

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,  
CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DEL EMBARAZO  
ECTÓPICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017,  
LIMA - PERÚ**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
YANINA KAREN RADA ALVARADO  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**ASESOR  
DR. JOSEPH PINTO OBLITAS**

### **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a aquellas personas que en su momento, dieron su aporte en la realización del trabajo. Al área de estadística, laboratorio y hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue.

A mi asesor; Dr. Pinto que estuvo siempre presto para guiar en la elaboración del trabajo.

### **DEDICATORIA**

Mi eterno agradecimiento a mis padres; a mis abuelos Erésvito y Lía; a mi hermano por el gran apoyo incondicional y por la confianza en mi persona y a la naturaleza por conspirar y hacer que las cosas se alineen para lograr nuestra meta.

## RESUMEN

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017, LIMA - PERÚ.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia, características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo, cuantitativo y no experimental. Se trabajó con una población de 632 mujeres quienes estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el período 2016 - 2017, del cual 102 pacientes presentaron el diagnóstico de embarazo ectópico.

**RESULTADOS:** Se obtuvo una edad promedio fue 28,2 años y el mayor rango fue de 25 - 29 años; 51,96% de las pacientes era conviviente, el 91,18% provenía de Lima. El 100% entro por emergencia, el 11,76% tuvo antecedente de ETS, el 55,88% tenía relaciones sexuales con la menstruación, el 27,45% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria y 14,71% utilizo el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. El 66,6% de las pacientes tuvo antecedente quirúrgico, de éstas solo 28,46% presentó legrado uterino o aspiración endouterina. El tiempo promedio de enfermedad fue >7 días y la sintomatología principal dolor abdominal (95,10%%) y amenorrea (90,20%). El 100% recibió tratamiento quirúrgico el 94,60% fue mediante laparotomía exploratoria. La salpinguectomía total (59,80%) fue el primer procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (100%).

**CONCLUSIONES:** En esta población ha sido menor a la frecuencia de estudios locales previos. Del mismo modo, los antecedentes ginecoobstétricos y quirúrgicos no tuvieron relación directa con la presencia de embarazo ectópico, pero si hubo una relación entre nivel socioeconómico alto y la ausencia de la patología en estudio. Se estableció el beneficio del correcto uso de las características clínicas de embarazo ectópico pero a pesar de eso las pacientes acuden en su mayoría cuando el cuadro es complicado y por lo general requieren manejo quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo ectópico, manejo quirúrgico.

## **ABSTRACT**

Sociodemographic, Clinical and Surgical Characteristics of Ectopic Pregnancy in Patients of the Gynecology and Obstetrics Service of the National Hospital Hipólito Unanue period 2016 - 2017, Lima - Peru.

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence, sociodemographic, clinical and surgical characteristics of ectopic pregnancy in the Service of Gynecology and Obstetrics of the National Hospital Hipólito Unanue period 2016 - 2017.

**MATERIALS AND METHODS:** A descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. We worked with the total population of 632 women who were hospitalized in the service of Gynecology and Obstetrics of the National Hospital Hipólito Unanue during the period 2016 - 2017, of which 102 patients presented the diagnosis of ectopic pregnancy.

**RESULTS:** An average age was 28,2 years and the highest rank was 25 - 29 years; 51,96% of the patients were cohabiting, 91,18% came from Lima. 100% came in by emergency, 11.76% had a history of STD, 55,88% had sex with menses, 27,45% suffered from pelvic inflammatory disease and 14,71% used the intrauterine device as a method contraceptive. 66,6% of the patients had a surgical history, of these only 28,46% presented uterine curettage or uterine aspiration. The average time of illness was > 7 days and the main symptoms were abdominal pain (95,10 %) and amenorrhea (90,20%). 100% received surgical treatment, 94,60% was by exploratory laparotomy. Total salpingectomy (59,80%) was the first procedure performed. The most frequent location was tubal (100%).

## **CONCLUSIONS**

The frequency found in this population has been lower than that of previous local studies. Similarly, the gynecologic-obstetric and surgical history were not

directly related to the presence of ectopic pregnancy, but there was a relationship between high socioeconomic level and the absence of the pathology under study. The benefit of the correct use of the clinical characteristics of ectopic pregnancy was established, but in spite of this, patients mostly come when the condition is complicated and usually require surgical management.

**KEY WORDS:** Ectopic pregnancy, surgical management.



## PRESENTACIÓN

El embarazo ectópico es definida como la implantación y desarrollo del óvulo fecundado, generalmente en período de blastocisto. Se ubica con mayor frecuencia en la trompa de Falopio y dentro de ésta la porción ampular es la más común (70% de los casos). En relación al tratamiento, desde tiempos muy remotos se ha estudiado e investigado las formas de diagnosticar y tratar tempranamente, hasta llegar al tratamiento médico no invasivo con pronósticos favorables en el plan futuro de concepción. Desde los años 70's, la cirugía convencional es reemplazada por la laparoscopia tanto diagnóstica y tratamiento, logrando una reducción significativa de la morbilidad. En los diferentes hospitales de nivel III y IV de Lima se contemplan todos los tipos de tratamientos médicos y quirúrgicos de acuerdo al momento del diagnóstico<sup>6</sup>.

El presente trabajo de tesis consta de cinco capítulos donde el:

**Capítulo I** contiene la base de este trabajo de investigación, la formulación del problema y objetivos.

**Capítulo II** contiene el sustento teórico científico del presente estudio de investigación con los antecedentes bibliográficos, base teórica y definición de variables.

**Capítulo III** contiene la parte operacional y estudio de campo, haciendo uso del instrumento de recolección de datos para su posterior proceso y análisis de datos estadísticos.

**Capítulo IV** contiene los resultados estadísticos en donde son interpretados, representados gráficamente y posteriormente discutidos.

**Capítulo V** contiene las conclusiones y recomendaciones finales del trabajo de investigación.

## ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VII
PRESENTACIÓN.....	IX
ÍNDICE.....	X
LISTA DE TABLAS.....	XII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIV
LISTA DE ANEXOS.....	XVI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.5. PROPÓSITO.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2. BASE TEÓRICA.....	16
2.3. HIPÓTESIS.....	32
2.4. VARIABLES.....	32
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	35
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	35

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	35
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ....	37
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	37
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	38
4.1. RESULTADOS .....	38
4.2. DISCUSIÓN.....	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	55
5.1. CONCLUSIONES .....	55
5.2. RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
ANEXOS.....	62

## LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1 DISTRIBUCIÓN ETARIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017 .....	38
TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	40
TABLA N° 3 ANTECEDENTE DE ETS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017 .....	41
TABLA N° 4 ANTECEDENTE DE EPI EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	42
TABLA N° 5 ANTECEDENTE DE USO DE DIU EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	43
TABLA N° 6 DISTRIBUCIÓN DE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	44
TABLA N° 7 TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	45

TABLA N° 8 SÍNTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	46
TABLA N° 9 EXAMEN FÍSICO REALIZADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	47
TABLA N° 10 DISTRIBUCIÓN DE LOCALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	48
TABLA N° 11 DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	49
TABLA N° 12 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	50
TABLA N° 13 HALLAZGOS OPERATORIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	51

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 DISTRIBUCIÓN ETARIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	39
GRÁFICO N° 2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	40
GRÁFICO N° 3 ANTECEDENTE DE ETS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	41
GRÁFICO N° 4 ANTECEDENTE DE EPI EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	42
GRÁFICO N° 5 ANTECEDENTE DE USO DE DIU EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	43
GRÁFICO N° 6 DISTRIBUCIÓN DE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	44
GRÁFICO N° 7 TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	45

GRÁFICO N° 8 SÍNTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	46
GRÁFICO N° 9 EXAMEN FÍSICO REALIZADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	47
GRÁFICO N° 10 DISTRIBUCIÓN DE LOCALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	48
GRÁFICO N° 11 DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	49
GRÁFICO N° 12 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	50
GRÁFICO N° 13 HALLAZGOS OPERATORIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERÍODO 2016 - 2017.....	51

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	63
ANEXO N° 2 INSTRUMENTOS.....	68
ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS.....	70
ANEXO N° 4 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	73



# **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el embarazo ectópico se ha observado un incrementado con el tiempo y en el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo siendo el nuestro uno de ellos. Esto ocurre aproximadamente 1,5 a 2,0 % de todos los embarazos. La tasa de embarazos ectópicos estuvo en aumento desde los años 70's a 90's, pero se mantiene estable desde esa época. La mortalidad asociada a este problema ha disminuido marcadamente hasta el rango de 0,5 muertes por 1000 embarazos, principalmente debido al diagnóstico precoz y al tratamiento ante la ruptura. De todos modos siguen ocurriendo rupturas por que los médicos no detectan los signos y síntomas clínicos. En el Perú, la frecuencia es similar a la encontrada en otras partes de Latinoamérica. En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo entre 2006 - 2010 se encontró una frecuencia de 1 embarazo ectópico por cada 49 embarazos y el grupo etáreo más afectado estaba entre los 20 y 35 años de edad.

El diagnostico de embarazo ectópico no es sencillo debido a la gran cantidad de manifestaciones clínicas de esta patología, que pueden ir desde ausencia de síntomas, sangrado escaso hasta un shock hipovolémico conllevando a la muerte del paciente, basándonos en esta variedad de presentaciones se considera importante el conocimiento de las características clínicas de embarazo ectópico. Se considera importante la realización de este estudio para conocer a fondo la prevalencia, características clínicas y manejo quirúrgico abordado en las pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Es de hacer notar que ya existía hasta la fecha un estudio sobre prevalencia de embarazo ectópico en el departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, mas no durante el año 2016 por lo que se

considera de importancia establecer un nuevo estudio en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico ingresadas en dicho centro asistencial<sup>1</sup>.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

**Justificación Teórica:** El embarazo ectópico es considerado un problema de salud con alta probabilidad de complicaciones maternas. El presente estudio nos va permitir conocer las cifras exactas de los casos, complicaciones y conocer la condición en la que se encuentra las pacientes que padecieron este problema que para el trabajo nos servirá esta patología en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Del mismo modo, es realizado para ampliar el conocimiento sobre Embarazo ectópico, conocer sus características clínicas que son diversas y así aportar para la reflexión en futuras investigaciones que se realicen en distintos hospitales de nuestro país.

**Justificación Práctica:** El conocimiento temprano de embarazo ectópico nos ayudaría a tener más claro los cimientos sobre la detección temprana en el aspecto clínico y manejo quirúrgico de la patología en estudio. Ayudándonos así a resolver un problema de salud importante como lo es el embarazo ectópico, para a futuro plantear nuevas estrategias para detección clínica temprana, manejo médico y quirúrgico que nos ayuden a disminuir la frecuencia de esta patología.

**Justificación metodológica:** Conocer la prevalencia, características clínicas y quirúrgicas de Embarazo ectópico en pacientes atendidas en Hospital Nacional Hipólito Unanue nos ayudará a enfocarnos en describir la patología

y así mismo identificar la frecuencia poblacional de la misma, esto último nos llevaría a determinar el estado de salud de una comunidad y conocer sus necesidades de salud así como el tratamiento de elección que predominó durante el año 2016 para así poder establecer a futuro un nuevo método o nuevas estrategias para detección y manejo quirúrgico de la misma.

**Justificación Económica social:** El estudio temprano de esta patología nos ayudara al mayor conocimiento de la misma, en el aspecto económico ayudándonos a disminuir costos empleados en detección, cirugía y manejo médico, a nivel social para disminuir la prevalencia de casos en pacientes mujeres de nuestro país, a nivel familiar a disminuir la repercusión de la presencia de esta patología en los hogares de nuestro país, a nivel individual para las mujeres afectadas con la patología para disminuir la probabilidad de muerte y complicaciones por embarazo ectópico.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar las Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la edad promedio en las pacientes embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú.

- Establecer si existe relación entre el nivel socioeconómico y el aumento del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú.
- Evaluar la relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú.
- Establecer si hay utilidad de las características clínicas para el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú.
- Conocer si el antecedente quirúrgico incrementa los casos de embarazo ectópico en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú.
- Determinar si el tratamiento de elección del embarazo ectópico fue quirúrgico en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú.

### **1.5. PROPÓSITO**

El propósito de este trabajo es establecer la prevalencia, características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue con la meta de conocer la cantidad de población afectada con esa patología, crear reflexión sobre el impacto de la misma en la población y aplicar medidas preventivas.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

**“Guerrero E y otros. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles Pedregal de México período 2006 - 2012. Ginecol Obstet Mex 2014; 82: 83 - 92.**

El embarazo ectópico es responsable de aproximadamente 10% de la mortalidad materna. La tasa global de concepción después de un embarazo ectópico varía de 60 a 80%; en los embarazos subsecuentes el aborto espontáneo ocurre en una sexta parte de los casos y aproximadamente una tercera parte son ectópicos recidivantes; sólo la otra tercera parte nacerá viva. Existen otros factores de riesgo como: uso de dispositivo intrauterino, cirugía tubárica, técnicas de reproducción asistida, antecedente de embarazo ectópico y tabaquismo. La incidencia de embarazo ectópico varía de 1:40 a 1:100 embarazos; ocurre en 0.5 a 2% de todos los embarazos y su recurrencia es de 15 - 20%. Con la cirugía de mínimo acceso la laparotomía quedó como última opción para el tratamiento y, en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura, la salpingostomía lineal sustituyó a la salpinguectomía en los casos sin daño tubárico extenso. El diagnóstico temprano permite disminuir la morbilidad, la mortalidad y ofrecer un tratamiento conservador que preserve la fertilidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal descriptivo y retrospectivo. Se revisaron 143 expedientes clínicos, de marzo a enero del 2013, con diagnóstico de egreso de embarazo ectópico. Se revisaron las siguientes variables: edad, antecedente de embarazo ectópico, método de planificación familiar, enfermedad pélvica inflamatoria, tabaquismo, semanas de gestación, cuadro clínico, localización del embarazo ectópico, tratamiento y complicaciones. Se evaluaron promedios, porcentajes e incidencias.

