



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRABAJO ESTRUCTURADO DE MANERA INDEPENDIENTE**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU INCIDENCIA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERÍODO JULIO 2011- JULIO 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Médico

**AUTORA:** Torres Palacios, Luzdari Patricia.

**TUTOR:** Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio.

Ambato- Ecuador

Abril - 2013

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU INCIDENCIA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERÍODO JULIO 2011 – JULIO 2012”**, presentado por la Srta. Luzdari Patricia Torres Palacios, egresada de la Carrera de Medicina, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2013

EL TUTOR

.....  
Dr. Vinicio Mera

## AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el informe de investigación **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU INCIDENCIA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERÍODO JULIO 2011 – JULIO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de mi exclusiva responsabilidad, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2013

LA AUTORA

.....  
Luzdari Patricia Torres Palacios

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero del 2013

LA AUTORA

.....  
Luzdari Patricia Torres Palacios

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU INCIDENCIA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERÍODO JULIO 2011 – JULIO 2012.**” de Luzdari Patricia Torres Palacios, egresada de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2013

Para constancia firman

.....  
Dra. Sandra Villacís                      PRESIDENTE                      Dra. Angélica Martínez

## DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Con amor y sacrificio supieron motivarme moral y materialmente para culminar con éxito los estudios y así asegurarme una vida digna y clara en el futuro.

A mis maestros, que con nobleza y responsabilidad, vertieron todo su apostolado en mi alma.

A mi hija, que es el motivo y la razón que me ha llevado a seguir superándome día a día, para alcanzar mis más apreciados ideales de superación.

Luzdari Torres

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de tesis primeramente agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este sueño anhelado.

A mi Familia y a mi hija quienes con su amor y apoyo incondicional me acompañaron en este largo camino, entendiendo mis ausencias y mis malos momentos para ellos toda mi gratitud.

A la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional. Agradezco a mi tutor de tesis, al Dr. Vinicio Mera por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A todas aquellas personas que me acompañaron en este largo camino y a las que fueron uniéndose al mismo para hacer realidad mi sueño.

“Es para ustedes este triunfo y para mí la dicha de haberlo alcanzado”

Luzdari Torres

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	1

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA: .....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.2. Análisis Crítico.....	7
1.2.3. Prognosis.....	8
1.2.4. Formulación del Problema .....	9
1.2.5. Interrogantes (subproblemas).....	9
1.2.6. Delimitación.....	10
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo General .....	12
1.4.2. Objetivos Específicos .....	12

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos.....	13
2.2. Fundamentación Filosófica.....	16
2.3. Fundamentación Legal.....	16



2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES. ....	19
2.5. Hipótesis.....	34
2.6. Señalamiento de las Variables. ....	34
2.6.1. Variable Independiente:.....	34
2.6.2. Variable Dependiente:.....	34

**CAPITULO III**  
**METODOLOGÍA**

3.1. Modalidad básica de la investigación .....	32
3.2. Nivel o tipo de investigación .....	32
3.3. Población y muestra .....	32
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	33
3.4.1. Criterios de inclusión.....	33
3.4.2 Criterios de exclusión.....	33
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
3.5.1 Variable Independiente: FACTORES DE RIESGO .....	34
3.5.2. Variable Dependiente: EMBARAZO ECTÓPICO.....	36
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	38
3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	39

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	41
4.2. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	67
CAPITULO V .....	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
5.1. CONCLUSIONES.....	69
5.2. RECOMENDACIONES.....	70

**CAPITULO VI**  
**PROPUESTA**

6.1 DATOS INFORMATIVOS: .....	72
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	72
6.3 JUSTIFICACIÓN .....	73
6.4 Objetivos .....	74

6.4.1. Objetivo general .....	74
6.4.2. Objetivos específicos.....	74
6.5. Análisis de Factibilidad.....	75
6.6. Fundamentación .....	75
6.7. Metodología Modelo operativo .....	76
6.8. Administración .....	79
6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	80
BIBLIOGRAFÍA .....	81
ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Embarazo Ectópico Tubario.	21
Gráfico 2. Distribución según grupos de edad de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	42
Gráfico 3. Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	42
Gráfico 4. Distribución según la procedencia de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	43
Gráfico 5. Distribución según antecedente de consumo de tabaco de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	43
Gráfico 6. Distribución según la edad de inicio de la vida sexual activa de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	44
Gráfico 7. Distribución según el número de parejas sexuales de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	45
Gráfico 8. Distribución según la utilización de anticoncepción hormonal en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	45
Gráfico 9. Distribución según la utilización de dispositivo intrauterino en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	46
Gráfico 10. Distribución según el número de gestas de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	47
Gráfico 11. Distribución según antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria de	47

las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	
Gráfico 12. Distribución según antecedentes de abortos en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	48
Gráfico 13. Distribución según antecedente de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	48
Gráfico 14. Distribución según antecedente de embarazo ectópico previo de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	49
Gráfico 15. Distribución según antecedente de cirugía ginecológica de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	49
Gráfico 16. Distribución según grupos de edad en las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	51
Gráfico 17. Distribución según grupos de edad de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	51
Gráfico 18. Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	52
Gráfico 19. Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	53
Gráfico 20. Distribución según la procedencia de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	54
Gráfico 21. Distribución según la procedencia de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	54
Gráfico 22. Distribución según el antecedente de consumo de tabaco de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	55
Gráfico 23. Distribución según el antecedente se consumo de tabaco de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	56
Gráfico 24. Distribución según la edad de inicio de la vida sexual activa de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	57
Gráfico 25. Distribución según la edad de inicio de la vida sexual activa de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	58
Gráfico 26. Distribución según el número de parejas sexuales de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	59
Gráfico 27. Distribución según el número de parejas sexuales de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	59
Gráfico 28. Distribución según el número de gestas de las pacientes diagnosticadas de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	61

Gráfico 29. Distribución según el número de gestas de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	62
Gráfico 30. Distribución según el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria de las pacientes con diagnostico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	62
Gráfico 31. Distribución según el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	63
Gráfico 32. Distribución según el antecedente de abortos de las pacientes diagnosticadas con EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	64
Gráfico 33. Distribución según el antecedente de abortos de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.	64

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Principales causas de mortalidad materna. Ecuador 2009	5
Tabla 2 Diez principales causas de morbilidad materna. Hospital Isidro Ayora. Quito - Ecuador 2005	6
Tabla 3. Factores de riesgo socio demográficos de las pacientes incluidas en el estudio.	41
Tabla 4. Factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes incluidas en el estudio.	44
Tabla 5. Factores de riesgo gineco - obstétricos de las pacientes incluidas en el estudio.	46
Tabla 6. Factores de riesgo socio demográficos de las pacientes divididas en 2 grupos.	50
Tabla 7. Factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes divididas en 2 grupos.	56
Tabla 8. Factores de riesgo gineco - obstétricos de las pacientes divididas en 2 grupos.	60

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU INCIDENCIA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERÍODO JULIO 2011- JULIO 2012”.**

**Autora:** Torres Palacios, Luzdari Patricia

**Tutor:** Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

**Fecha:** Enero 2013

## **RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011- Julio 2012.

En cuanto a la metodología fue un estudio tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles. En la presente investigación se selecciono 2 grupos de pacientes los casos fueron Historia clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente, cada uno de los grupos estuvo conformado por 27 pacientes.

Analizados los datos de los 2 grupos de pacientes se encontró que entre los principales factores de riesgo de este estudio que incidieron en la aparición de embarazo ectópico fueron: entre los factores de riesgo socio demográficos la procedencia rural con un 70.4%, el antecedente de tabaquismo con un 51.9%; entre los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes fueron el inicio de la vida sexual activa temprana (<18 años) con un 77.8%, el número de parejas sexuales (>1) con un 74.1%; entre los factores de riesgo gineco – obstétricos el número de gestas las multíparas con un 51.9%, la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%,el antecedente de abortos con 40.7%.

El grupo etario, el nivel de instrucción, el tipo de anticoncepción utilizada, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, de embarazo ectópico previo, de infertilidad y de cirugía ginecológica representaron valores que no fueron estadísticamente significativos.

Los factores de riesgo asociados encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

**PALABRAS CLAVE:** EMBARAZO\_ECTÓPICO, EMBARAZO\_EXTRAUTERINO, EMBARAZO\_TUBÁRICO, EMBARAZO OVÁRICO, EMBARAZO CERVICAL, EMBARAZO ABDOMINAL.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y SU INCIDENCIA EN EL EMBARAZO ECTÓPICO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO PERÍODO JULIO 2011- JULIO 2012”.**

**Autora:** Torres Palacios, Luzdari Patricia

**Tutor:** Dr. Mera Ramos, Gerardo Vinicio

**Fecha:** Enero 2013

**SUMMARY**

This research work was to determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in patients treated in the area of Gynecology and Obstetrics of the Provincial Teaching Hospital Ambato period July 2011 - July 2012.

Regarding the study methodology was descriptive, comparative, retrospective case-control. In the present investigation was selected two groups of patients were cases clinical history of patients with ectopic pregnancy and a comparison sample of normal pregnant patients treated during the same period randomly selected, each group consisted of 27 patients.

Analyzed data from two groups of patients was found that the main risk factors in this study that influenced the occurrence of ectopic pregnancy were among sociodemographic risk factors rural background with a 70.4%, smoking history with 51.9%, among the risk factors related to sexuality of patients were the onset of early sexual activity (<18 years) with 77.8%, the number of sexual partners (> 1) with 74.1%; between risk factors gynecological - obstetric feats number multiparas with a 51.9%, pelvic inflammatory disease with 59.3%, previous abortions with 40.7%.

The age group, education level, type of contraception used, history of sexually transmitted infections, previous ectopic pregnancy, infertility and gynecological surgery represented values that were not statistically significant.

The risk factors found are discussed in relation to other studies, which show that these factors are significant and this must be taken into account early detection and prevention. With knowledge of the results of this research can promote health, provide a better understanding of the disease and contribute to a better management of patients with ectopic pregnancy.

**KEYWORDS:** ECTOPIC\_PREGNANCY, EXTRAUTERINE\_PREGNANCY, TUBÁRICO\_PREGNANCY, OVÁRICO\_PREGNANCY, CERVICAL\_PREGNANCY, ABDOMINAL\_PREGNANCY.



## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico ocurre en el 1% de los embarazos y si bien la incidencia aumentó en las últimas dos décadas, la mortalidad disminuyó, probablemente debido al avance de los métodos de diagnóstico.<sup>1</sup>

El embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando un sangramiento interno de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser perenne y limitar la vida reproductiva de esa mujer.<sup>16</sup>

En Estados Unidos, 1-2 de cada 100 embarazos son ectópicos; la mayoría se detecta en la primera consulta médica.<sup>3</sup>

En los 80, moría 1 mujer con embarazo ectópico por cada 90.000 nacidos vivos. En los últimos años, la mortalidad se redujo a 1 por cada 200.000 nacidos vivos.<sup>1</sup>

"Es posible que detrás de ese descenso esté nuestra mayor capacidad para diagnosticarlo y tratarlo a tiempo", dijo Creanga.<sup>3</sup>

Durante el estudio, la mortalidad por embarazo ectópico fue más común en las mujeres más grandes: las mayores de 35 eran 3-4 veces más propensas a morir por complicaciones asociadas que las menores de 25 años, según los autores, este resultado coincide con el hecho de que la edad va modificando las trompas de Falopio.<sup>3</sup>

Existe cierto número de factores de riesgo que llevan a un daño y a una disfunción tubárica y son generalizados en factores mecánicos y factores funcionales; entre los factores de riesgo mecánicos se encuentran: cirugía tubárica previa, esterilización quirúrgica, embarazo ectópico previo enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias post aborto y cirugía abdominal y los factores de riesgo funcionales son: uso de DIU, hábito de fumar, uso de duchas vaginales, consumo

de ACO, fertilización in vitro, edad de inicio de la vida sexual activa y número de parejas sexuales.<sup>2</sup> Para una mejor comprensión las hemos clasificado como factores de riesgo socio demográficos, factores de riesgo relacionados con la sexualidad y factores de riesgo gineco – obstétricos.

Siendo un problema de salud con alta probabilidad de complicaciones maternas, asociado su presencia a determinados factores de riesgo, se realizó el presente estudio para determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en las pacientes con dicho diagnóstico que acuden al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Ambato.

Los datos fueron recolectados en el período julio 2011 a julio 2012 y el trabajo consta de seis capítulos, el primero contiene el planteamiento del problema, el segundo el marco teórico, el tercero el marco metodológico, el cuarto capítulo los resultados, el quinto las conclusiones y recomendaciones y el sexto la propuesta; los datos obtenidos fueron tabulados y analizados en cuadros y gráficos a través de pruebas estadísticas que permitieron establecer conclusiones y recomendaciones y de esta manera fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento acerca de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. TEMA:**

Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011- Julio 2012.

#### **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.2.1. Contextualización.**

Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose éste fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna del primer trimestre que pone en peligro la vida y se refleja en un daño a la salud reproductiva de la mujer.<sup>1</sup>

El peligro de muerte en un embarazo extrauterino es mayor que el de la gestación que culmina en un producto vivo o que es terminado intencionalmente; además las posibilidades de que un nuevo embarazo llegue a feliz término disminuyen después de una gestación ectópica. Sin embargo, con los diagnósticos más tempranos hay mayor posibilidad de que la madre sobreviva y conserve su capacidad reproductiva.<sup>3</sup>

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan la OMS y la UNICEF.<sup>2</sup>

A medida que la incidencia aumenta, la mortalidad decrece (en Estados Unidos. de 35,5 muertes por 10.000 en 1970 a 3,8 por 10.000 en 1989), aunque en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causa del 10 – 15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación y supone el 80 – 90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo.<sup>3</sup>

No se ha dilucidado del todo la razón del incremento en el número y frecuencia de embarazos ectópicos en Estados Unidos. Se han señalado aumentos semejantes en los decenios de 1970 y 1980 en el este de Europa, Península Escandinava y Gran Bretaña. Posiblemente alguno de los factores son: <sup>4</sup>

1. Prevalencia de infección tubaria transmitida por contacto sexual y daño de las salpinges.
2. Identificación más temprana de algunos embarazos ectópicos que en otras circunstancias estaban condenados a la resorción espontánea.
3. Popularidad de métodos anticonceptivos que en caso de ser insatisfactorios permiten la implantación fuera del útero.
4. Técnicas de esterilización de salpinges que incrementan la posibilidad de embarazo ectópico.
5. Uso de técnicas de reproducción asistida.
6. Empleo de cirugía en salpinges que incluyen la salpingotomía en caso de embarazo tubario y la tuboplastia para tratar la infecundidad.

