdominal pain as a symptom and pain in the iliac fossa as a sign as the main clinical manifestations, the most frequent location It occurred in the tubas of the ampullary region on the left side, the most widely used surgical technique was laparotomy with salpingectomy where the main intraoperative finding was internal bleeding.

KEYWORDS: ectopic pregnancy, salpingectomy, oophorectomy

INTRODUCCION

El embarazo ectópico es una patología que ocurre cuando el ovulo fecundado conocido como blastocito anida en un lugar diferente al endometrio de la cavidad uterina (1), que ocurre en las trompas de Falopio en aproximadamente el 97,7% de los casos (2).

Presenta diferentes ubicaciones, siendo la más común a nivel de la trompa, dentro de la misma trompa se ubicara de mayor a menor frecuencia: la ampolla, el istmo y las fimbrias. Otras ubicaciones menos frecuentes son cornual, cervical, ovárico, abdominal o en cicatriz de cesárea previa (3).

Representa el 2% de todos los embarazos, donde el 75% de las muertes maternas del primer trimestre son por esta causa y a su vez esta representa el 9-13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo en países del primer mundo .En países en vías de desarrollo la situación es aún más grave, con tasas de mortalidad por embarazo ectópico que son hasta 10 veces más altas que en los países industrializados (1), siendo entonces un resultado adverso potencialmente mortal (3), donde los costos del tratamiento también son considerablemente altos debido a que la gran mayoría necesita cirugía (1).

Se han reconocido varios factores de riesgo, incluida la enfermedad inflamatoria pélvica salpingitis, antecedentes de cirugía de trompas, embarazo ectópico previo (3), la infección por clamidia, ciertas formas de anticoncepción y el tabaquismo. Si bien se cree que están involucrados otros factores como la edad, las características sociodemográficas y la historia reproductiva (1). En los últimos 20 años se han logrado grandes avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos, pero sigue siendo un problema de mortalidad materna, representando el 10% de ésta, este incremento se ha asociado al aumento de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica y entre otros factores de mayor riesgo (4).

El manejo del embarazo ectópico puede tratado de manera expectante, médica o quirúrgica y este último es el más utilizado debido a la severidad y complejidad del cuadro clínico. En los últimos años se está optando por salvar tanto la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres nulíparas (5).

Por todo lo anterior descrito se considera como una emergencia gineco obstétrica que requiere tratamiento inmediato donde el objetivo de este trabajo es describir el perfil epidemiológico clínico quirúrgico del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital de Quillabamba durante el periodo 2016 al 2020.

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020”

CAPITULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico se refiere a la implantación de un óvulo fertilizado en una ubicación anormal fuera de la cavidad uterina, que ocurre en las trompas de Falopio en aproximadamente el 97,7% de los casos (2). Siendo en la actualidad la causa más importante de mortalidad materna durante el primer trimestre de gestación (6), pese a que en los últimos 20 años se han logrado grandes avances en los métodos de diagnóstico y terapéutica (4).

En los EE. UU. Y Europa, el 1-2% de los embarazos son ectópicos donde representan el 75% de las muertes maternas en el primer trimestre y a su vez este representa el 9-13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo (1).

En los países en vías de desarrollo se vio un incremento (5), donde las tasas de mortalidad por embarazo ectópico que son hasta 10 veces más altas que en los países industrializados, a esto se suman los costos de tratamiento del embarazo ectópico que son considerables ,se estima que en EE.UU se invierten mil millones de dólares. Por ende es una condición de importancia en la salud pública (1).

Es una patología que siempre se tiene que pensar esto debido a las diferentes manifestaciones clínicas que presenta (7), desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico (5) por el cual es conocida como la simuladora (8).

El embarazo ectópico puede ser manejado de diversas maneras ya sea expectante, médica o quirúrgica, siendo esta última realizada con mucha mayor frecuencia debido a la alta complejidad y gravedad del cuadro clínico. Ahora se está inclinando más por salvar la vida de la paciente como preservar su fertilidad posterior, sobretodo en casos de mujeres que son nulíparas (5).

Sin embargo, en la actualidad esta patología es la principal causa de muerte en la mujer embarazada durante el primer trimestre (9).

En el Perú se realizaron varios estudios en cuanto a embarazo ectópico, tenemos que en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima se observó que por cada 49 embarazos 1 era embarazo ectópico correspondiente al periodo 2006-2010 habiendo un incremento respecto a años anteriores en relación a ese mismo hospital (5), en el Hospital San Bartolomé la incidencia fue de 1/167 partos, en el Hospital Edgardo Rebagliati 1/183 partos y en el Hospital María Auxiliadora 1/156 (10). En el Hospital Regional de Ayacucho la prevalencia de embarazo ectópico fue de 2,41% cuyo periodo de estudio fue de setiembre del 2017 a setiembre del 2018 (11).

En nuestro departamento del Cusco la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena fue de 1.6%, 1.48%, 1.48%, 1.41% y 1.48% cuyo periodo de estudio fue del 2010 al 2014, del total de partos (12).

Se ha observado en los últimos años un aumento de cantidad de casos en el Hospital Quillabamba esto posiblemente a la presencia de factores de riesgo como la enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes de : embarazo ectópico, cirugía abdominopelvica, uso de anticonceptivos, legrado uterino o aspiración endomanual uterina, aumento en el número de abortos provocados entre otros; es por ello, que surge la necesidad de determinar el perfil epidemiológicos-clínico-quirúrgicos del embarazo ectópico en dicho nosocomio para realizar un diagnóstico y tratamiento certero y temprano para evitar complicaciones y minimizar daños reproductivos posteriores.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia sociodemográfica de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
2. ¿Cuál es la frecuencia de antecedentes gineco-obstétricos de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
3. ¿Cuál es la frecuencia de antecedentes quirúrgicos de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
4. ¿Cuál es la edad gestacional en la que se presenta con mayor frecuencia el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas durante el intraoperatorio en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
6. ¿Cuál es la técnica quirúrgica más frecuente de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
7. ¿Cuál es la localización más frecuente de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas durante el intraoperatorio en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020?
8. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas hallas durante el intraoperatorio en el Hospital de Quillabamba?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivos General

Establecer el perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Estimar la frecuencia sociodemográfica del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.
2. Valorar la frecuencia de antecedentes gineco-obstétricos de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.
3. Valorar la frecuencia de antecedentes quirúrgicos de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020
4. Determinar la edad gestacional en la que se presenta con mayor frecuencia el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.
5. Encontrar las manifestaciones clínicas más frecuentes de embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.
6. Determinar la técnica quirúrgica más frecuente de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.
7. Reportar la localización más frecuente de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas durante el intraoperatorio en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.
8. Hallar las complicaciones más frecuentes de los embarazos ectópicos en pacientes atendidas halladas durante el intraoperatorio en el Hospital de Quillabamba del 2016 al 2020.

CAPITULO II: MARCO TEORICO-REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

Una gestación ectópica ocurre cuando el saco gestacional anida fuera de la capa del endometrio en la cavidad uterina, durante el primer trimestre de embarazo (9,13). La terminación de ectópico deriva del griego “*ektopos*” y se define como ubicado por fuera (14). Esta patología puede presentar secuelas en la vida reproductiva de la mujer terminando muchas veces en infertilidad (9), también puede ser potencialmente mortal, por tanto, es una emergencia médica la cual requiere de un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato (14).

La mayoría de casos de embarazos ectópicos (90%), se da a nivel de las trompas de Falopio (14, 15,16), también puede ser ovárica (1-2%), abdominal (menos de 1%). En el caso de que la anidación sea en las tubas uterinas esta se divide en porciones, siendo el segmento más frecuente la porción ampular (80%), esta es seguida de la porción ístmica (12%), infundibular o fimbrial (6%) y por último se da en la porción intersticial (2,2%) que, pese a ser la porción más infrecuente cobra mucha importancia en su diagnóstico y tratamiento (13,15). Entonces según el lugar de ubicación del embarazo ectópico se presentaran complicaciones de menor o mayor severidad (6,17). Si el embarazo ectópico es ovárico, este puede ser superficial o profundo (13,16).

EPIDEMIOLOGIA

Según la American College of Obstetricians and Gynecologists, la probabilidad de que se produzca muerte materna por un embarazo ectópico es mayor que una gestación que culmina con un recién nacido vivo o este se impide de forma provocada (8). Si un embarazo ectópico se diagnostica precozmente, la sobrevivencia de la madre aumenta así como la conservación de su capacidad reproductiva, ya que recordemos que este embarazo ectópico es la principal causa de fallecimiento materna en los primeros 3 meses de embarazo y representa el 9% de las muertes maternas globales (8,18).

La incidencia de embarazos ectópicos se ha incrementado en los últimos 30 años, esto es debido a los avances en los métodos diagnósticos que han permitido diagnósticos más tempranos (7,18), los cuales han reducido la tasa de mortalidad y aumentando así la tasa de morbilidad (19), esta patología pone en riesgo la vida materna, se dice que aproximadamente el 75% de las muertes en el primer trimestre y el 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo son por embarazo ectópico (7,8).

La frecuencia de presentar un embarazo ectópico está relacionada con la edad de la madre, pues a mayor edad materna mayor riesgo de presentar gestación ectópica (8,19).

Morbilidad y mortalidad

La concepción extrauterina es de causa importante en cuanto a la morbilidad y mortalidad materna en mujeres que cursan su edad reproductiva, existe aproximadamente 876 muertes por embarazo ectópico en los Estados Unidos entre los años de 1980 y 2007 (20), así como aproximadamente el 13,0% de todas las muertes maternas entre 1970 y 1989, pero para el periodo entre 1991 a 1999 hubo un descenso aproximadamente del 6,0% de la mortalidad materna, esta disminución se explica debido a los avances en la tecnología, como el uso de la b-hGC más sensible, equipos y ultrasonido mejorado, lo cuales nos ayudan a un diagnóstico más oportuno y como consecuencia una mejora en cuanto al tratamiento ya sea médico como quirúrgico (21). En la actualidad la gestación ectópica es denominado como la causa de mayor frecuencia en la muerte materna en el primer trimestre de gestación (22).

FACTORES DE RIESGO

La gestación ectópica es multifactorial, hasta el 50% de pacientes con esta patología no presentan factores de riesgo identificables(14), por tanto aquellos factores que presentan el riesgo de anidación extrauterina aún siguen sin estar claros, entre estos mecanismos productores del embarazo ectópico tenemos (23) por obstrucción anatómica, alteraciones en la motilidad tubárica o la función de los cilios, fecundación anormal y factores quimiotácticos encargados de estimular la anidación a nivel de las trompas de Falopio(14).

Factores de riesgo alto:

El factor de riesgo más del embarazo ectópico es probablemente la patología a nivel tubárico, la gestación ectópica este asociado con infertilidad futura (24).

La alteración anatómica en las trompas de Falopio y la infección es la causa más probable de producir esta alteración, entre otras causas encargadas de afectar la anatomía tubárica (25), tenemos las anomalías congénitas, endometriosis, cirugías, la salpingitis ístmica nodosa la cual se da cuando el endosalpinx se desarrolla en el miometrio a nivel de los cuernos formando así un divertículo donde el huevo o cigoto puede reterne a ese nivel (24).

La endometriosis tubárica y los miomas intrauterinos sobre todo a nivel de los cuernos también pueden producir una obstrucción simple (26). La incidencia de embarazo ectópicos en aquellas pacientes que utilizan dispositivos intrauterinos (DIU) es equivalente a 1/10 de las pacientes que no utilizan métodos anticonceptivos, por otro lado tenemos que una mujer portadora de dispositivos intrauterinos tendrá mayor probabilidad de tener un embarazo

ectópico en relación a una mujer que no es portadora de estos dispositivos. La incidencia de que se produzca la gestación ectópica en mujeres que utilizan DIU solo es del 4% aproximadamente, pero si se usan los DIU con progesterona entonces el riesgo aumentara (14,26).

Los niveles patológicos de progesterona modifican la eficacia del musculatura circular de la tuba uterina (23). Por tanto el uso de píldoras o dispositivos intrauterinos que contienen progesterona actúan directamente alterando la motilidad. Los niveles elevados de estrógenos debido a la aplicación de gonadotropinas humanas para que se produzca la ovulación se interpone con el transporte tubárico, por otro lado, los niveles disminuidos de estrógenos secundarios tanto a restricción de alimentos y ejercicio intenso, contribuyen a rangos incrementados de gestación ectópica (14,23).

Factores de moderado riesgo

Las infecciones ocasionadas ya sea por chlamydia trachomatis o como por Neisseria gonorrhoeae incrementan el riesgo de padecer gestación ectópica cuatro veces más que en las mujeres sin salpingitis. Cada recurrencia de estas infecciones incrementa mucho más el riesgo debido al daño tubárico en cuanto de la acción ciliar, obstrucción de las tubas uterinas y adherencias pélvicas (13,27).

En las infecciones por chlamydia se produce una proteína, la PROKR2 que tiene propiedades quimiotácticas, y estas contribuyen a la anidación del blastocito en las tubas uterinas que se encuentran dañadas. Es importante saber que en las infecciones localizadas a nivel de hemiabdomen inferior (región pélvica o abdominal) como por ejemplo la apendicitis pueden ser eventos que favorecen el desarrollo a futuro de embarazos ectópicos. En relación a la cantidad de parejas sexuales se determinó que a mayor de 1, también se eleva el riesgo de la implantación ectópica, entonces si la primera relación se da a los 18 años de edad o antes de esto aumentaría la probabilidad de tener varias parejas y esto a su vez aumenta el riesgo de presentar infección pélvica sobre todo por clamidia en pacientes menores de 25 años de edad (19). Otro factor es el tabaquismo el cual está asociado con el desgaste de la motilidad de las tubas uterinas, alteración de la inmunidad y retraso a nivel de la ovulación (28).

Factores de bajo riesgo:

Las pacientes que son seleccionadas para recibir terapia de reproducción asistida también se asocian a embarazo ectópico; las pacientes por encima de 35 años tienen tasas de embarazo extrauterino que son 8 veces mayores en relación a la mujeres jóvenes, se dice

que esto se puede dar porque la actividad mioeléctrica se va perdiendo en las tubas uterinas conforme las mujeres envejecen (29).

FISIOPATOLOGÍA

El trofoblasto formado en la gestación ectópica tiene una similitud al de la gestación normal, ya que este puede secretar hormona Gonadotropina Coriónica humana (hGC), la cual se encarga de conservar al cuerpo lúteo produciendo estrógenos y progesterona los cuales son suficientes para la inicio del embarazo (6,30), esto hace que en las primeras semanas de embarazo la evolución del parto sea normal; la alteración se da en la anidación del cigoto en un lugar diferente al fondo uterino. El recorrido del cigoto por las tubas uterinas está dada por la acción del musculatura liso y la actividad ciliar (19), esta acción del musculo de las trompas de Falopio tiene movimientos oscilantes en el istmo de la trompa, las cuales pueden variar en que estas sean rápidas o lentas durante el recorrido del embrión y aunque no se tiene una visión clara sobre la acción de este mecanismo, se demuestra que la acción de los cilios tiene un rol importante en desplazamiento del embrión (31).

Por otra parte se dice que el óxido nítrico se encarga de controlar la tonicidad de la musculatura lisa, provocando un efecto potente de relajación en la musculatura lisa de la tuba uterina, si se da una variación en su producción puede producir una laxitud anormal de la musculatura lisa y por tanto un defecto en el empuje del embrión a lo largo de la tuba uterina produciéndose un embarazo ectópico (32) ; ahora el tejido epitelial de la tuba uterina correspondiente al de un embarazo ectópico nos da un panorama de la disminución en la cantidad de células con cilios en relación a las células con cilios de la tuba uterina de un embarazo normal (33).

Se dice que de un 2 al 4% de todos los embarazos ectópicos son de tipo intersticial y esta anidación se da dentro de la porción intramiometrial de la tuba uterina o en la porción intersticial, fuera del endometrio sin relegar de manera lateral al ligamento redondo a estos se les denomina embarazos no viables (14).