**RESULTADOS:** Encontramos 135 embarazos tubáricos (94%) y 5 ováricos (4%) confirmados durante la cirugía. La tasa institucional de embarazos ectópicos durante el período de análisis fue de 18.9 por cada 1,000 nacimientos que equivale a 1 embarazo ectópico por cada 53 nacimientos. En ningún caso ocurrió la muerte de alguna paciente durante el período de estudio. La edad promedio en la que ocurrieron los embarazos fue de  $32.4 \pm 5.4$  años (rango 15 - 46 años de edad) en donde 89% de las pacientes eran mayores de 25 años. Del total de la población 51 mujeres tenían antecedentes de cesárea, 31 de aborto y 22 de parto. El 10% de las pacientes tenía antecedente de embarazo ectópico y sólo una tenía historia de 3 embarazos ectópicos. En cuanto a métodos anticonceptivos 72% no los utilizaba al momento del embarazo ectópico. De las usuarias de métodos anticonceptivos el dispositivo intrauterino (9%) y el preservativo (9%) fueron los utilizados con mayor frecuencia. Los hormonales orales se encontraron en 6% de los casos, la oclusión tubárica bilateral en 2% y el parche anticonceptivo, al igual que los hormonales inyectables, en un caso (1%). En cuanto al tratamiento quirúrgico 74.8% de los casos se resolvieron mediante cirugía laparoscópica y sólo a 25.2% se le efectuó laparotomía. El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la salpinguectomía unilateral (70.7%) seguida por salpingostomía unilateral (15%), salpingooforectomía unilateral (4%), drenaje tubárico y extracción del tejido trofoblástico abortado a la cavidad peritoneal (4.8%), salpinguectomía bilateral (1.4%) e histerectomía total abdominal con salpinguectomía ipsilateral en 2.1% de los casos de cirugía abierta”<sup>2</sup>.

**“Silva M y otros. Pronóstico reproductivo posterior a un embarazo ectópico según modalidad de tratamiento del Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología 2014; 79(4): 262 – 268.**

El embarazo ectópico el sitio más frecuente de implantación es en las tubas uterinas, lo que ocurre en el 98% de los casos. A pesar de que en los últimos 20 años se han logrado grandes avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el EE sigue siendo un problema de mortalidad materna, representando el 10% de ésta. La incidencia, por otra parte, ha ido en aumento desde mediados del siglo XX, alcanzando a principios de los años 90 una cifra aproximada de 20 por 1000 embarazos. Este incremento se ha asociado al aumento de la incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica entre los factores de mayor riesgo. El cuadro clínico del EE suele manifestarse entre las 6 y 8 semanas después de la fecha de la última menstruación, y se caracteriza típicamente por la presencia de dolor en hipogastrio (99%), amenorrea (74%) e independiente de si el EE está roto o no, siendo la tasa de ésta complicación de un 18%.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de las pacientes con diagnóstico de EE tratadas en el Hospital Padre Hurtado, entre los años 2002 y 2007. Los criterios de selección de tratamiento se basaron en las Guías Clínicas del Servicio de Ginecología del Hospital Padre Hurtado. El manejo médico con Metotexato fue de elección para aquellas pacientes que se encontraban hemodinámicamente estables, sin abdomen agudo ni sospecha de embarazo ectópico roto.

**RESULTADOS:** Se diagnosticaron 288 pacientes con EE en el período de estudio. Se excluyeron del estudio 69 pacientes; de los 219 casos restantes, se obtuvo seguimiento completo en 193 casos (88,1%). De las 26 pacientes en que hubo pérdida de seguimiento, 14 pacientes fueron de resolución quirúrgica y 12 de resolución médica”<sup>3</sup>.

**“Celis P y otros. Tratamiento médico del embarazo ectópico no complicado; experiencia del Hospital Regional de Talca. Revista Chilena Obstétrica y Ginecológica 2017; 82(1): 46 – 50.**

El embarazo ectópico ocurre aproximadamente el 2% de los embarazos. Esta condición es responsable del 6% de las muertes maternas del primer trimestre. En países desarrollados se ha producido una reducción de la mortalidad por esta patología gracias a los avances en el diagnóstico precoz, principalmente debido a la ecografía de alta resolución y la disponibilidad de curva de  $\beta$ -hCG. La mayoría de los EE ocurren en la trompa de Falopio (98%), siendo otras posibles ubicaciones el cérvix, ovario y la cavidad abdominal. Las tres alternativas existentes para el manejo del EE son la cirugía (salpingostomía o salpingectomía), el tratamiento médico y el manejo expectante. El tratamiento médico es una opción segura y eficaz en pacientes seleccionadas, y se basa en el uso de metotrexato intramuscular. La dosis única de metotrexato no ha mostrado diferencias en tasas de éxito respecto a la dosis múltiple, pero sí se asocia a menor frecuencia de efectos adversos y una menor necesidad de controles.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analizó un total de 34 casos. Las variables estudiadas fueron edad, factores de riesgo (uso de DIU, cirugía abdominal previa, embarazo ectópico previo), edad gestacional al diagnóstico, nivel de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) previo al manejo, tamaño de la masa anexial y seguimiento posterior (necesidad de dosis adicional de metotrexato y necesidad de tratamiento quirúrgico).

**RESULTADOS:** La edad promedio al momento del diagnóstico fue  $30.6 \pm 5.2$  años. El promedio de la dosis usada de metotrexato fue 77 mg (rango de 50 a 100 mg) administrado por vía intramuscular. En relación a los factores de riesgo: 10 mujeres (29.4%) tenían antecedente de embarazo ectópico previo, 15 (44.1%) de cirugía abdominal previa y 10 (30.3%) pacientes habían sido usuarias de DIU<sup>4</sup>.



**“Aníbal F y otros. Embarazo Ectópico Ovárico: Reporte de caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 N°4 Octubre - Diciembre 2015 (306 - 311).**

El embarazo ectópico ocurre cuando el saco gestacional en desarrollo se implanta en uno de los dos ovarios. Esta condición representa 1,3-2% de todas las gestaciones reportadas, que reporta una incidencia de 1-3% de todos los embarazos ectópicos diagnosticados. La incidencia de este tipo de gestación ectópica ha venido en aumento en los últimos años, dado el uso de técnicas de reproducción asistida, las cuales constituyen el factor de riesgo más importante, con una incidencia de 0,3% por embarazo diagnosticado. Esta condición es un reto para el proceso diagnóstico del sangrado del primer trimestre del embarazo, ya que los signos y síntomas producidos por el mismo son muy similares al embarazo tubárico y al quiste de cuerpo lúteo roto. Por otra parte, el pronóstico posterior al tratamiento quirúrgico adecuado del embarazo ovárico difiere del pronóstico del embarazo tubárico en cuanto el primero no se asocia con un aumento del riesgo de ectópico en gestaciones subsiguientes, el cual sí se incrementa cuando se efectúa una salpingectomía para el manejo de un embarazo ectópico tubárico”<sup>5</sup>.

**“Taejong S y otros. Procedimientos quirúrgicos laparoscópicos preservando trompas para Embarazo ectópico tubárico. Revista Científica Coreana de Obstetricia y Ginecología 2016; 59(6):512-518.**

En este estudio prospectivo de cohortes, se encontró que la cirugía de preservación para el embarazo ectópico fue altamente factible (tasa de éxito 96,4%) y seguro (tasa de complicación de 0%). También se encontraron tasas homolaterales y contralaterales de permeabilidad de las trompas en un 75% y 80%. Hasta donde sabemos, este es el estudio más grande para evaluar la viabilidad de la cirugía de preservación de trompas en Corea. En la cirugía de preservación para el embarazo ectópico tubárico, el control de la hemorragia

es de suma importancia. Si la hemorragia persiste a pesar de los mejores esfuerzos del cirujano, se deben abandonar los procedimientos de preservación tubular como salpingotomía, salpingostomía y convertirlos en salpinguectomía. Para lograr la hemostasia se han utilizado las siguientes técnicas: compresión directa del lecho de sangrado, cauterización microbipolar en el punto de sangrado, ligadura de sutura del mesosalpinx, aplicación de sellador hemostático en el lecho de sangrado y resección segmentaria del tubo afectado con reanastomosis. El cauterio microbipolar se puede usar para desecar una cama placentaria sangrante. La ligadura de sutura en el mesosalpinx es un método hemostático eficaz, pero puede dañar la vascularización tubárica circundante. Sin embargo, el sellante hemostático puede afectar adversamente la gametogénesis y la formación de adhesión postoperatoria. En un estudio realizado por Graczykowski y Mishell, la tasa de trofoblasto persistente se redujo de 14% a 2% con el uso de metotexato profiláctico. Un meta análisis reciente de embarazos ectópicos también mostró que un solo disparo profiláctico de metotexato inmediatamente después de la operación redujo significativamente el riesgo de trofoblasto persistente después de la salpingostomía laparoscópica (riesgo relativo 0,89; intervalo confidencial del 95%, 0,82 a 0,98). Creemos que el uso profiláctico de metotexato después de la cirugía aumenta la probabilidad de una mujer de preservar la trompa afectada. En primer lugar, este estudio tenía un diseño no comparativo con un tamaño de muestra pequeño. En segundo lugar, hubo una falta de resultados de fertilidad en este estudio. En tercer lugar, todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por un solo cirujano. En conclusión, este estudio indica una opción de tratamiento adecuada para el embarazo ectópico de trompas. Nuestro resultado (75%) fue comparable a los (66% a 94%) de estudios previos”<sup>6</sup>.

**“Martínez A y otros. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013; 59: 177-186.**

El embarazo ectópico es una patología que se está presentando con mayor frecuencia a nivel mundial. Actualmente, en Estados Unidos, el 2% de todos los embarazos corresponde al primer trimestre. Se encontró una frecuencia de embarazo ectópico de 1/49 partos; sin embargo, en años previos, en el mismo HNAL Chávez reportó 1/111 partos, Freundt 1/72 partos, Cabrera 1/75 partos y Bautista 1/67 partos. Este aumento significativo se reflejaría por cambios en la vida sexual de nuestros jóvenes que afectan su salud reproductiva. El 98,3% de las pacientes ingresaron por emergencia, esta patología ocasiona 3 a 4% de las muertes asociadas a la gestación, de los cuales 90% es por hemorragia. A pesar de la alta prevalencia de tuberculosis en el Perú, no encontramos datos de tuberculosis genital, siendo esta patología causante de infertilidad y factor de riesgo para embarazo ectópico. Los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos abominopélvicas, pueden generar procesos inflamatorios o adherenciales, produciendo alteraciones anatómicas y/o funcionales. Entre ellos, el antecedente de legrado uterino o de AMEU. Tanto los porcentajes de inicio de la vida sexual antes de los 16 años y tener más de un compañero sexual coinciden con varios estudios locales. El 33,8% de las pacientes usó o usaba DIU al momento de su diagnóstico, cifra mayor que oscilaron entre 18 y 26%. La principal sintomatología fue dolor abdominal, localizándose principalmente en hipogastrio. Dentro de las complicaciones un 22,4% presentó hipotensión y 5,2% fue consignado como shock hipovolémico. El diagnóstico de embarazo ectópico al ingreso se basó en: clínica,  $\beta$ -hCG y ecografía transvaginal. Una explicación a esto podría ser la implementación de nuevas técnicas diagnósticas como la USTV que hoy son más accesibles.

El 73,3% ingresó con algún grado de anemia, dato similar al encontrado en otros estudios, siendo así la principal característica asociada a embarazo ectópico. En nuestro estudio se encontró un valor de hemoperitoneo severo en 12,4% de los casos, inferior a lo mencionado por el estudio de Yglesias. Asimismo en un 37,3% se utilizó paquetes globulares, cifra superior a la mencionada por Dos Santos. La localización más frecuente del embarazo ectópico fue la tubárica, especialmente en la región ampular. El tipo de tratamiento más frecuente fue el quirúrgico 94,82%. El tratamiento médico realizado a catorce pacientes se basó en la administración de metotexato, de los cuales no hubo respuesta en tres pacientes, optándose por la cirugía. El procedimiento quirúrgico más realizado fue la salpinguectomía total, seguida de la parcial, incluyendo ambos 277 casos (81,9%). Esta opción terapéutica adoptada se debe, a que la mayoría de embarazos ectópicos ingresan como cuadros complicados que comprometen la vida de la paciente. El 84,9% de los embarazos ectópicos estaban rotos. El 80,6% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente presentó trompa contralateral indemne, lo cual es favorable para la posibilidad de fertilidad posterior. El tiempo de hospitalización promedio fue 4,8 días, a diferencia del estudio de Dos Santos donde era menor a 3 días. Más del 50% de nuestras pacientes no regresan a sus controles para seguimiento y consejería de su salud sexual y reproductiva. Concluimos que el embarazo ectópico es una patología que está en ascenso, no solo a nivel nacional sino también mundialmente y que, siendo el principal manejo de tipo radical, afecta la fertilidad posterior de dichas mujeres”<sup>1</sup>.

**“Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - Perú, 2008-2010. Revista Peruana de Epidemiología. 2011; 15 (3), 6-12.**

Las mujeres sometidas a laparotomía exploratoria por EE en el HNDAC presentan características epidemiológicas y clínicas semejantes y al mismo tiempo distinto. Si bien más del 70% se encuentra entre 20 y 35 años, existe

una distribución semejante entre las poblaciones extremas: menores de 20 y mayores de 35 años. Solo un 13.8% de la población se encuentra en condición de matrimonio. La quinta parte de la muestra (20.7%) presentaba antecedente de consumo de alcohol, el 13.5% refirió hábito de consumo de tabaco y el 2.8% de drogas. Es interesante el hallazgo que el grupo que refirió antecedente de embarazo ectópico presentó una mayor prevalencia de consumo de alcohol (30.4%) y de drogas (8.7%). Ya es así, que en el Instituto Nacional Materno Perinatal, para el año 2001, se reportó una incidencia de 2.2 por cada 1000 partos, mientras que en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, para el año 2004, se reportó una incidencia de 0.55%. Esto se complementa con el antecedente de aborto, que en la muestra estudiada es de 53.5%. Además, cabe mencionar que el 95.7% de la sub muestra con embarazo ectópico repetido presentaba antecedente de aborto. Por otro lado, los antecedentes de cirugía abdominal (6.7%), pélvica (30.7%) y utilización de DIU (4.1%), que han sido identificados como factores de riesgo. En la línea de considerar al embarazo ectópico como una emergencia quirúrgica, vale la pena resaltar que cerca de cuatro de cada diez casos (38.4%) de embarazo ectópico cursaron con hemoperitoneo severo. Sólo se encontró un caso de embarazo ectópico sometido a laparotomía exploratoria que no presentó hemoperitoneo. En nuestro estudio, hemos identificado una serie de indicadores epidemiológicos y clínicos que caracterizan a la población atendida en el HNDAC por embarazo ectópico entre el 2008 y 2010. El limitante principal del presente estudio es no haber contado con un grupo control, por lo cual no se ha realizado un análisis comparativo. Esta es una labor que esencialmente le compete al primer nivel de atención, y debe ser encarada de modo responsable por cada entidad prestadora de servicios de salud. Finalmente, sugerimos que se debe considerar, desde la perspectiva del manejo, a todo caso de embarazo ectópico como una emergencia médica, pensando siempre en la posibilidad de hemoperitoneo y más si existen indicadores como: antecedente de aborto, embarazo ectópico previo y alrededor de 10 semanas de amenorrea. Todo personal médico que se

enfrente a un embarazo ectópico, debe considerar en cuanto a la clínica, la presencia de sangrado vaginal y dolor abdominal son indicadores concretos y fiables, ya que se encuentran en casi todos los casos de embarazo ectópico”<sup>10</sup>.