El embarazo ectópico es una emergencia médica como tal, ya que pone en riesgo la salud reproductiva debido a que puede presentarse una disminución o una pérdida total de la fertilidad; además de ser un riesgo para la vida de la madre.<sup>4</sup>

Para lograr disminuir su morbilidad y mortalidad, es preciso un diagnóstico oportuno y precoz, esto dependerá de una adecuada educación de la población sobre sus principales aspectos clínicos, los mismos que deben ir en conjunto con un sistema de salud eficiente, el mismo que se inicia desde el nivel primario de salud hasta el hospitalario.

En nuestro país, el embarazo ectópico es de igual manera un problema de salud, el mismo que va en gran aumento debido a diversas causas.

**Tabla 1 Principales causas de mortalidad materna. Ecuador 2009**

CAUSAS DE MUERTE MATERNA	Número	Razón	Porcentaje
Hemorragia postparto	25	8,5	15,2
Hipertensión gestacional con proteinuria significativa	23	7,9	13,9
Eclampsia	22	7,5	13,3
Otras enfermedades maternas clasificables en otras partes, que complican el embarazo, el parto y puerperio	17	5,8	10,3
Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	9	3,1	5,5
Sepsis puerperal	8	2,7	4,8
Embarazo ectópico	6	2,1	3,6
Aborto no especificado	6	2,1	3,6
Desprendimiento prematuro de placenta	5	1,7	3,0
Muerte obstétrica de causa no especificada	5	1,7	3,0
Hipertensión pre-existente que complica el embarazo, parto y puerperio	4	1,4	2,4

Fuente: MSP Indicadores Básicos de Salud 2009

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública del 2009 el embarazo ectópico ocupa la séptima causa de las principales causas de mortalidad materna.

Se desconoce una estadística exacta en el país sobre dicho problema de salud, ya que en los resultados que se encuentran en el INEN del Ecuador, el embarazo ectópico esta dentro de una gama de problemas de salud en Gineco – obstetricia, por lo que no se encuentra como un diagnóstico puro.

En el Ecuador en el hospital gineco – obstétrico “Isidro Ayora” de Quito el embarazo ectópico es una de las diez principales causas de morbilidad materna.

**Tabla 2 Diez principales causas de morbilidad materna. Hospital Isidro Ayora. Quito - Ecuador 2005**

#	PATOLOGÍA	NÚMERO	PORCENTAJE
1	Abortos	2122	33.6%
2	Preeclampsia	1593	25.3%
3	Hipertensión inducida por el embarazo	603	9.5%
4	Anemia	589	9.3%
5	Vaginosis	231	3.6%
6	Amenazo parto prematuro	153	2.4%
7	Infección de Vías Urinarias	128	2.0%
8	Pielonefritis	120	1.9%
9	Síndrome Hellp	109	1.7%
10	Embarazo ectópico	87	1.4%

Fuente: Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora”. Diagnóstico Situacional.  
Quito – Ecuador 2005.

El embarazo ectópico es considerado un problema de salud con alta probabilidad de complicaciones maternas, asociado su presencia a determinados factores de riesgo, en vista de esto se realizó un estudio para identificar los factores de riesgo presentes en las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acuden al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Ambato, en el período comprendido entre julio 2011- julio 2012.

Cabe destacar que en el mencionado hospital los datos del departamento de estadística indican que entre sus veinte principales diagnósticos de hospitalización, se encuentra el embarazo ectópico con 34 casos en el 2011 y 15 casos en el primer trimestre del 2012; ocupando la novena causa de morbilidad ginecológica.

Motivados por lo señalado en relación al incremento de esta afección, decidí realizar este trabajo, con interés de destacar dentro de la revisión: La

identificación de diferentes factores de riesgo que puedan estar incidiendo en su incremento.

### **1.2.2. Análisis Crítico.**

El embarazo ectópico es una de las principales causa de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo. En las últimas décadas se registra un aumento de su incidencia.

Esto es debido fundamentalmente a 3 condicionantes: el aumento de los factores de riesgo, el incremento en la aplicación de técnicas de reproducción asistida y el uso de métodos diagnósticos más sensibles y específicos que permiten detectar casos que, de otra manera, habrían pasado inadvertidos.<sup>5</sup>

El objetivo principal del manejo del embarazo ectópico es disminuir la morbilidad y mortalidad materna que produce el embarazo ectópico, es preciso diagnosticarlo precozmente, antes de que aparezcan complicaciones, pues éstas pueden ser fatales.<sup>5</sup>

Este problema de salud tiene un gran impacto social debido a los daños físicos y psicológicos en la mujer a corto o largo plazo así como el considerable costo económico que representa para la familia y el estado.

Actualmente en el sistema nacional de salud pública, existen políticas de medicina preventiva; sin embargo las mismas no son evaluadas o no son ejecutadas de manera correcta, la tasa de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de salud de una población, y se relaciona con el nivel socioeconómico, el acceso oportuno a los servicios de salud adecuados, la calidad en la atención y las políticas públicas en materia de salud materna. Además, es un reflejo claro de las circunstancias de vida, el estatus social y la importancia que para el Estado tiene la salud de sus ciudadanos.

El acceso a un control preconcepcional temprano y adecuado es particularmente relevante y necesario para identificar tempranamente a las pacientes con factores

de riesgo asociados a embarazo ectópico, las mismas que pueden ser transferidas oportunamente a un servicio de salud de mayor complejidad.

Por lo antes expuesto, es necesario establecer los factores asociados a embarazo ectópico y de esta forma poder elaborar propuestas que nos permitan de alguna manera establecer una solución al problema planteado.

### **1.2.3. Prognosis.**

Este proyecto tuvo como finalidad ofrecer una herramienta útil para el diagnóstico e identificación temprana de las pacientes con factores asociados a embarazo ectópico, que sea aplicable en centros de salud de primer nivel a fin de permitir una transferencia precoz de la paciente hacia hospitales que cuenten con recursos apropiados para su manejo.

Si no se llevara a cabo la investigación acerca de los factores asociados a embarazo ectópico, los efectos pueden ser graves y tener gran impacto en los índices de morbilidad y mortalidad materna referentes a la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente Ambato.

En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos atribuibles probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos, dispositivos intrauterinos, entre otros.

Ante la incidencia cada vez mayor de embarazos ectópicos en nuestro país, nos sentimos motivados a realizar un estudio con el propósito de realizar la pesquisa y seguimiento de los grupos de riesgo que puedan disminuir la incidencia de la enfermedad.

Por todo lo anteriormente expuesto se debe poner énfasis en la prevención, a fin de lograr una disminución en la incidencia del embarazo ectópico, de lo contrario



esto acarrea serias consecuencias que a veces resultan humanamente imposibles de superar.

Si no llegara a su fin este proyecto seguiría existiendo una gran cantidad de complicaciones en las pacientes que son diagnosticadas tardíamente de embarazo ectópico, causando la alteración en su calidad de vida, salud orgánica y mental, además de un mayor riesgo de mortalidad de las mismas.

#### **1.2.4. Formulación del Problema**

¿Establecer los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012?

#### **1.2.5. Interrogantes (subproblemas).**

¿Definir los factores de riesgo para embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012?

¿Establecer las características socio demográficas de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012?

¿Determinar los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012?

¿Cuáles son los factores de riesgo gineco – obstétricos de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012?

¿Determinar las diferencias existentes entre pacientes con embarazo ectópico y embarazo normal?

¿Qué propuestas se pueden elaborar para disminuir el embarazo ectópico?

### **1.2.6. Delimitación.**

#### **Delimitación Espacial**

El espacio físico de la investigación tuvo su origen en la Unidad de Estadísticas del Hospital Provincial Docente Ambato.

#### **Delimitación Temporal**

La investigación se realizó en el período Julio 2011- Julio 2012.

#### **Delimitación del Contenido**

CAMPO: Salud Pública.

ÁREA: Ginecología y Obstetricia.

ASPECTO: Factores de riesgo asociados y su influencia en el embarazo ectópico.

### **1.3. Justificación.**

Siendo el embarazo ectópico un problema mundial, existe un Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, no ha sido evaluado a pesar de ser la base sobre la que se puede diseñar estrategias de mejoramiento de la atención de salud.

Al no existir investigaciones sobre los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente Ambato, la investigación se justifica en tanto y en cuanto procurará conocer, comprender y explicar de manera objetiva

la problemática existente, buscando desarrollar intervenciones con participación multidisciplinaria, lo que irá en beneficio de las mujeres embarazadas, su familia, el sistema de salud y sus proveedores.

Nuestra preocupación se centra en los altos costos económicos que el embarazo ectópico representa para el sector salud, pero sobre todo por la calidad del cuidado para evitar las secuelas físicas y psicológicas en la mujer.

La investigación interesa a la Red de Servicios de Salud, al Hospital y a los Servicios de atención primaria, aporta información para diseñar estrategias de intervención e identificación temprana de las pacientes para referirlas oportunamente y disminuir la mortalidad de las mismas.

Es de vital importancia por lo antes expuesto, que la atención a los [grupos](#) vulnerables debe ser fortalecida para que las pacientes interioricen la importancia de mantener una [sexualidad](#) responsable, evitando las [relaciones sexuales](#) precoces y desprotegidas, que se eleve el nivel de salud evitando los [riesgos](#) de las [enfermedades de transmisión sexual](#), embarazos no deseados, [el aborto](#), con la utilización de los [métodos anticonceptivos](#) de barrera, lo que disminuye la posibilidad de aparición de los embarazos ectópicos que tan frecuentemente en el mundo, cobra su cuota de muerte.<sup>2</sup>

Todo lo expresado nos ha motivado en la realización de este [trabajo](#) que tiene la finalidad de contribuir con la formación y preparación del [personal](#) de la salud, con el objetivo de actuar sobre la [población](#) de riesgo en cuanto a los estilos de vida poco sanos, detectando las necesidades y problemas y actuar de forma planificada logrando la satisfacción de las mismas.

La investigación fue factible en lo teórico científico porque se dispone de la información suficiente y por las facilidades de acceso a las historias clínicas gracias al apoyo de los profesionales del HPDA.

## **1.4. Objetivos.**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011- Julio 2012.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Establecer los factores de riesgo socio demográficas relacionados con embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012.

Determinar los factores de riesgo relacionados con la sexualidad referentes a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012.

Identificar los factores de riesgo gineco – obstétricos relacionados con embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011 – Julio 2012.

Demostrar las diferencias relacionadas con los factores de riesgo asociadas a embarazo ectópico entre pacientes con embarazo ectópico y embarazo normal.

Proponer alternativas de solución para la prevención de embarazo ectópico

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes Investigativos.

Entre los soportes teóricos científicos a emplearse en la presente investigación se plantean los siguientes:

**María Teresa Urrutia S., Lauren Poupin B., Paula Alarcón A., Magdalena Rodríguez C., Loreto Stiven R. (2007);** realizaron un estudio retrospectivo de caso y control acerca de: Embarazo ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas, realizado en la maternidad del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, cuyo objetivo fue establecer los factores de riesgo asociados a esta patología, en una población de mujeres chilenas. El grupo estudio está constituido por el total de mujeres que presentaron EE en el período y el grupo control por una muestra probabilística de 100 puérperas del mismo lapso.

Resultados: Los factores de riesgo significativos para embarazo ectópico fueron: antecedentes de cirugía ginecológica, antecedentes de cirugía abdominal, antecedente de DIU al momento de la concepción, número de parejas sexuales, consumo de alcohol.

Se concluyó que los factores de riesgo para embarazo ectópico en una población chilena son similares a los descritos en la literatura internacional; se enfatiza la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos.<sup>6</sup>

**Yordanka Rodríguez Morales; Margarita Altunaga Palacio (2010);** realizaron una investigación sobre los factores epidemiológicos en el embarazo ectópico, elaboraron un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la

aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Gineco - obstétrico "Eusebio Hernández" en el período comprendido de enero de 2005 a diciembre de 2007. La muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica. Se realizó encuesta a cada paciente donde se analizaron diferentes variables: edad, hábito de fumar, inicio de las primeras relaciones sexuales, antecedentes obstétricos, afecciones pelvianas, anticoncepción utilizada.

Resultados: Se mostró una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %. Más de la mitad de los casos no fumaban para un 59,7 %. Las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %.

Se concluyó que el grupo de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años. La enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos.<sup>7</sup>

**Carmen Fernández Arena (2011);** realizó una amplia revisión bibliográfica, que incluyó los trabajos de unos 50 autores nacionales e internacionales obtenidos de libros impresos y de una acuciosa búsqueda en Internet, con el objetivo de evaluar las causas de la elevada incidencia del embarazo ectópico en su forma clínica complicada. Igualmente indagar sobre sus elementos histórico-epidemiológicos y clasificar el embarazo ectópico; profundizar sobre su fisiopatología, así como diagnosticarlo y manejarlo terapéuticamente.

Se realizó la recopilación de datos que permiten alertar a los médicos de la atención primaria y/o especialistas de Gineco - obstetricia, cuándo sospechar la

presencia de un embarazo ectópico y poder hacer el diagnóstico antes de que ocurra su complicación. Esto pudiera redundar en la disminución de la elevada mortalidad que se asocia a esta entidad.