La gestación localizada a nivel cérvix se da por la anidación del saco gestacional en el canal del endocervix, estos son muy inusuales y esto es inferior al 1% de todos Las gestaciones extrauterinos. Dentro de los factores que pueden dar lugar a este tipo de gestación se tiene al daño endometrial ocasionada por una endometritis crónica o un legrado, miomas uterinos, fertilización in vitro y DIU (29,34). El embarazo extrauterinos localizados en cicatriz de cesárea anterior se presenta cuando el saco gestacional anida en la parte anterior del segmento uterino justo en el lugar de una cicatriz de cesárea, este tipo de implantación representa menos del 1% de los embarazos ectópicos, (25).

Otra variante es el de tipo ovárico, el cual tiene una incidencia entre el 1% y el 3% de las gestaciones extrauterinas diagnosticadas (30).

El embarazo abdominal tiene una incidencia entre el 1% al 1,5% de todos los embarazos extrauterinos, y es aquel que se presenta en cualquier parte de la cavidad peritoneal, teniendo como localización más frecuente el fondo de saco de Douglas, seguida por el mesosalpinx y el epiplón, pero también hay casos donde puede implantarse a nivel del bazo, hígado o apéndice (27). En este caso las tasas de mortalidad son 7.7 veces por encima de los embarazos a nivel de las trompas de Falopio y 89.8 veces más altas en relación a la gestación intrauterina, pero se ha visto que su tasa de mortalidad disminuyó del 20% a menos del 5% en los últimos 20 años, esto debido precisamente a las intervenciones cada vez más precoces (31).

Otro tipo de embarazo ectópico es el heterotópico, que consiste en la existencia de un embarazo intrauterino viable y otro que está catalogado como gestación ectópica, su incidencia es muy baja 1 de cada 30.000 embarazos espontáneos (34).

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas del embarazo ectópico es multivariado y esto dependerá de que se haya suscitado o no la ruptura. Acudir de forma oportuna a una evaluación médica y tener al alcance la tecnología diagnóstica son formas de reconocer el cuadro antes de la ruptura en muchas ocasiones. Actualmente el cuadro clínico correspondientes al gestación ectópica se presentan de forma sutil e inclusive no aparecen. Los síntomas habituales del embarazo ectópico vienen hacer el retraso menstrual, sangrado vaginal irregular, abdomen agudo o pélvico y tumoración anexial dolorosa constituyen la triada clásica. Esta triada se observa en menos del cincuenta por ciento de pacientes. El sangrado patológico se da posterior al retraso menstrual. Se presenta frecuentemente entre la sexta y la octava semana a partir de la FUR (19). En la mayoría de casos se observa lateralmente o posterior al útero. Otro síntoma es el retraso menstrual, aunque si se presentase no descarta el diagnóstico pues la paciente puede confundirse entre la presencia de sangrado común de la gestación ectópica con sangrado menstrual real. La magnitud de la presión arterial y el pulso varían según la pérdida sanguínea (22). Si la hemorragia es de regular cantidad esta no traduce ninguna variación o puede presenciarse un aumento leve de la presión arterial, o de manera opuesta se observa una respuesta vasovagal con disminución frecuencia cardíaca y presión arterial. La presencia de temperaturas que son superiores a 38°C casi siempre se ve acompañada de una infección. La evaluación clínica, el examen de abdomen y pelvis debe realizarse de forma, todo esto si estamos sospechando de un embarazo ectópico complicado. En el

examen físico podemos observar que el dolor ya sea abdominal o pélvico se da en el 97% de los casos. Este dolor corresponde al 45% de las pacientes y a su vez se ubica en el cuadrante inferior del abdomen, de forma bilateral en el 25% de las pacientes y unilateral en el 30%. En cuanto al aspecto físico del abdomen puede estar tenso con o sin signo de rebote (19).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de gestación ectópica tiene sus aciertos en el historial médico y la exploración física acompañados a su vez por estudios complementarios (bioquímicos y de gabinete). Un diagnóstico oportuno se da gracias a la utilización de estos estudios complementarios como la β -HCG, progesterona en sangre, laparoscopia y ecografía por vía tranvaginal. Una combinación en cuanto a la clínica y métodos complementarios son altos índices para diagnosticar un embarazo ectópico (25). Cuando estamos frente a una emergencia, las gestantes manifestaran un dolor abdominal de inicio súbito acompañado de una estabilidad hemodinámica alterada, en estos casos las pacientes deben ser evaluadas lo más pronto posible para poder detectar un embarazo ectópico roto, esto lo podemos hacer con un examen de embarazo ya sea a nivel de sangre u orina y así poder confirmar la gestación, y si es factible la posibilidad de hacer una evaluación ecográfica y así poder ver si hay líquido libre en la cavidad abdominal. Debemos saber también que, en las pacientes estables, la evaluación de los niveles séricos de β -hCG en sangre y la ecografía pélvica servirán para determinar la localización exacta del embarazo (23).

La ecografía es un examen complementario de preferencia para aquellas pacientes en las que se tiene presunción de una gestación ectópica. A su vez la ecografía pélvica que se hace a estas pacientes no solo descarta el embarazo ectópico sino también incorpora un examen a través de la vagina y/o abdomen, esto se realizara de acuerdo a los signos y síntomas de la paciente.

Si realizamos el diagnóstico de gestación extrauterina a nivel de las trompas de Falopio con ecografía transvaginal se hallara una cavidad endometrial libre con presencia de masa anexial que no es homogénea o un saco gestacional extrauterino vacío que se verá como un anillo hipoeoico (23).

Tanto la ecografía como la fracción β -hCG en suero se emplean para la detección o descarte de una gestación ectópica. El incremento o aumento doble de β -hCG mayor a 66% es presuntivo de una gestación intrauterina que va ser (33).

TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser de manera expectante, médica o quirúrgica, que a su vez puede ser por laparotomía o laparoscopia, según las características clínicas y hemodinámicas de la paciente. El manejo expectante se puede llevar a cabo en pacientes asintomáticas, clínica y hemodinámicamente estables (6). El manejo expectante se realiza con un seguimiento a la paciente hasta la recuperación completa. El seguimiento de la paciente debe ser acelerado en un ritmo de cada día y posteriormente debe ser semanal hasta que la cantidad de β -hCG vuelva a sus valores normales (6).

-Tratamiento médico: El metrotexate actúa en aquellas células con actividad proliferativa, e esto va añadido también el tejido trofoblástico. La dosis utilizada de metrotexate en el embarazo ectópico es 1mg/kg o 50mg/m² (13). En la actualidad el fármaco más utilizado que cumple dicha característica es el metotrexato, un antagonista que se une al sitio catalítico de la dihidrofolato reductasa, con lo que se interrumpe la síntesis de nucleótidos (purinas) y aminoácidos (serina y metionina), por lo que se inhibe la síntesis de ADN, la reparación y replicación celular (6).

-Cirugía conservadora: La salpingectomía se realiza con laparoscopia mientras sea posible. Su desventaja radica en la persistencia de células trofoblásticas. Se ha visto que el uso profiláctico postoperatorio de metrotexate reduce el riesgo de persistencia de células trofoblásticas (6).

-Cirugía radical: La salpingectomía consiste en la disección de la tuba uterina incluido el producto de la concepción, puede comprender desde la fimbria hasta el cuerno extendido hacia adelante o hacia atrás. Se realiza una disección con electrocauterio tanto del mesosalpinx y tuba uterina (6). Tratamiento quirúrgico: se recomiendan la vía laparoscópica sobre la laparotomía cuando se presenta las condiciones apropiadas. El abordaje laparoscópico se da preferentemente en pacientes hemodinámicamente estables que requieren cirugía (14). Por otro lado la salpingostomía por vía laparoscópica tuvo menos éxito que la cirugía abierta del embarazo ectópico. En caso de que la paciente se encuentre hemodinámicamente inestable se opta por la laparotomía. Queda minimizado el manejo médico cuando la paciente presenta signos de shock hipovolémico

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Del Ángel J. (México, 2021) en su estudio “Embarazo ectópico: Factores de riesgo y características clínicas. Experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel” tuvieron como objetivo hallar la “asociación entre los factores de riesgo y el embarazo ectópico, así como también ver el perfil clínico del embarazo ectópico en las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González”. Fue un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y de corte transversal que incluyó a 695 pacientes y se utilizó análisis estadístico descriptivo. Dentro de los resultados se obtuvo que la prevalencia fue de 0.97 por cada 100 nacidos vivos; el promedio de años y edad de gestación fue de 27.6 años y 7.5 semanas respectivamente, el cuadro clínico más frecuente fue el dolor abdominal (45.6%); el antecedente se asoció mayormente al tabaquismo (33.2%) y la cirugía por laparotomía se observó en mayor frecuencia (90.4%). Se concluyó que los factores de riesgo asociados a gestación ectópica fueron el tabaquismo, antecedente de embarazo ectópico y el uso de dispositivos intrauterinos a su vez se observaron resultados bajos en cuanto a EPI y las tecnologías de reproducción asistida relacionados al embarazo ectópico. Se obtuvo que la clínica de mayor importancia fue: dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado vaginal (22).

Gaskins A, y cols (EE.UU, 2018) En su estudio “Factores de riesgo demográficos, de estilo de vida y reproductivos para el embarazo ectópico”, cuyo objetivo fue conocer la relación entre factores demográficos, estilo de vida y reproductivos y el riesgo de embarazo ectópico. Fue un estudio de tipo cohorte y prospectivo que incluyó a 41440 embarazos comprendidos durante el periodo de 1990 a 2009. Se utilizaron modelos de regresión logística binaria multivariable. Dentro de los resultados se obtuvo una incidencia de 411 (1,0%) embarazos; los exfumadores y los fumadores actuales tenían 1,22 (IC del 95%; 0,97-1,55) y 1,73 (IC del 95%, 1,28-2,32) veces, respectivamente, el riesgo de gestación ectópica en comparación con los que nunca habían fumado. Las mujeres que consumían ≥ 10 g / día de alcohol tenían 1,50 (IC del 95%, 1,08-2,09) más posibilidad de desarrollar embarazo ectópico en comparación con las que nunca las consumieron; la exposición en el útero a dietilestilbestrol (IC del 95%, 2,51-5,01), el inicio más temprano de anticonceptivos orales (IC del 95%, 1,70-4,09 para < 16 años versus nunca). Concluyeron que las mujeres que eran fumadoras o exfumadoras, consumían ≥ 10 g / día de alcohol, estuvieron expuestas a dietilestilbestrol en el útero, iniciaron anticonceptivos orales antes de los 16 años y quienes tenían antecedentes de infertilidad, uso de dispositivos intrauterinos o ligadura de trompas tenían un mayor riesgo de embarazo ectópico (1).

Martínez M. (Paraguay, 2017) En su estudio “Características clínicas y epidemiológicas de

pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social año 2016”, cuyo objetivo fue describir “las características clínicas y epidemiológicas del embarazo ectópico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social año 2016”. Fue un estudio descriptivo, observacional de corte transversal para ello usaron historias clínicas de 52 pacientes con diagnóstico de gestación ectópica; los datos fueron analizados con software Stata 12.0. En sus resultados obtuvieron que la edad promedio fue $30,3 \pm 4,8$ años. Predominaron las solteras con una frecuencia de 19 .Se presentó con más frecuencia en pacientes con 2 gestas 44,2%. Las nulíparas predominaron en la población de estudio con un 59,6%. El 94,2% no presentó embarazo ectópico previo. El 53,8% no presentaba ninguna cesárea previa. El 52,8% no utilizaba ningún anticonceptivo. Edad promedio del primer contacto sexual fue $18,19 \pm 2,7$ años. La trompa es el asiento más frecuente y representa el 82,6%. El tratamiento empleado con mayor frecuencia fue el Quirúrgico en el 96,1%. Conclusión: Las variables caracterizadas, coinciden con las bibliografías consultadas (8).

Pacheco A, Santiesteban R. (Cuba, 2017) En su estudio “Factores relacionados con el embarazo ectópico”, tuvieron como objetivo identificar los “factores relacionados con el embarazo ectópico”. Fue un estudio descriptivo que incluyó a 880 pacientes con diagnóstico de gestación ectópica cuyo periodo abarcó desde el 1 de enero de 1999 al 30 de septiembre del 2007 en el “Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo”, provincia Granma; se utilizó un análisis estadístico descriptivo. En sus resultados se obtuvieron que la edad promedio fue de 20 a 40 años, un gran porcentaje tenían antecedentes de inflamación pélvica, el método diagnóstico más utilizado fue la punción del fondo de saco de Douglas, la complicación más frecuente se fue la anemia y la localización más común a nivel tubárico. Concluyeron que la edad entre los 20 a 40 años, EPI y la punción del fondo de saco de Douglas fueron los factores que se presentaron con mayor regularidad en relación con el embarazo extrauterino; la anemia fue la complicación más común con ubicación a nivel tubárico, la técnica quirúrgica de mayor uso fue la salpingectomía (23).

Escobar B. (México, 2016) En su estudio “Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico” tuvo como objetivo determinar “los factores de riesgo y las características clínicas asociados a la gestación ectópica”. Fue un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo y de corte transversal que incluyó a 84 pacientes de ellos 28 casos y 56 controles; se utilizó el programa SPSS versión 20 y el análisis fue descriptivo invariante y bivariante con la realización de la Prueba Chi cuadrado y a su vez se

utilizó un intervalo de confianza al 95% con un valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativa. En sus resultados se obtuvo que el síntoma con mayor prevalencia fue dolor pélvico con 57,1% (16), embarazo ectópico con rotura derecha 53,6%, embarazo tubárico 82,1% (23), embarazo ectópico sin rotura 60,7% (17), hemoperitoneo 60,7% (17). La edad gestacional promedio correspondió a 4-8 semanas (75%) y en la mayoría de estos casos se intervino quirúrgicamente 96,4%. El estudio concluyó que por 1 de cada 122 embarazos correspondía a una gestación ectópica; los factores de riesgo hallados mayormente: el tabaquismo, ser multigrávida, tener antecedente de gestación ectópica, uso de DIU antes de la concepción, cirugía abdominal; las características clínicas más frecuentes fueron dolor pélvico, gestación ectópica derecha, embarazo tubárico, gestación ectópica sin roturas, hemoperitoneo < 750 ml, edad gestacional entre cuatro y ocho semanas (9).

Guerrero E, Rivas R. (México ,2015) En su estudio “Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico” cuyo objetivo fue determinar “la asociación de algunos aspectos demográficos y el embarazo ectópico en el Hospital Ángeles del Pedregal en un tiempo de 6 años”. Fue un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo; se tuvo acceso a 143 historias clínicas con fecha comprendida del 1 de marzo del 2006 al 31 de enero del 2013. Evaluaron como variables la edad, métodos de anticoncepción, antecedente de gestación ectópica, EPI, semana de edad gestacional, cuadro clínico, terapia y sus complicaciones. En sus resultados obtuvieron una prevalencia de 1 gestación ectópica por cada 53 nacidos vivos, la edad promedio fue de 32.4 años, se encontró 50 primigestas (35%) y con 2 o más embarazos fueron 93 (65%) de las cuales 51 mujeres tenían antecedente de cesárea; la edad de gestación más frecuente fue 5 semanas (39%), se vio que 103 mujeres no utilizaron anticonceptivos previo al embarazo ectópico, el método anticonceptivo más utilizado fue el DIU (9%), se encontró que 43 era fumadoras (30%), la característica clínica fue la opsomenorrea, el tratamiento más utilizado fue el quirúrgico por laparoscopia (74.8%) y la complicación más frecuente fue anemia severa. Se concluye que a pesar de los avances tecnológicos, la correcta evaluación de los factores de riesgo es fundamental para el diagnóstico del embarazo ectópico (29).

ANTECEDENTES NACIONALES

Cabana F. (Perú, 2020) En su estudio “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” cuyo objetivo fue describir las “características epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas y detallar los factores de riesgo del embarazo ectópico”. Fue un estudio que se realizó en 2 partes, el primero correspondiente a un tipo descriptivo y el segundo a un tipo analítico; ambos estudios fueron de tipo observacional y retrospectivo que incluyó como caso a todas las pacientes con diagnóstico de gestación ectópica y los controles serán pacientes que tuvieron parto normal. Se usaron fichas de recolección de datos y se analizó mediante el software Excel 2010. Para el análisis descriptivo se usó datos cualitativos-cuantitativos y para el analítico se usó el OR, IC del 95% y $p < 0.05$ (7).