**“Estacio M. Factores de riesgo para el desarrollo de Embarazo Ectópico. Universidad San Martín de Porres 2013, 24 - 28.**

El embarazo ectópico ha aumentado y representa actualmente el 2% de todos los embarazos en los Estados Unidos, donde hubo un incremento de cinco veces la incidencia en las últimas dos décadas. En el norte europeo la incidencia, entre 1976 y 1993, se incrementó desde 11,2 a 18,8 por 1000 embarazos. En el Perú, se ha incrementado en casi dos veces, en cinco años, en el Hospital María Auxiliadora. En nuestro estudio, en ese periodo hubo 163 embarazos ectópicos; de un total de 10 241 partos, lo que hace una prevalencia del 1.6 %; es decir un embarazo ectópico por cada 62 partos, lo cual nos ubica dentro de la frecuencia nacional. Así, tenemos: 1 embarazo ectópico por cada 767 partos en el Hospital San Bartolomé; 1 por cada 303, en el Hospital Edgardo Rebagliati; 1 por cada 156 partos, en el Hospital María Auxiliadora; y uno por cada 129, en el Hospital Cayetano Heredia. El embarazo ectópico es responsable del 9% de la mortalidad materna. En Estados Unidos presentan complicaciones letales, que causa la muerte como resultado de una hemorragia en un 85% de los casos. En nuestro estudio, encontramos que el 17.1% de los casos tuvo el antecedente de embarazo ectópico. Encontramos que los factores asociados con embarazo ectópico en nuestro estudio fueron: el embarazo ectópico previo, uso de dispositivos intrauterinos, historias de infertilidad, uso de inductores de la ovulación. En conclusión el índice tiene un alto valor predictivo y es una herramienta muy útil para el diagnóstico en el embarazo ectópico roto”<sup>8</sup>.

**"De la Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno perinatal. Enero - Diciembre 2001. 2001, 23-28".**

El embarazo ectópico es una entidad que ocasiona grave preocupación y en ocasiones dificulta el diagnóstico. "La rapidez en realizar un diagnóstico acertado dependerá la vida de la paciente, su pronta recuperación y la prevención de secuelas. Son las instituciones que prestan servicios de salud a un amplio sector de la población las que pueden enseñarnos a conocer la patología ginecoobstétrica más frecuente. El Instituto Materno Perinatal es un centro de patología obstétrica. Sin embargo, la teoría más importante para explicar este fenómeno involucra el diagnosticar el embarazo antes del atraso menstrual con gran certeza, combinado con el conocimiento del médico ante la sospecha diagnóstica. El embarazo ectópico se relaciona más a menudo con factores de riesgo que causan daño tubárico y alteración del transporte embrionario. Después de una salpingitis aguda, el riesgo de embarazo ectópico es 7 veces mayor. La mayoría de los métodos anticonceptivos reducen el riesgo de embarazo ectópico previniendo la ovulación o la concepción. Este riesgo se relaciona tanto a la alteración tubárica subyacente que llevó al embarazo ectópico inicial y a la opción del procedimiento terapéutico. Un porcentaje importante (40%) del total de casos se presentó entre las 4 y 6 semanas reflejando que el adelanto tecnológico hace posible el diagnóstico más temprano. Los embarazos ectópicos se localizaron más a menudo en la trompa de Falopio (97,1%) y de los embarazos ectópicos tubáricos, hubo implantación ampular en el 81,5%. El embarazo ectópico complicado fue el más frecuente (4,3%), lo que explicaría la presencia de shock hipovolémico y la necesidad de transfusión sanguínea en el 15,7% y 24,3% del total de pacientes; respectivamente. Asimismo, no se encontró ningún caso con tratamiento médico, el cual diversos autores tienen resultados satisfactorios similares al tratamiento quirúrgico tradicional y menor persistencia, costo en diagnosticar temprana y oportunamente"<sup>9</sup>.

## 2.2. BASE TEÓRICA

- **DEFINICIÓN**

El embarazo ectópico es definida como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Casi el 95% de los embarazos ectópicos se sitúan en la trompa<sup>1</sup>. Las formas extratubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo ovárico (0,5%), cervical (0,1%), intraligamentario (0.1%), cornual (3%), abdominal (1,3%), y por último el embarazo en cuerno uterino rudimentario<sup>2</sup>, que es muy poco frecuente.

- **ANATOMÍA**

**a) El útero:** está constituido por dos porciones anatómicas: cuello y cuerpo. La primera, constituida por una porción intra y supra vaginal, de tal manera que forman un ángulo con el cuerpo uterino conocido con el nombre de ángulo de ante o retroflexión. Del mismo modo el cuerpo forma un ángulo con el eje vaginal conocido con el nombre de ángulo de ante o retroversión. Tiene la forma de pera invertida, que deja una cavidad central triangular con un vértice hacia abajo y los ángulos de la base constituyendo así los cuernos uterinos. Su capa más externa se denomina serosa peritoneal, que nacen de los cuernos uterinos y a su vez se entrecruzan, formando así el miometrio. La parte profunda (cavidad) lo recubre la mucosa del endometrio, que posee una capa superficial funcional que se desprende en cada ciclo menstrual y otra capa profunda basal regeneradora.

**b) Las trompas de Falopio:** Son conductos que nacen de los cuernos uterinos llegando hasta los ovarios. Están constituidos por 4 porciones:

- Intramural: Dentro del espesor del miometrio.
- Ístmica: La más larga en su porción proximal al útero.
- Ampular: Dilatación distal.
- Pabellón o porción fímbrica



**c) Los ovarios:** son cuerpos ovoides de consistencia ligera y aplanada que conjuntamente con las trompas, llevan el nombre de anexos uterinos. Están constituidos por una porción cortical formado por una fina capa de epitelio celómico (folículos) y su núcleo que es conocida como porción medular, por donde emerge la vascularización.

- **ELEMENTOS DE FIJACIÓN**

Que nos van a permitir una adecuada sujeción pelviana (estática), dentro de ello tenemos:

**a) A nivel del fondo uterino:**

- Ligamento útero-ovárico: que une el ovario con la porción posterior del cuerno uterino.
- Ligamento redondo: Inicia en la cara anterior siguiendo la trayectoria hacia la pared abdominal por medio del conducto inguinal.
- Ligamento ancho.

**b) A nivel del istmo uterino:** formado por el Retináculo de Martin, que son repliegues de los ligamentos del conjunto pelviano donde se constituyen las paredes pélvicas a unos ligamentos de fijación del útero, están formados por cuatro porciones:

- Ligamentos cardinales de Mackenrodt.
- Ligamentos pubo-vésico-uterinos.
- Los ligamentos útero-sacros.
- Fijación con la parte superior de la vagina.

- **LA VASCULARIZACIÓN**

**a) Circulación arterial** procedente de dos ramas:

-La arteria uterina, que es rama de la arteria hipogástrica o ilíaca interna, donde alcanza el útero a nivel de los parametrios, y a este nivel cruza el uréter, originando las siguientes ramas:

- Ascendente, que irriga las trompas.
- Descendente, que se anastomosa con la arteria pudenda interna.

-La arteria ovárica, que nace de la aorta descendente, que alcanza el ovario por medio del ligamento infundíbulo-pélvico, donde nace la rama tubárica para que posteriormente se anastomose con la circulación uterina.

**b) Circulación venosa** es satélite de la arterial excepto las venas ováricas, pues la ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, mientras la ovárica izquierda desemboca en la vena renal izquierda.

- **HISTOLOGÍA**

Usualmente, cuando se recibe una pieza quirúrgica con diagnóstico ya planteado de embarazo ectópico, el patólogo especialista realiza la INTERPRETACIÓN macroscópica de dicha muestra y posteriormente confirma el diagnóstico cuando encuentra en las láminas estudiadas vellosidades coriales. Sin embargo, al examinar dichas láminas, se podrán observar que las vellosidades coriales no siempre son idénticas, los que han sido agrupados en categorías<sup>2</sup>.

En el tipo 0, hay ausencia de vellosidades en las láminas, esto podría suceder por muchas razones, las cuales tenemos: a) que no se hayan incluido tejido placentario en las láminas; b) que se haya expulsado el tejido placentario; o por último, c) haya sido un caso de hematosalpinx.

En el tipo 1, están incluidos aquellos casos con vellosidades de característica normal, sean o no viables que guarda relación con el lugar de implantación, tienen un contorno redondeado u ovoide, regular y el epitelio usualmente es delgado<sup>15</sup>.

En el tipo 2, se encontrarán en el estroma de las vellosidades una hiperplasia de células de Hofbauer, que están formadas por infiltración leucocitaria con neutrófilos, polimorfonucleares y ciertos linfocitos. Dicha hiperplasia se manifiesta como una respuesta reactiva frente a un proceso inflamatorio<sup>15</sup>.

En el tipo 3, hay anomalía de las vellosidades coriales, con contornos muy irregulares y con aumento de volumen, como consecuencia de una degeneración hidrópica a nivel del estroma. El epitelio del trofoblasto es netamente atrófico, y en algunos casos se encuentra proliferación del trofoblasto vellositario<sup>15</sup>.

En el tipo 4, se encuentran los casos con vellosidades coriales muy alteradas que en muchas oportunidades presentan vacuolización del citoplasma de las células de Hofbauer o del epitelio trofoblástico, dando un aspecto sugestivo de enfermedad de almacenamiento<sup>15</sup>.

Por último, el tipo 5 se caracteriza por presentar un patrón proliferativo, con destrucción de la pared tubárica, originando una hiperplasia de células sincitio trofoblásticas y acúmulos de fibrina, en ambos casos dicha proliferación llega hasta la serosa<sup>15</sup>.

- **FISIOPATOLOGÍA**

“El embarazo ectópico está considerada dentro de las patologías hemorrágicas del primer trimestre, ya que en muchas oportunidades pone en peligro la vida de la gestante, de allí la importancia de su diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz. La mayor incidencia de esta patología se presenta en mujeres comprendidas entre los 35 y 45 años.

Esta patología se presenta también en mujeres cuyas trompas de Falopio han sido dañadas y obstruidas debido a patologías secundarias, como la endometriosis, cicatrices previas después de una cirugía tubárica, embarazo ectópico o enfermedad pélvica inflamatoria; considerado como una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial”<sup>8</sup>.

“En cuanto a su localización, la implantación puede realizarse en cualquier sitio extrauterina; dentro de ello la localización más frecuente es en la trompa de Falopio constituyendo un 95% de los casos y dentro de la trompa la localización es la siguiente: 70% en la ampolla, 15% en el istmo, 5% en las fimbrias, 3% en el intersticio y 2% en el infundíbulo. Otras localizaciones muy poco frecuentes tenemos: la cervical, ovárica, tubárica bilateral, abdominal y en raras ocasiones pueden ser heterotópicos: un ectópico y un embrión intrauterino”<sup>8</sup>.

Existe cierto número de factores de riesgo que llevan a un daño y a una disfunción tubárica, estos factores a pesar de tener superposición pueden ser generalizados en factores mecánicos y funcionales.

- **FACTORES DE RIESGO MECÁNICO**

Estos factores impiden o retardan el pasaje de un huevo fertilizado hacia la cavidad uterina. Una cirugía ginecológica (tubárica) previa, para realizar una esterilización o para restablecer la función, conlleva a un riesgo más elevado<sup>16</sup>. “En pacientes sometidas quirúrgicamente a una esterilización aumenta el riesgo de embarazo ectópico, ya que existe una tendencia a tener hemoperitoneo y rotura tubárica; el mayor riesgo posterior a la esterilización se produce aproximadamente los 2 años que es lo que requiere el procedimiento y depende mucho de la técnica de esterilización. Tras un embarazo ectópico previo, la posibilidad de que ocurra otro es del 7 a 15%; ya que probablemente se deba a una salpingitis previa, la cual causa la aglutinación de los pliegues de la mucosa con oclusión de la luz o la consecuente formación de divertículos”<sup>21</sup>.

“La reducción de los cilios debido a la infección también puede contribuir a la implantación tubárica. Una enfermedad inflamatoria pélvica previa especialmente causada por *Chlamydia trachomatis* (cultivada en 7 a 30% de los casos), es el factor de riesgo más común, la misma invade y se desarrolla en forma asintomática, incrementando la incidencia de obstrucción tubárica con las constantes reinfecciones de enfermedad inflamatoria pélvica, que a medida conlleva a mayor porcentajes de recaída”.

“Las adherencias peritubáricas que se producen después de un aborto o de una infección puerperal, apendicitis o endometriosis, pueden causar tortuosidad tubárica y estrechamiento de la luz, probablemente por retracción cicatricial peritubárica. La exposición en útero al dietilestilbestrol, predispone la formación de anomalías de desarrollo de la trompa, especialmente divertículos, orificios accesorios e hipoplasia. También un parto por cesárea previa, se ha asociado a un pequeño aumento en el riesgo de embarazo ectópico”.