Se realizó una revisión manual de índices referidos impresos y también automatizados en bases de datos a través del buscador Google; se revisó Cochrane, Biblioteca Médica Nacional, Dynamed y Medline, se examinaron libros de autores cubanos y extranjeros, así como revistas de diferentes nacionalidades, se constató que numerosos autores abordan el tema del embarazo ectópico de manera similar, pues históricamente es bien conocido.

Se concluyó que el embarazo ectópico es una entidad frecuente dentro de la Gineco - obstetricia, que se ha elevado en las últimas décadas, ocasionando muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina en la etapa fértil de la vida.

Existe una estrecha relación entre el diagnóstico precoz del embarazo ectópico y la forma clínica no complicada, lo que permitirá una evolución favorable tanto a corto como a largo plazo, ayudado por el desarrollo tecnológico alcanzado en los siglos XX y XXI, para evitar muertes y mantener la fertilidad que es uno de los atributos fundamentales de la mujer. 8

**Salvador Rafael Solano Sánchez, Patricia Maldonado Miranda, Eduardo Ibarrola Buen Abad (2006);** realizaron una investigación sobre: Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. El objetivo de este estudio fue determinar si el tabaquismo se encuentra asociado con el embarazo ectópico.

Se realizó un estudio de casos y controles en el Centro médico ABC, incluyendo 47 casos y 47 controles. Se utilizó la técnica estadística chi cuadrada para establecer la asociación.

Conclusión: se encontró que el tabaquismo es un factor de riesgo para el embarazo ectópico.<sup>9</sup>

## **2.2. Fundamentación Filosófica.**

El proyecto de investigación se encuentra fundamentado en el paradigma constructivista-social, sustentada además en valores bioéticos y morales, pues se trata de comprender e identificar factores asociados a embarazo ectópico de los individuos sometidos a este estudio, con la finalidad de transformar la realidad, mediante un diseño participativo y flexible, y cuyos resultados serán analizados en un enfoque predominantemente cuali-cuantitativo.

## **2.3. Fundamentación Legal.**

Dentro de la presente investigación fue necesario considerar las diversas leyes y reglamentos que amparan a la vida y a la salud de todas las personas como declaración relacionadas con el tema de la investigación.

### **EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA**

"El derecho a la salud puede definirse como aquel derecho por virtud del cual la persona humana y los grupos sociales -especialmente la familia-, en cuanto que titulares del mismo, pueden exigir de los órganos del Estado y de los grupos económicos y profesionales, en cuanto que sujetos pasivos, que establezcan las condiciones adecuadas para que aquellos puedan alcanzar un estado óptimo de bienestar físico, mental y social y garanticen el mantenimiento de esas condiciones.

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.



El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

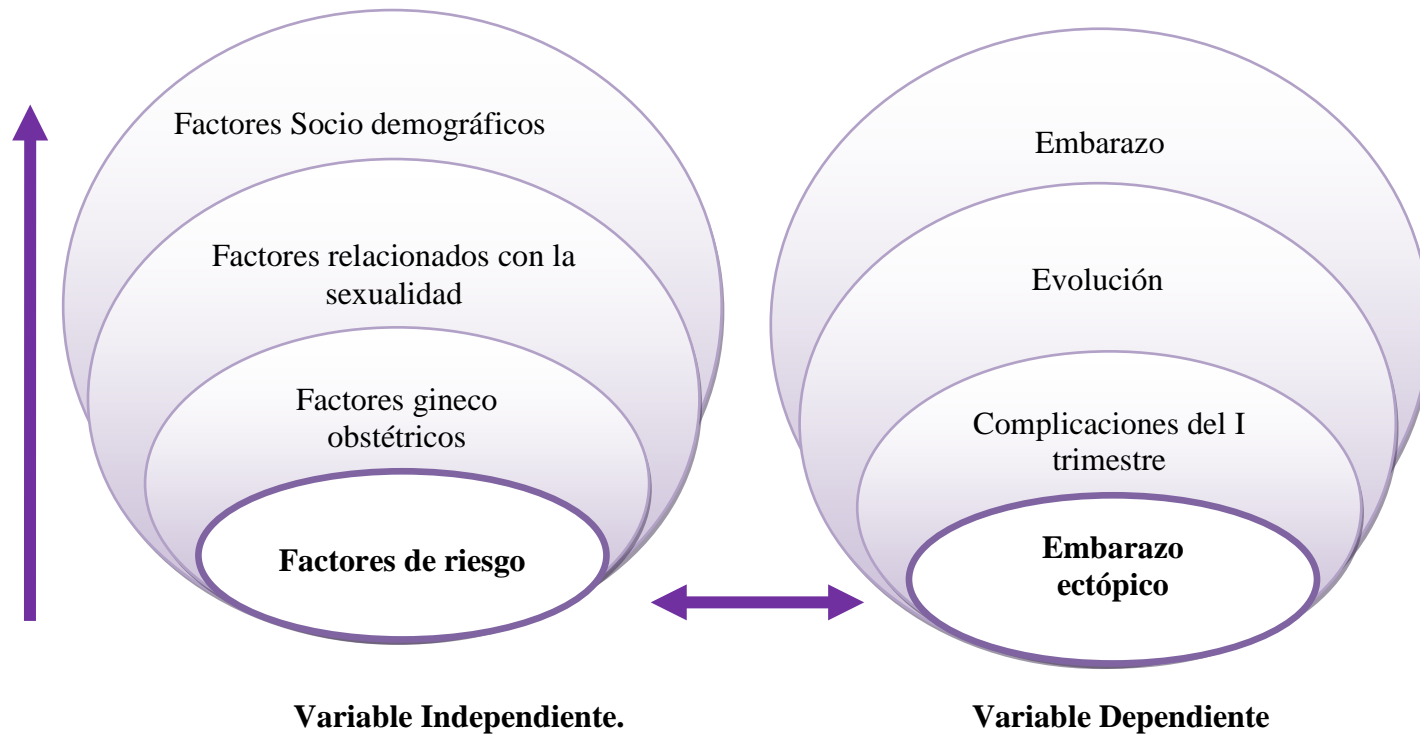
**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas."

## **EL PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN ACELERADA DE LA MORTALIDAD**

El Plan Nacional de desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir

en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud”.

## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.



## **EMBARAZO**

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de [la mujer](#), una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.<sup>10</sup>

El embarazo ectópico se considera una gestorragia, pues el sangramiento que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección, propia de la gestación, pudiendo amenazar la vida de la mujer embarazada y de su producto. <sup>28</sup>

Los autores revisados clasifican las gestorragias de manera similar en:

- Gestorragias de la primera mitad del embarazo: Se presentan cuando transcurre el embarazo, antes de las 22 semanas de gestación: aborto, embarazo ectópico y neoplasia trofoblástica gestacional.
- Gestorragias de la segunda mitad del embarazo: Se presentan cuando transcurre el embarazo, después de las 22 semanas de gestación: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, rotura uterina, vasa previa, rotura del seno marginal.

Otra clasificación de las gestorragias, incluyendo el período posparto, donde habla de las atonías uterinas, que pueden llegar a necesitar la realización de una histerectomía obstétrica hemostática, causante de infertilidad permanente.<sup>28</sup>

## **EMBARAZO ECTÓPICO**

### **HISTORIA Y DEFINICIÓN**

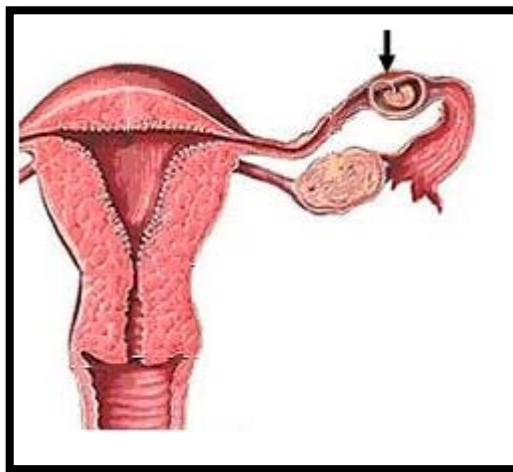
El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y hasta mediados del siglo XVIII, era una patología generalmente fatal. La palabra

ectópico proviene de las palabras griegas ectos: “fuera” y topos: “lugar”, por lo cual se define como un embarazo que se produce en cualquier lugar fuera de la cavidad uterina, y que puede llevar a una alta morbi – mortalidad si no se resuelve el problema con tiempo.<sup>10</sup>

La gran mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio, sin embargo, pueden ocurrir en otras localizaciones, tales como el ovario, cuello del útero, y la cavidad abdominal. <sup>12</sup>

El riesgo para la salud de un embarazo ectópico es la ruptura que conduce a una hemorragia interna. La tasa de supervivencia de los embarazos ectópicos está mejorando a pesar de que la incidencia de embarazos ectópicos también está aumentando. La razón principal de un mal resultado es el fracaso para buscar atención médica temprana. El embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en el primer trimestre del embarazo.<sup>12</sup>

Gráfico 1 Embarazo Ectópico Tubario.



Fuente: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43921>

## **LOCALIZACIÓN**

Desde su lugar de origen, el óvulo puede ser fecundado y anidar en cualquier parte del trayecto que normalmente sigue: ovario, trayecto ovárico-abdominal,

trompa y útero. De esta forma se originan las distintas variedades topográficas de embarazo ectópico y así podemos observar las siguientes: <sup>11</sup>

1. Abdominal primitivo: el huevo se implanta en la serosa abdominal en cuanto se fecunda.
2. Ectópico ovárico superficial o profundo.
3. Fímbrico, ampular, ístmico o intersticial: si el huevo se fija en las partes correspondientes de la trompa.
4. Cervical: cuando la anidación se hace en esta región del útero.

Todos los estudios revisados establecen que la mayor localización se encuentra en la trompa y el resto en cualquier parte del trayecto restante: ovárico abdominal y cuello uterino con menor incidencia considerados como variedades de embarazo ectópico. <sup>11</sup>

**1.- TROMPA: Embarazo Ectópico Tubárico – 97 %**

- a) AMPULAR – 93 %
- b) ISTMO – 4 %
- c) INTERSTICIAL – 2,5 %
- d) FÍMBRICO – 0,5 %

**2.- OVARIO: Embarazo Ectópico OVÁRICO – 0,5 %**

**3.- ABDOMEN: Embarazo Ectópico ABDOMINAL – 1,3 %**

**4.- CERVIX: Embarazo Ectópico CERVICAL – 0,1 %**

**5.- CUERNO UTERINO RUDIMENTARIO**

**6.- LIGAMENTO ANCHO**

Existen variedades que dependen del número de embarazos:

1. Gestaciones ectópicas gemelares
2. Gestaciones ectópicas bilaterales.
3. Coexistencia o combinación de una gestación ectópica con una intrauterina normal (**Embarazo Heterotópico**). <sup>13</sup>

## **FACTORES DE RIESGO:**

Existen múltiples factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero es importante tener en cuenta que los embarazos ectópicos también pueden presentarse en las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo.<sup>15</sup>

El mayor factor de riesgo de un embarazo ectópico es una historia previa de un embarazo ectópico. La tasa de recurrencia es de 15% después del primer embarazo ectópico, y 30% después del segundo.<sup>15</sup>

Cualquier alteración de la arquitectura normal de las trompas de Falopio puede ser un factor de riesgo para un embarazo tubárico o embarazo ectópico en otros lugares. Cirugía previa en las trompas de Falopio como la esterilización tubárica o reconstructiva, los procedimientos pueden conducir a la cicatrización y la alteración de la anatomía normal de las trompas y aumenta el riesgo de un embarazo ectópico.

Del mismo modo, las infecciones, anomalías congénitas o tumores de las trompas de Falopio puede aumentar el riesgo de una mujer de tener un embarazo ectópico.

La enfermedad inflamatoria pélvica es otro factor de riesgo para el embarazo ectópico. Las infecciones pélvicas son causadas generalmente por microorganismos de transmisión sexual, como la clamidia o *N. gonorrhoeae*. La infección causa un embarazo ectópico al dañar u obstruir las trompas de Falopio. Normalmente, el revestimiento interior de las trompas de Falopio se recubre con pequeñas proyecciones similares a pelos llamados cilios. Estos cilios son importantes para transportar el huevo suavemente desde el ovario a través de la trompa de Falopio y en el útero. Si estos cilios están dañados por la infección, el transporte de huevos se interrumpe.<sup>17</sup>

La infección provoca la cicatrización y obstrucción parcial de las trompas de Falopio que también puede impedir que el óvulo llegue al útero.

La clamidiasis y otras ITS, se han incrementado en los últimos años, debido a cambios en el comportamiento sexual y social, con tendencia a mayor precocidad y promiscuidad sexual. Los adolescentes caracterizados por falta de control de los impulsos, ambivalencia emocional, cambios emotivos y de conducta, además de una maduración sexual, cada vez más temprana, los lleva a la búsqueda de las relaciones íntimas, como inicio de su vida sexual activa, lo que agravado por la falta de conocimientos acerca de estas infecciones, condiciona comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas de las ITS.<sup>13</sup>

Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de una mujer de infecciones pélvicas, también está asociado con un mayor riesgo de embarazo ectópico.<sup>14</sup>

Al igual que las infecciones pélvicas, condiciones tales como endometriosis, fibromas o tejido cicatrizante en la pelvis (adherencias pélvicas), puede reducir las trompas de Falopio e interrumpir el transporte de huevos.