Martínez A, y cols. (Perú, 2013) En su estudio “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” cuyo objetivo fue “describir el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de la gestación ectópica”. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal se incluyó a 348 pacientes estas recolectadas de historias clínicas con diagnóstico de gestación ectópica; se analizó mediante el programa SPSS versión 2. En sus resultados se obtuvieron que la prevalencia fue 2,1 por cada 49 nacidos vivos, la edad promedio fue 29.2%; el estado civil conviviente (48.3%), se observaron más nulíparas (25,9%), el inicio de relaciones sexuales fue antes de los 16 años, el antecedente quirúrgico más realizado fue el legrado uterino (25.9%), el método anticonceptivo más utilizado fue el DIU (33.8); el dolor en región abdominal fue el síntoma más frecuente (97.9%), la ultrasonografía transvaginal visualizó la presencia de tumoración (70.7%), la mayoría fue tratada quirúrgicamente (94.8%) y la intervención más realizado fue la salpingectomía. Se concluyó que las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical (5).

Zevallos C. (Perú, 2016) En su estudio “Características clinico-quirurgicas del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, 2010-2014”, cuyo objetivo fue describir las “características clinico-quirurgicas del embarazo ectópico en

el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguíen Escobedo”, comprendido entre los años 2010-2014”. Fue un estudio descriptivo cuyo tamaño muestral no se calculó puesto que se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de gestación ectópica por un periodo de 5 años; la información fue tomada de las historias clínicas y se analizó con el paquete estadístico SPSS versión 20. Dentro de los resultados se encontró una incidencia que vario de 45.61 a 67.94 por cada 1000 partos durante el periodo del 2010-2014, la edad promedio fue de 31.21 años, se observó mayor cantidad de nulíparas (34.95%), la edad de gestación más frecuente fue de 7 semanas, el antecedente más relevante fue las cesáreas (29.61%) , el cuadro clínico más característico fue el dolor en región abdominal más hemorragia genital (66.9%), la mayoría fue tratada quirúrgicamente (99.03%) y la intervención más realizado fue la laparotomía y dentro de las complicaciones más frecuente se tuvo a la rotura tubarica (49.02%), la porción donde se ubicó más frecuentemente fue a nivel ampollar (92.71%). El periodo de hospitalización fue de 3.42 días (rango: 1 a 10 días) y la muerte por la enfermedad en el periodo fue de 1.46%. Se concluyó del estudio que el embarazo ectópico tiene creciente en cuanto a número de casos en el “Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo” y tiene un manejo por lo general quirúrgico con buena evolución (35).

Montes E. (Perú, 2016) En su estudio “Incidencia, factores de riesgo y características clinico-epidemiologicas de embarazo ectópico. Hospital de Apoyo Camana 2004-2014” cuyo objetivo fue hallar la “incidencia, factores de riesgo y características clinico-epidemiologicas del embarazo ectópico en el Hospital de Apoyo Camana con un periodo comprendido entre el 2004 al 2014”. Fue un estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal, se incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de gestación ectópica obtenidas de las historias clínicas. Se analizó mediante la estadística descriptiva con el programa SPSS versión 22. Sus resultados fueron que la incidencia del primero año (2004) de estudio fue 9.82 y la del último año (2014) fue de 9.66; la edad promedio fue 27 años; el inicio de relaciones sexuales fue antes de los 18 años, el habito del tabaquismo se encontró en 26.3%; el antecedente quirúrgico más frecuente fue curetaje uterino 18.2%; tuvieron EPI un 15.2%; el método anticonceptivo más usado fue el hormonal (22.2%); el signo más frecuente fue dolor a la palpación en fosa iliaca (92.9%); la sintomatología más predominante fue el dolor abdominal (98.9%); la localización fue a nivel tubárico (48.5%); el tratamiento fue quirúrgico con predominio de la realización de salpingectomía y ooforectomia (56.6%) y la complicación de la gestación ectópica fue el aborto tubarico (48.5%). Se concluyó que la frecuencia estudiada

de esta población fue mayor a otros estudios por otro lado se vio que las pacientes acuden tardíamente presentando cuadros de complicación (36).

ANTECEDENTES LOCALES

Mamani R. (Cusco, 2015) en su estudio “Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2010-2014”, cuyo objetivo fue describir las “características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico”. Fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo e incluyó 156 pacientes. En sus resultados del estudio se obtuvieron una incidencia fue de 1.6%, 1.48%, 1.48%, 1.41% y 1.48%, en el periodo del 2010 al 2014, del total de partos, la edad más frecuente fue comprendida entre los 21 a 30 años, más frecuente de nivel secundario, procedencia urbana y con estado civil conviviente. El síntoma más manifestado abdomen agudo; edad gestacional 5 semanas a menos, inicio de relaciones menos a 19 años, más halladas multigestas; antecedente más presentado EPI (3%), no uso de anticonceptivos (75%), ITS como antecedente (1.3%), antecedente de gestación ectópica (3%), anteriormente tuvieron aborto (34%), lugar de anidación en la trompa (93,6%), lugar más hallado a nivel derecho, técnica quirúrgica salpingectomía. En cuanto a la complicación se tuvo un 90%(12).

Berrios M. (Cusco, 2019) en su estudio “Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018”, cuyo objetivo fue hallar “los factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018” cuyo periodo de estudio fue desde el mes de enero a diciembre del 2018. Fue un estudio de casos y controles (muestra de 54 tanto para casos y controles), se hizo un análisis univariado y bivariado, posteriormente se obtuvo el OR con un IC al 95%. Dentro de sus resultados se obtuvieron que el tabaquismo aumento el riesgo de gestación ectópica de hasta 13 veces, el grado de instrucción más predominante fue el superior, el uso de anticonceptivo en este caso el levonogestrel eleva el riesgo 6 veces, legrado o aborto de 4.6 veces, la cirugía abdominopelvica eleva el riesgo 4,6 veces, la EPI en 2.5 veces y un antecedente de gestación ectópica. Se concluyó del estudio como factores de riesgo al tabaquismo como los antecedentes previos y el grado de instrucción superior duplican el riesgo de una gestación ectópica. Por otro lado se confirmó al uso de levonogestrel, una cirugía abdominopelvica, un antecedente de legrado o aborto, tener varias parejas, EPI y un antecedente de gestación ectópica (37).

2.3 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Embarazo ectópico: El embarazo ectópico (EE) es definido como la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina, siendo más frecuente en la región ampular de las trompas de Falopio (5)

Ooforectomía: extirpación quirúrgica de uno o los dos ovarios (38)

Salpinguectomía: La salpingectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de las trompas de Falopio en la mujer, (38)

Shock hipovolémico : Un estado anormal grave del organismo en el cual existe hipotensión prolongada por cierto período, generalmente dos horas o más, causada por una disminución de la perfusión tisular y el suministro de oxígeno como consecuencia de una infección (16)

2.4 VARIABLES

Variables implicadas.

- Variables independientes:

- Antecedentes gineco-obstétricos
- Antecedentes Quirúrgicos
- Edad gestacional
- Manifestaciones clínicas
- Localización del embarazo ectópico
- Tipo de tratamiento quirúrgico
- Complicaciones intraoperatorios

-Variables dependientes:

- Embarazo ectópico.

- Variables no implicadas

- Edad.
- Procedencia
- Grado de instrucción

- Estado civil

2.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURAL EZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL
Embarazo ectópico	Es un embarazo que se da cuando el saco gestacional se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina, durante el primer trimestre de embarazo (1,3).	Cualitativo	Indirecta	Presencia de embarazo ectópico	Nominal	Dato recolectado de historias clínicas en la ficha de recolección	Sera expresado en porcentaje (%)
Edad	Tiempo vivido por una persona desde el momento que nace (39).	Cuantitativo	Indirecta	Edad en años cumplidos	De intervalo	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección	- Menor de 20 años - 20 a 35 años - Mayor a 35 años
Procedencia	Se define como el departamento, provincia o distrito de la cual proviene la paciente (40).	Cualitativo	Indirecta	Procede de zona rural, urbana	Nominal	Dato recolectado de las historia clínica en la ficha de recolección	Zona rural Zona urbana
Grado de instrucción	Es el nivel más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (41).	Cualitativo	indirecta	Nivel de estudios	Ordinal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección	Ninguno Primario Secundario superior
Estado civil	situación de la persona según el registro civil en relación de que si tiene o no pareja (42).	cualitativo	indirecta	Situación conyugal	nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección	Soltera Conviviente casada
Antecedente gineco- obstétrico	-Gestación ectópica anterior -Enfermedad pélvica inflamatoria -endometritis -abortos -Uso de anticonceptivos -Inicio de relaciones sexuales -Paridad	Cualitativo	Indirecta	Presencia de antecedente	Nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección -si -no	Sera expresado en porcentaje (%)

Antecedentes quirúrgicos	-Apendicectomía -Colectomía -Cesarea previa -Cirugía tubárica -Curetaje endocervical	Cualitativo	Indirecta	Presencia de antecedente	Nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección -si -no	Sera expresado en porcentaje (%)
Edad gestacional	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento (18).	Cuantitativo	Indirecta	semanas de amenorrea	Numerica de razón	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección Presencia de manifestaciones clínicas -si -no	5 semanas 6 semanas 7 semanas 8 semanas 9 semanas 10 semanas 11 semanas 12semanas
Manifestaciones clínicas	- Dolor en fosa iliaca -Dolor a la movilización cervical -Masa palpable ,Blumberg -Dolor abdominal,Retraso menstrual -Sangrado genital	cualitativo	indirecto	Presencia de síntomas o signos	nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección.	Sera expresado en porcentaje (%)
Localización del embarazo ectópico	-Tubarico, - Ampollar - Infundibular , - Itsmico, - Intersticial, -Ovárico , -Cervical -Diferente lugar de implantación	cualitativo	Indirecta	ubicación fuera del endometrio durante el intraoperatorio	Nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección.	Sera expresado en porcentaje (%)
Tipo de tratamiento quirúrgico	- laparotomía -laparoscopia	Cualitativo	Indirecta	Tipo de cirugía	Nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)
	-salpinguectomía -Ooforectomía -Salpinguectomía + ooforectomía	Cualitativo	Indirecto	Tratamiento quirúrgico concomitante	Nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección Si no	Sera expresado en porcentaje (%)

Complicaciones	-Aborto tubarico -Rotura tubarica -Rotura ovárica -Hemorragia interna	Cualitativo	Indirecta	hallazgo durante el intraoperatorio	Nominal	Dato recolectado de historia clínica en la ficha de recolección: Si no	Sera expresado en porcentaje (%)
----------------	--	-------------	-----------	--	---------	--	-------------------------------------

2.6 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO DEL PROBLEMA

TRASCENDENCIA

El embarazo ectópico es una patología que se ha ido en ascenso en los últimos dos décadas, siendo una de las principales causas de hemorragia y mortalidad de primer trimestre durante la gestación y llevando por ende un incremento de visitas al servicio de emergencias del área de gineco obstetricia donde se han descritos diversos factores asociados a esta patología los cuales varían en diversas poblaciones y dado que en nuestro medio no se encuentra del todo estudiada por lo que es necesario conocer la verdadera magnitud de este problema en tiempos actuales por lo que es vital identificar el perfil epidemiológico-clínico y quirúrgico lo cual nos permitirá identificar de manera más pronta a las pacientes en riesgo y así implementando intervenciones oportunas, pertinentes y sobre todo costo beneficiosas para el sector salud ya que conlleva un gasto elevado por su intervención en caso se complique, entonces el entendimiento sobre esta patología será importante para el diagnóstico y tratamiento en nuestro medio y no esperar secuelas graves por un embarazo ectópico complicado se observa la importancia y conveniencia del desarrollo de este trabajo

CONOCIMIENTO

El embarazo ectópico es una patología en aumento en gineco-obstetricia con signos y síntomas muy variables, con este conocimiento observaremos potenciales factores de riesgo que pueden preceder a esta patología y por ello estimar un enfoque preventivo ya que hace que los costos de atención se eleven por las complicaciones que esta presenta. Un conocimiento apropiado de perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico facilitara una toma de medidas oportunas y así reducir las secuelas más graves de esta patología en nuestro medio

CIENCIA

En nuestra realidad nacional perteneciente al grupo de países en desarrollo no se da la debida importancia por ende, permite pensar que el problema tendrá un gran impacto a largo plazo con las complicaciones que este puede presentar generando mayores costos en el tratamiento para una mejor, calidad de vida del paciente, por lo que corresponde

elaborar estrategias preventivo-promocionales, y este será inicio para futuras investigaciones en nuestra localidad.

COMUNIDAD:

En la ciudad de Quillabamba no se cuenta con estudios descriptivos sobre el embarazo ectópico, radicando allí la importancia de este estudio para determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas en nuestro medio y así prevenir esta patología que cada año va en aumento en la población femenina en etapa reproductiva que podría llegar a ser un problema de salud pública, se ve la importancia y la conveniencia del desarrollo de este proyecto de investigación.

2.7 LIMITACIONES Y VIABILIDAD

En cuanto a las limitaciones que se podría tener dentro de la institución donde se realizó el estudio es que no haya un buen llenado de datos en las historias clínicas.

El presente trabajo de investigación se desarrollara en el Hospital de Quillabamba con previa autorización del personal encargado del servicio de gineco-obstetricia, actualmente el hospital cuenta con recursos humanos adecuados. El costo de este estudio es sostenible por ende puede ser autofinanciado. Por todo lo demás nuestro trabajo será viable.

2.8 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cumplió con los principios fundamentales de la ética y con las regulaciones de la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial”, instauradas para las investigaciones biomédicas que se desarrollan en seres humanos. Es así que de acuerdo a los principios bioéticos se respeta los derechos, justicia, confidencialidad y la dignidad humana. Nuestro estudio se realizó con la autorización del servicio de gineco-obstetricia (consulta externa y cirugía) mediante la dirección del Hospital de Quillabamba. Debo ratificar que este estudio no presento conflicto de intereses. La información obtenida fue de manera anónima, respetando la confidencialidad de la paciente.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

- Por la ocurrencia de hechos: Retrospectivo
- Por el periodo y secuencia de estudios: Transversal
- Por el alcance de los resultados : Observacional y descriptivo

Diseño de la investigación

- a)** Tipo del estudio: observacional, descriptivos, retrospectivo y transversal
- b)** Ubicación del Estudio: Hospital Quillabamba
- c)** Periodo de Estudio: 2016-2020
- d)** Sujeto de Estudio: Pacientes con diagnóstico de gestación ectópica que fueron intervenidas quirúrgicamente.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

• UNIVERSO

Esta dado por todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de gestación ectópica intervenidas quirúrgicamente en el servicio de gineco obstetricia en el hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020. (N=48)

• MUESTRA

Todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de gestación ectópica intervenidas quirúrgicamente en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 que cumplieron los criterios de inclusión (n=43)

• CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

-Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron intervenidas quirúrgicamente en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Quillabamba durante el periodo 2016 al 2020

Criterios de exclusión:

- Pacientes con embarazo ectópico que no fueron intervenidas quirúrgicamente
- Historias clínicas incompletas que no cuenten con los datos que se necesite
- Historias clínicas de pacientes que hayan presentado alguna enfermedad crónica inflamatoria

Unidad de análisis: Historias clínicas de Pacientes con diagnóstico de gestación ectópica intervenidas quirúrgicamente en el Hospital de Quillabamba.

Unidad de observación: Historias clínicas de pacientes del servicio de servicio de gineco obstetricia del Hospital Quillabamba que cumplan con los criterios de inclusión.

3.3 SECUENCIA METODOLOGICA

- **TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos de filiación de los participantes se usaran las historias clínicas y fichas de recolección de datos a todos aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión.

- **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se hará uso del análisis documental, siendo el documento cada uno de las historias clínicas evaluadas.

- **PROCEDIMIENTOS**

Se utilizara el programa Microsoft Excel en su versión 2016 para la realización de gráficos estadísticos de los resultados hallados en la investigación presente.