- **FACTORES FUNCIONALES**

Una alteración en la motilidad tubárica produce cambios en los niveles sanguíneos de progesterona y estrógenos, quizás por una alteración en la regulación de los receptores adrenérgicos a nivel del músculo liso. También influyen en la incidencia del embarazo ectópico el uso de anticonceptivos orales, aquellos que tienen como único componente a los progestágenos, de igual forma con el uso del dispositivo intrauterino con y sin progesterona, después del uso de la píldora del día siguiente que interviene en el período post ovulatorio de estrógenos en dosis altas<sup>2</sup>. Estudios de grandes grupos de pacientes realizados en el país de Francia demostraron como principal factores de riesgo del embarazo ectópico, el fumar más de 20 cigarrillos al día. En pacientes que se realizan duchas vaginales ya sea por razones higiénicas o por descensos patológicos tienen un 3.8% de riesgo de embarazo ectópico respecto a aquellas que no las utilizan y el riesgo va en aumento a medida que se incrementa la frecuencia mensual de dicho procedimiento. El embarazo ectópico se incrementa en un 2,1% a 9,4% en casos de fertilización in Vitro, que atribuyen al uso de clomifeno y progesterona que interfieren en la motilidad de las trompas. Aunque la incidencia de embarazo ectópico aumenta con la edad y al aumentar la paridad, se produce también un aumento importante en las nulíparas sometidas a tratamiento de la fecundidad<sup>16</sup>.

### **Embarazo Tubárico**

Embarazo implantado en la Trompa de Falopio; de cada 100 embarazos ectópicos, 96 son en las trompas y de estos casi todos son ampulares<sup>8</sup>. El embarazo tubárico puede evolucionar a un aborto tubárico, ruptura tubárica, embarazo abdominal, del ligamento ancho, intersticial o cornual.

## **Aborto Tubárico**

Su frecuencia depende en parte del sitio de implantación; el aborto tubárico es común en el embarazo tubárico ampular, mientras que la ruptura es el desenlace habitual del embarazo ístmico. La consecuencia inmediata de la hemorragia tubárica es una disrupción producida más allá de la conexión entre las membranas, la placenta y la pared tubárica; suele persistir cierto sangrado tanto tiempo como los productos permanecen en el oviducto<sup>15</sup>. La sangre se escurre lentamente desde las fimbrias tubáricas hacia el fondo peritoneal y se acumula en el fondo de saco uterino; si la extremidad fimbriada es ocluida, la trompa de Falopio puede distenderse con sangre y formar un hematosalpinx; después de un aborto tubárico incompleto los fragmentos de la placenta o membranas pueden permanecer fijados a la pared tubárica y al quedar rodeadas de fibrina dar lugar a un pólipo placentario<sup>8</sup>.

## **Ruptura Tubárica**

“Los productos expansivos e invasores de la concepción pueden romper la trompa en varios sitios; siempre que hay un embarazo ectópico durante las primeras semanas, se sitúa en el ístmico de la trompa; cuando el huevo fertilizado estaba bien implantado en la porción intersticial la ruptura ocurre después, habitualmente es espontánea pero puede ser causada por un trauma asociado con el coito o exploración bimanual; al producirse la ruptura intraperitoneal el producto de la concepción puede ser extruido desde la trompa, o si la ruptura es pequeña puede ocurrir sangrado sin extrusión, mostrando la mujer signos de hipovolemia; si el producto de la concepción de corta edad es expelido esencialmente sin daño hacia la cavidad peritoneal, puede reimplantarse en cualquier sitio y al establecerse circulación sobrevive y crece; este desenlace es más improbable por el daño durante la transición”<sup>15</sup>.

### **Embarazo Abdominal**

Si el feto solo es extruido en el momento de la ruptura, el efecto en el embarazo variará con dependencia de la extensión del daño sufrido por la placenta; el feto muere si la placenta sufre un daño apreciable, pero si mantiene su adherencia tubárica es posible un desarrollo posterior; el feto puede sobrevivir por algún tiempo y dar lugar a un embarazo abdominal; habitualmente en casos similares una porción de la placenta permanece unida a la pared tubárica y la periferia crece más allá de la trompa y se implanta en estructuras vecinas.

### **Embarazo de ligamento ancho**

Al implantarse el cigoto hacia el mesosalpinx, la ruptura puede producirse en la porción de la trompa que no está cubierta por el peritoneo y el contenido gestacional puede ser extruido dentro de un espacio formado entre los pliegues del ligamento ancho.

### **Embarazo intersticial o cornual**

“Implantación dentro del segmento tubárico que penetra en la pared uterina; representa el 3% de las gestaciones tubáricas; hay asimetría del útero que es difícil de distinguir de un embarazo uterino; debido a la mayor distensibilidad del miometrio que cubre la trompa la ruptura ocurre entre las 8 y 16 semanas; la hemorragia puede ser fatal debido a que el sitio de implantación está localizado entre el ovario y las arterias uterinas”<sup>8</sup>.



## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DEL EMBARAZO ECTÓPICO**

Las manifestaciones clínicas son diversas y variables, dependiendo si hay ruptura o no. Muy a menudo la menstruación normal es reemplazada por un retraso leve y variable de sangrado vaginal o en ocasiones como un manchado; tras ello y de manera esporádica la mujer presentará dolor abdominal bajo de tipo punzante, desgarrante o en puñalada asociado a trastornos vasomotores tales como el vértigo o llegar hasta el síncope; hay mayor sensibilidad tras la palpación abdominal y al examen vaginal la movilización del cérvix produce dolor atenuante. El fómix vaginal posterior puede abombarse por la presencia de sangre a nivel del fondo de saco de Douglas o puede palparse una masa de consistencia blanda en cualquier lado del útero. Los síntomas de irritación diafragmática, caracterizado por dolor a nivel cervical especialmente durante la inspiración se desarrollan alrededor de un 50% de las mujeres con hemorragia intraperitoneal de gran intensidad.

- **SÍNTOMAS Y SIGNOS**

**Dolor:** presente en un 95% de las pacientes, suelen ser de tipo desgarrante y punzante, además se puede presentar el dolor pleurítico por irritación en el diafragma, causada por la ruptura del embarazo ectópico.

**Menstruación anormal:** el 25% de las mujeres no presentan amenorrea; confunden la hemorragia uterina con una menstruación normal. Al disminuir el factor endocrino del endometrio, el sangrado marrón oscuro, escaso, y puede ser continuo o intermitente

**Aumento de la sensibilidad abdominal y pelviana:** Con sensibilidad atenuante, tras la movilización del cérvix, que ocurre en casi el 25% de las mujeres con embarazo ectópico roto.

**Cambios uterinos:** producidos por las hormonas placentarias, alrededor de un 25% de los casos el útero crece durante el primer trimestre tras una gestación tubárica hasta alcanzar un tamaño adecuado al de una gestación normal, tras ello el útero puede ser desplazado hacia un lado por la masa ectópica o si el ligamento ancho es ocupado con sangre el desplazamiento puede ser mayor.

**Presión arterial y pulso:** si no hay ruptura se mantienen dentro de los valores normales; tras una hemorragia moderada pueden variar, la presión arterial desciende y el pulso se incrementa solo si la hemorragia continua y la hipovolemia se torna importante, también conlleva a una respuesta vaso vagal que se traducen en bradicardia e hipotensión;

**Temperatura:** después de la hemorragia aguda puede ser normal o baja; alcanzando temperaturas de 38°C, pero superiores a éstas son raros en ausencia de alguna infección.

**Masa pelviana:** tras el examen bimanual se palpa una masa pélvica alrededor del 25% de las mujeres, que oscilan entre 5 y 15 cm y que son de consistencia blanda y elásticas.

- **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

**Culdocentesis:** No excluye el diagnóstico de embarazo ectópico si la prueba es negativa; el líquido que puede contener pedazos de coágulos podrían ser compatibles con el diagnóstico de hemoperitoneo; si tras ello la sangre se coagula puede deberse a un vaso sanguíneo perforado.

**Pruebas de laboratorio:** “Consideramos al recuento leucocitario, hematocrito y hemoglobina. Tras una hemorragia el volumen sanguíneo

perdido se restablece a su normalidad por hemodilución durante aproximadamente un día o más; la variabilidad de la leucocitosis varia en el embarazo ectópico, más de la mitad de las mujeres presentarán leucocitos normal, en las restantes pueden documentarse leucocitosis por más de 30000 U/L”.

**Pruebas de Gonadotropina Coriónica:** Su objetivo principal es saber si la mujer presenta un embarazo, en el caso de un embarazo ectópico, la gonadotropina coriónica puede tener concentraciones mínimas en comparación con una gestación normal.

**Pruebas urinarias de embarazo:** “El más usado es la prueba inhibitoria de la aglutinación del látex con sensibilidad para la hormona gonadotropina coriónica en el rango aproximadamente de 500 - 800 mUI/ml; teniendo un 50 a 60% de ser positiva ante la presencia de un embarazo ectópico. Por otro lado, cuando se utilizan las pruebas de tubo de ensayo, la detección de la hormona gonadotropina coriónica oscila entre los 150 a 200 mUI/ml y la prueba suele ser positiva en el 80 - 85% de los embarazos ectópicos”.

**Ensayos Séricos de BHCG:** El más utilizado es el radio inmunoensayo, ya que es más preciso y puede precisar cualquier embarazo. Debido a que su positividad no excluye un embarazo ectópico, se desarrollaron diferentes métodos que usan valores séricos seriados cuantitativos para establecer su respectivo diagnóstico.

**Progesterona Sérica:** Si tenemos un valor que sobrepasa los 25 ng/ml, excluye el diagnóstico de embarazo ectópico con una sensibilidad del 97,5%, por el contrario; si tenemos valores inferiores al 5 ng/ml sugieren un embrión muerto, pero sin determinar su localización.

- **PRUEBAS DE IMAGEN ECOGRÁFICA**

### **Ecografía abdominal**

Es difícil identificar productos del embarazo en la trompa de Falopio, si consideramos ausencia ecográfica de un embrión a nivel uterino, prueba hormonal positiva, presencia de líquido en el fondo de saco de Douglas y por último la palpación de una masa pelviana anormal, es casi certero el diagnóstico de un embarazo ectópico. Un embarazo normal no se reconoce por ecografía abdominal hasta las 5 - 6 semanas o 28 días tras una ovulación registrada. La presencia de quistes del cuerpo lúteo o intestinos con materia fecal semeja ecográficamente embarazos tubáricos, pero si consideramos la cinética cardiaca fetal situada fuera de la cavidad uterina se confirma el diagnóstico.

### **Ecografía transvaginal:**

Usualmente se realizan para detectar una gestación uterina precoz tras el tiempo de amenorrea y cuando los niveles séricos de HCGB son superiores a los 1500 mUI/ml; la sensibilidad y especificidad de la ecografía transvaginal para detectar un embarazo ectópico oscila entre el 90 - 96% sobre todo ante la presencia de líquido libre en fondo peritoneal, por ende; la ecografía transvaginal da por resultado un diagnóstico precoz y específico de embarazo normal. El diagnóstico clínico se basa en la identificación del embarazo con presencia de útero vacío y un embarazo ectópico visto como masa anexial, donde la masa debe ser amplia o contener un anillo anexial que semeje a un saco gestacional con o sin polo fetal.

### **Ecografía Doppler Color y pulsado transvaginal:**

Se identificará la presencia del sitio uterino o extrauterino del color vascular en una forma placentaria conocido como patrón en anillo de fuego, con un patrón de flujo de alta velocidad y baja impedancia que sean compatible con perfusión placentaria; si se observa este patrón fuera de la cavidad uterina, respecto al flujo sanguíneo, se confirma el diagnóstico de embarazo ectópico.

- **DIAGNÓSTICO**

Usualmente se diagnostican antes de la ruptura, mediante el análisis de la subunidad HCGB cuantitativa acompañado de una ecografía, considerando a una mujer hemodinámicamente estable y con alta sospecha de embarazo ectópico.

Si tenemos cifras de HCGB que son menores a los 1500 mUI/ml y mediante ecografía transvaginal hay un útero vacío, no se puede establecer el diagnóstico definitivo. En tanto, una prueba positiva de HCGB sérica puede confirmar el diagnóstico de un embarazo precoz como 8 días después de la fertilización; un saco gestacional se puede identificar con seguridad recién a los 28 días después de la concepción o alrededor de la sexta semana de amenorrea; durante el periodo de los 8 y 28 días es considerada ventana de los 20 días y es donde la mujer puede continuar con el embarazo, presentar un aborto y desarrollar un embarazo ectópico o desarrollar un embarazo normal.

En este último el tiempo promedio de duplicación para la HCGB sérica es de aproximadamente 48 horas y si se presenta en un útero vacío sugiere la existencia subjetiva de un embarazo ectópico.

- **DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO**

**Legrado:** Recomendado en casos de aborto incompleto o ectópico, cuando tenemos cifras de progesterona sérica menor a 5 ng/ml, los niveles de HCGB se elevan anormalmente (< 2000 mUI/ml) y mediante la ecografía transvaginal no se visualiza un embarazo uterino; si se identifica un feto, placenta o embrión, el diagnóstico es claro, por el contrario; si no se identifican hay mayor probabilidad de embarazo ectópico y se realiza controles usando la ecografía y niveles séricos de HCGB.

**Laparoscopia:** Nos ofrece la ventaja de poder hacer un diagnóstico certero; además que nos ayudan para eliminar la masa ectópica o inyectar agentes quimioterápicos mediante laparoscopia operatoria.

**Laparotomía:** Usada básicamente cuando la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable o cuando hay imposibilidad de realizar una laparoscopia.

- **TRATAMIENTO**

El tratamiento quirúrgico incluye salpinguectomía, salpingostomía, salpingotomía, anastomosis y resección segmentaria. El manejo médico clínico es a base del metotrexato que es un fármaco antineoplásico, que actúa como antagonista del ácido fólico, además que es muy efectivo contra la proliferación rápida del trofoblasto, el esquema actual de dosis simple: metotrexato, 50mg/m<sup>2</sup> IM monodosis pudiendo repetirse hasta 3 veces dependiendo de la mejoría y dosis Variable: metotrexato, 1mg/Kg IM, días 1, 3, 5, 7 más Leucovorina, 0,1mg/Kg IM, días 2, 4, 6, 8.

**Embarazo abdominal:** Es infrecuente, la supervivencia fetal es precaria; si se diagnostica después de las 24 semanas, se hace manejo expectante intrahospitalario, manejo que conlleva un riesgo de sangrado intraabdominal súbito que pone en peligro la vida; si el feto muere después de alcanzar un tamaño muy grande para ser reabsorbido, puede sufrir supuración, momificación o calcificación.

**Embarazo ovárico:** Es poco frecuente y sus criterios diagnósticos son:

- La trompa del lado dañado debe estar intacta.
- El saco fetal debe ocupar la localización del ovario.
- El ovario debe conectarse al útero por medio del ligamento ovárico.
- Debe encontrarse tejido ovárico definido en la pared del saco.