Métodos anticonceptivos: Su papel ha sido muy estudiado y todavía está sujeto a controversias. Tanto el dispositivo intrauterino (directamente) como las tabletas anticonceptivas no parecen estar ligadas con la modificación de riesgo de embarazo ectópico. <sup>18</sup>

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos pos ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea.<sup>15</sup>



El consumo de cigarrillo en todo el tiempo de concepción también se ha asociado con un mayor riesgo de embarazo ectópico. Este riesgo se observó a ser dependiente de la dosis, lo que significa que el riesgo depende de los hábitos de la mujer y aumenta con el número de cigarrillos fumados. El modo de acción es la toxicidad directa de la nicotina sobre el medio tubario, es decir, peristaltismo de la trompa y movimiento de los cilios vibrátiles, también se menciona la acción antiestrogénica de la nicotina. <sup>20</sup>

El tabaquismo tiene una toxicidad directa debido a que la nicotina actúa disminuyendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también presenta una toxicidad indirecta, dada por la acción antiestrogénica, variando los niveles de hormonas. <sup>18</sup>

Ciertas cirugías pélvicas o abdominales: La apendicectomía y la cirugía tubaria, debido a las adherencias peritoneales que se observan frecuentemente después de esta cirugía. <sup>16</sup>

Técnicas de reproducción asistida: La estimulación ovárica y la fecundación in Vitro se han introducido de forma rutinaria en el tratamiento de las parejas estériles desde la década de los 80 y son directamente responsables del aumento de la incidencia general del embarazo ectópico. <sup>24</sup>

## **EVOLUCIÓN**

El embarazo tubárico es el más representativo de la implantación ectópica, dependiendo su curso clínico, en gran parte de la localización topográfica, su evolución puede ser de 2 formas: <sup>27</sup>

a) **NO COMPLICADO:** Cuando el diagnóstico se realiza precozmente antes de que ocurra alguna complicación, evitando los riesgos de ruptura.

b) **COMPLICADO:** Hay que diferenciarlo en dos grupos:

- i) Con estabilidad hemodinámica.
- ii) Cuando existen signos de descompensación hemodinámica.

En algunas ocasiones, la interrupción del embarazo es tan precoz, que se resuelve por reabsorción espontánea, sin llegar a dar manifestaciones ni de amenorrea. Lo habitual, sin embargo, es que progrese hasta el segundo o tercer mes del embarazo.<sup>22</sup>

### **SEGÚN LA LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO:**

**TUBÁRICO:** Es posible la reabsorción espontánea con escasa sintomatología.<sup>27</sup>

A. Ampular: al ser la zona más distensible de la trompa evoluciona durante más tiempo. Generalmente el huevo es expulsado a cavidad abdominal con discreta hemorragia en el Fondo de Saco de Douglas conformando el cuadro de aborto tubárico.

B. Istmico: Rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.

C. Fímbrico: El huevo progresa hacia cavidad abdominal evolucionando hacia el embarazo ectópico abdominal secundario.

D. Intersticial: La rotura uterina es la norma, ocurriendo más tardíamente que el embarazo ectópico ístmico.

El Embarazo Intraligamentario, llamado también del ligamento ancho, se produce cuando el cigoto se implanta hacia el Mesosalpinx y la rotura puede ocurrir en la porción de la trompa no cubierta inmediatamente por peritoneo y el contenido del saco gestacional es eliminado en el espacio formado entre las hojas del ligamento ancho. <sup>29</sup>

**OVÁRICO:** Evoluciona hacia la rotura y hemorragia.

**ABDOMINAL:** Puede ser abdominal primitivo (muy raro) con fecundación e implantación en peritoneo y órganos pélvico - abdominales, o abdominal secundario como evolución de un embarazo ectópico Fímbrico u Ovárico. Es la única forma posible de que un embarazo ectópico llegue a término, siendo frecuentes las malformaciones fetales. Es un cuadro grave, ya que la placenta, buscando nutrición, se inserta en epiplón, intestino e hígado. En muchas ocasiones la gestación se interrumpe y calcifica.<sup>31</sup>

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS:**

Los signos y síntomas clásicos de un embarazo ectópico incluyen:

- dolor abdominal,
- la ausencia de períodos menstruales (amenorrea), y
- sangrado vaginal o sangrado intermitente (manchado).

Estos síntomas característicos se presentan en embarazos ectópicos accidentados (hemorragia interna grave).

Los signos y síntomas de un embarazo ectópico se presentan típicamente seis a ocho semanas después del último período menstrual normal, pero puede ocurrir más tarde si el embarazo ectópico no se encuentra en la trompa de Falopio.

Otros síntomas del embarazo (por ejemplo, náuseas y molestias en las mamas, etc.) también pueden estar presentes en el embarazo ectópico. Debilidad, mareo y síncope pueden ser signos de hemorragia interna grave y presión arterial baja. <sup>18</sup>

Su diagnóstico se retrasa hasta que la mujer muestra signos de choque (hipotensión arterial, taquicardia, bradicardia, piel pálida y confusión) lo que es una emergencia médica.

## DIAGNÓSTICO

### a.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Se impone un diagnóstico precoz, teniendo en cuenta que es una de las causas que está altamente asociada con la mortalidad materna.

En la actualidad el diagnóstico se basa primero en la sospecha clínica, y la misma se establece, hasta demostrar lo contrario, en toda mujer sexualmente activa, en edad fértil, que consulta por metrorragia irregular y dolor en la parte baja del abdomen, sobre todo si tiene antecedentes de riesgo. <sup>20</sup>

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico no accidentado en evolución, se caracterizan por pérdidas hemáticas irregulares y dolor abdominal. Estos síntomas inespecíficos, que también pueden observarse en otros procesos ginecológicos, tienen la siguiente particularidad:<sup>26</sup>

A) Metrorragias Irregulares: Suelen ser de carácter escaso y continuo, otras veces intermitente, y suelen ir precedidas de un retraso menstrual no superior a 2-3 semanas.

B) Dolor Abdominal: Referido como de tipo constante y con exacerbaciones, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro, y en general se localiza en la parte baja del abdomen con predominio en una de las fosas ilíacas. La sangre que cae al peritoneo se acumula en el fondo del Saco de Douglas y va a constituir el hemocele que se hace reconocible entre las 24 y las 48 horas. Esta colección es una masa fluctuante, renitente, que va apareciendo en el Fondo del Saco Vaginal Posterior en forma progresiva y sensible. La paciente puede sentir tenesmo vesical - **Signo de Oddi** – y rectal – **Signo de Moylan y Mosadeg** – o ambos.

El dolor grave “en puñalada” que se irradia a la región sacra y en ocasiones al hombro derecho - **Signo de Laffont** -, puede ser indicativo de rotura del Ectópico, especialmente si se acompaña de síntomas y signos de Shock Hipovolémico, que no guarda relación con la metrorragia.

La exploración general y las constantes vitales nos pueden revelar, la existencia de signos de anemia, su intensidad y el grado de estabilidad hemodinámica de la paciente. También podemos encontrar lo siguiente: A veces aparece el ombligo de color azuloso, **Signo de Hoffater Cullen Hellendal**.

La exploración ginecológica revela la existencia de:

- I. Hipersensibilidad abdominal: El abdomen está blando, sensible, pero sin defensa refleja. Cuando hay hemoperitoneo, hay signos de matidez, sin signo de oleada.
- II. Hipersensibilidad anexial: Se puede percibir el Douglas ocupado y doloroso, cuando hay hematocele.
- III. Tumorción anexial palpable: Puede encontrarse una masa anexial en el lado contrario al del Ectópico, que suele corresponder a un quiste de cuerpo lúteo.
- IV. Útero ligeramente aumentado

Al tacto, el fondo del Saco de Douglas es muy doloroso. Este signo unido a la ausencia de defensa abdominal, constituye el **Signo de Proust**, característico del derrame de sangre abdominal.

## **b.- DIAGNÓSTICO POR COMPLEMENTARIOS**

Establecido el diagnóstico clínico de sospecha, se debe realizar un Test de embarazo, junto a la analítica general y la determinación del grupo sanguíneo, que nos puede mostrar un descenso del hematocrito. Si la prueba de embarazo

resulta positiva, se practica una ecografía para descartar una gestación intrauterina.<sup>30</sup>

**DETERMINACIÓN SERIADA DE  $\beta$ -HCG:** Puede ser identificada en el suero de la gestante entre el 8vo y 12mo día después de ocurrida la fertilización. Consta de dos subunidades  $\alpha$  y  $\beta$  y es producida por el Sincitiotrofoblasto y sus valores aumentan cada 2,5 días.

El Internacional Reference Preparation señala que la zona discriminadora para un embarazo intrauterino está entre las 1200-1500 mU/L.

**ECOGRAFÍA:** Si el Test de embarazo o la determinación de  $\beta$ -HCG resultan positivas, se practica una ecografía, para descartar la existencia de gestación intrauterina.

**CULDOCENTESIS:** La punción y aspiración del fondo de Saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre libre en la cavidad abdominal.

**LEGRADO UTERINO:** Se procede a realizar un legrado, si las anteriores exploraciones no son concluyentes. Se asocia a la existencia de un incremento de  $\beta$ -HCG menor del 66 % en 48 horas y valores de Progesterona < 5ng/ml.

Permite el estudio histológico intraoperatorio del material extraído, y diferenciar entre restos abortivos y endometrio atípico con signos de Arias Stella. Si se confirma la atipia, se puede proceder a realizar la Laparoscopia.

**LAPAROSCOPIA:** Si la punción del Douglas resulta negativa o no concluyente, la laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del embarazo ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico.

## TRATAMIENTO

Hace algún tiempo todo embarazo Ectópico era tributario de tratamiento quirúrgico. Con el advenimiento de nuevas técnicas diagnosticas y de procederes terapéuticos, su conducta ha cambiado mucho y se ha favorecido la conservación de las trompas. Así podemos hablar de tratamiento:<sup>24</sup>

**1.- Expectante:** Se plantea la posibilidad del mismo al haberse observado la regresión espontánea del embarazo ectópico, pero sólo es aplicable en pacientes asintomáticas, hemodinámicamente estables, con integridad del huevo y con niveles decrecientes de B-HCG.

>Requiere un control muy estricto de la paciente apoyándonos en determinaciones seriadas de B-HCG y ecografías.

**Dificultad para su utilización:** Selección de las pacientes.

- Asintomáticas y clínicamente estables.
- Diámetro del embarazo ectópico entre 2 – 4 cm.
- Ausencia de latido cardíaco embrionario.
- Valores iniciales de  $\beta$ - HCG inferiores a las 2000 UI/L y con tendencia decreciente de un 20 % entre dos determinaciones.
- Escasa cantidad de líquido en el saco de Douglas.

Cambios en estas variables obligan a otro tipo de tratamiento, casi siempre el quirúrgico.

**2.- Médico:** Se basa en la administración de Metrotexate (MTX), por su acción inhibidora sobre la Dihidro-Folato-Reductasa a nivel del Trofoblasto, alterando la síntesis del DNA y la multiplicación celular.

Requiere también de una paciente con situación estable y con características similares a las expresadas en el tratamiento expectante. Existen dos tendencias para la administración del MTX:

**Sistémica:** Se utilizan diferentes dosificaciones, de la siguiente forma:

- 1.- MTX 1mg/KG cada 48 horas, hasta un total de 4 dosis. Se alterna con Ácido fólico 0,1mg/KG. Es la forma más utilizada.
- 2.- MTX 50 MG IM en una sola dosis, más Ácido fólico 0,1mg/KG.
- 3.- MTX 50 mg / m<sup>2</sup> superficie corporal.
- 4.- MTX 5 mg/Oral cada 8 horas por 5 días, más Ácido fólico 0,1mg/KG.

**Local:** Guiados por Laparoscopia o Ultrasonido Transvaginal, se realiza punción de la trompa y se aspira su contenido y se inyectan entre 10-50 MG de MTX o 1 MG/KG de peso.

Es más usada en presencia de latido cardiaco, embarazo cervical o del cuerno, en los últimos dos casos para conservar el útero.

**3.- Quirúrgico:** Es la primera opción en pacientes hemodinámicamente inestables o que se visualice, mediante ecografía un embarazo ectópico accidentado. El tratamiento del embarazo ectópico ha sido siempre quirúrgico y durante mucho tiempo la salpinguectomía fue la técnica de elección. La introducción de la laparoscopia ha sustituido la laparotomía, en un esfuerzo por conservar la fertilidad futura de la mujer. Así la **Salpingostomía lineal** ha sustituido la salpinguectomía, en los casos en que no haya daño tubárico extenso.

**A) PACIENTE INESTABLE: EL TRATAMIENTO ES SIEMPRE QUIRÚRGICO. SE PROCEDE A LA LAPAROTOMÍA**

La cirugía suele ser de tipo radical: salpinguectomía, que además sigue siendo la más indicada, en el embarazo ectópico recurrente y en la paciente con deseos de procreación satisfechos.



La cirugía tubárica conservadora, se puede intentar, en los casos que fuera posible (daño tubárico no extenso, aborto tubárico), en mujeres con deseos de procreación no satisfechos.

**B) PACIENTE ESTABLE: EL TRATAMIENTO SUELE SER DE TIPO QUIRÚRGICO CONSERVADOR Y EN LOS ÚLTIMOS AÑOS SE HA INTRODUCIDO EL TRATAMIENTO MÉDICO CON METOTREXATE.**

Cirugía conservadora: Salpingostomía lineal o expresión de la fimbria que se puede realizar por laparoscopia programada. Se considera el procedimiento ideal, en mujeres que desean conservar su fecundidad.

**C) TRATAMIENTO MÉDICO COMO SE EXPLICÓ ANTERIORMENTE Y EN PACIENTES CON LAS CONDICIONES ADECUADAS.**

## **CONCLUSIÓN**

El tratamiento no quirúrgico puede ser seguro y eficaz en algunas mujeres con embarazo ectópico. Con un buen equipo y un observador de experiencia, la mayoría de los embarazos ectópicos se diagnostican mediante la ecografía intravaginal.

La clave de un tratamiento no quirúrgico exitoso es la selección apropiada del paciente. Es importante que la mujer que adopta este enfoque terapéutico esté bien motivada y tenga acceso rápido a un tratamiento de emergencia ante la presencia de síntomas.

Sin embargo, con los criterios actuales, el porcentaje de mujeres que pueden ser tratadas de embarazo ectópico sin cirugía es relativamente reducido, ya que el tratamiento laparoscópico es un método seguro y tiene los mismos resultados y tasa de permeabilidad tubaria que el tratamiento conservador.

## **2.5. Hipótesis.**

Los factores de riesgo socio demográficos, los relacionados con la sexualidad y los gineco - obstétricos aumentan la probabilidad de embarazo ectópico.