3.4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACION

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Enero (2021)	Febrero (2021)	Marzo (2021)	Abril (2021)	Mayo (2021)
Revisión de literatura	X				
Revisión de instrumentación (determinar la validación y confiabilidad del instrumento)		X			
Recolectar datos		X	X		
Análisis de interpretación				X	X
Redacción y presentación de la investigación					X

PRESUPUESTO

CARACTERÍSTICAS	COSTO
Impresiones de protocolo y fichas de recolección	s/280
Útiles de escritorio	s/80
Autorización para revisión de historias clínicas	s/150
TOTAL	510

CAPITULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y COMENTARIOS

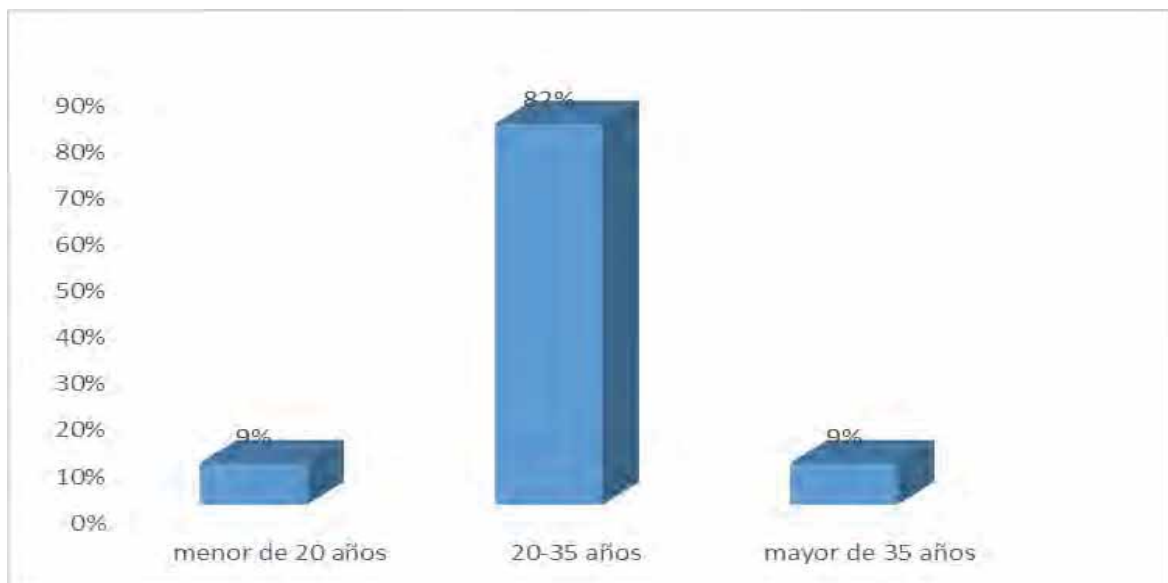
4.1 RESULTADOS

Durante el periodo de los años 2016 y 2020 un total de 45 pacientes acudieron al servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Quillabamba con el diagnóstico de embarazo ectópico de los se obtuvo 43 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión

Grafico 1.

Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendido en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 según su frecuencia sociodemográfica.

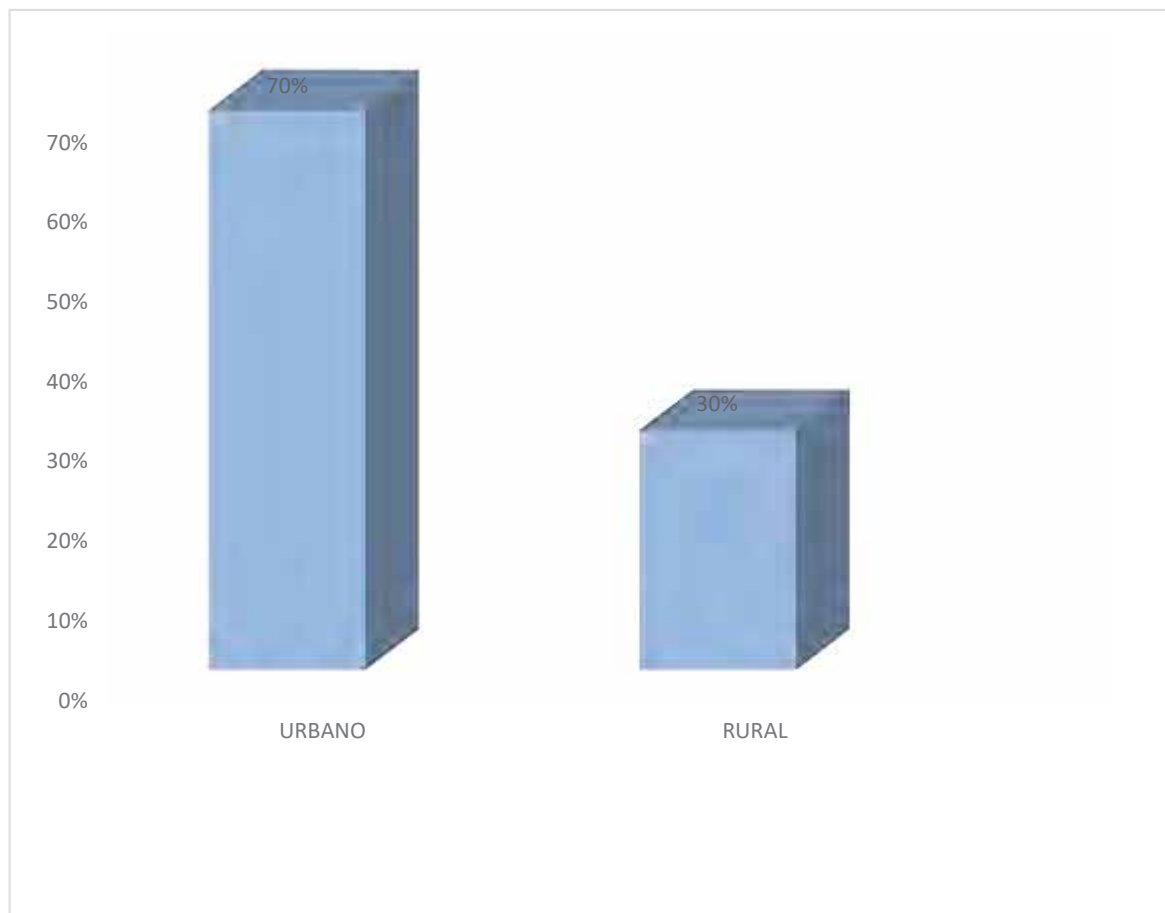
Grafico 1.1 grupo etario



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este gráfico se observa que el grupo etario más abundante dentro del grupo de paciente diagnosticadas con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020, fue el de las pacientes entre los 20 y 35 años en un 82%, seguido de un similar porcentaje de 9 % entre las pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años. La media fue de 28,53 años, la desviación estándar de 5.99, con una varianza de 35.08 y la edad mínima fue 14 años y la máxima 41 años.

Grafico 1.2 procedencia



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se observa que las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020, procedieron en un 70% de zonas urbanas y un 30 % de zonas rurales

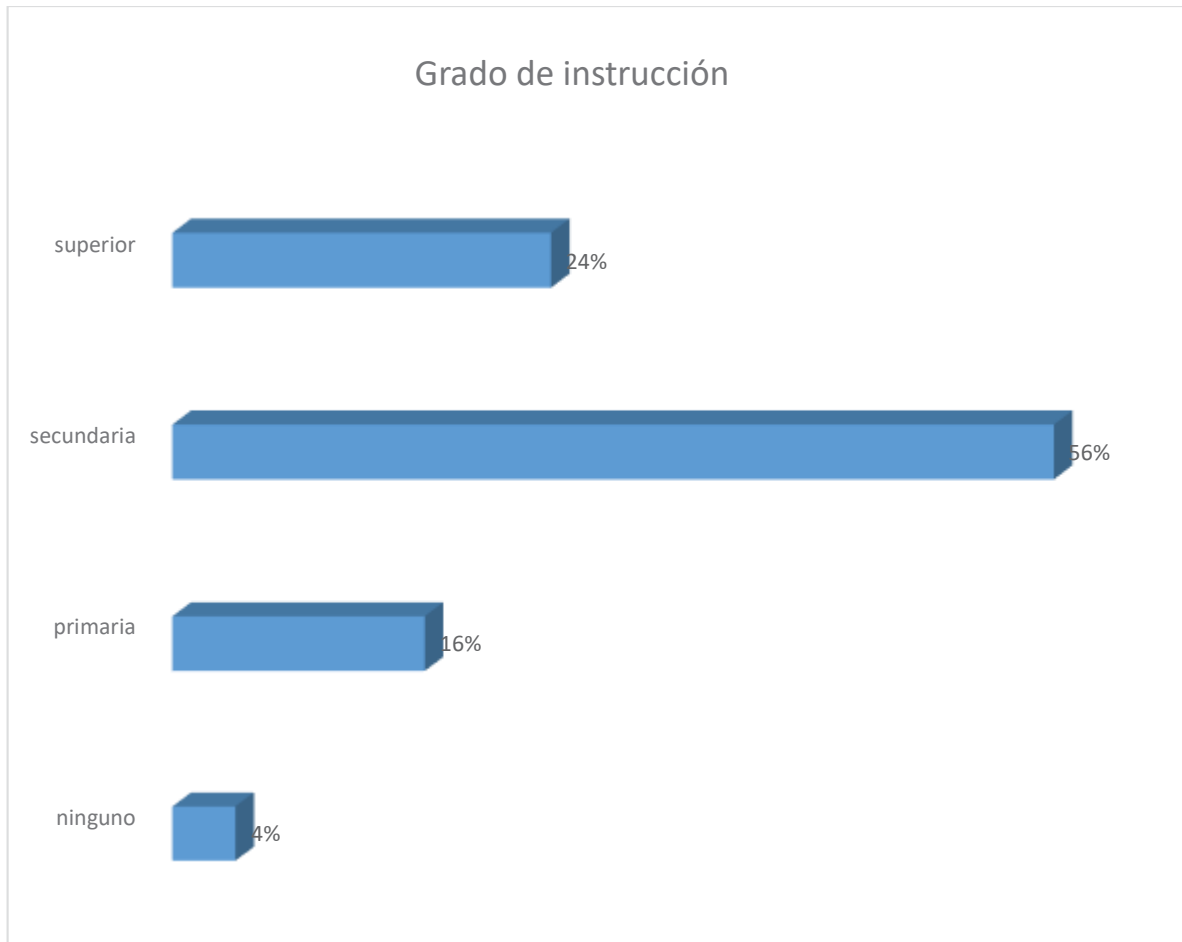
Grafico 1.3:



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se observa que el estado civil de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020, fueron en un 51% convivientes, 45% solteras y en un 5 % mujeres casadas.

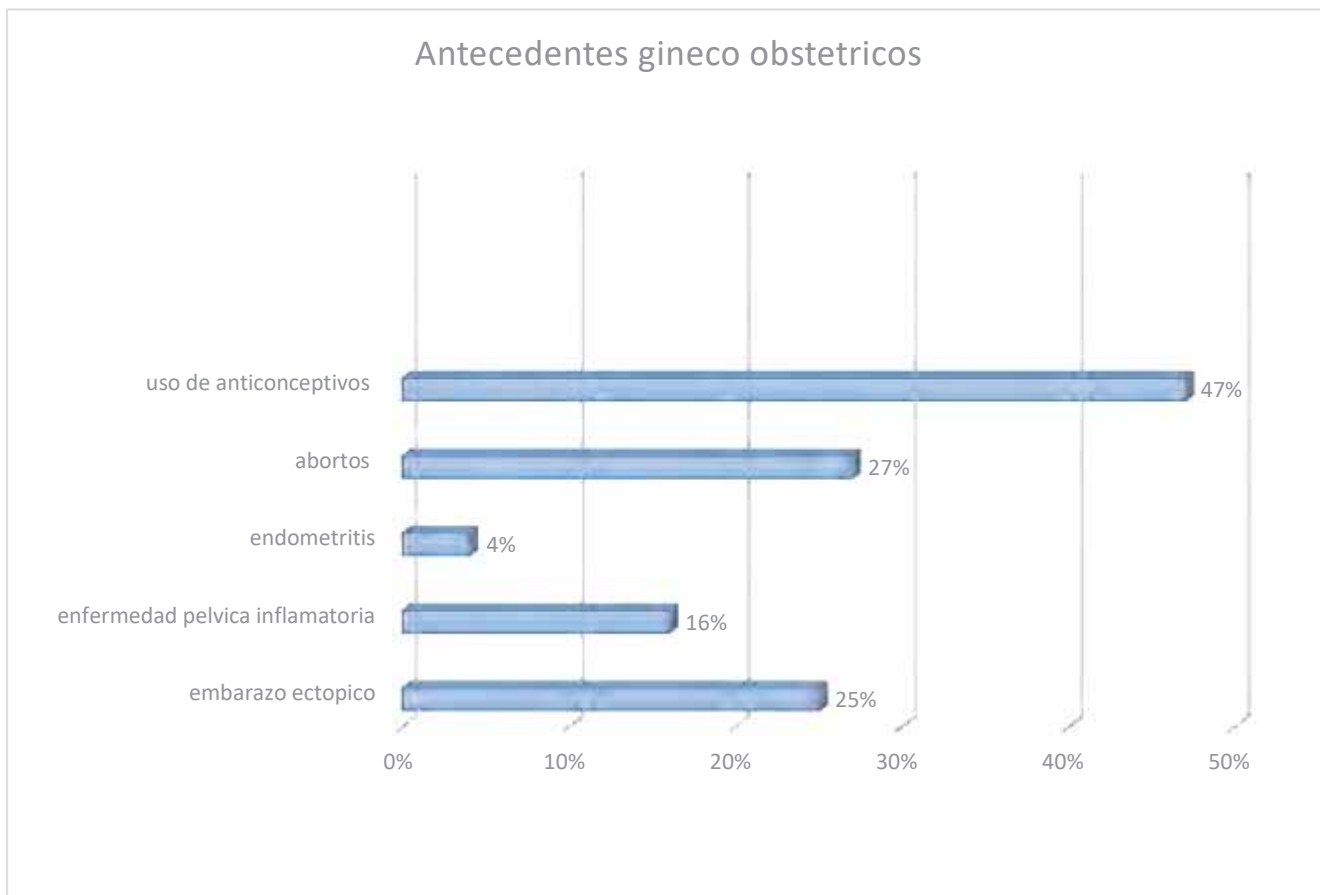
Grafico 1.4



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se observa el grado de instrucción de las pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba con el diagnóstico de embarazo ectópico entre los años 2016 y 2020 donde la mayoría de pacientes tuvieron solo secundaria representando el 56%, seguida de las pacientes que presentaron grado de instrucción superior en un 24%, las pacientes que tenían solo primaria tuvo una frecuencia de 16% y un 4% no tuvo ningún tipo de grado de instrucción.