**Embarazo cervical:** Su incidencia está en aumento en parte debido a la reproducción asistida, especialmente después de las técnicas de fertilización in Vitro y/o la transferencia de embriones. La duración del embarazo depende del sitio de la implantación del embrión, mientras más alto se implante en el canal cervical mayor es su capacidad de crecer y causar hemorragias. El embarazo cervical rara vez va más allá de 20 semanas y suele terminar quirúrgicamente por sangrado.

**Embarazo Heterotópico:** Embarazo ectópico acompañado de gestación uterina coexistente. Es difícil de diagnosticar clínicamente, ameritando una laparotomía. Se observa un útero congestivo, reblandecido y aumentado de tamaño. Debido a las técnicas reproducción asistida, uso de inductores de la ovulación, fertilización in vitro y transferencia de embriones su incidencia global ha aumentado.

## 2.3. HIPÓTESIS

El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no requiere planteamiento de hipótesis. Por la naturaleza de un estudio la presente investigación no requiere una hipótesis.

## 2.4. VARIABLES

### 2.4.1. Variable independiente

- Embarazo ectópico

### 2.4.2. Variable dependiente

- Sociodemográficas
- Características Clínicas
- Características Quirúrgicas

## 2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

- **Embarazo ectópico:** Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero.
- **Características sociodemográficas:** Son el conjunto de características, biológicas, socio económico cultural que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta a aquellas que puedan ser medibles.

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

**Estado Civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a



esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

**Lugar de procedencia:** Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona o lugar dónde reside.

**Grado de instrucción:** Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso

**Nivel socioeconómico:** Se entiende la capacidad económica y social de un individuo, familia o país. De alguna manera todos tenemos una idea aproximada de los tres escalones o niveles socioeconómicos: el bajo, el medio y el alto. Sin embargo, desde un punto de vista sociológico es necesario establecer con precisión unos niveles basados en criterios objetivos. Para ello utilizan una serie de variables distintas (nivel de estudios, tipo de hogar y número de habitaciones, tipo de ordenador personal, porcentaje de gasto en alimentos, acceso al agua y otros).

- **Características clínicas:** Son las características, síntomas y signos que nos dan indicios de un probable diagnóstico.

**Signos y síntomas:** un **síntoma** es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad, a diferencia de un **signo**, que es un dato "objetivo", observable por parte del especialista.

**Examen físico:** es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la

enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

- Características quirúrgicas: Son las características y tipos de cirugía que se realizó en los casos de embarazo ectópico.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

- **Descriptivo:** Por la comparación de las poblaciones debido a que se describe el comportamiento de cierto fenómeno, sin intervenir en él.
- **Transversal:** Por la evolución del fenómeno estudiado debido a que se realizó en un momento específico de tiempo.
- **Observacional:** Porque no se intervino en ninguna de las variables de estudio.
- **Retrospectivo:** Por el periodo que se capta la información.
- **Cuantitativa y No experimental:** se cuantificaran la medida de las variables. Debido a que la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.

### 3.2. ÁREA DE ESTUDIO

- El presente estudio se desarrollará en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, período 2016 - 2017.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población:** Fueron 632 pacientes atendidas y hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue período 2016 - 2017.

- **Muestra:** Del cual fueron 102 pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017.

Fórmula de la muestra:

$$n = \frac{(p \cdot q)z^2 \cdot N}{E^2(N - 1) + (p \cdot q)z^2}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población

Z: Valor de la distribución normal estandarizada correspondiente al nivel de confianza; para el 95%,  $z = 1.96$

E: Máximo error permisible, es decir un 5%.

p: Proporción de la población que tiene la característica que nos interesa medir, es igual a 0.50.

q: Proporción de la población que no tiene la característica que nos interesa medir, es igual a 0.50.

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{(0.50 \times 0.50)1.96^2 \cdot 632}{0.05^2(632 - 1) + (0.50 \times 0.50)1.96^2}$$

$$n = 102$$

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se usara la ficha de recolección de datos que es el instrumento donde se trasladan y registran de manera sistemática, válida y confiable los datos de interés para esta investigación.

### **3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se recolectarán los datos registrados las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período Enero - Diciembre 2016, Lima - Perú

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para analizar los datos de esta investigación se usara el Microsoft Excel 2010.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

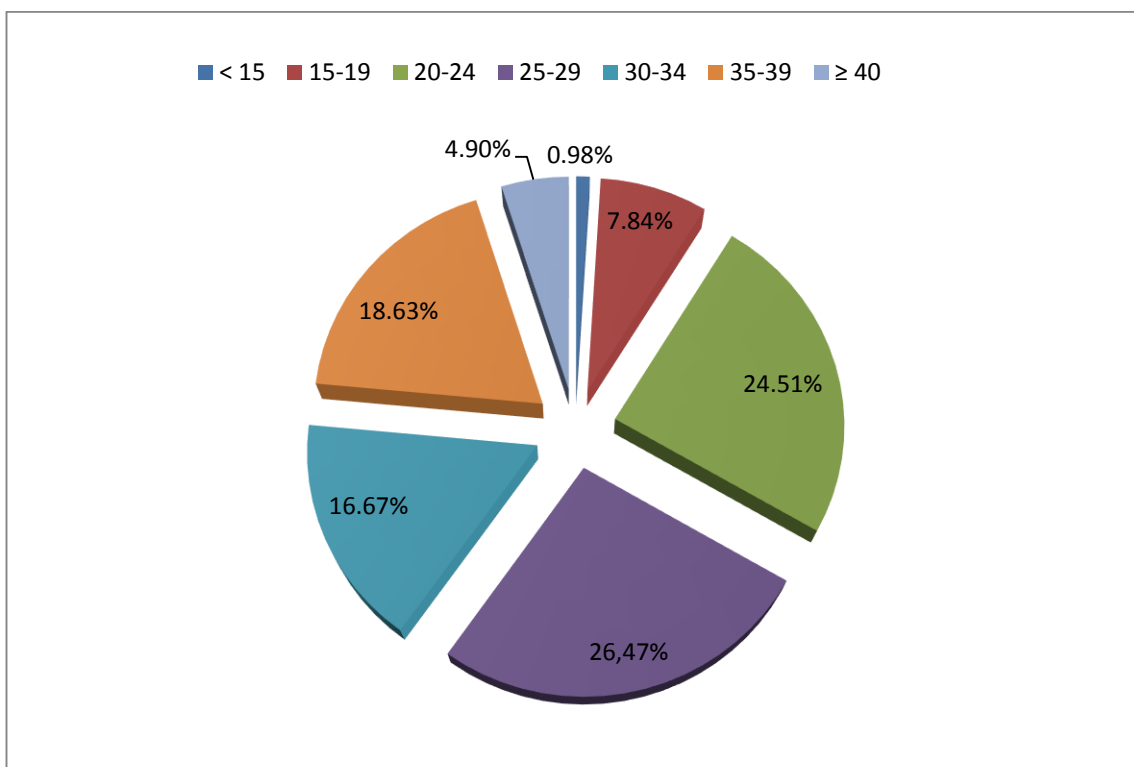
### 4.1. RESULTADOS

**TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN ETARIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Edad	Cantidad	%
< 15	1	0,98
15 – 19	8	7,84
20 – 24	25	24,51
25 - 29	27	26,47
30 - 34	17	16,67
35 - 39	19	18,63
≥ 40	5	4,90
TOTAL	102	100

Fuente: Servicio de Estadística del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°1: DISTRIBUCIÓN ETARIA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Servicio de Estadística del HNHU período 2016 - 2017.

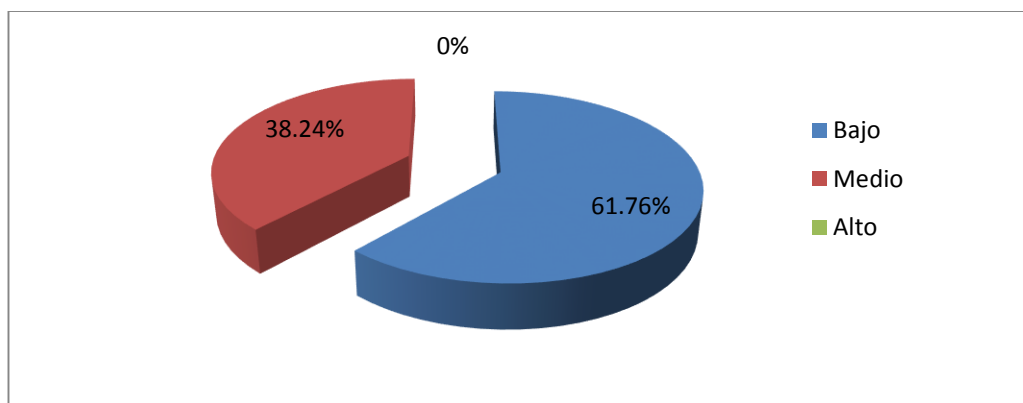
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°1 nos muestra la distribución etaria de pacientes con embarazo ectópico, teniendo mayor cantidad de pacientes el rango de 25 - 29 años con 26,47%, este porcentaje se contrapone a al rango <15 años con 0,98%, este último nos indica la presencia de un único caso en pacientes <15 años.

**TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Nivel Socioeconómico	Cantidad	%
Bajo	63	61,76
Medio	39	38,24
Alto	0	0
Total	102	100%

Fuente: Servicio de Estadística e historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Servicio de Estadística e historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°2 muestra la distribución de las pacientes con embarazo ectópico según el nivel socioeconómico, obteniendo en el Nivel socioeconómico bajo (61,76%), medio (38,24%) y alto (0%).

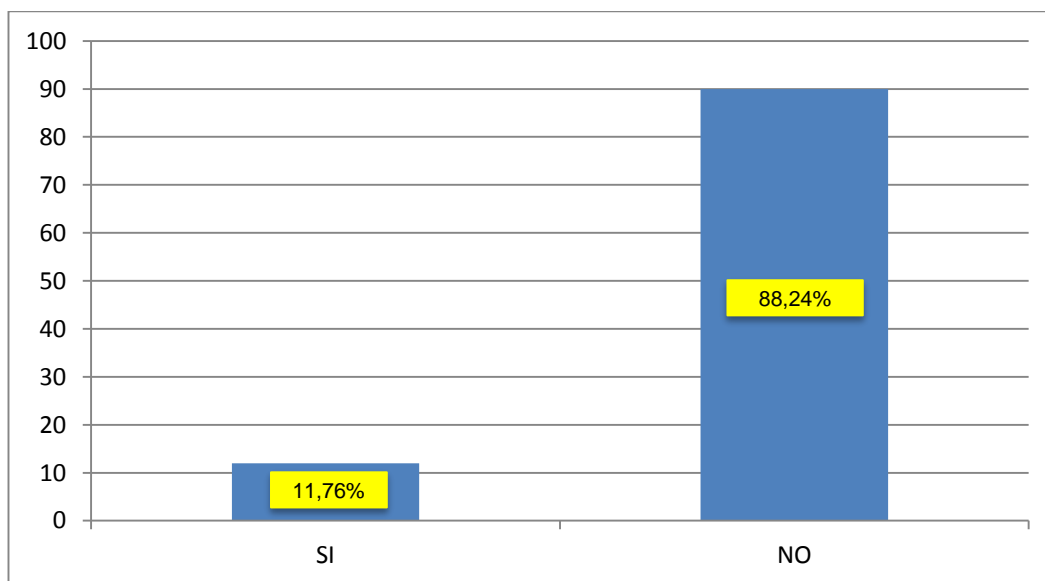


**TABLA N°3: ANTECEDENTE DE ETS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

ETS	Cantidad	%
Si	12	11,76
No	90	88,24
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°3: ANTECEDENTE DE ETS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

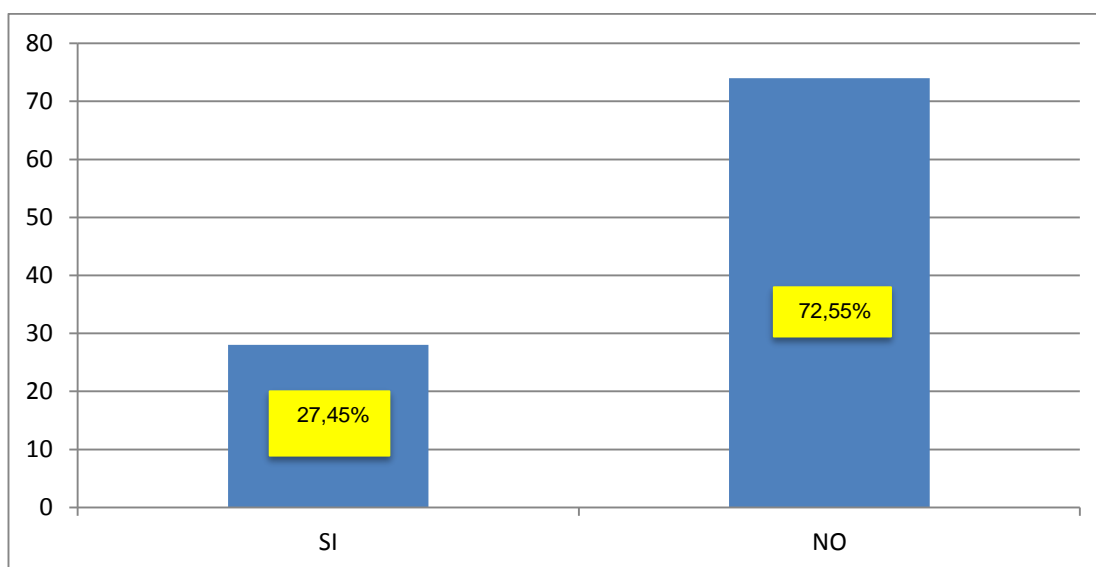
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°3 nos muestra el antecedentes de ETS en pacientes con embarazo ectópico, de las cuales el 88,24% no tuvieron ETS y con solo 11,76% que si presentó el antecedente.