## **2.6. Señalamiento de las Variables.**

### **2.6.1. Variable Independiente:**

Factores de riesgo

### **2.6.2. Variable Dependiente:**

Embarazo ectópico

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA.**

#### **3.1. Modalidad básica de la investigación**

En el estudio planteado, la modalidad de investigación que se siguió para la obtención y el análisis de la información, fue la investigación documental, para lo cual se revisaron historias clínicas y los registros del Servicio de Ginecología y Obstetricia previa autorización del Director de la Institución.

Es un estudio retrospectivo ya que el tiempo en que se recoge y analiza la información es en el presente, pero con datos del pasado.

#### **3.2. Nivel o tipo de investigación**

La presente investigación fue de tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles.

Fue descriptivo en la medida que se identificaron y caracterizaron las variables, comparativo porque se compararon los factores de riesgo asociados en los 2 grupos los “casos” y los “controles” durante el periodo de tiempo antes enunciado.

La finalidad del mismo además de la obtención de conocimiento científico, es la de desarrollar una propuesta que beneficie a la población implicada en el estudio.

#### **3.3. Población y muestra**

La población de estudio en la presente investigación constituyen los casos de embarazo ectópico atendidos en el Hospital Provincial Docente Ambato en el período entre Julio 2011- Julio 2012 y una muestra comparativa de pacientes con

embarazo normal atendidas durante el mismo período seleccionadas aleatoriamente hasta completar el tamaño de la muestra requerida.

### **3.4. Criterios de inclusión y exclusión.**

#### **3.4.1. Criterios de inclusión.**

Todas las Historias Clínicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente Ambato en el período Julio 2011- Julio 2012 e igual número de pacientes con embarazo normal en el mismo período de tiempo.

Pacientes cuyo curso del embarazo ocurrió sin complicaciones tales como: Amenaza de aborto, Amenaza de parto pre término, anemia, sangrados e infecciones.

Historias Clínicas que contengan la información completa requerida en esta investigación.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión.**

Historias Clínicas incompletas.

Historias Clínicas extraviadas.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 3.5.1 Variable Independiente: FACTORES DE RIESGO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Los factores de riesgo son los elementos que predisponen negativamente a la mujer a una elevada incidencia de embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factores de riesgo Socio demográficos</li> <li>✓ Factores de riesgo relacionados con la sexualidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad materna</li> <li>✓ Nivel de instrucción</li> <li>✓ Procedencia</li> <li>✓ Tabaquismo</li> <li>✓ Inicio de la vida sexual activa</li> <li>✓ N° parejas sexuales</li> <li>✓ Dispositivo intrauterino</li> <li>✓ Anticoncepción hormonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cuál es la edad que prevalece en las pacientes objeto de estudio?</li> <li>✓ ¿Cuál es la incidencia de uso de dispositivo intrauterino en las pacientes objeto de estudio?</li> </ul>	Revisión de Historias Clínicas.	Formulario para recolección de información.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Factores de riesgo gineco – obstétricos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Antecedentes de embarazo ectópico previo</li> <li>✓ Antecedentes de Enfermedad pélvica inflamatoria</li> <li>✓ Antecedentes de infertilidad</li> <li>✓ Infección de transmisión sexual</li> <li>✓ Cirugía ginecológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cuál es la incidencia de embarazo ectópico previo en las pacientes objeto de estudio?</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

**Elaborado por:** Luzdari Torres Palacios.

**3.5.2. Variable Dependiente: EMBARAZO ECTÓPICO.**

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>Un embarazo ectópico se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manifestaciones Clínicas</li>   <li>✓ Complicaciones asociadas a embarazo ectópico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dolor abdominal</li> <li>✓ Sangrado irregular</li> <li>✓ Amenorrea</li>   <li>✓ Anemia</li> <li>✓ Shock</li> <li>✓ Sepsis de la herida quirúrgica</li> <li>✓ Muerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ¿Cuáles fueron las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Regional Ambato?</li>   <li>✓ Cuáles fueron las complicaciones asociadas a embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el</li> </ul>	<p>Revisión de Historias Clínicas.</p>	<p>Formulario para recolección de información.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lugar de implantación.</li> </ul>	<p>materna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uterino (Embarazo normal)</li> <li>✓ Extrauterino (Embarazo ectópico)</li> </ul>	<p>Hospital Regional Ambato?</p>		
--	--	--	----------------------------------	--	--

**Elaborado por:** Luzdari Torres Palacios.



### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Previa autorización del Director del Hospital Provincial Docente Ambato se procederá a la revisión de las historias clínicas y a la recolección de la información requerida. Este plan contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de investigación, de acuerdo con el enfoque escogido.

Se selecciono 2 grupos de pacientes:

1. Los casos fueron historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico.
2. Pacientes con embarazo normal.

Cada uno de los grupos estuvo conformado por 27 pacientes. Se eligió al azar las pacientes del grupo control sorteando las historias clínicas de los casos normales hasta completar el tamaño de la muestra requerida mediante una tabla de números aleatorios en el programa de Excel.

Se procuró la comparabilidad de los grupos al establecer que el promedio de edad y desviación estándar fueron similares en ambos grupos: los “casos”  $26.8 \pm 5.9$  y los “controles”  $24.5 \pm 5.4$ .

En cada uno de los grupos se recogió información sobre las siguientes variables: edad materna, nivel de instrucción, procedencia, consumo de tabaco, inicio de la vida sexual activa, número de parejas sexuales, anticoncepción utilizada, número de gestas, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, antecedentes de abortos, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, antecedente de embarazo ectópico previo, antecedente de cirugía ginecológica e infertilidad.

Esta actividad se cumplió en el área de estadística recogiendo la información en un formulario diseñado específicamente para la recolección de la información. Ver Anexo.

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>1.- ¿Para qué?</b>	Para alcanzar los objetivos de la investigación.
<b>2.- ¿De qué personas u objetos?</b>	De las pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente Ambato.
<b>3.- ¿Sobre qué aspectos?</b>	Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico.
<b>4.- ¿Quién? ¿Quiénes?</b>	El investigador
<b>5.- ¿Cuándo?</b>	En un lapso aproximado de 1 año.
<b>6.- ¿Dónde?</b>	En la Unidad de estadísticas de Hospital Provincial Docente Ambato.
<b>7.- ¿Cuántas veces?</b>	Las que sean necesarias.
<b>8.- ¿Qué técnicas de recolección?</b>	Revisión de Historias Clínicas.
<b>9.- ¿Con qué?</b>	Formulario para recolección de información.
<b>10.- ¿En qué situación?</b>	Accesible, factible, sin restricciones, enmarcadas en el respeto y consideración.

**Elaborado por:** Luzdari Torres Palacios.

### **3.7. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Para ejecutar el proceso hay que tomar en cuenta la técnica utilizada, revisión de Historias Clínicas, utilizando instrumentos como el formulario de registros de información, para conocer los factores de riesgo asociados y su influencia en las pacientes atendidas por embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente

Ambato. Es necesario prever planificadamente el procesamiento de información a recogerse.

Durante el procesamiento de la información, los datos de las variables recolectadas incluyeron los factores socio demográfico, los relacionados con la sexualidad y los gineco - obstétricos. El proceso de evaluación consistió en varias fases después de la selección inicial. Toda la información se recogió inicialmente en una ficha de recolección impresa y luego se creó la base de datos de los 2 grupos de pacientes investigadas los “casos” embarazo ectópico y los “controles” embarazo normal.

La base de datos fue ingresada al programa EPI-INFO601-B para controlar y analizar los datos. Este programa nos permitirá revisar los datos inconsistentes; llevar a cabo un análisis descriptivo de los datos y generar archivos con los resultados del análisis con facilidad.

Se realizó un análisis estadístico de significación para el análisis de las factores de riesgo asociados a embarazo ectópico.

En todos los casos, el error alfa es considerado como significativo, si el valor de p es igual o menor a 0,005.

Finalmente se realizará el análisis e interpretación de resultados obtenidos, para poder obtener las conclusiones y recomendaciones.

Las conclusiones y recomendaciones que se generen a partir de la presente investigación, se determinarán a través del análisis e interpretación de la información y los resultados que se obtengan mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos usados en dicha investigación. Además estarán estrechamente relacionadas con los objetivos específicos planteados en el capítulo I de este estudio.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El embarazo ectópico ha sido causa de morbilidad materna durante siglos, lo que ha motivado a que diversos investigadores centren su interés en estudiar los factores de riesgo de la enfermedad ya que la mayoría pueden ser identificados y tratados oportunamente.

Para el estudio se incluyeron todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Ambato durante el periodo julio 2011- julio 2012, que totalizaron 27 y una muestra comparativa de pacientes de embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente hasta completar el tamaño de la muestra requerida; todas las historias clínicas cumplieron los criterios para ser incluidas en el estudio

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

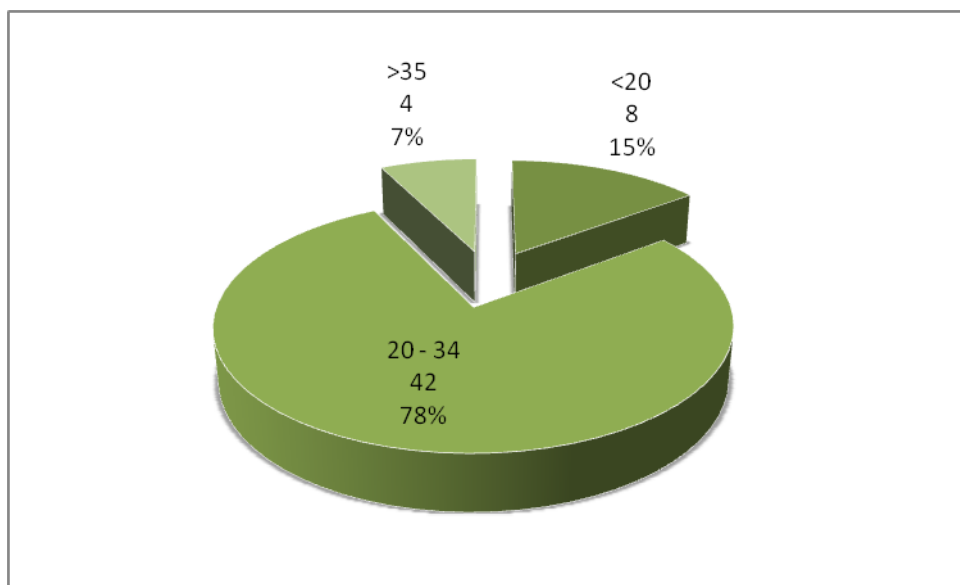
Tabla 3. Factores de riesgo socio demográficos de las pacientes incluidas en el estudio.

INDICADOR	POBLACIÓN (N=54)		
<b>FACTORES DE RIESGO SOCIO DEMOGRÁFICOS</b>			
Edad Materna	25.7 ± 5.7		
Nivel de Instrucción	Primaria	23	42.6%
	Secundaria	25	46.3%
	Superior	6	11.1%
Procedencia	Rural	28	51.9%
	Urbano	26	48.1%
Consumo de Tabaco	NO	37	68.5%
	SI	17	31.5%

Fuente: Historias Clínicas. Elaborado por: Luzdari Torres.

En esta tabla se puede observar que la media de la edad materna es de  $25.7 \pm 5.7$  con un intervalo de 16 hasta 37 años, en lo que respecta al nivel de instrucción hubo predominio del nivel primario con 42.6% y secundario con 46.3% frente a la instrucción superior. La procedencia rural tubo un leve predominio con un 51.9% y en cuanto al consumo de tabaco el 68.5% de las pacientes refirió no tener el hábito de fumar. Datos que se representan en los siguientes gráficos.

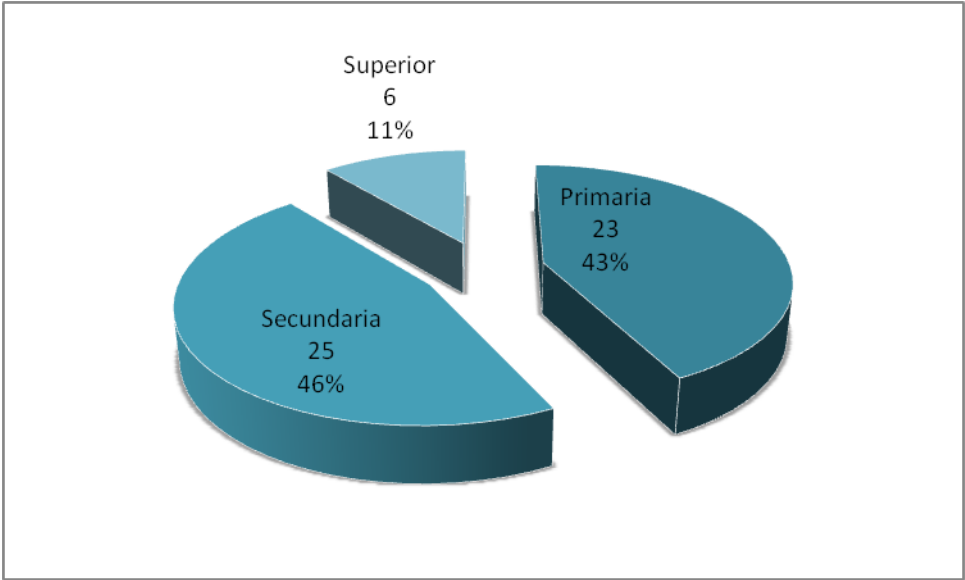
Gráfico 2. Distribución según grupos de edad de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