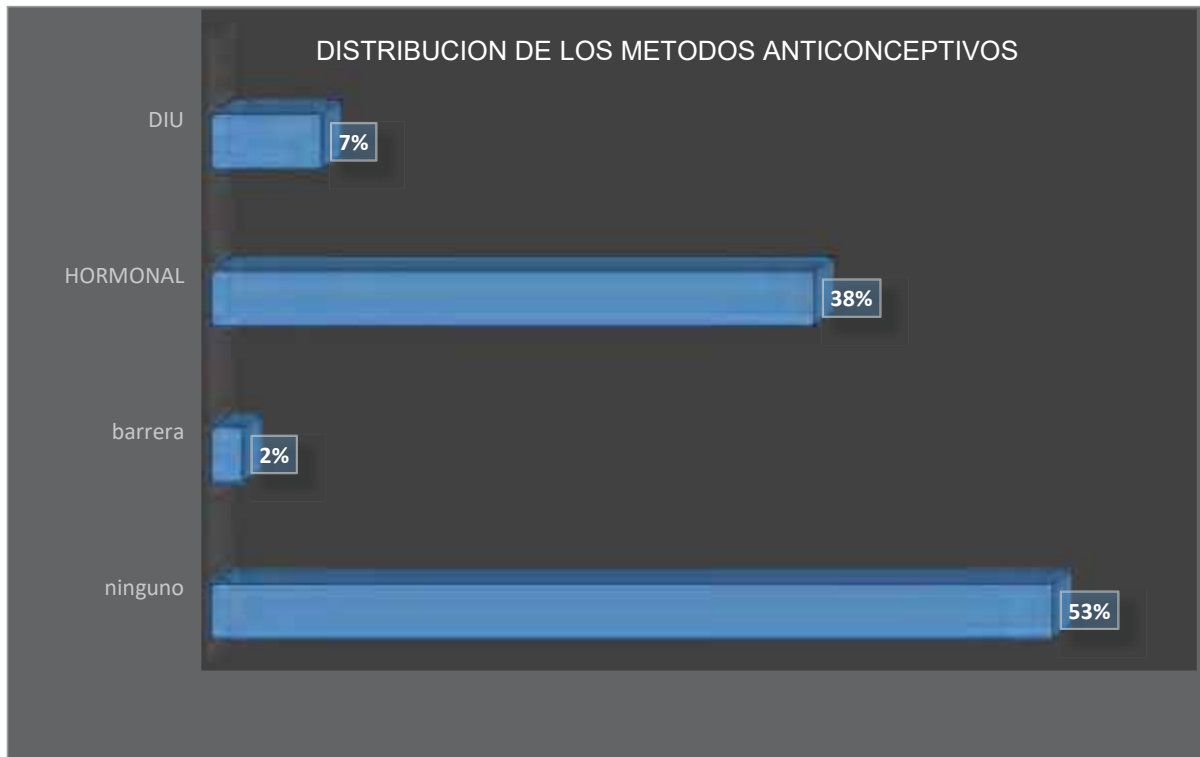
Grafico 2. Frecuencia de los antecedentes gineco obstétricos en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se observa la distribución de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico según sus antecedentes gineco- obstétrico donde el que se presentó con mayor frecuencia fue el uso de anticonceptivos con un 40%, seguido de abortos previos con un porcentaje de 27% cercano a este se presentó el embarazo ectópico previo en un 25%, la enfermedad pélvica inflamatoria tuvo una frecuencia de 16%, y por último la endometritis tuvo una distribución de 4%

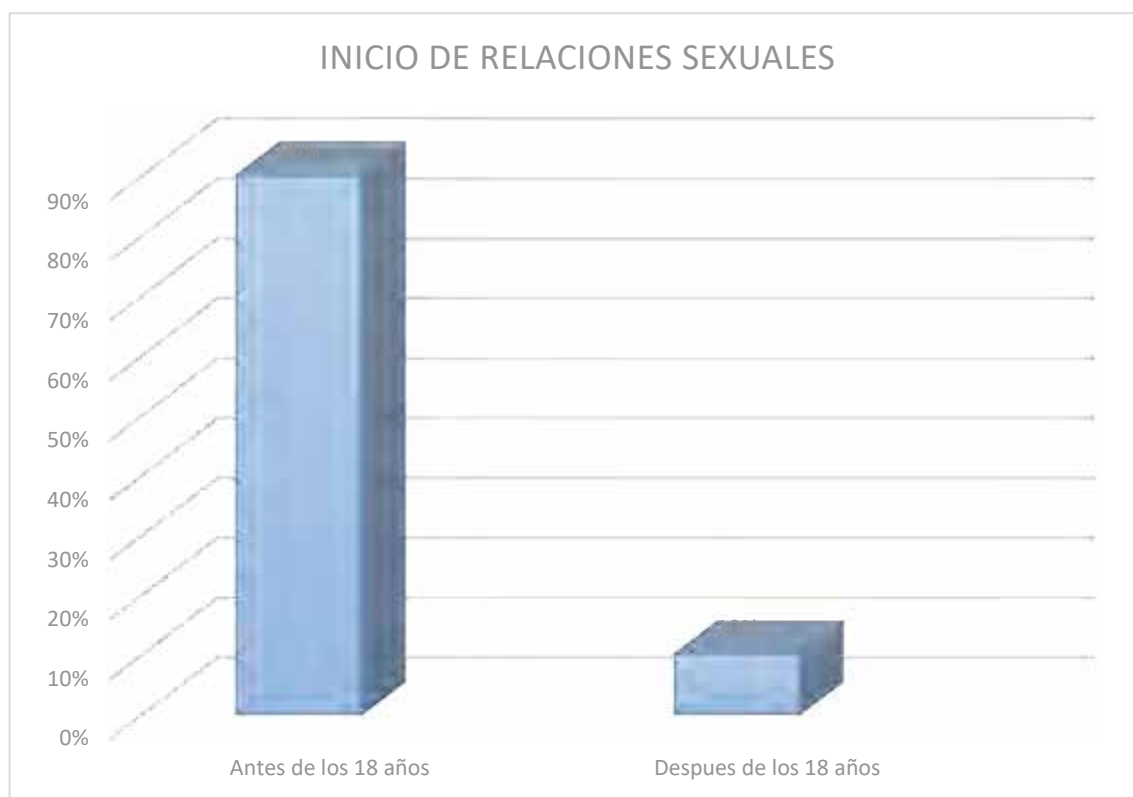
Grafica 2.1



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este gráfico se observa que el 53% no usó un método anticonceptivo de seguridad eficaz, el 38% de las mujeres atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico usaban el método anticonceptivo hormonal, 7% eran usuarias de DIU y el 2% usaban métodos anticonceptivos de barrera.

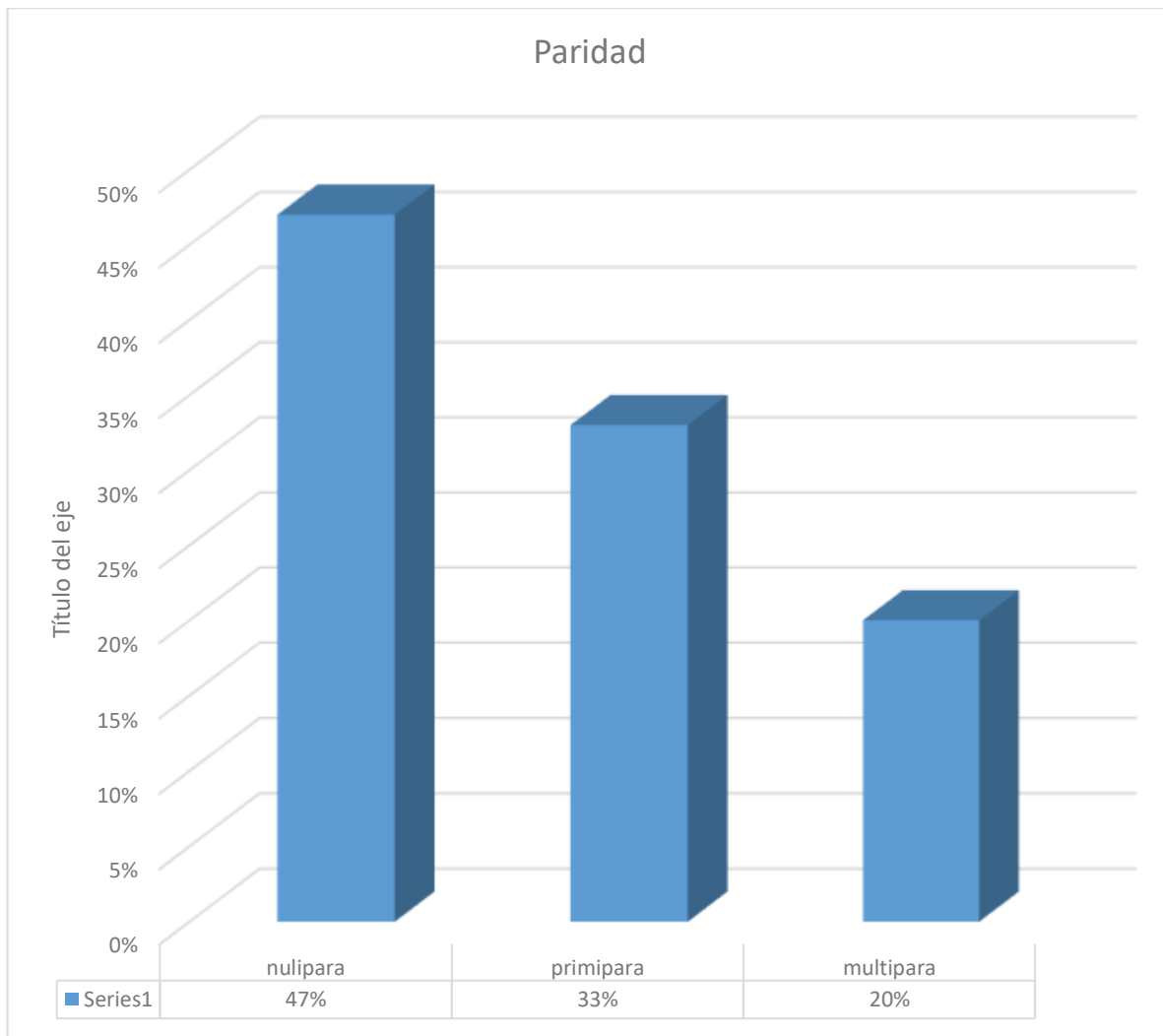
Grafico 2.2



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En el presente grafico se observa que el 90 % de las mujeres que acudieron al Hospital de Quillabamba con diagnóstico de embarazo ectópico entre los años 2016 y 2020 iniciaron su vida sexual antes de los años de edad y el 10 % después de los 18 años.

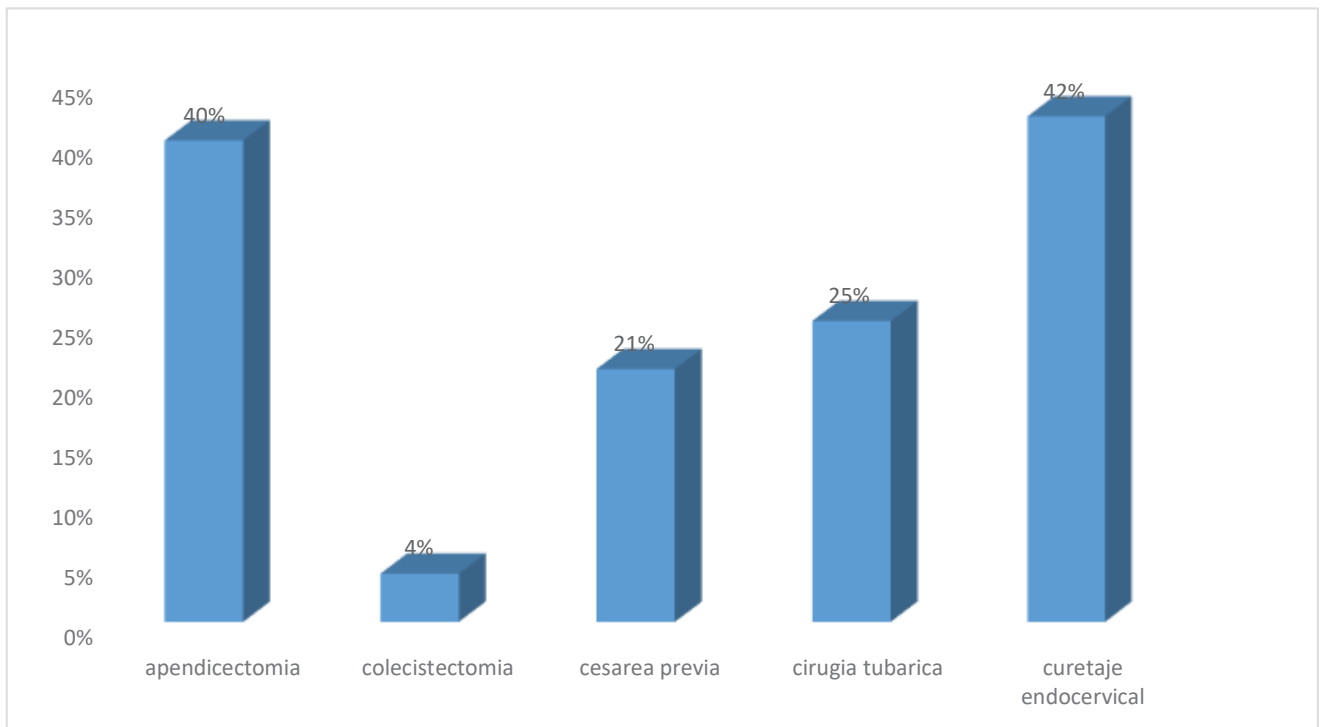
Grafico 2.3



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020).

El presente grafico muestra la distribución de las pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital de Quillabamba donde el mayor porcentaje fue para las pacientes nulíparas con un 47% , seguida de las primíparas con un 33% , y por ultimo las pacientes múltíparas presentaron una frecuencia de 20 % .

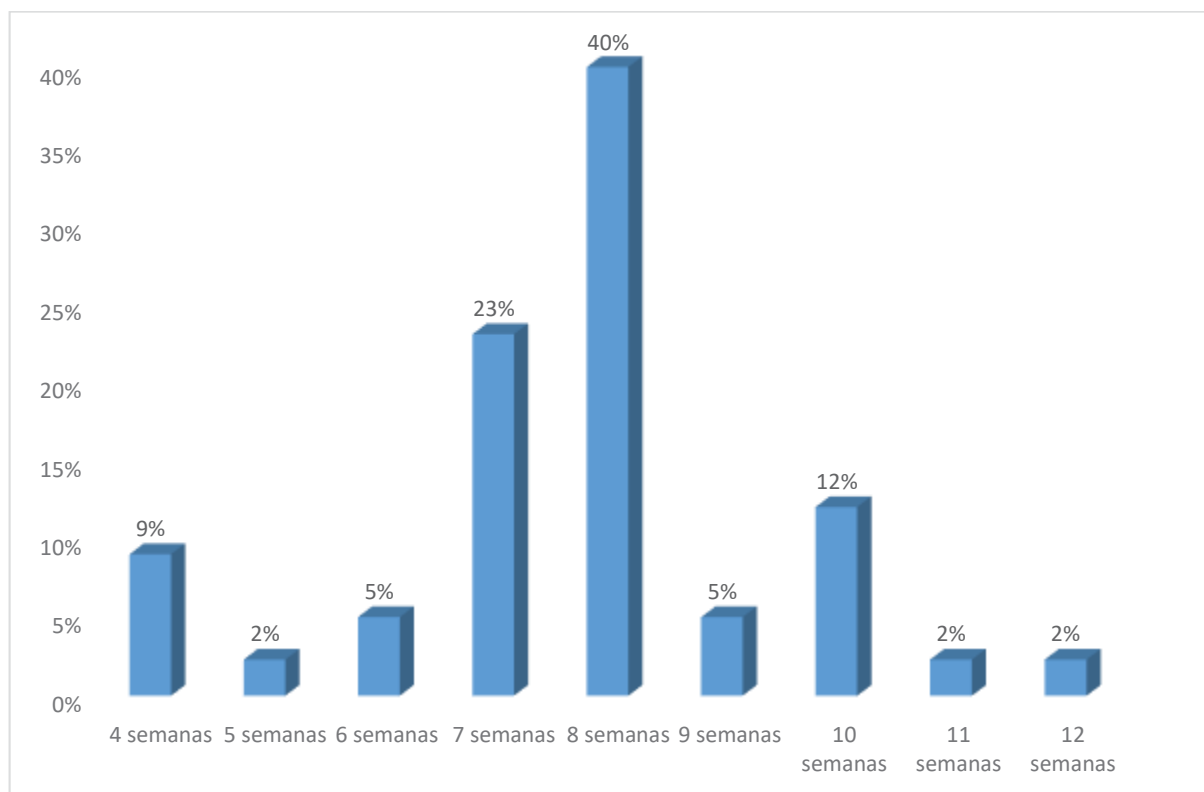
Grafico 3. Frecuencia de los antecedentes quirúrgicos en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se muestra que las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico atendidas en el Hospital de Quillabamba presentaban en un 42% curetaje endocervical como antecedente quirúrgico con mayor frecuencia, seguido de la apendicetomía en un porcentaje de 40%, el 25 % presentaba cirugía tubarica, la cesárea previa en 21 %, y solo un 4% presento como antecedente colecistectomía