**TABLA N°4: ANTECEDENTE DE EPI EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

EPI	Cantidad	%
Si	28	27,45
No	74	72,55
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°4: ANTECEDENTE DE EPI EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

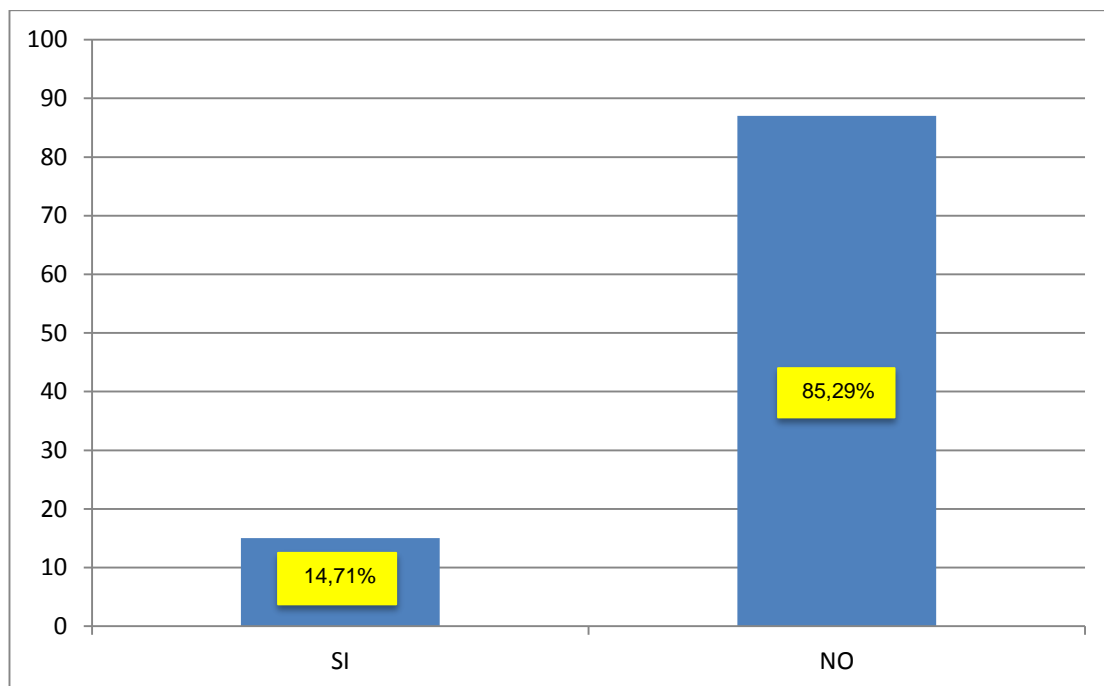
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°4 nos muestra el antecedente de EPI en pacientes con embarazo ectópico, de las cuales el 72,55% no presento EPI y solo un 27,45% si presentó el antecedente.

**TABLA N°5: ANTECEDENTE DE USO DE DIU EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Uso de Diu	Cantidad	%
Si	15	14,71
No	87	85,29
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°5: ANTECEDENTE DE USO DE DIU EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

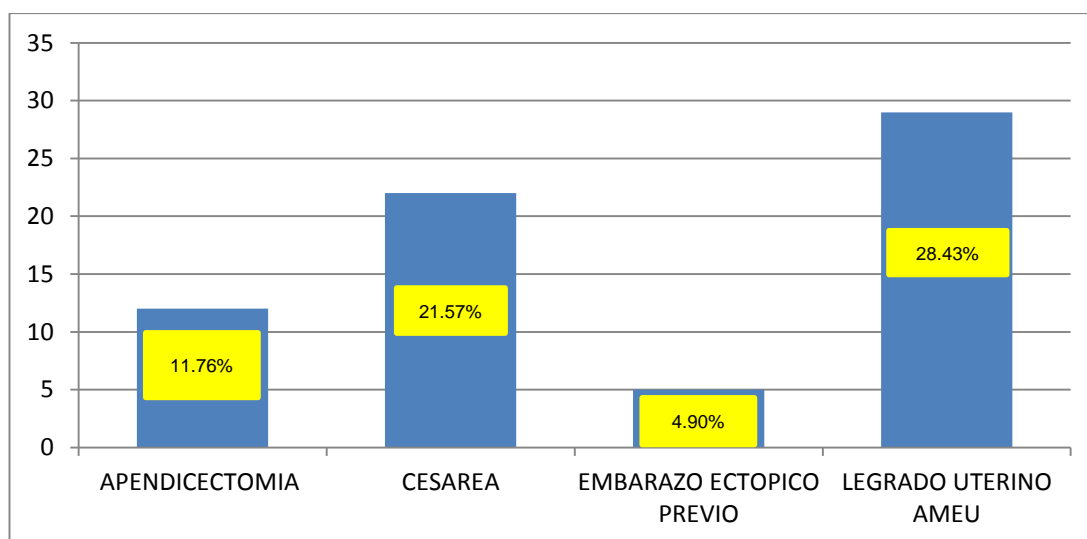
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°5 muestra el número de pacientes con embarazo ectópico con antecedente de uso de DIU, estando ausente en el 85,29% y presente solo en el 14,71%.

**TABLA N°6: DISTRIBUCIÓN DE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Antecedentes Quirúrgico	Cantidad	%
Apendicectomía	12	11,76
Cesárea	22	21,57
Embarazo ectópico previo	5	4,90
Legrado uterino ameu	29	28,43

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°6: DISTRIBUCIÓN DE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

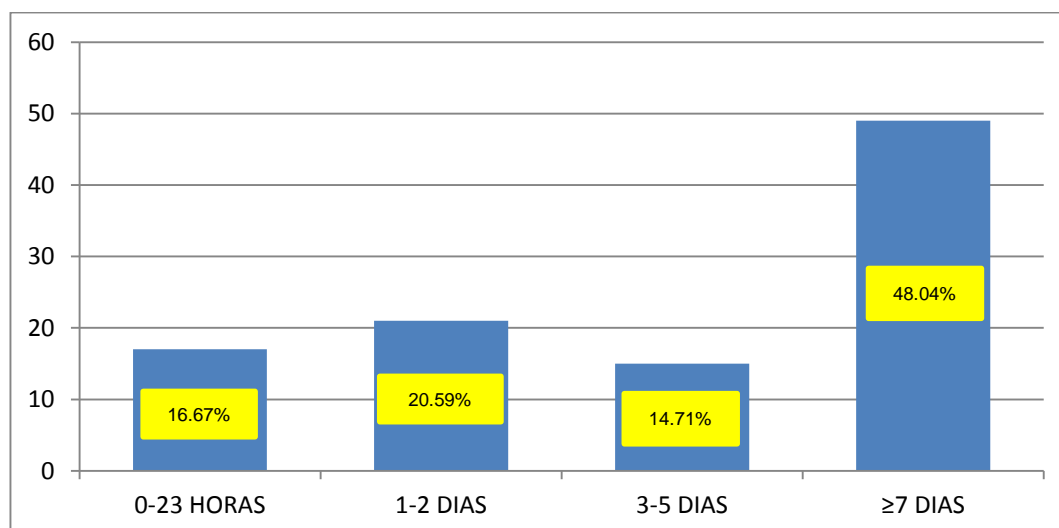
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°6 nos muestra a las pacientes con embarazo ectópico con antecedentes quirúrgicos. Este antecedente estuvo presente solo en 69 pacientes de las cuales tuvieron: Legrado uterino o AMEU (28,43%), cesárea (21,57%), apendicectomía (11,76%) y embarazo ectópico previo 4,90%.

**TABLA N°7: TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Tiempo de enfermedad	cantidad	%
0 - 23 horas	17	16,67
1 - 2 días	21	20,59
3 - 5 días	15	14,71
≥7	49	48,04
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°7: TIEMPO DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERIODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

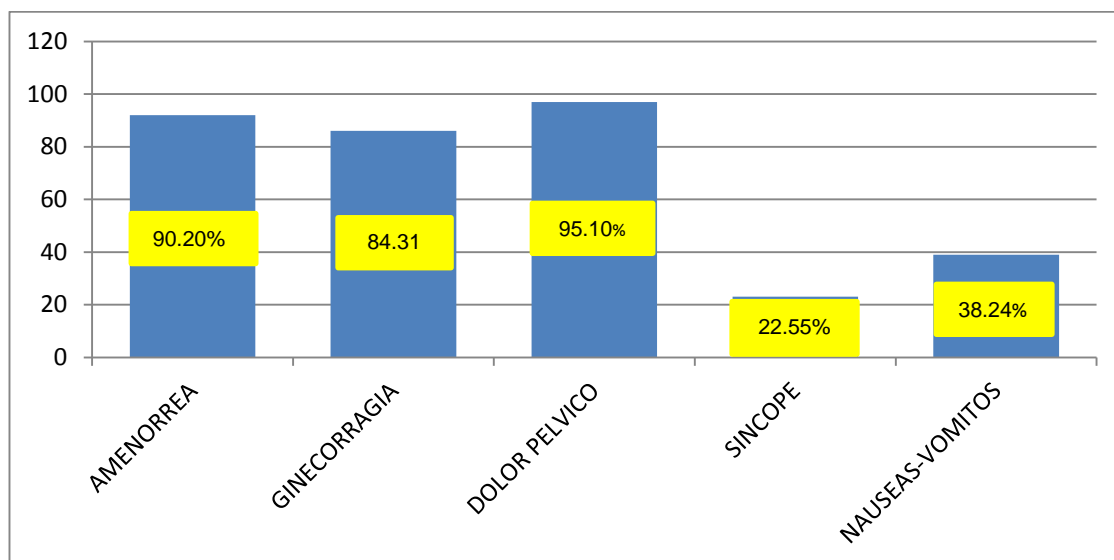
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°7 nos muestran el tiempo de enfermedad de las pacientes con embarazo ectópico. En su mayoría fueron >7 días (48,04%), 1 - 2 días (20,59%), 0 - 23 horas (16,67%) y 3 - 5 días (14,71%).

**TABLA N°8: SÍNTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Síntomas y Signos principales	cantidad	%
Amenorrea	92	90,20
Ginecorragia	86	84,31
Dolor Pélvico	97	95,10
Sincope	23	22,55
Nauseas - Vómitos	39	38,24

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°8: SÍNTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

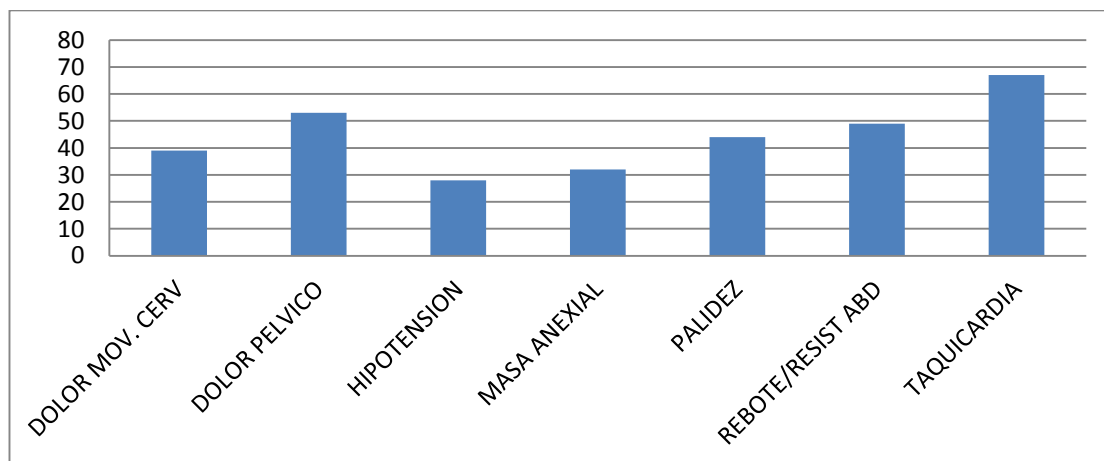
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°8 muestran los síntomas y signos principales de las pacientes con embarazo ectópico. Siendo los principales: dolor pélvico (95,10%), amenorrea (90,20%), ginecorragia (84,31%), náuseas y/o vómitos (38,24%) y sincope (22,55%).

**TABLA N°9: EXAMEN FÍSICO REALIZADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Examen físico	CANTIDAD	%
Dolor a la movilización cervical	39	38,24
Dolor pélvico	53	51,96
Hipotensión	28	27,45
Masa anexial	32	31,37
Palidez	44	43,14
Rebote / Resistencia abdominal	49	48,04
Taquicardia	67	65,69

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°9: EXAMEN FÍSICO REALIZADO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

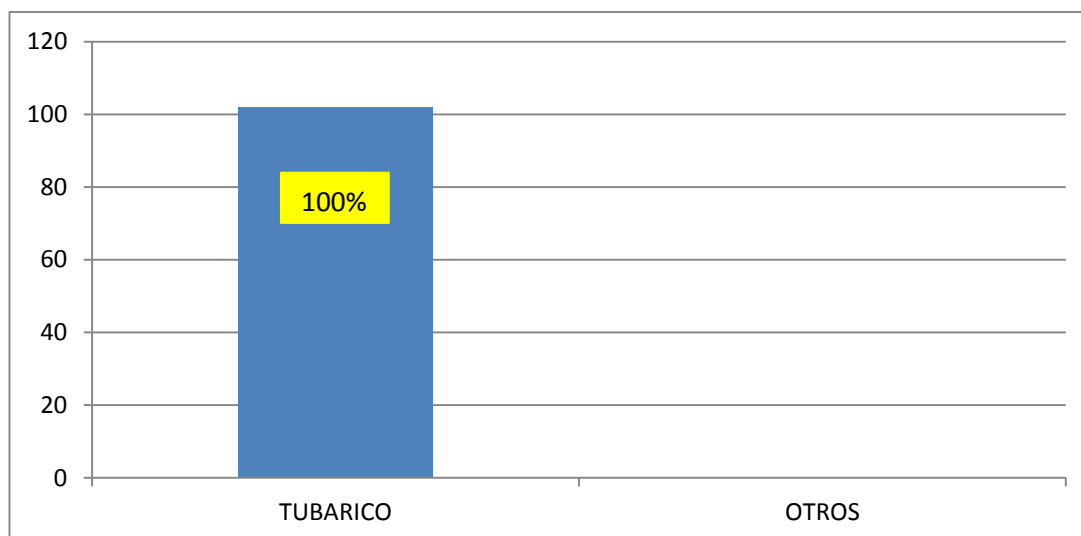
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°9 muestran las características principales en el examen físico realizado en las pacientes encontrando principalmente: Taquicardia (65,69%), dolor pélvico (51,96%),

**TABLA N°10: DISTRIBUCIÓN DE LOCALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Localización de embarazo ectópico	Cantidad	%
Tubárico	102	100%
Otros	0	0%
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°10: DISTRIBUCIÓN DE LOCALIZACIÓN DE LA PATOLOGÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°10 muestran la localización de embarazo ectópico en las pacientes con el diagnóstico de la patología mencionada. El embarazo ectópico tubárico fue la localización en el 100% de todos los casos.