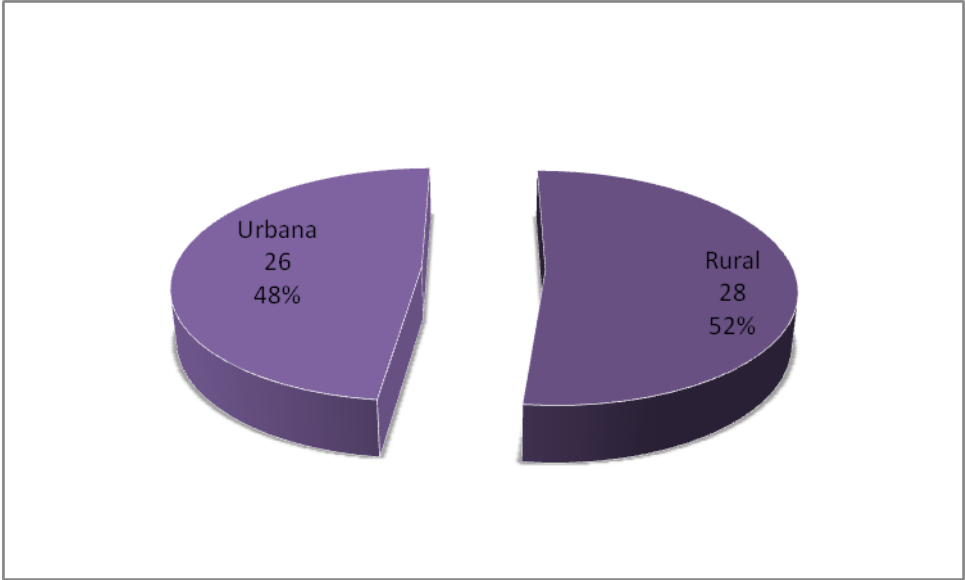
Gráfico 3. Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

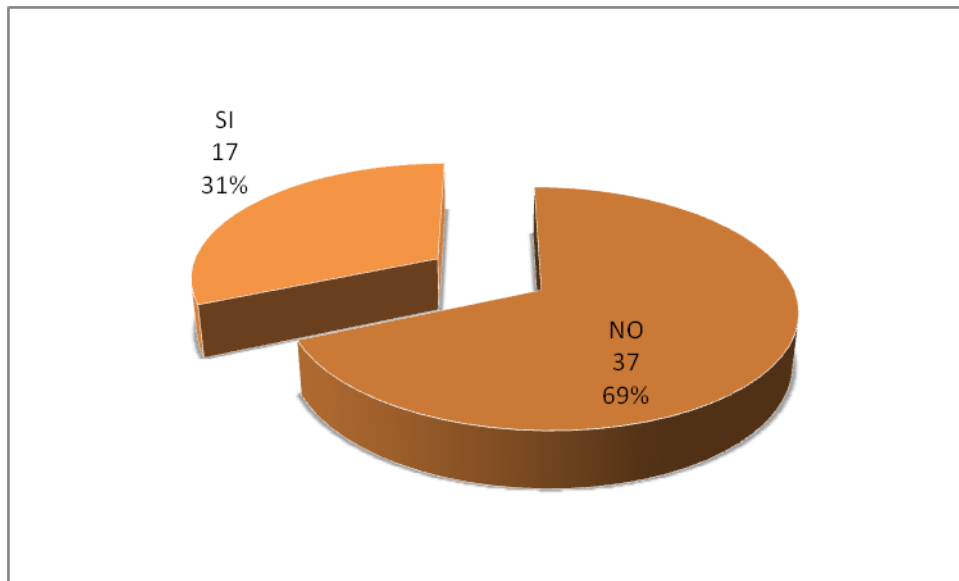
Gráfico 4. Distribución según la procedencia de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 5. Distribución según antecedente de consumo de tabaco de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Tabla 4. Factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes incluidas en el estudio.

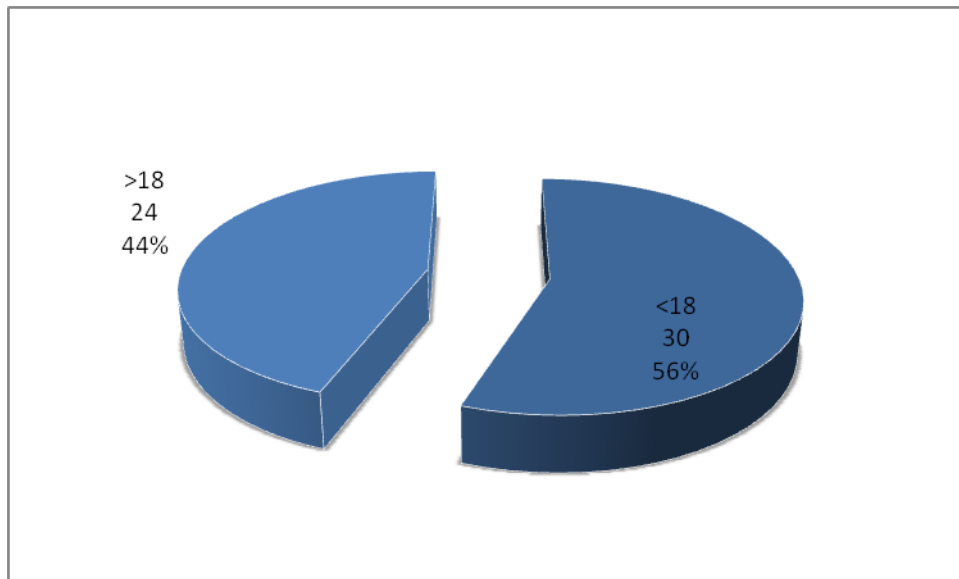
INDICADOR	POBLACIÓN (N=54)		
<b>FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD</b>			
Inicio de la vida sexual activa	<18	30	55.6%
	>18	24	44.4%
N° Parejas sexuales	> 1	29	53.7%
	1	25	46.3%
Dispositivo intrauterino	NO	47	87.0%
	SI	7	13.0%
Anticoncepción Hormonal	NO	22	40.7%
	SI	32	59.3%

Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

En esta tabla se puede observar que el 55.6% de las pacientes iniciaron su vida sexual activa temprana, el 53.7% tuvo más de una pareja sexual y en cuanto al método de planificación familiar la anticoncepción hormonal fue la que predominó con un 59.3% frente al dispositivo intrauterino con 13.0%: Datos que se representan en los siguientes gráficos.

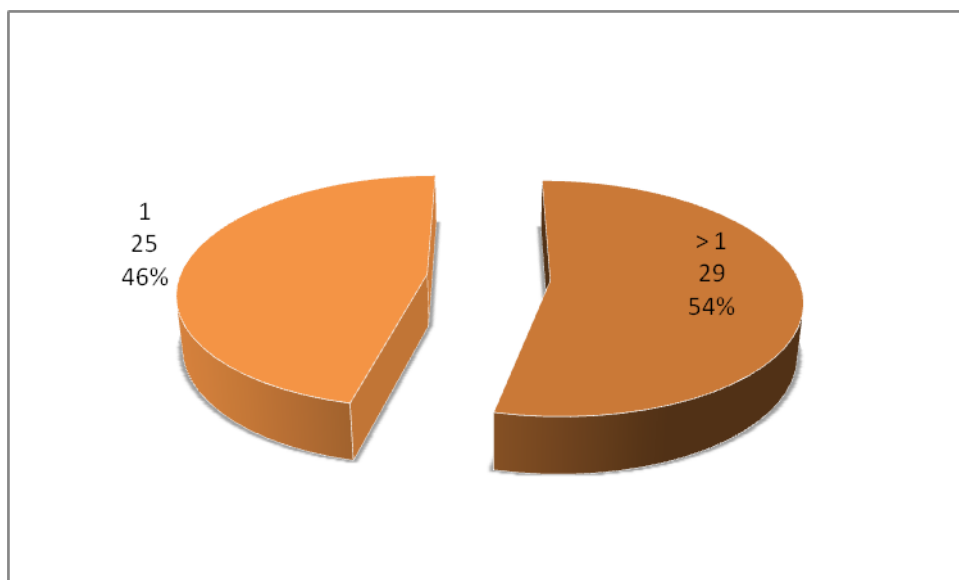
Gráfico 6. Distribución según la edad de inicio de la vida sexual activa de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 7. Distribución según el número de parejas sexuales de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.

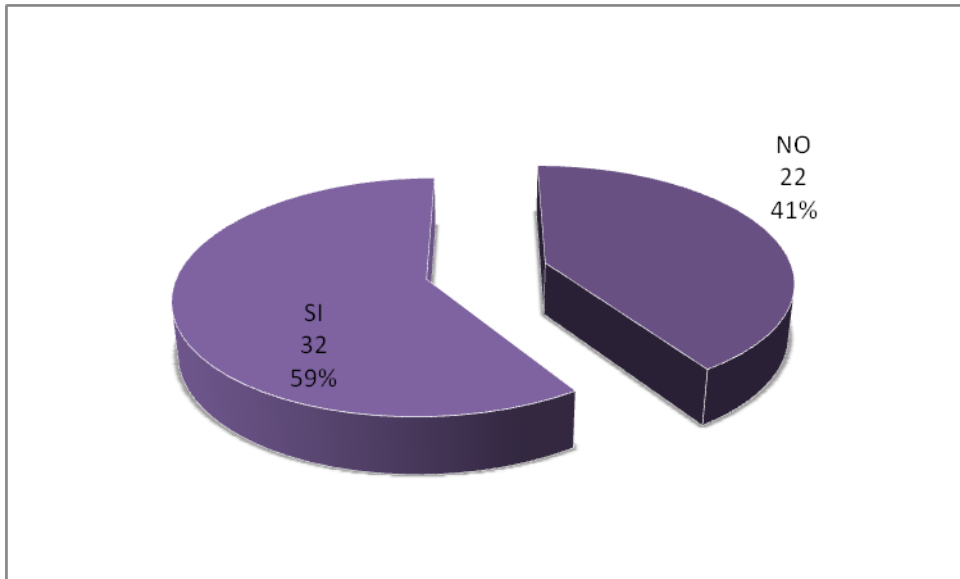


Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.



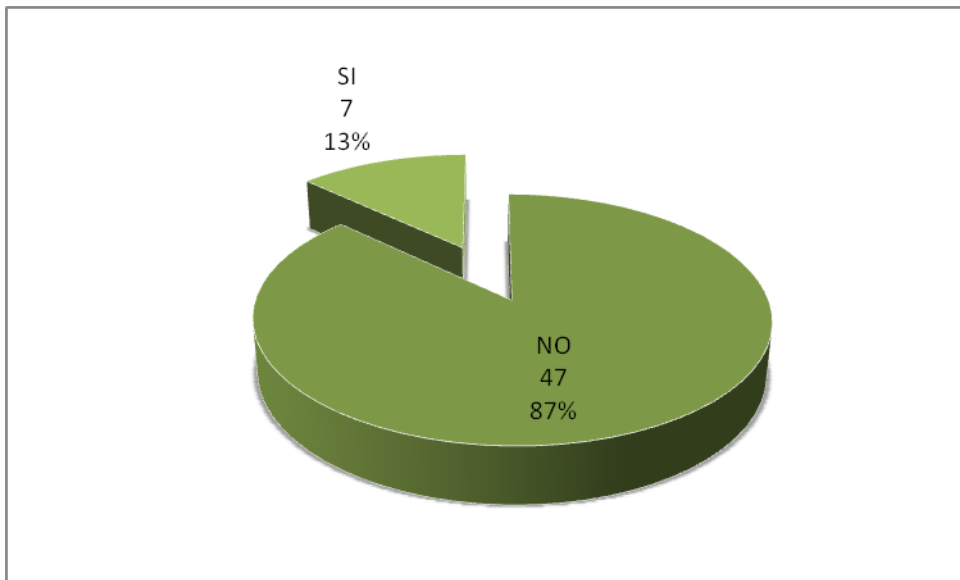
Gráfico 8. Distribución según la utilización de anticoncepción hormonal en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 9. Distribución según la utilización de dispositivo intrauterino en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Tabla 5. Factores de riesgo gineco - obstétricos de las pacientes incluidas en el estudio.

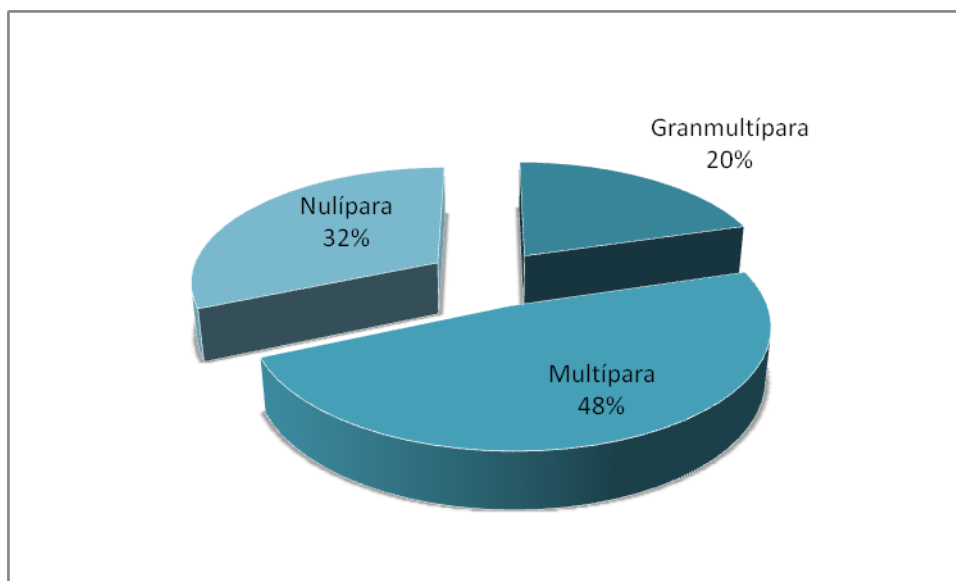
INDICADOR	POBLACIÓN (N=54)		
FACTORES DE RIESGO GINECO - OBSTÉTRICOS			
Gestas	Granmultípara	11	20.4%
	Multípara	26	48.1%
	Nulípara	17	31.5%
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	NO	31	57.4%
	SI	23	42.6%
Abortos	NO	39	72.2%
	SI	15	27.8%
Enfermedades de transmisión sexual	NO	44	81.5%
	SI	10	18.5%
Embarazo Ectópico Previo	NO	52	96.3%
	SI	2	3.7%
Infertilidad	NO	54	100.0%
Qx Ginecológica	NO	33	61.1%
	SI	21	38.9%

Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

En esta tabla se puede observar que entre los factores de riesgo gineco – obstétricos los más representativos fueron las multíparas con 48.1% y el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria con 57.4%. En un bajo porcentaje se encuentran el antecedente de abortos previos, las infecciones de transmisión sexual, el antecedente de infertilidad, embarazo ectópico previo y cirugía ginecológica. Datos que serán representados en los siguientes gráficos.