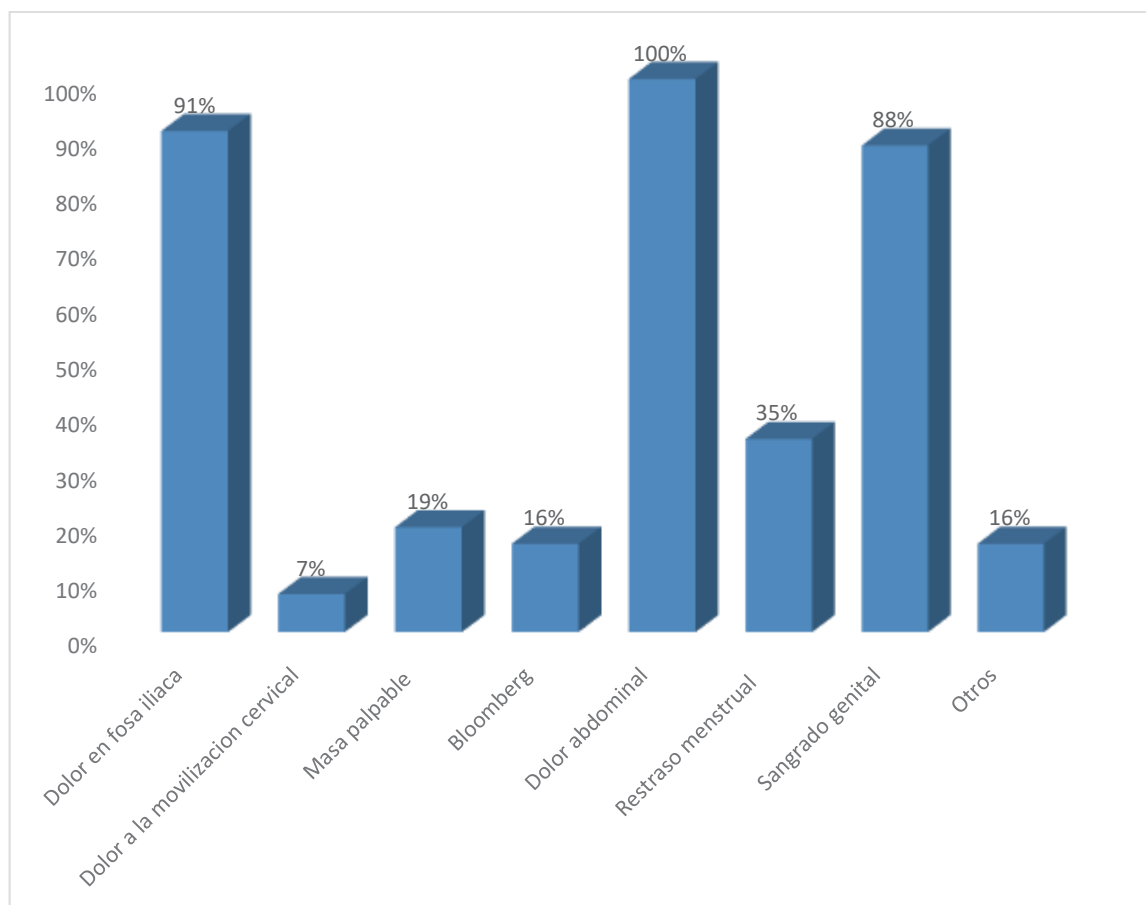
Grafico 4. Frecuencia de la edad gestacional en la cual se diagnosticó el embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En el presente grafico se muestra que a las 8 semanas de gestación es donde se les diagnostica el embarazo ectópico a las pacientes que acudieron al Hospital de Quillabamba durante el año 2016 y 2020 con mayor frecuencia representando el 40% , seguido de la edad gestacional de 7 semanas con un porcentaje de 23%, en un 12 % se les diagnóstico de embarazo ectópico a las pacientes que presentaban 10 semanas de gestación y en menor porcentaje las pacientes que tenían una edad gestacional de 5 , 11 y 12 semanas con un porcentaje de 2 % , no se hallaron otras edades gestacionales en el presente estudio

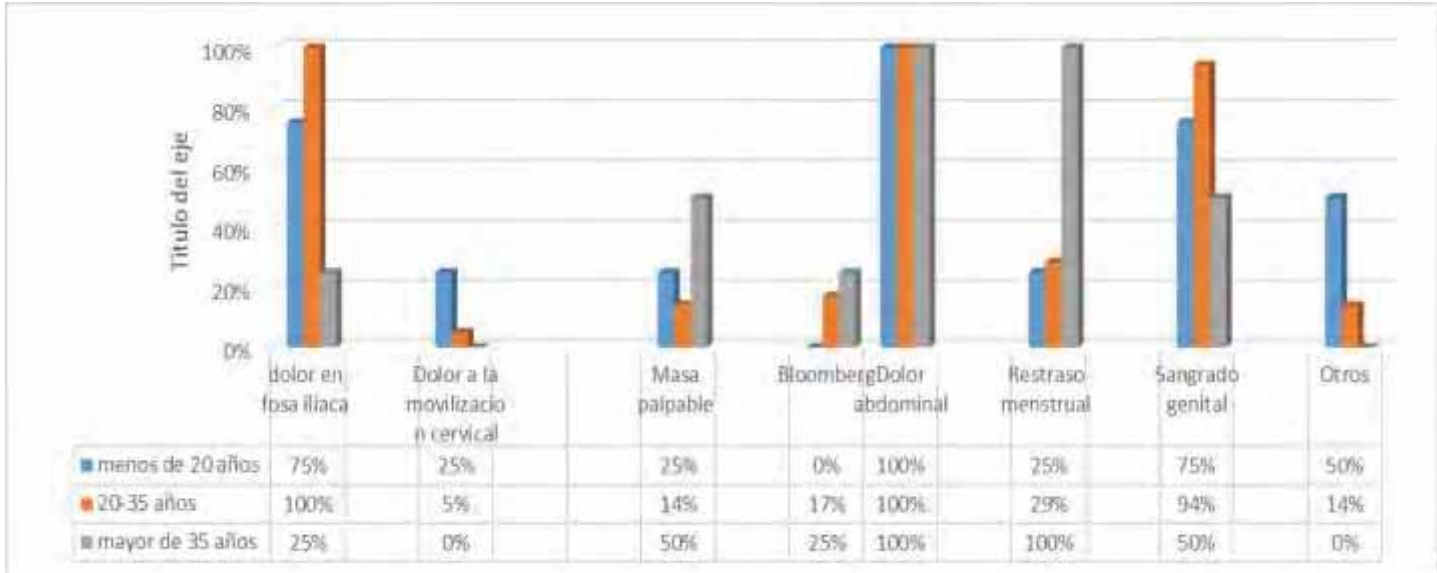
Grafico 5 Frecuencia de las manifestaciones clínicas en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Quillabamba entre los años 2016 y 2020



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se visualiza las diferentes manifestación clínica de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 , dentro de los síntomas el que se presentó en todas las pacientes fue el dolor abdominal en un 100% ,seguida en 88% por el sangrado genital . Entre los signos que se hallaron destaco el dolor en fosa iliaca en un 91% de las paciente que presentaban un embarazo ectópico, el 19% presento masa palpable, 16% bloomberg positivo y por último el signo menos frecuente hallado fue el dolor a la movilización cervical con un porcentaje de 7%.

Grafico 5.1

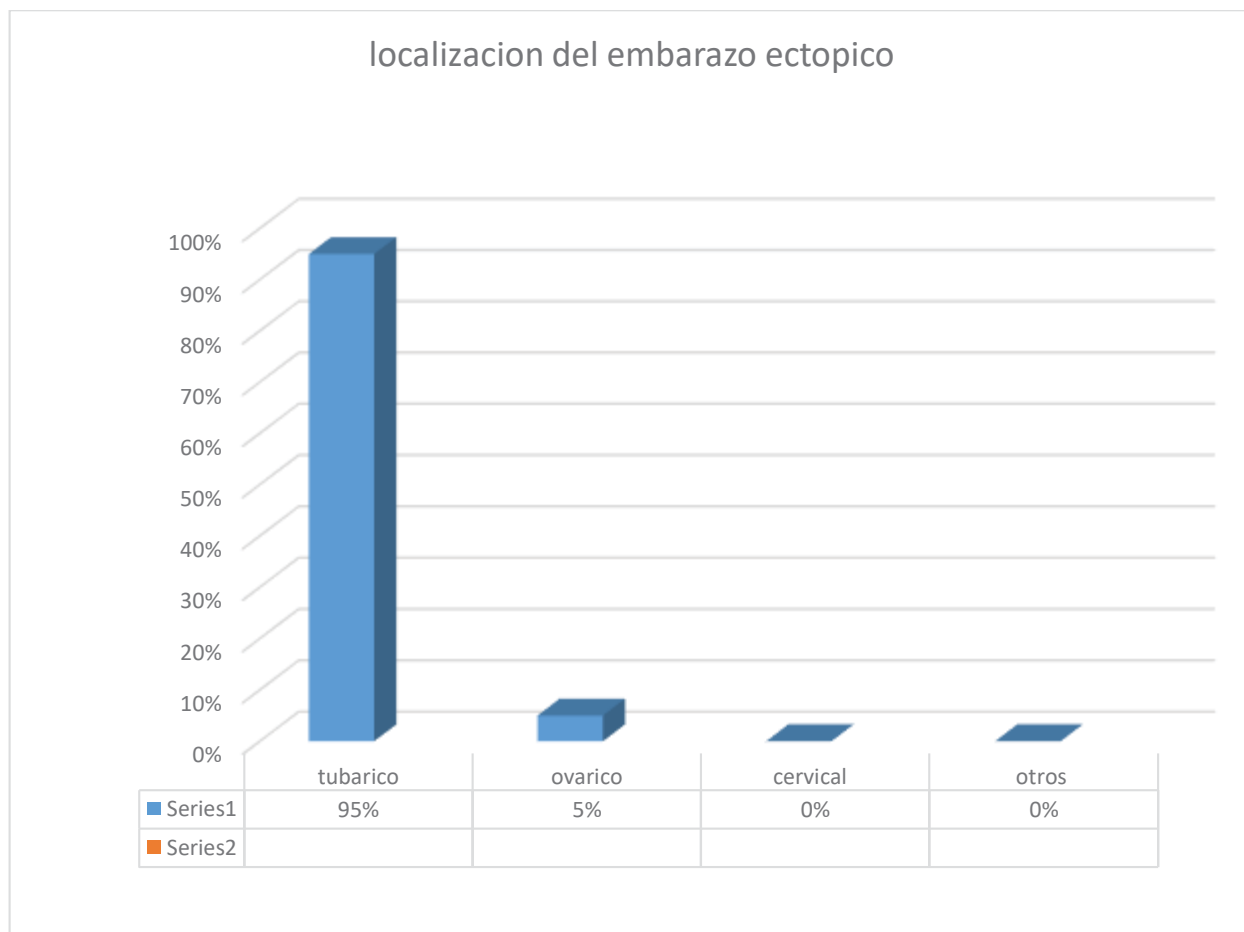


Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020).

En este grafico se observa la distribución de manifestaciones clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico según su grupo etario donde en las menores de 20 años el 100% presento dolor abdominal , el 75% sangrado genital al igual que el dolor en fosa iliaca , otras manifestaciones como diarrea ,vómitos etc. en un 50 % , el grupo etario de entre 20 y 35 años , el 100% presento dolor abdominal , dolor en fosa iliaca , el 94% sangrado genital , 14% masa palpable y otros ,el signo de bloomborg positivo se manifestó en un 17% Y por último en el grupo etario mayor de 35 años destacaron dolor abdominal y retraso menstrual en 100% cada uno, el 25% presento dolor en fosa iliaca y dolor a la movilización cervical no se encontró en este grupo de edad.

Grafico 6

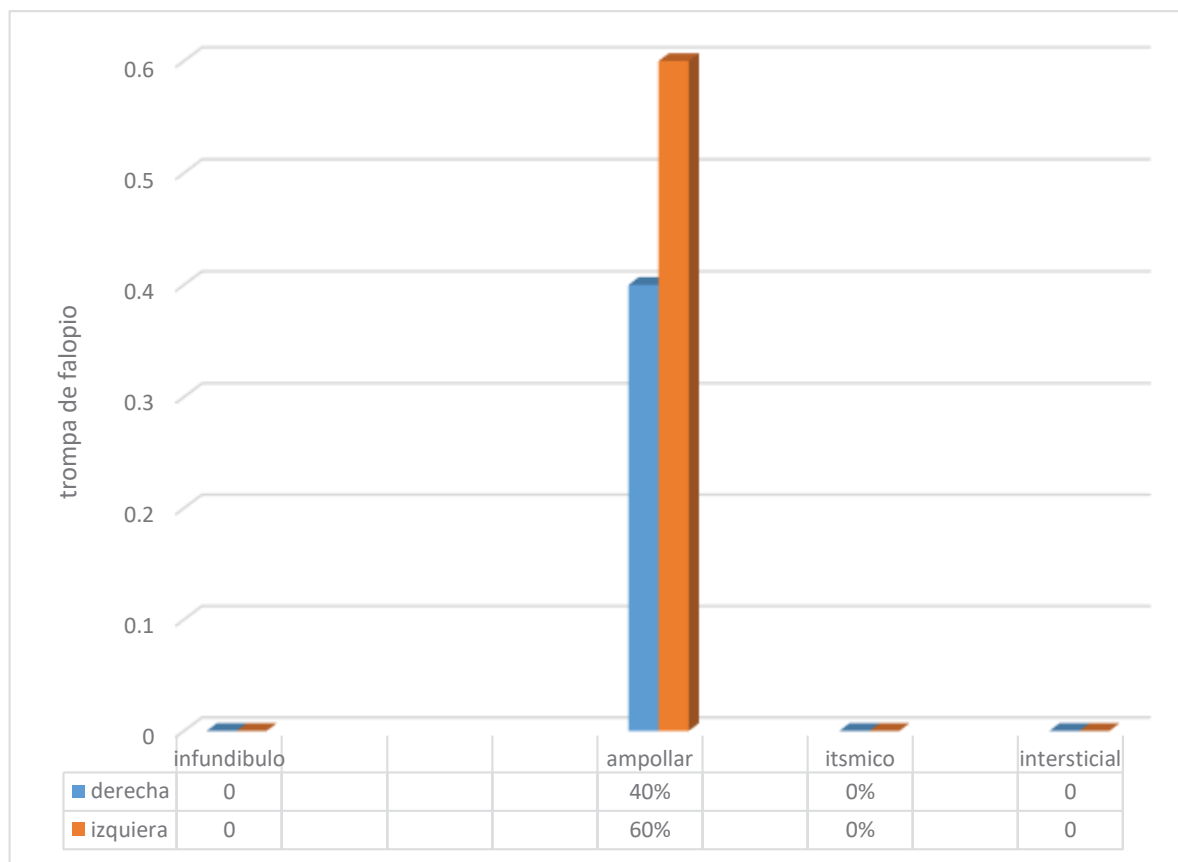
Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendido en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 según su la localización del embarazo ectópico



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020).

En este presente grafico se observó que el 95 % de pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba con diagnóstico de embarazo ectópico entre los años 2016 y 2020 se localizó en la trompa de Falopio, 5 % de las pacientes presento el embarazo ectópico localizado en el ovario, no se encontró en otras ubicaciones anatómicas.