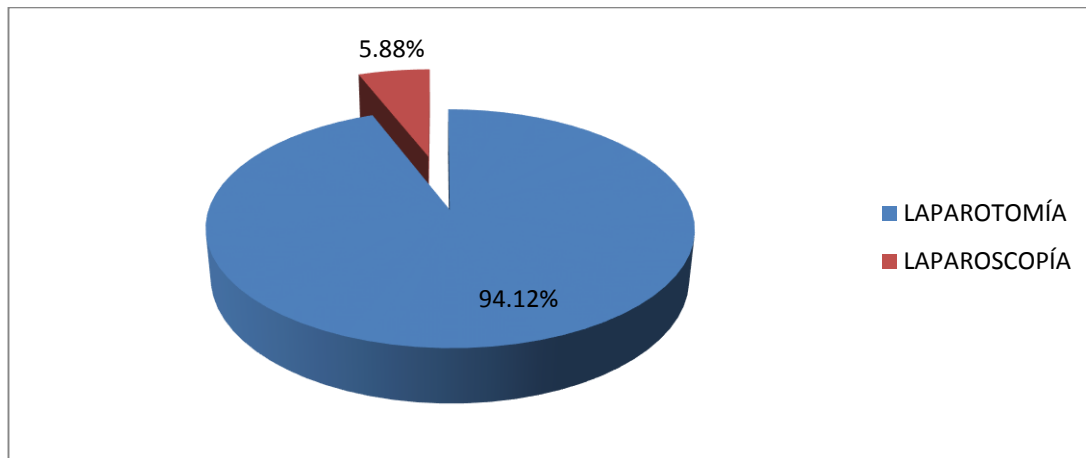


**TABLA N°11: DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Tratamiento Quirúrgico	Cantidad	%
Laparotomía	96	94,12
Laparoscopia	6	5,88
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°11: DISTRIBUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

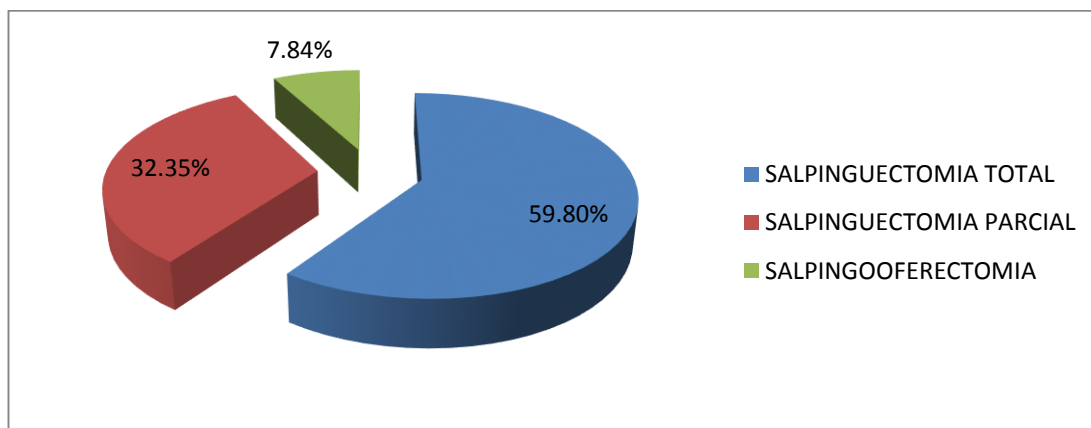
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°11 muestran la distribución del tratamiento quirúrgico realizado en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Se obtuvo que se realizó laparotomía en el 94,12% de las pacientes y laparoscopia en el 5,88%.

**TABLA N°12: DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Tratamiento Quirúrgico	Cantidad	%
Salpinguectomía Total	61	59,80
Salpinguectomía Parcial	33	32,35
Salpingooferectomía	8	7,84
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°12: DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECIBIDO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

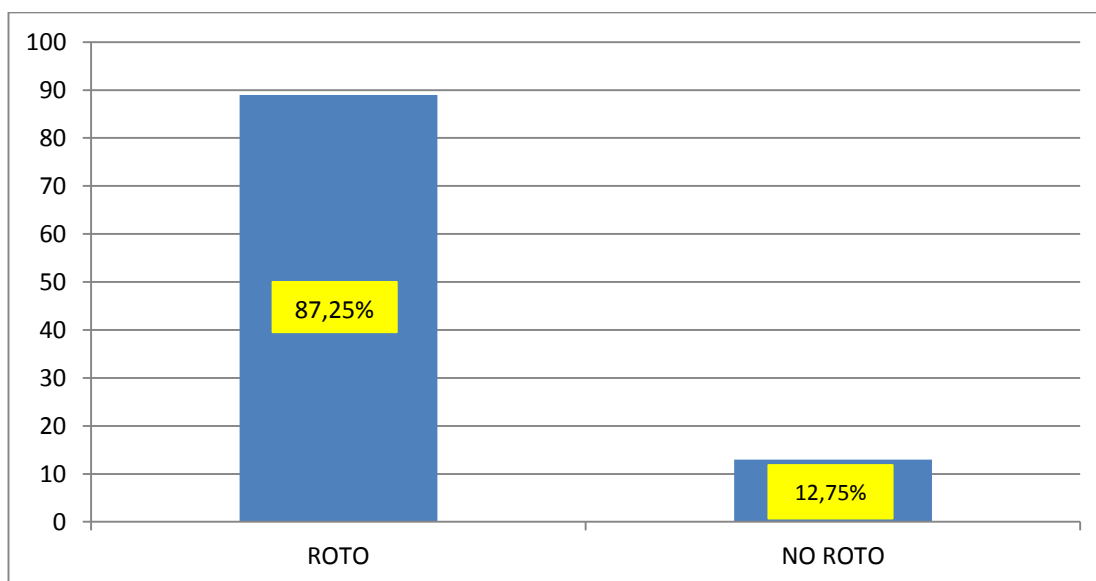
**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°12 muestran los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Se obtuvo: Salpinguectomía total (59,80%), salpinguectomía parcial (32,35%) y salpingooferectomía (7,84%).

**TABLA N°13: HALLAZGOS OPERATORIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**

Hallazgos Operatorios	Cantidad	%
Roto	89	87,25
No Roto	13	12,75
Total	102	100%

Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**GRÁFICO N°13: HALLAZGOS OPERATORIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, PERÍODO 2016 - 2017.**



Fuente: Historias clínicas del HNHU período 2016 - 2017.

**INTERPRETACIÓN:** La tabla y gráfico N°13 nos muestran los principales hallazgos operatorios encontrados en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, siendo: embarazo ectópico Roto (87,25%) y No Roto (12,75%).

## 4.2. DISCUSIÓN

La mayor presencia de embarazo ectópico ocurrió en el grupo etario comprendido entre 20 - 29 años, esto podría deberse ya que guarda relación con la etapa de mayor fertilidad de la mujer, incremento de la actividad sexual y aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

En este estudio se observó una relación entre la no aparición de embarazo ectópico en pacientes con nivel socioeconómico alto, esto puede ser explicado ya que el Hospital Nacional Hipólito Unanue recibe por lo general pacientes de estratos sociales bajos lo que justificaría la ausencia de pacientes del estrato social opuesto.

Del mismo modo hay un porcentaje menor pero no menos importante que fue el grupo etario de 35 - 39 años con 18,63% de los casos, esto podría tener la explicación en la que se toma en cuenta la actividad muscular en la trompa de Falopio, que tiene el control de la motilidad tubárica. El envejecimiento puede resultar en una pérdida progresiva de la actividad a lo largo de la trompa de Falopio ocasionando así embarazo ectópico.

El 11,76% de pacientes tuvieron ETS y el 27,45% tuvieron Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), DPC 10,78%. Las mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica tienen una alta incidencia de embarazos ectópicos. La causa más frecuente es la infección causada por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Las pacientes que padecieron estas infecciones una diversidad de manifestaciones clínicas, desde una cervicitis sin síntomas, hasta una salpingitis y una enfermedad inflamatoria pélvica. Un gran porcentaje de las mujeres que han sido infectadas no saben que estuvieron expuestas. Si bien es cierto que un antecedente de salpingitis está relacionado con el incremento del riesgo de embarazo ectópico aproximadamente unas 4 veces. La incidencia de daño tubárico, aumenta

después de los episodios repetitivos de enfermedad inflamatoria pélvica y sucede así: incrementa un 13% después de 1 episodio, 35% después de 2 episodios y 75% después de 3 episodios.

En nuestro estudio se encontró que no hay una relación directa entre enfermedad inflamatoria pélvica, ETS y embarazo ectópico ya que un gran porcentaje de pacientes desarrollo la patología y no presentaron el antecedente lo cual sería contradictorio a lo que la mayoría de literaturas afirman respecto a que la enfermedad inflamatoria pélvica es el factor de riesgo más importante de embarazo ectópico.

Respecto al uso de DIU el 85,29% de pacientes no tuvieron antecedente de colocación. En este caso, por tratarse de un cuerpo extraño colocado dentro de la cavidad uterina causará una reacción inflamatoria a nivel local en el endometrio, que podría extenderse al resto de los órganos genitales con el consiguiente alteración en la morfología y fisiología de los mismos, e inducir a infecciones pélvicas. Además constituye un obstáculo que se opone al transporte del huevo e impide la nidación en el útero sin interrumpir la ovulación, pudiendo llevar a la nidación fuera de la cavidad uterina. Del mismo modo, los altos niveles pre-ovulatorio de estradiol podrían estar afectando la capacidad de peristalsis de las trompas de Falopio.

Respecto a los antecedentes quirúrgicos: Legrado uterino o AMEU (28,43%), Cesárea (21,57%), Apendicectomía (11,76%), Embarazo ectópico previo (4,90%); a diferencia de otros estudios, en nuestro estudio de investigación el legrado uterino o AMEU no estuvo directamente relacionado la aparición de embarazo ectópico, pero si existen otros estudios en los que explican que esto ocurra probablemente ya que al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina, los cambios inflamatorios que se producen a nivel uterino, ya sea por acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede propagarse y ascender a la trompa y producir cambios

anatómico y fisiológicos produciendo una EPI o directamente a futuro un embarazo ectópico.

En nuestro estudio no se encontró una relación directa entre el antecedente de cesárea y la aparición de embarazo ectópico pero en otros estudios si se considera como un factor asociado para riesgo. Un estudio encontró que las mujeres con antecedentes de cesárea fueron menos probable de embarazarse otra vez en comparación con aquellas mujeres que tuvieron un parto vaginal espontáneo, pero cuando llegaron a embarazarse nuevamente tuvieron mayor probabilidad de embarazo ectópico. Ello podría ser explicado a las adherencias, alteración de cicatrización tubárica y torsiones posteriores a las cirugías abdominales o pélvicas que puedan interferir en la anatomía tubárica.

El antecedente de embarazo ectópico tubo un bajo porcentaje en nuestro estudio pero por conocimiento de la literatura y estudios previos se sabe que en pacientes con el antecedente tiene mayor riesgo de embarazo ectópico. Este riesgo se relaciona tanto a la alteración tubárica subyacente que llevo el embarazo ectópico inicial y la opción del procedimiento terapéutico.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

1. Se obtuvo como rango de edad principal al grupo etario de 25 - 29 años con 27 pacientes y siendo la edad promedio fue de 28,2 años.
2. Se evidencia dentro de las características sociodemográficas estarían relacionadas directamente: el nivel socioeconómico alto a la ausencia de embarazo ectópico y el nivel socioeconómico bajo a una gran cantidad de casos de la patología en estudio. El estado civil conviviente, procedentes de Cercado de Lima, grado de instrucción Secundaria Completa tuvieron la mayor cantidad de casos.
3. No hubo una relación directa entre antecedentes ginecoobstétricos con las pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico. Teniendo en cuenta que no todas las pacientes con la patología en estudio tuvo antecedente de EPI, ETS, DPC, uso de DIU, relaciones durante la menstruación o haber recibido terapia de reproducción asistida, ya que del mismo modo existieron otras que sin tener alguno de los antecedentes ahora mencionados si llegaron a desarrollar embarazo ectópico.
4. Se estableció que si existe utilidad de las características clínicas en el diagnóstico de embarazo ectópico, sabiendo que es una patología de múltiples manifestaciones, se evidencia una mayor proporción de pacientes que presentaron: amenorrea, dolor pélvico y ginecorragia.
5. Se observa que el antecedente quirúrgico no está directamente relacionado al desarrollo futuro de embarazo ectópico ya que hubo una

cantidad importante de pacientes que sin tener antecedente quirúrgico si presentaron la patología.

6. Se determinó que el tratamiento de elección para embarazo ectópico fue el quirúrgico, siendo el tipo de procedimiento más frecuente la salpinguectomía total, seguida de la salpinguectomía parcial y muy pocos casos de salpingooforectomía.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

1. Ya que el grupo etario primordial fue de 25 - 29 años deberíamos enfocarnos en brindar charlas a las pacientes sobre métodos anticonceptivos y fomentar que acudan a consultas de programas pre concepcional para que en ellas se puedan identificar factores que las expongan a embarazo ectópico.
2. Teniendo en cuenta la relación encontrada de la ausencia de embarazo ectópico en el grupo de pacientes con nivel socioeconómico alto, podemos recomendar la realización de charlas educativas en pacientes con niveles socioeconómicos bajo y medios.
3. Debe establecerse una relación directa entes antecedentes ginecoobstetricos con las pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico; debiendo tenerse en cuenta que las pacientes con la patología en estudio tuvieron antecedentes de EPI, ETS; DPC y el uso del DIU.
4. Ante la utilidad de características clínicas, instruir a las pacientes y hacerles conocimiento de que, si tienen amenorrea, dolor abdominal y sangrado asociado a factores de riesgo encontrados en los



antecedentes ginecológicos, acudan a consultorio y busquen apoyo médico por parte de la institución.