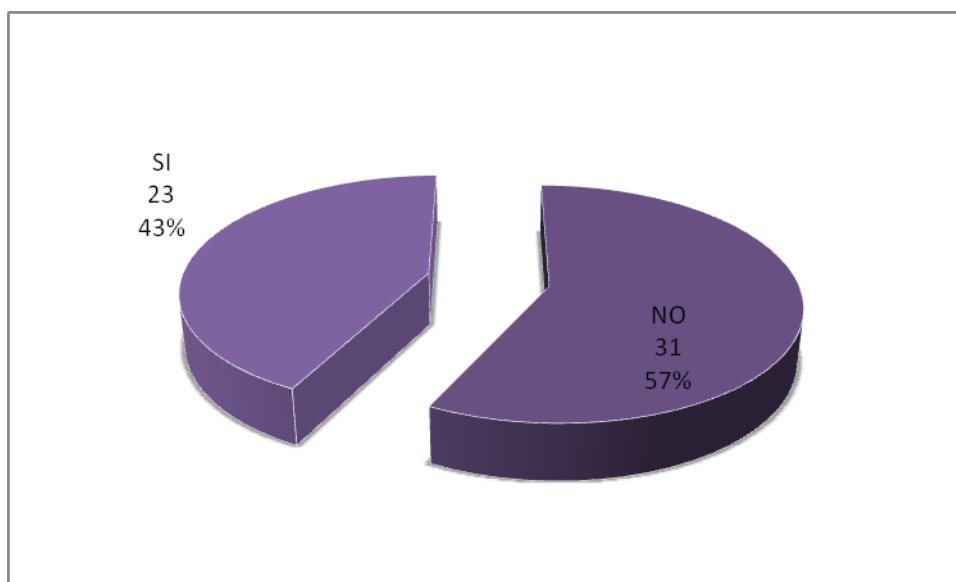
Gráfico10. Distribución según el número de gestas de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

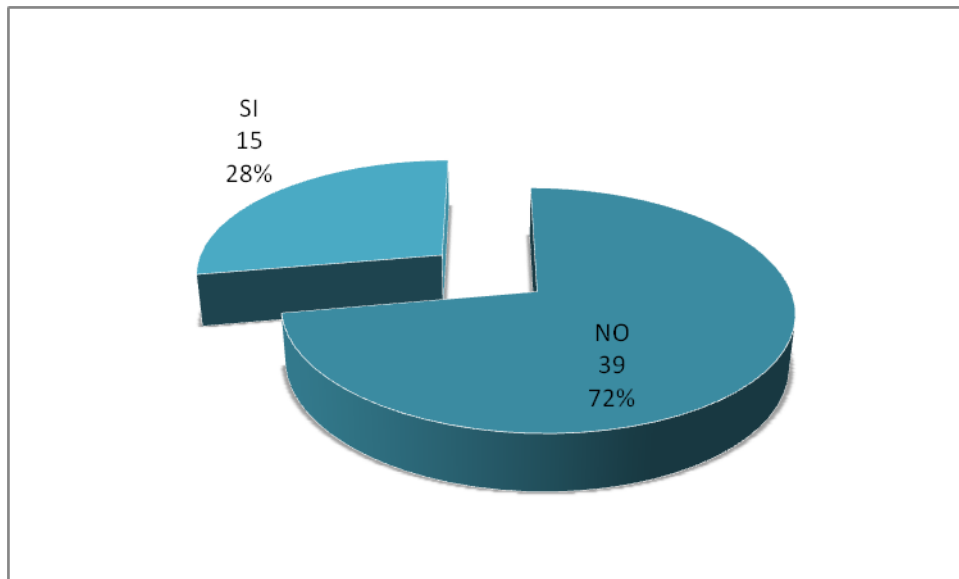
Gráfico11. Distribución según antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

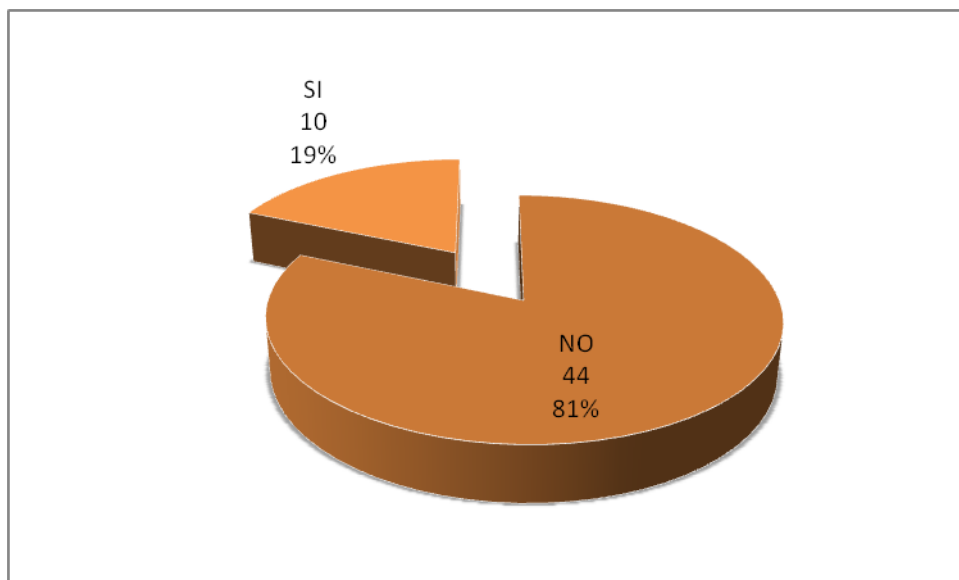
Gráfico 12. Distribución según antecedentes de abortos en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

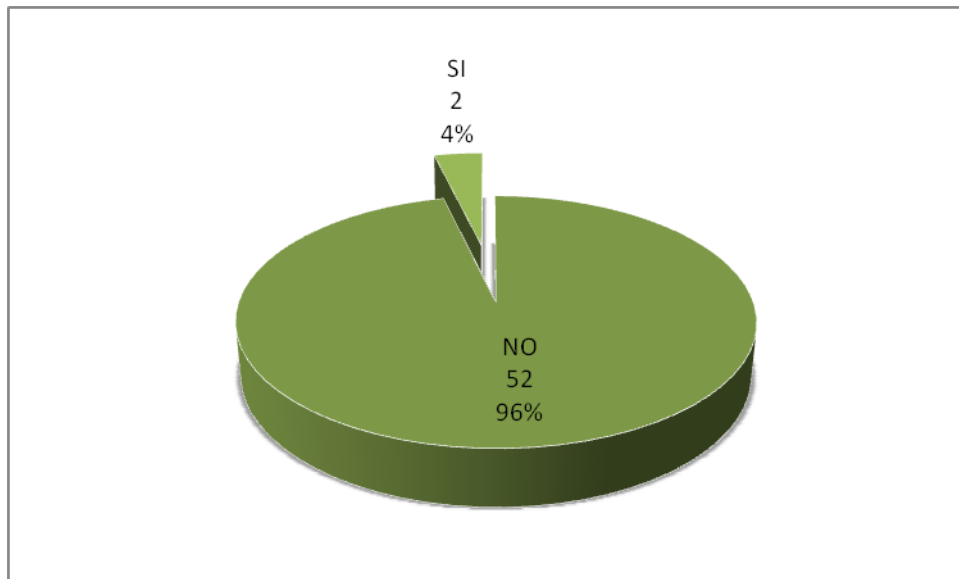
Gráfico 13. Distribución según antecedente de enfermedades de transmisión sexual en las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

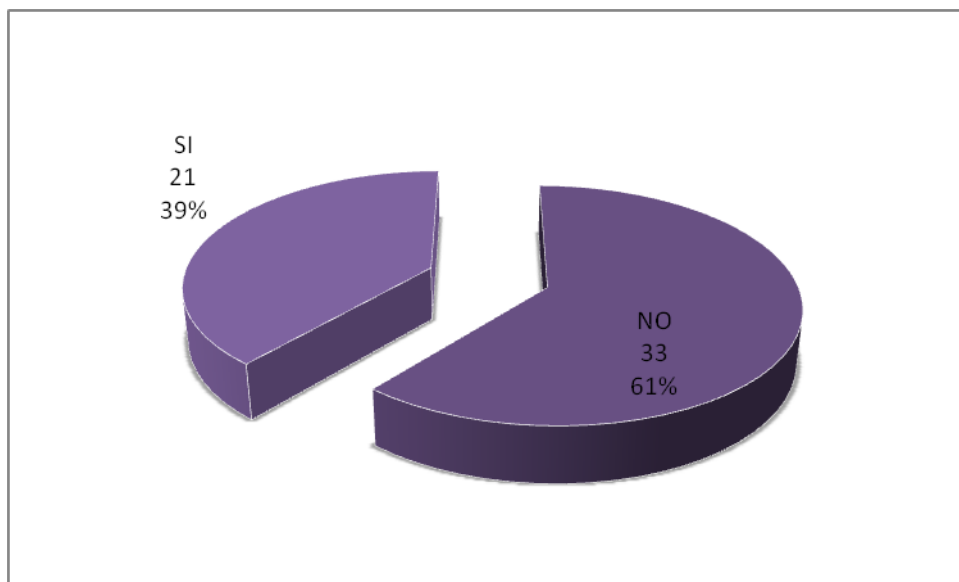
Gráfico 14. Distribución según antecedente de embarazo ectópico previo de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 15. Distribución según antecedente de cirugía ginecológica de las pacientes incluidas en el estudio. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

## ANÁLISIS INCIDENTAL

Tabla 6. Factores de riesgo socio demográficos de las pacientes divididas en 2 grupos.

INDICADOR	EMBARAZO ECTÓPICO (N=27)	NO EMBARAZO ECTÓPICO (N=27)	P
Edad Materna	26.8 ± 5.9	24.5 ± 5.4	0,14 – NS
Nivel de Instrucción	Primaria 15 55.6% Secundaria 9 33.3% Superior 3 11.1%	Primaria 8 29.6% Secundaria 16 59.3% Superior 3 11.1%	0,12 – NS
Procedencia	Rural 19 70.4% Urbana 8 29.6%	Rural 9 33.3% Urbana 18 66.7%	0,006 RR: 2,21 (1,17 – 4,14)
Consumo de Tabaco	NO 13 48.1% SI 14 51.9%	NO 24 88.9% SI 3 11.1%	0,003 RR: 0,43 (0,23 – 0,70)

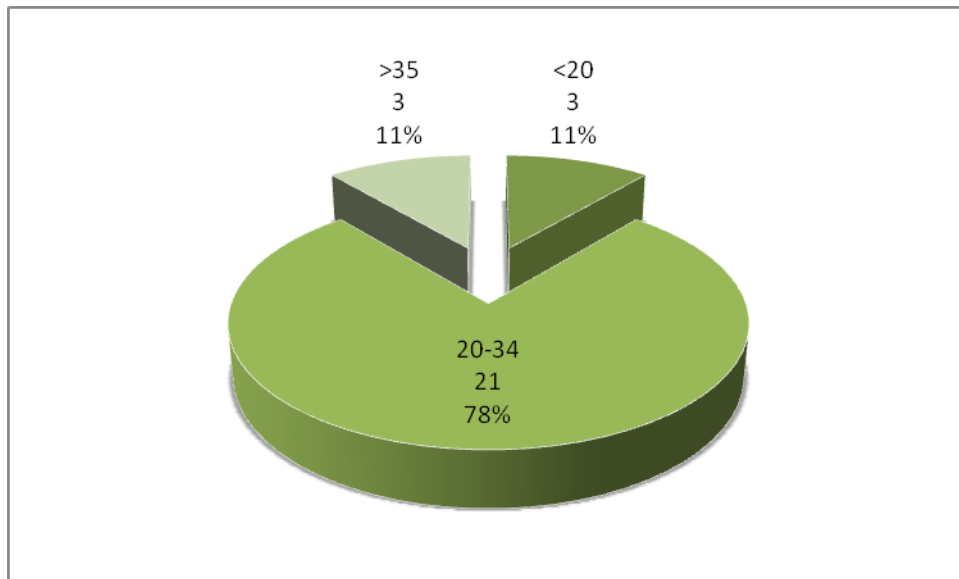
Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

La edad materna y el nivel de instrucción no influye en la presencia o no de embarazo ectópico. Por su parte la procedencia si encuentra una diferencia significativa ( $p < 0.006$ ), siendo evidente que existe mayor prevalencia de esta patología en el área rural. El riesgo relativo (RR), revela que existe más del doble de posibilidades de tener embarazo ectópico en la población de la zona rural.

Igualmente vale destacar que el hábito de fumar también constituye un factor importante que determina una mayor prevalencia de embarazo ectópico ( $p < 0.003$ ). El RR de 0,43 revela que disminuye un 57% la posibilidad de sufrir un embarazo ectópico si no existe el hábito de fumar.