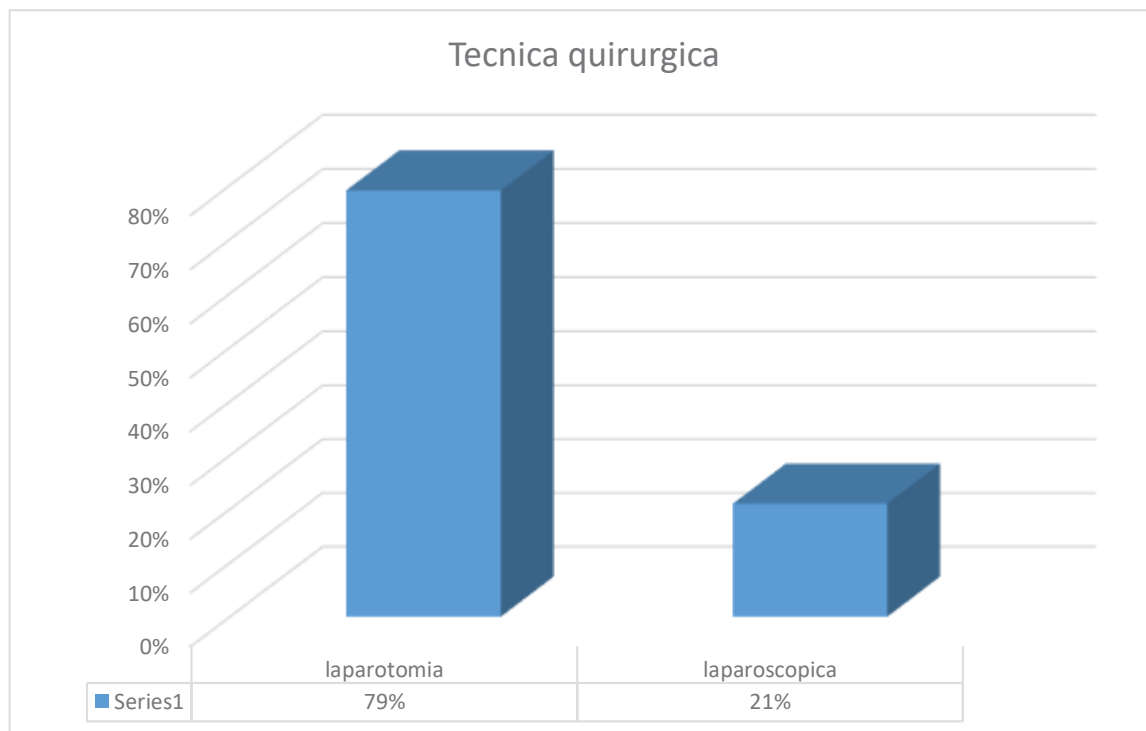
Grafico 6.1



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se observa que el 100% de los embarazos ectópicos diagnosticados en el Hospital de Quillabamba entre el 2016 y 2020 ubicados en la trompa de Falopio se ubicaron en la porción ampollar, el 60% se ubicó en la trompa izquierda y el 40% fue diagnosticado en la trompa derecha.

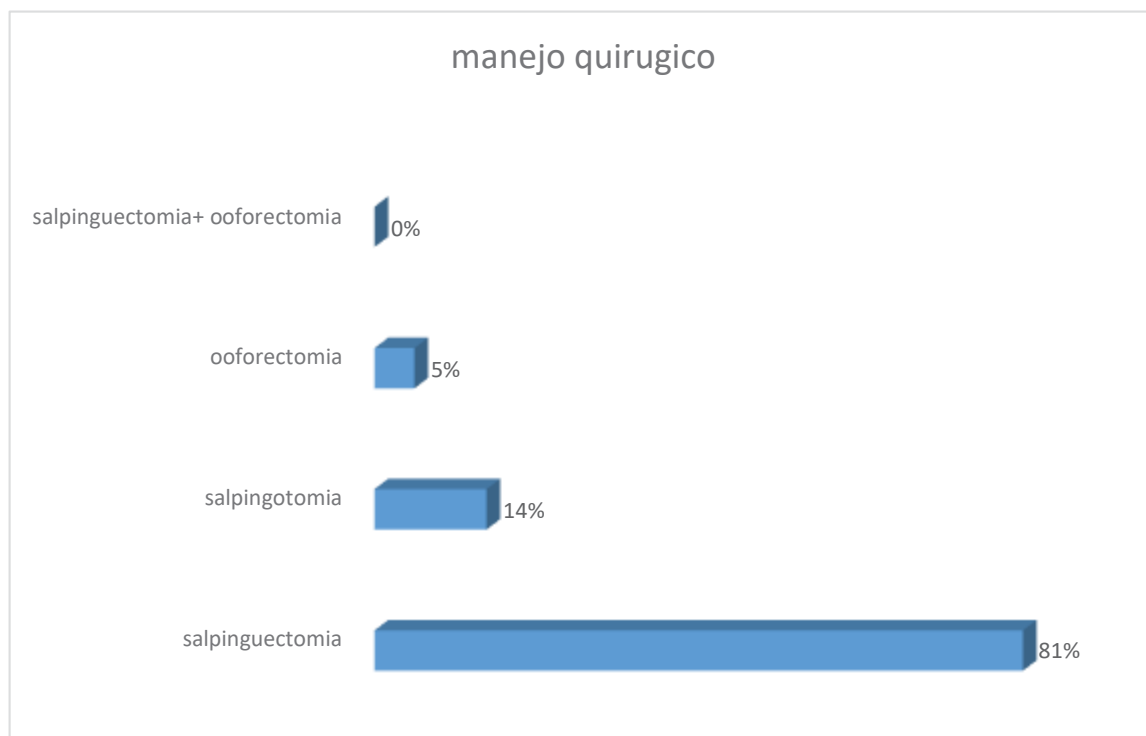
Grafico 7. Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendido en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 según la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento del embarazo ectópico.



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En el presente grafico se observa que el 79% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 se hizo uso de la laparotomía, el 21 % de las pacientes que presentaron embarazo ectópico fueron intervenidas mediante laparoscopia entre los periodos de 2016 y 2020 en el presente hospital.

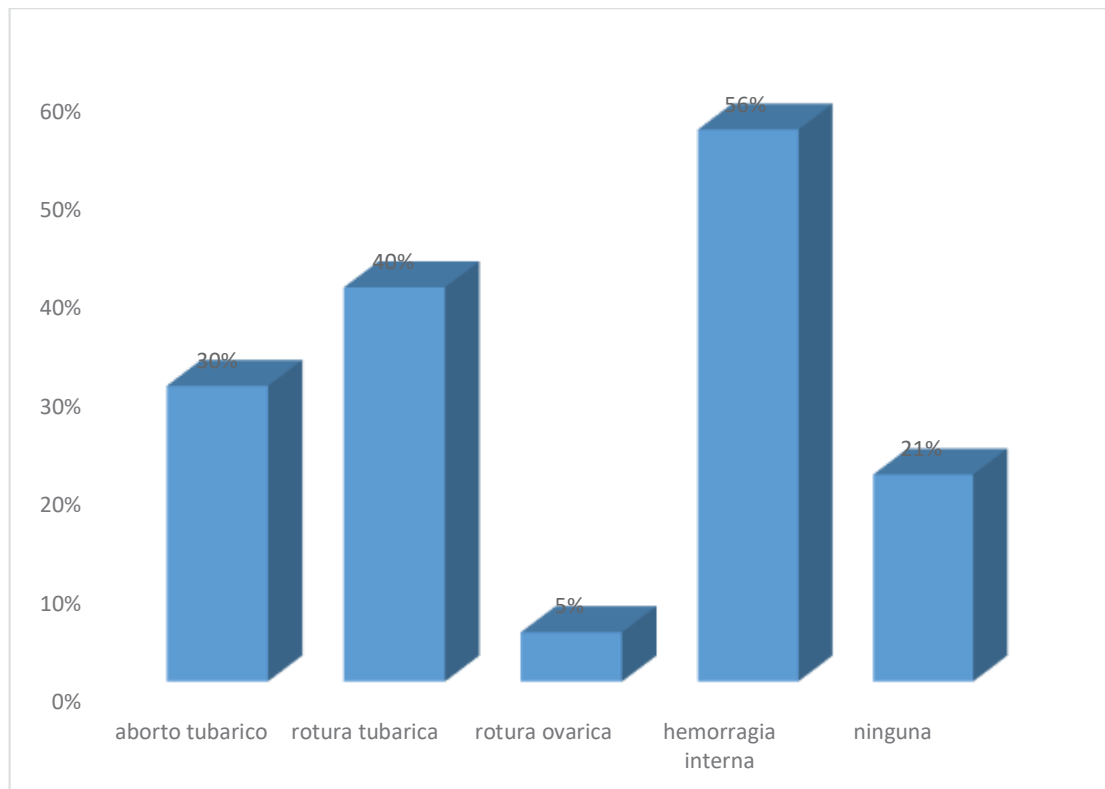
Grafico 7.1



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiologico-clinico-quirurgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En este grafico se describe el manejo quirúrgico donde la salpingectomía es la que se realizó con mayor frecuencia en las pacientes intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico de embarazo ectópico con un porcentaje de 81%, el 14% por salpingotomia y solo el 5% de las pacientes con embarazo ectópico se le realizo una ooforectomia

Grafico 8. Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendido en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 según los hallazgos intraoperatorios hallados en la intervención quirúrgica.



Fuente: Ficha de recolección de datos (Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba ,2016-2020)

En el presente gráfico el hallazgo intraoperatorio más frecuente en las pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por el diagnóstico de embarazo ectópico fue la hemorragia interna en un 56%, seguida de la rotura tubárica en un 40%, se encontró aborto tubárico en un 30 %, el 21% de las pacientes no se halló ninguna complicación, y por último el 5 % presente rotura ovárica.

4.2 DISCUSIÓN

El embarazo ectópico sigue siendo una preocupación importante debido a que es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de gestación. El número de embarazos ectópicos ha aumentado de manera notable durante las últimas décadas lo cual lleva a generar también grandes costos debido a que la gran mayoría requiere procedimientos quirúrgicos y generando alteraciones en la fertilidad de las mujeres.

Respecto al **grafico 1**.

En la presente investigación se observaron los resultados según la distribución sociodemográfica según el grupo etario predominaban las pacientes entre los 20 y 35 años representando el 82 % del total , seguido del grupo etario de menores de 20 años y mayores de 35 años con un porcentaje similar ambas partes de un 9 % , de las cuales el 70% tenía procedencia de zonas urbanas , con respecto al estado civil la gran mayoría de las pacientes eran convivientes con un porcentaje de 51% , seguido de las pacientes solteras que representaban un 45 % , solo el 5 % de las paciente atendidas por embarazo ectópico son casadas , el grado de instrucción que presentó mayor frecuencia en las pacientes que fueron atendidas en el presente hospital fue de secundaria en un 56% , seguido de grado superior en un 24% coincidiendo estos resultados con estudios previos como el realizado en Arequipa por Montes E . Donde el intervalo de edad de con mayor frecuencia fue entre los 25 y 29 años (36). En otro estudio de Zevallos C. Nos indica que La edad de las pacientes fue de 31.21 años (rango: 19 y 45 años) (35) .Se encontró otra coincidencia con el estudio de Martínez A. y cols donde el grupo etario que destaco más fue de $29,2 \pm 6,5$ años y el estado civil que predomino fue las pacientes solteras (3).

Respecto al **grafico 2**.

En la investigación ejecutada se revela la distribución de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital de Quillabamba según su frecuencia de antecedentes gineco obstétricos donde se encontró que el 47% de las pacientes eran usuarias de anticonceptivos donde el 33% era usaría de métodos anticonceptivos hormonales y solo el 7% usaban el DIU , seguidas de pacientes que sufrieron aborto previo en un porcentaje de 27% ,antecedente de embarazo ectópico se presentó en una frecuencia de 25% , la enfermedad pélvica infamatoria en las pacientes atendidas tuvo una distribución de 16% , comparado a un mínimo porcentaje de endometritis previa en estas pacientes que solo se encontró en un 4%.

Con respecto al inicio de relaciones sexuales las pacientes que acudieron al Hospital de

Quillabamba con la patología de embarazo ectópico el 90% indico que inicio las relaciones sexuales antes de los 18 años y por ultimo según la paridad se encontró que el 47% de las pacientes eran nulíparas, el 33% primíparas y solo el 20% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico eran multíparas. En el trabajo desarrollado por Martínez A, y cols indico que al igual que el presente trabajo la mayoría de las pacientes según su paridad eran nulíparas en contra parte a nuestro estudio, los antecedentes gineco obstétricos más frecuentes hallados fueron enfermedad pélvica inflamatoria y en 22,1 % usaban como método anticonceptivo el DIU(3), por otro lado Martínez M. en su estudio "Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con embarazo ectópico en el hospital central del instituto de previsión social año 2016" indico que las pacientes nulíparas con un porcentaje de 59,6% representaron la mayoría, con respecto al antecedente gineco obstétrico de embarazo ectópico previo en este estudio desliga al nuestro debido que en este trabajo solo el 5.8 % lo presentaron (8), Montes E. En su investigación indico que las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico el 15.2% presento enfermedad pélvica inflamatoria, el 19.2% tuvo embarazo ectópico previo y se encontró además que el 42.4% eran usuarias de métodos anticonceptivos hormonales un porcentaje similar hallado a nuestro estudio indicando que el 8.1% usó el dispositivo intrauterino (36).

Respecto al **grafico 3.**

En la investigación realizada se evidenciaron los siguientes resultados con respecto a la frecuencia distributiva de las pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital de Quillabamba según su antecedente quirúrgico destacando el curetaje endocervical en un 42%, seguido del antecedente de haber sido operada por apendicetomía en un 40%, el 25% presento cirugía tubarica y el 21 % indico que se realizó la cesárea como antecedente, la colecistectomía fue mínima como antecedente encontrándose solo en el 4%. Montes E. encontró que solo el 8.2% presentó antecedente quirúrgico de curetaje uterino, 10.1% presentó cesárea previa y 8.1% de cirugía tubarica (36), Guerreo E. encontró en su estudio que el 51% mujeres contaban con antecedente de cesárea, 31% de aborto previo (29) Martínez M. describió que el antecedente quirúrgico más frecuente fue la cesárea previa en un porcentaje de 47.2%(8).

Respecto al **grafico 4.**

En la investigación realizada se encontró que las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico que acudieron al Hospital de Quillabamba un gran porcentaje fue diagnosticada durante la 8va semana de gestación en un 40%, seguido de un 23 % de pacientes con embarazo ectópico durante la semana 7 de su gestación, a las semana 10 de gestación

acudieron las pacientes en un porcentaje de 12 % y en menor porcentaje las pacientes que están en la quinta , once ,doce semanas de gestación en una frecuencia de 2 % cada una . Coincidiendo con el estudio de Martínez M. El tiempo promedio de gestación más frecuente hallada fue $6,8 \pm 2,1$ semanas (3) .En la investigación de Escobar B .La edad gestacional que se encontró en gran mayoría en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico fue de 4-8 semanas (75%) (9).

Grafico 5.

En la presente investigación realizada los pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico se encontraron que el 100 % de las pacientes acudieron al Hospital de Quillabamba con el síntoma de dolor abdominal , el 88% presento sangrado genital , el 35 % presento retraso menstrual, dentro de los signos el que destaco fue el dolor en fosa iliaca en un 91% , la masa palpable tuvo una frecuencia de 19 % , el 16 % presento blooming y por último en menor medida se encontró dolor a la movilización cervical en las pacientes en una frecuencia de 7 % , ahora con respecto a las manifestaciones clínicas presentadas según el grupo etario , se encontró que las pacientes menores de 20 años presento dolor abdominal en un 100% , seguido de dolor en fosa iliaca y sangrado genital ambas en un 75% . y en menor medida se halló masa palpable y dolor a la movilización cervical en un 25 % , las pacientes de entre 20 y 35 años presentaron dolor abdominal con mayor frecuencia seguida de dolor en fosa iliaca en un 100 % en menor medida dolor a la movilización cervical en un 5%, las pacientes mayores de 35 años presentaron dolor abdominal y retraso menstrual ambas en un 100 % en este grupo etario no se encontró dolor a la movilización cervical ,Zevallos en su estudio indicó el cuadro clínico más frecuente fue el dolor abdominal más hemorragia genital en un 66.9%.(35), Escobar B en su investigación encontró que el síntoma más frecuente fue el dolor pélvico(9) se encontró en el estudio de Montes E. que la sintomatología más predominante fue dolor en fosa iliaca a la palpación 92,9 % y el dolor abdominal en 98% coincidiendo con el estudio realizado en quillabamba (36) al igual que el estudio ejecutado por Martines A. donde también predomino el dolor abdominal como síntoma más frecuente en un 97% (3).

Grafico 6.

En la investigación desarrollada las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópica que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 según la localización del embarazo ectópico se distribuyeron según su frecuencia donde el 95% de las pacientes presento el embarazo ectópico en las trompas de Falopio , el 5 % en

el ovario y no se halló en otra parte distinta estas dos estructuras anatómicas como el lugar más frecuente dentro de la trompa de Falopio fue en la región ampollar en un 100% donde el 60 % se presentó en la trompa izquierda . El estudio de Martínez M. indico al igual que el estudio ejecutado el lugar más frecuentemente ubicado fue la trompa en un porcentaje de 82,6% (8) ,al igual que el estudio de Pacheco A. donde se encontró con más frecuencia fue en la tuba (23) y por último en el estudio desarrollado por Escobar B. se describió con mayor frecuencia del embarazo ectópico en las trompas de Falopio del lado derecha siendo esto contrario a lo hallado en nuestro estudio donde la mayoría eran del lado izquierdo (9).