5. Educar a las pacientes con antecedentes de cirugías abdominopélvicas a realizarse chequeos y ante la presencia de sintomatología compatible acudan al centro asistencial, informándole a las pacientes 92 la importancia del antecedente y sus probables consecuencias a futuro.
6. Informar a las pacientes y sus familiares con diagnóstico de embarazo ectópico sobre la patología y el tratamiento que se le va realizar ya sea quirúrgico o médico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez A, Mascaró Y, Méjico S, Mere Del Castillo F. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2013; 59: 177-186.
2. Guerrero E y otros. Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles Pedregal de México período 2006 - 2012. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 83 – 92.
3. Silva M y otros. Pronóstico reproductivo posterior a un embarazo ectópico según modalidad de tratamiento del Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología* 2014; 79(4): 262 – 268.
4. Celis P y otros. Tratamiento médico del embarazo ectópico no complicado; experiencia del Hospital Regional de Talca. *Revista Chilena Obstétrica y Ginecológica* 2017; 82(1): 46 – 50.
5. Aníbal F y otros. Embarazo Ectópico Ovárico: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 66 N°4 Octubre - Diciembre 2015 (306 - 311).
6. Taejong S, Dong HL, Hwa CK, Seok JS. Procedimientos quirúrgicos laparoscópicos preservando trompas para Embarazo ectópico tubárico. *Revista científica de Obstetricia y Ginecología* 2016; 59(6):512-518.
7. Ángel M. G y otros. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2006 - 2010. *Revista Perú ginecología obstétrica*. 2013; 59: 177-186.
8. Estacio M. Factores de riesgo para el desarrollo de Embarazo Ectópico. [Tesis]. Universidad San Martín de Porres 2013, 24- 28.

9. De la Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno perinatal. Enero - Diciembre 2001. [Tesis] 2001, 23-28.
10. Yglesias E. Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – Perú, 2008-2010. Revista Peruana de Epidemiología. 2011; 15 (3), 6-12.
11. Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams Obstetrics. 24th ed.: McGraw-Hill; 2014.
12. Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras. Guías de manejo clínico para gineco-obstetras. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 1999; 65(3).
13. Hoover, K. Original Research. Tendencia en diagnóstico y tratamiento de Embarazo Ectópico en Estados Unidos. Ginecología y Obstetricia 2010; 115(3).
14. Ramírez J. Anatomía Quirúrgica del Aparato reproductor femenino. En: [www.uv.es/~jvramire/apuntes/SEMINARIS/anatomia.doc](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/SEMINARIS/anatomia.doc) (fecha de acceso: 8 Enero 2017).
15. Pereda-Garay K, Lucén A. Embarazo ectópico: patrones histológicos de las vellosidades coriales. INFORME PRELIMINAR. Rev Per Ginecol Obstet. 2007; 53:258-262.
16. Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico, serie de 77 casos.
17. Salazar R, De Pablo J, Cuadra M, Fernández A. Casuística del Embarazo Ectópico en nuestro medio. Prog Obstet Ginec 2003; 46 (12): 533-540.

18. Cerna Rodríguez J: Embarazo Ectópico. IN: Ahued J, Fernandez C, Bailón R. "Ginecología y obstetricia aplicadas". 2º ed. México: Manual Moderno 2003. p. 313-321.
19. Moya C, Pino F, Borges R, Aguiar R, Olano Y, Espinosa M. Comportamiento del Embarazo Ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013 Setiembre; 39(3).
20. Morgan F, Quevedo E, Muñoz V, Castro S, Rubio M. Estudio epidemiológico y clínico de pacientes con embarazo ectópico, serie de 95 77 casos. Boletín Médico Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Sinaloa. 2016; 13 (2), 9-12.
21. Cabrera A. Factores de Riesgo relacionados al Embarazo ectópico, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Barquisimeto-Estado Lara. [Tesis] Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. 2008
22. Barnhart, K. Ectopic Pregnancy. The New England Journal of Medicine 2009 July; 361(4).
23. Tulandi, T. Ectopic pregnancy: Surgical treatment. Up to Date. 2015, January.
24. Bueno F, y cols. Tratamiento médico del embarazo ectópico. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(3): 173-1.
25. Valentin R et al. Embarazo ectópico cervical tratado con metrotexato. Reporte de un caso. Revista cubana de Ginecología y Obstetricia. 2008; 26(2):87-90.
26. Álvarez, M; Nanning, C. Rol de la cirugía endoscópica en el manejo actual del embarazo ectópico tubárico. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2005; 70(1).

27. Pérez L. Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero - Diciembre 2010. [Tesis] Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
28. Berek J, Adashi E, Hillard P. Tratado de ginecología de Novak. Décimo tercera edición. Interamericana McGrawHill. México; 1990-1994.
29. Fyлаstra D. Tubal pregnancy: A review of current diagnosis and treatment. *Obstetrics and Gynecology Survey* 1998; 53:230-237.
30. Naranjo N, Lazo M, Saona L. Tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007 – 2008. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2013; 59:49-53

## **ANEXOS**

### ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Prevalencia, Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú**

VARIABLE		DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
<b>INDEPENDIENTE</b>							
Embarazo ectópico		Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero	Diagnostico presente en la historia clínica	Cuantitativa	Nominal	Diagnóstico confirmado	Instrumento de Recolección de Datos.
<b>DEPENDIENTE</b>							
C A R A C T E R I	Edad	Período en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Grupos etarios del estudio	Cuantitativa	Ordinal	<15 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 ≥40 años	Instrumento de Recolección de Datos.

S T I C A S  S O C I O D E M O G R Á F I C A S	Nivel socio-económico	Es una medida total sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas basadas en sus ingresos, educación, y empleo.	Bajo Medio Alto	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto	Instrumento de Recolección de Datos.
	Lugar de procedencia	Lugar donde habita una persona	Distrito o ciudad de procedencia	Cualitativa	Nominal	Distrito o ciudad de procedencia.	Instrumento de Recolección de Datos.
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Instrumento de Recolección de Datos.
	Grado de Instrucción	Grado de estudios alcanzados	Primaria completa	Cualitativa	Ordinal	Primaria completa	Instrumento de



			Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta			Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta	Recolección de Datos.
--	--	--	--	--	--	--	--------------------------

C A R A C T E R Í S T I C A S	Signos  y  síntomas	Un síntoma es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como causada por un estado patológico, a diferencia de un signo, que es un dato "objetivo", observable por parte del especialista	Amenorrea  Ginecorragia  Dolor abdominal  Síncope	Cualitativa	Nominal	SI  No	Instrumento de Recolección de Datos.
	Examen físico	Es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la	Taquicardia  Rebote/Resistencia abdominal  Dolor pélvico	Cualitativa	Nominal	SI	Instrumento de Recolección de Datos.

C L Í N I C A S		enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo	Hipotensión Masa anexial			No	
Características quirúrgicas	Son las características y tipos de cirugía que se realizó en los casos de embarazo ectópico	Tipo específico de cirugía realizada.	Cualitativa	Nominal	Cirugía realizada	Instrumento de Recolección de Datos.	

## ANEXO 02: INSTRUMENTOS



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

“Prevalencia, Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito

Unanue período 2016 - 2017,

Lima - Perú

### **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

#### **DATOS GENERALES**

Edad: Estado civil:

Lugar de procedencia:

Grado de instrucción:

Ocupación:

Fecha de ingreso:

Modo de Ingreso:

#### **ANTECEDENTES GINECOLOGICOS**

ETS: SI ( ) NO ( )

EPI: SI ( ) NO ( )

Dolor pélvico crónico: SI ( ) NO ( )

Terapia de Reproducción Asistida: SI ( ) NO ( )

Uso de DIU SI ( ) NO ( )

#### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**

Legrado uterino o AMEU ( ) Cesárea ( ) Cirugía tubárica ( )

Embarazo ectópico previo ( ) Apendicetomía ( )

## **SOBRE EMBARAZO ECTÓPICO:**

**Tiempo de enfermedad:**

**Síntomas y Signos:**

Amenorrea ( )      Dolor Abdominal/ Pélvico ( )  
Ginecorragia ( )      Sincope ( )

**Examen físico:**

Taquicardia ( )      Hipotensión ( )      Masa anexial ( )  
Rebote y/o Resistencia abdominal ( )      Dolor pélvico ( )

**Lugar del Embarazo ectópico:**

Tubárico ( )      Otra localización ( )

**Tratamiento recibido:**

Quirúrgico ( )      Médico ( )  
Laparoscopía ( )      Laparotomía ( )

- Salpingectomía total ( )
- Salpingectomía parcial ( )
- Salpingooferectomía ( )

**Hallazgos Operatorios**

Roto ( )  
No roto ( )

**ANEXO N°3**  
**VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS**

**I.- DATOS GENERALES:**

- Apellidos y Nombres del Informante:  
 1.1 Dr. JOSEPH PINTO OBLITAS  
 1.2 Cargo e institución donde labora:  
 COORDINADOR- ASESOR  
 1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE  
 RECOLECCION DE DATOS  
 1.5 Autor (a) del instrumento: YANINA  
 KAREN RADA ALVARADO

**II.- ASPECTOS DE VALIDACION:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre embarazo ectópico - prevalencia.					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado relación sociodemográfica					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación es Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.					90%

**IV.- PROMEDIO DE VALORACION**

90%

Firma del Experto Informante

D.N.I N°

Teléfono:

40055154  
984322395

## VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS


### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:  
Dra. VERONIKA LIVIAC ANICAMA
- 1.2 Cargo e institución donde labora:  
HNHU- GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- 1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
- 1.5 Autor (a) del instrumento: YANINA KAREN RADA ALVARADO

### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre embarazo ectópico - prevalencia.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado relación sociodemográfica					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación es Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.					85%

### IV.- PROMEDIO DE VALORACION


85%

Firma del Experto Informante  
 D.N.I N° 07528581  
 Teléfono: 99736064J

Dra. Verónica Liviác Anicama  
 Médico Gineco-Obstetra  
 R.N.E. 21798  
 Hospital Nacional Hipólito Unzué

## VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

### I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:  
LIC. ELSI NOEMI BAZAN RODRIGUEZ
- 1.2 Cargo e institución donde labora:  
Estadística
- 1.3 Tipo de Experto:      Metodólogo  Especialista  Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
- 1.5 Autor (a) del instrumento: YANINA KAREN RADA ALVARADO

### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances la teoría sobre embarazo ectópico - prevalencia.					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado relación sociodemográfica					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación es Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.					85%

### IV.- PROMEDIO DE VALORACION

85%

*Elsi Bazan*  
Firma del Experto Informante

D.N.I N°

19209983

Teléfono:

977-414879

COESPE: 444



**ANEXO N°04: MATRIZ DE CONSISTENCIA**  
**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue período 2016 - 2017, Lima - Perú**

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b><u>PROBLEMA GENERAL</u></b>            ¿Cuáles son las Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?</p>	<p><b><u>OBJETIVO GENERAL</u></b>            Determinar las Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas de Embarazo Ectópico en pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b>            Embarazo ectópico.  <b>Variable Dependiente (VD)</b>            Características Sociodemográficas, Clínicas y Quirúrgicas</p>	<p>Historias clínicas con el diagnóstico establecido de embarazo ectópico.            Número de casos de embarazo ectópico            Nivel socioeconómico            Lugar de procedencia            Edad            Síntomas y signos            Examen físico            Tipo de tratamiento (Médico o Quirúrgico)</p>	<p><b><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></b>            Retrospectivo            Descriptivo,            Transversal,            Cuantitativa y No experimental: Ya que la investigación se realizó en un momento específico y se</p>

<p><b><u>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>1.- ¿Cuál es la edad promedio en el embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue?</p>	<p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>1.- Determinar la edad promedio en el embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue?</p>	<p><b>Variable Independiente (VI1)</b></p> <p>Embarazo ectópico. Edad promedio. <b>Variable Dependiente (VD1)</b></p>	<p>Número de casos de embarazo ectópico según la edad promedio.</p>	<p>realiza sin manipular variables. Lo que hacemos es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.</p>
<p>2.- ¿Existe relación entre el nivel socioeconómico y el embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue?</p>	<p>2.- Establecer si existe relación entre el nivel socioeconómico y el embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI2)</b></p> <p>Embarazo ectópico. <b>Variable Dependiente (VD2)</b></p> <p>Nivel Socioeconómico.</p>	<p>Número de casos de embarazo ectópico.</p> <p>Bajo Medio Alto</p>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>Las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p>
<p>3.- ¿Existe relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el embarazo ectópico</p>	<p>3.-Determinar la relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el embarazo ectópico en</p>	<p><b>Variable Independiente (V3)</b></p> <p>Embarazo ectópico.</p>	<p>Historias clínicas con diagnóstico establecido.</p> <p>Número de casos de embarazo ectópico:</p>	<p>Las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p>

en el Hospital Nacional Hipólito Unanue?	el Hospital Nacional Hipólito Unanue.	<b>Variable Dependiente (VD3)</b>  Antecedentes Ginecoobstétricos de las pacientes.	Numero de gestaciones.  Número de abortos.  Número de partos vaginales.  Numero de nacidos vivos.	
4.- ¿Se ha establecido la utilidad de las características clínicas para el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue?	4.- Establecer si hay utilidad de las características clínicas para el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.	<b>Variable Independiente (V4)</b> Embarazo ectópico. <b>Variable Dependiente (VD4)</b> Características clínicas.	Número de casos de embarazo ectópico. -Dolor abdominal/ pélvico -Fiebre -Sincope -Ginecorragia	
5.- ¿El antecedente quirúrgico incrementa el embarazo ectópico en las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?	5.- Determinar si el antecedente quirúrgico incrementa el embarazo ectópico en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.	<b>Variable Independiente (V5)</b> Antecedente quirúrgico <b>Variable Dependiente (VD5)</b> Embarazo ectópico.	-Legrado o AMEU -Cesárea -Embarazo ectópico previo -Recanalización tubárica -Apendicetomía -Número de casos de embarazo ectópico relacionado al antecedente quirúrgico.	

<p>6.- ¿El tratamiento de elección de embarazo ectópico fue el quirúrgico en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?</p>	<p>7.- Determinar si el tratamiento de elección de embarazo ectópico fue el quirúrgico en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p>	<p><b>Variable Independiente (V7)</b> Embarazo ectópico. <b>Variable Dependiente (VD7)</b> Tratamiento de elección de embarazo ectópico.</p>	<p>Historias clínicas con diagnóstico establecido -Médico -Quirúrgico</p>	
---	--	--	---	--