Grafico 7

En la investigación presente se hizo un análisis de frecuencia de las pacientes que acudieron al Hospital de Quillabamba con diagnóstico de embarazo ectópico según el tratamiento quirúrgico que recibieron y su respectivo manejo con lo cual se destacó que la gran mayoría fue operada a cirugía abierta ósea laparotomía en un 79% y solo el 21 % de las pacientes fueron operadas de manera laparoscópica , respecto al manejo que se llevó a cabo a salpingectomía fue la que destaco en frecuencia representado por un 81% , seguido de un 14 % en frecuencia de la salpingostomía y la ooforectomia que se halló solo en 5 % de las pacientes intervenida quirúrgicamente , en el estudio de Zevallos C . se encontró con una igual distribución con respecto al tratamiento quirúrgico donde la laparotomía fue la que tuvo mayor frecuencia (35) , por su parte Montes E. en su investigación describió que el tratamiento que primó fue la salpingectomía y ooforectomia en un 56.6%. (36).La investigación realizada por Martínez A. indico que el manejo quirúrgico más frecuentemente usado en sus procedimientos fue la salpingectomía (3), nuestro estudio ejecutado en el Hospital de Quillabamba difirió con el estudio presentado por Guerrero E. Donde señala que la técnica quirúrgica más frecuentemente usada fue la cirugía laparoscópica con un porcentaje de 74.8%.(29).

Grafico 8.

En la investigación realizada se presenta a las pacientes diagnosticadas en el Hospital de Quillabamba con embarazo ectópico distribuidas en frecuencia según el hallazgo intraoperatorio que se detectó con más frecuencia fue la hemorragia interna en un 56%, la rotura tubarica en las pacientes intervenidas quirúrgicamente por embarazo ectópico represento un 40%, el hallazgo intraoperatorio que se encontró en menor medida fue la rotura ovárica en un porcentaje de 5 %. En el estudio de Zevallos C. encontró que la rotura tubarica fue de las complicaciones más frecuentes halladas en un 49.02% (35), Montes E.

encontró en su trabajo de investigación que la complicación más frecuentemente hallada en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico fue el aborto tubárico en un 48.5% (36).

4.3 CONCLUSIONES

Primera conclusión:

La frecuencia sociodemográfica de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 , fue mayor en el grupo etario de edades comprendidas entre los 20 y 35 años ,predominando las pacientes con estado civil de convivientes y de grado secundario procedentes de las zonas urbanas

Segunda conclusión:

El antecedente gineco obstétrico de mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 Fue usuaria de métodos conceptivos donde la mayor parte fue de tipo hormonal

Tercera conclusión:

El antecedente quirúrgico de mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 fueron los curetajes endocervicales, seguidos de las apendicetomías.

Cuarta conclusión:

La edad gestacional que con más frecuencia fue diagnosticada en pacientes con embarazo ectópico atendida en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020, fue durante la octava edad de gestación.

Quinta conclusión:

Los principales signos y síntomas en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el Hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 fue el dolor abdominal

en todos los grupos etarios, seguidos de dolor en fosa iliaca

Sexta conclusión:

La localización que se presentó con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el hospital de Quillabamba entre los años 2016 y 2020 fue en la trompa de Falopio en el lado izquierdo.

Séptima conclusión:

La técnica quirúrgica que se usó con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el hospital de quillabamba entre los años 2016 y 2020 fue la laparotomía y el manejo quirúrgico más utilizado fue la salpingectomía.

Octava conclusión:

La frecuencia de hallazgos intraoperatorios hallados en gran medida en pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendida en el hospital de quillabamba entre los años 2016 y 2020 fue la hemorragia interna luego la rotura tubarica.

Recomendaciones

-Dirigido al MINSA, se recomienda realizar programas en el nivel de atención para proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad en nuestro medio y así contribuyendo a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

-Dirigido al Hospital de Quillabamba, implementar más el uso de procedimientos quirúrgicos de tipo laparoscópico en pacientes que cumplan los criterios así reduciendo el coste beneficio innecesario.

-Dirigido a los pacientes que presentaron legrados y alteraciones en el peritoneo como apendicectomía realizar en ellas una consejería preconcepcional. También Brindar consejería a los pacientes para detectar de manera oportuno dicha patología y evitar complicaciones y mantener la fertilidad de la paciente.

Bibliografía

1. Gaskins AJ, Missmer SA, Rich-Edwards JW, Williams PL, Souter I, Chavarro JE. Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 2018 Dec;110(7):1328-1337. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.022. PMID: 30503132; PMCID: PMC6309991.
2. Shobeiri, Fatemeh y col. Tendencia del embarazo ectópico y sus principales determinantes en la provincia de Hamadan, Irán (2000-2010). *Notas de investigación de BMC* vol. 7733.17 de octubre de 2014, doi: 10.1186 / 1756-0500-7-733
3. Mann LM, Kreisel K, Llata E, Hong J, Torrone EA. Trends in Ectopic Pregnancy Diagnoses in United States Emergency Departments, 2006-2013. *Matern Child Health J*. 2020 Feb;24(2):213-221. doi: 10.1007/s10995-019-02842-0. PMID: 31848926; PMCID: PMC6983328.
4. Chirino Acosta P, Sarmiento Vitón Á, González Linares M, Cabrera Rumayor A, Soto Paez N. Embarazo ectópico abdominal. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Mayo 06] ; 19(3): 540-548. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000300016&lng=es.
5. Martínez Guadalupe Á, Mascaró Rivera Yuri S, Méjico Mendoza Sammy W, Mere del Castillo J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2013 Jul [citado 2021 Mayo 06] ; 59(3): 171-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300005&lng=es.
6. Cornejo E y cols. Embarazo ectópico intersticial no roto: manejo conservador vía laparoscópica. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Hosp Med Clin Manag*. 2019;12:84-90
7. Cabana F. 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. *peru 2020*

8. Martínez M. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con embarazo ectópico en el hospital central del instituto de previsión social año 2016,Paraguay 2017.
9. Escobar B, Perez C, Martinez H. Factores de riesgo y características clinicas del embarazo ectopico . Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(3):278-85.
10. Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. enero de 2015;61(1):27-32.
11. Vargas Q, Senaida 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. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 18 de julio de 2019 [citado 1 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11076>.
12. Mamani Ramos R. Características epidemiológicas clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en el hospital Antonio Lorena, Cusco- 2010-2014. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2015 [citado 1 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/1639>.
13. Bertin F, Montecinos M, Torres P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. REV CHIL OBSTET GINECOL 2019; 84(1): 55 - 63
14. Hu H, Sandoval J, Hernandez A. Embarazo ectópico : revisión bibliográfica con enfoque en el manejo medico Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJ V.9.2018; N.1: 28-36 ISSN-2215 2741.
15. Martínez RA, Quintero L, García CA, Fernández de Castro A. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. Univ Med. 2018;59(1):1-11. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ecto>

16. Salas T, Perez C, Aguado G, Storniolo A, Ferraris L, Gonzales C, et al. Embarazo ectópico ovárico. Presentación de un caso. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 17 de octubre de 2019 [citado 20 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/25830>
17. Sanchez L, Matos J, Cordova N. Presentación de una paciente con embarazo ectópico ovárico ISSN 1560-4381 CCM 2017; (2)
18. Cunningham G, Macdonald P, Williams obstetricia 20 edicion.
19. Espinola G. Embarazo ectópico. Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo, Paraguay Rev. Nac. (Itauguá). Vol. 4 (2) Dic. 2015, Pág. 23-29
20. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, Lauderdale DS. Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. Am J Obstet Gynecol. 2013 Apr;208(4):274.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2012.12.038. Epub 2013 Jan 8. PMID: 23313717; PMCID: PMC3610838
21. Creanga AA, Syverson C, Seed K, Callaghan WM. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011–2013. Obstet Gynecol. agosto de 2017;130(2):366-73.
22. Del Angel J. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas. experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel. Nuevo León 2021.
23. Virelles A, Bonet R, Santiesteban R. Factores relacionados con el embarazo ectópico. Multimed. Revista Médica. Granma.CUBA.2017;21(2).
24. Marion L, Rodney G. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors . CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.2012; Volume 55, Number 2, 376–386.
25. López-Luque PR, et al. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud.Semergen. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2013.11.007>

26. Rechkemmer A. Manejo de la endometriosis e infertilidad. Rev peru ginecol obstet. 2012; 58: 101-105
27. Endometriosis y embarazo ectópico: un metaanálisis - Journal of Minimally Invasive Gynecology [Internet]. [citado 7 de junio de 2021]. Disponible en: [https://www.jmig.org/article/S1553-4650\(19\)31205-1/fulltext](https://www.jmig.org/article/S1553-4650(19)31205-1/fulltext) López-Luque PR, et al. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud.Semergen. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.007>
28. Ectopic Pregnancy: Practice Essentials, Background, Etiology. 27 de agosto de 2020 [citado 7 de junio de 2021]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview#a5>
29. Guerrero E, Rivas R, Martinez I. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico. Ginecol Obstet Mex 2015;82:83-92.
30. Bonne S, Pouget O, Rongieres C. Fisiología de la trompa. EMC Ginecología-Obstetricia.2016; Volume 52. Disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(15\)76282-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(15)76282-X)
31. Al-Azemi M, Refaat B, Amer S, Ola B, Chapman N, Ledger W. The expression of inducible nitric oxide synthase in the human fallopian tube during the menstrual cycle and in ectopic pregnancy. Fertil Steril. 2010 Aug;94(3):833-40. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.020. Epub 2009 May 30. PMID: 19482272.
32. Horne AW, Critchley HO. Mechanisms of disease: the endocrinology of ectopic pregnancy. Expert Rev Mol Med. 2012 Mar 2;14:e7. doi: 10.1017/erm.2011.2. PMID: 22380790.
33. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, Mettler L, Schollmeyer T. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 2013 Aug;68(8):571-81. doi: 10.1097/OGX.0b013e31829cdeb. PMID: 23921671.
34. Alvarez D, Minaberriet E, Puertas D, Govín O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno "10 de Octubre". Año 2011. Revista

Cubana de Tecnología de la Salud [revista en Internet]. 2015 [citado 2021 May 6];4(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/93>

35. Zevallos C. Características clínico-quirúrgicas del embarazo ectópico en el hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa, 2010-2014. 2016. Disponible en : <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/325>
36. Montes E. Incidencia , factores de riesgo y características clínico epidemiológicas de embarazo ectópico. Hospital de Apoyto Camana 2004-2014. 2016 disponible en : <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/309>.
37. Alvarez B, Diana M. Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco [Internet]. 2019 [citado 1 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/4032>.
38. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 28a ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1997.
39. RAE.es. Definición de edad. 2019. [online] Diccionario de la Real Academia Española, Available at: <http://lema.rae.es/drae2001/srv/search?id=HLafKWLkRDXX2hFUevue> [Accessed 20 Mar. 2019].
40. ASALE, R. Definición de *procedencia*. 2019 [online] Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. Available at: <http://dle.rae.es/?id=UEfuBID> [Accessed 23 Jan. 2019].
41. Definición Nivel de instrucción [Internet]. Eustat.eus. [citado el 9 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.htm.
42. Estado civil [Internet]. Conceptosjuridicos.com. 2020 [citado el 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/ar/estado-civil/>

ANEXOS

ANEXO 1: SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE DATOS AL HOSPITAL DE QUILLABAMBA

SOLICITO EL NUMERO DE HISTORIA CLINICA CON NOMBRES, APELLIDOS Y DNI DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO ATENDIDAS DURANTE EL PERIODO ENERO 2016-DICIEMBRE 2020



SEÑOR

Dr. JORGE G. CANALES SANTANDER

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA

Yo Kevin Alain Huaman Pacco con DNI: 71269301, domiciliado en Av. Edgar de la Torre D-4, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, me dirijo a usted con respeto y expreso:

Solicito información acerca del número de historia clínica con nombres, apellidos y DNI de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el periodo enero 2016 - diciembre 2020, para facilitar el acceso a las historias clínicas del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital de Quillabamba y poder recolectar los datos necesarios para realizar el trabajo de investigación titulado "PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA ,2016-2020". Dicho trabajo es asesorado el médico Dr. Wilbert Cárdenas Alarcón.

Por lo expuesto

Solicito a su despacho atender a mi petición

Cusco, 12 de mayo del 2021

Atentamente

Kevin Alain Huaman Pacco

DNI: 71269301

ANEXO 2: SOLICITUD DE ACEPTACION PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO

CARTA DE ACEPTACION PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO O SERVICIO

Cusco, 12 de Mayo del 2021.

Dr. Jorge G. Canales Santander

Director del Hospital Quillabamba



El Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Quillabamba, donde se ejecutará el estudio titulado "PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLÍNICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020" cuyo investigador principal es el estudiante Kevin Alain Human Pacco; tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto señalado previamente se ejecute en el Departamento.

Sin otro particular, quedo de usted

Atentamente

FRANCISCO D. VALCARCEL
Médico Gineco - Obstetra
CMP 113 RNE: 13265

Dr. Francisco David Valcárcel Salas

ANEXO 4: VALIDACION DE EXPERTOS

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN "PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?


1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN
Kevin Alain Huaman Pocco


FIRMA Y SELLO

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN "PERFIL
EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2018-2020"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?
.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN
Kevin Alan Huamani Pacco

Med. Luis A. Qolspe Ch.
GINECO - OBSTETRA
C.M.P. 43047

FIRMA Y SELLO

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN "PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tiene los mismos objetivos?

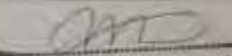
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?
Ninguno

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN
Kevin Alain Huaman Pacco


Dra. Mariela Sull - Gerente
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
C.M.P. 54001 RNE 20062

FIRMA Y SELLO

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACION "PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLINICO-QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, 2016-2020"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

Kevin Alain Huaman Pacco


FRANCISCO D. VALCARCEL
Médico Gineco - Obstetra
CMP: 24113 RNE: 13265

FIRMA Y SELLO

ANEXO 5: VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EL CRITERIOS DE EXPERTOS MEDIANTE EL METODO DE PUNTO MEDIO.

1. La siguiente tabla tiene los puntajes por ítems y sus respectivos promedios brindados por los cinco expertos, especialistas en ginecología

ITEMS	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	4	5	4.8
2	4	5	4	5	5	4.6
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	4	4.8
5	4	5	4	4	5	4.4
6	4	5	5	5	5	4.8
7	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	4	5	4.8
9	5	5	5	5	4	4.8

2- una vez hallados los promedios se determinó la distancia del punto múltiple (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

- X= valor máximo en la escala concedida para cada ítem.
- Y= promedio de cada ítem.

Reemplazando:

DPP=

$$\sqrt{(5 - 4.8)^2 + (5 - 4.6)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.4)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2}$$

$$DPP = \sqrt{0.04 + 0.16 + 0 + 0.04 + 0.36 + 0.04 + 0 + 0.04 + 0.04}$$

$$DPP = \sqrt{0.72}$$

DPP=0.84

3.- Después determinamos la distancia máxima (D máx.) del valor que hemos obtenido, respecto al punto de referencia cero, con la siguiente ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x - 1)^2 + (x - 1)^2 + \dots + (x - 1)^2}$$

Donde:

- X= valor máximo en la escala concedida para cada ítem.
- Y=1

D (máx.)=

$$\sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + (5 - 1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{144}$$

$$D (\text{máx.}) = 12$$

4. El valor de D (máx.) se divide entre el valor máximo de la escala: $12/5=2.4$

5. con este resultado de 2.4 se construye un parámetro de medición y este va desde cero hasta un valor máximo de 12 y se divide en intervalos iguales, denominados de la siguiente forma:

A	Adecuación total	0 - 2.4
B	Adecuación en gran medida	2.5 - 4.8
C	Adecuación promedio	4.9 - 7.2
D	Escasa adecuación	7.3 - 9.6
E	Inadecuación	9.7 - 12.0

6. el punto DPP debe caer en la zona A o B, para poder afirmar que es válido y confiable, caso contrario debe ser reestructurado y/o modificado. En este proyecto el DPP es de 0.84 que se ubicaría en la zona A correspondiente a una zona A de adecuación total, esto significa que es válido y confiable.