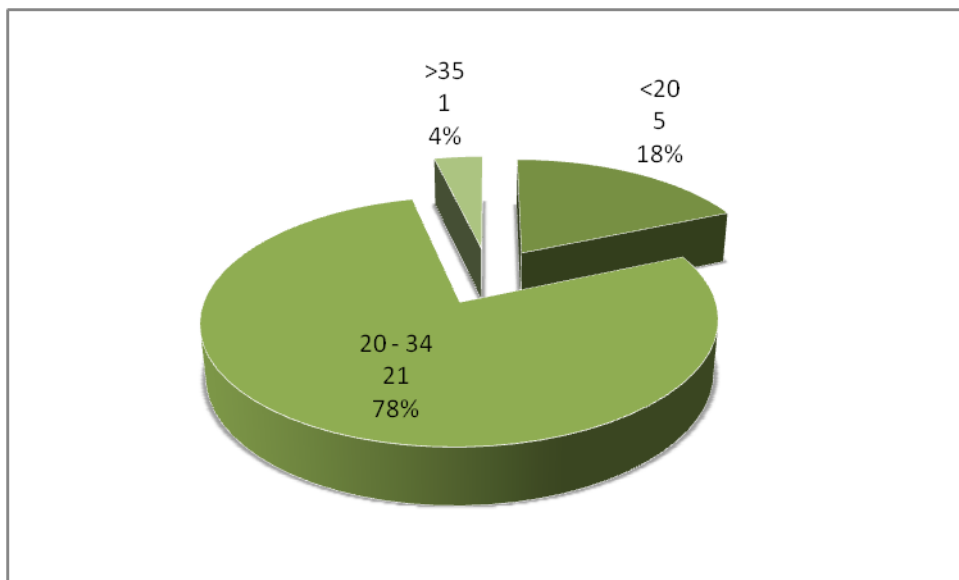
Gráfico 16. Distribución según grupos de edad en las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 17. Distribución según grupos de edad de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

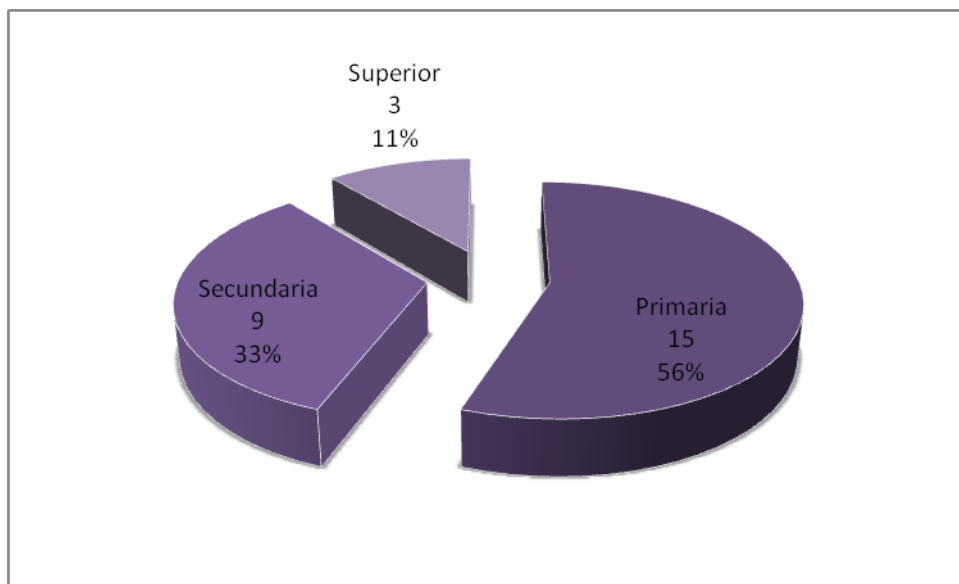
Elaborado por: Luzdari Torres.

Al distribuir los casos según los grupos de edad se encontró que el 78% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y embarazo normal están

comprendidas entre los 20 – 34 años, que corresponde con la edad de mayor fertilidad de la mujer, lo que confirma lo señalado en párrafos anteriores y también ha sido reportado por otros investigadores en diversos lugares, pues reportan promedios de edad similares al de esta estudio. Este problema de salud aparece en los años de mayor actividad sexual y reproductiva de la mujer.

Cabe recalcar que el 11% de las pacientes con embarazo ectópico y el 18% de las pacientes con embarazo normal son adolescentes por lo que es de gran importancia prestar atención a la salud sexual y reproductiva de las mismas por lo que valdría la pena realizar estudios sobre los factores de riesgo específicos en adolescentes para diseñar estrategias de prevención para este grupo.

Gráfico18. Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.

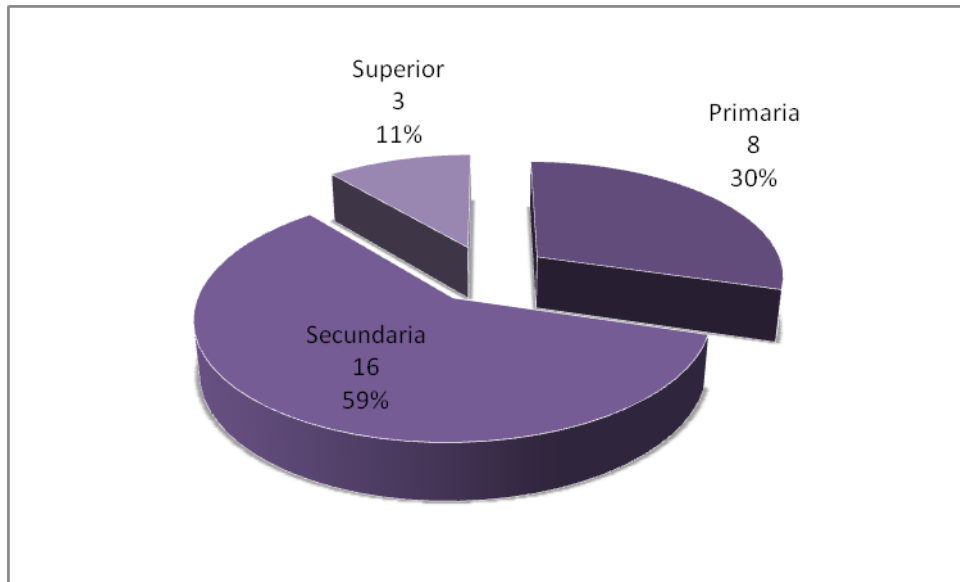


Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.



Gráfico 19. Distribución según el nivel de instrucción de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.

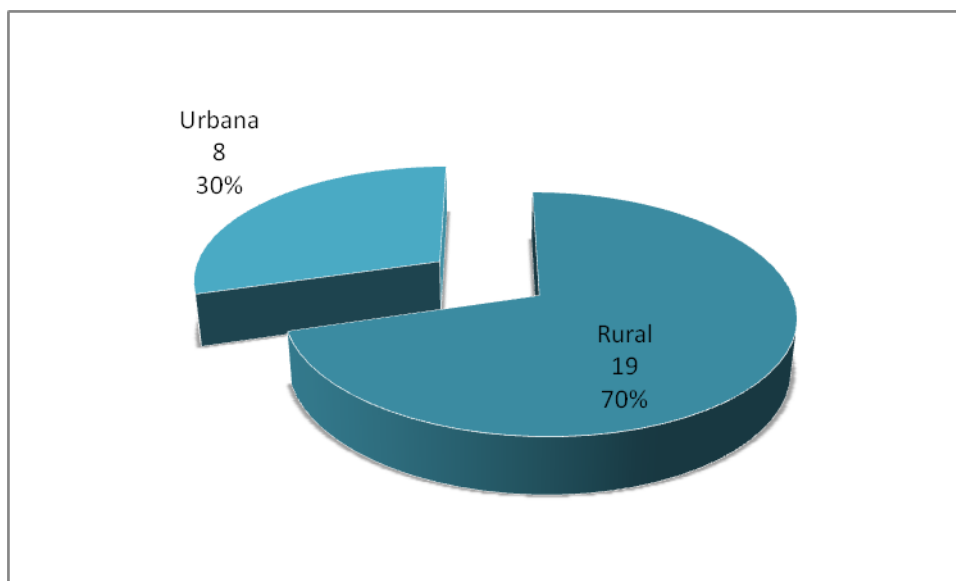


Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Al distribuir los casos según el nivel de instrucción se encontró que el 56% de las pacientes con EE y el 30% de las pacientes con embarazo normal tienen instrucción primaria. Se observa que a menor grado de escolaridad, la incidencia de embarazo ectópico es mayor, sin ser este un factor determinante en la ocurrencia de esta patología.

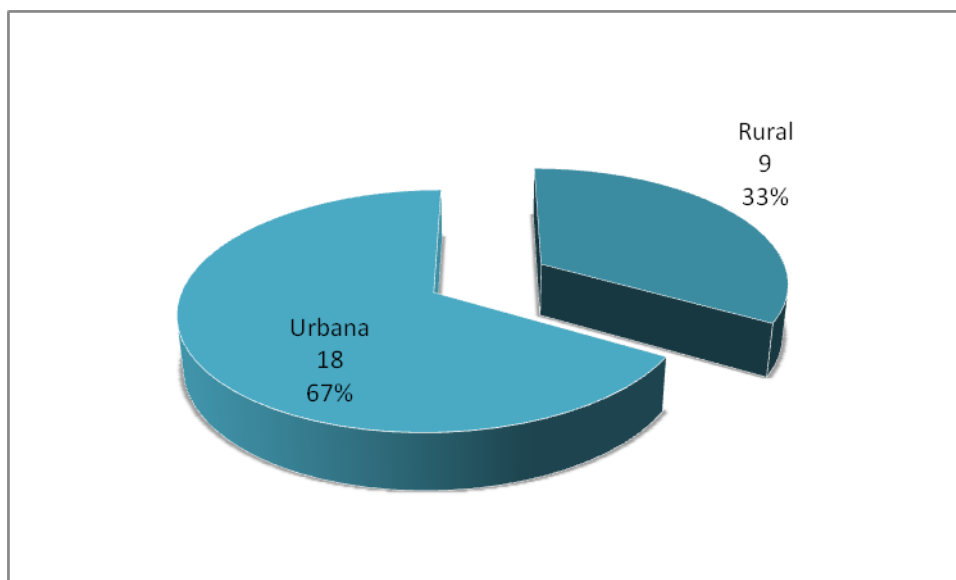
Gráfico 20. Distribución según la procedencia de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 21. Distribución según la procedencia de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



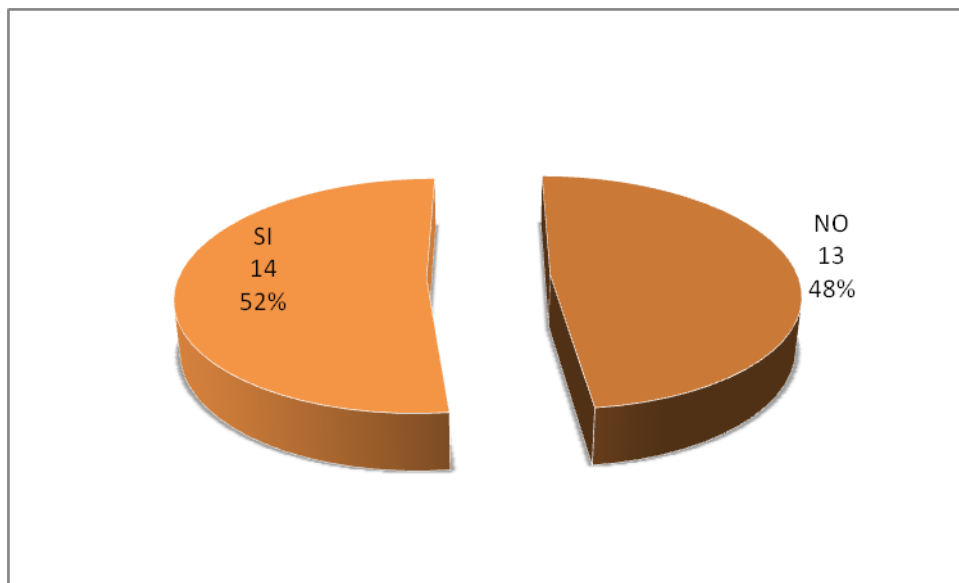
Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Al distribuir los casos según la procedencia de los pacientes se demostró que el 70% de las pacientes con embarazo ectópico y el 33% de las pacientes con embarazo normal son de procedencia rural posiblemente debido a la despreocupación propia de la paciente, y a la falta de información acerca de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

El acceso a servicios de maternidad sin riesgos en áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas, lo que sugiere una urgente necesidad de ampliar el acceso a una variedad de servicios.

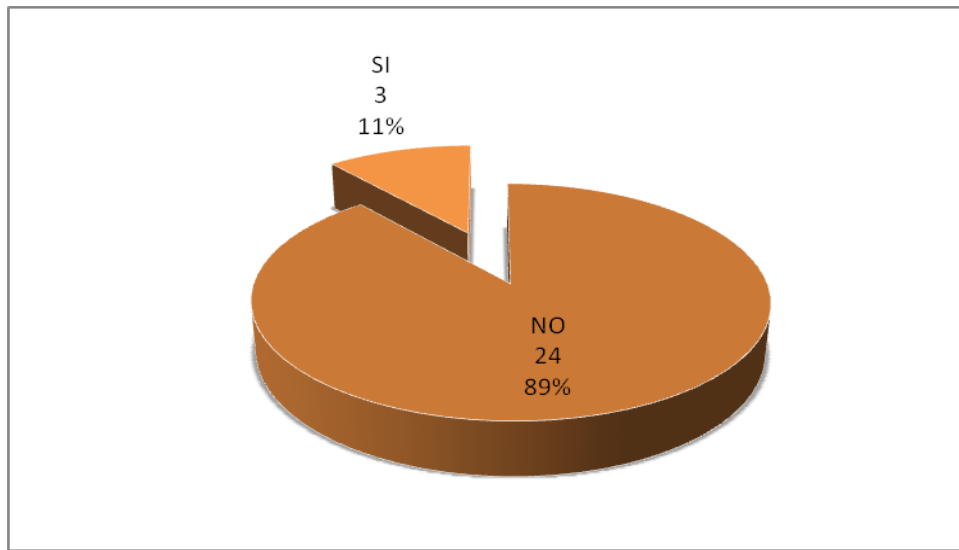
Gráfico 22. Distribución según el antecedente de consumo de tabaco de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 23. Distribución según el antecedente de consumo de tabaco de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Al distribuir los casos según el antecedente de consumo de tabaco se encontró que el 52% de las pacientes con EE si fuman y el 11% de las pacientes que cursaron con un embarazo normal no refieren el consumo de tabaco, por lo que se deben hacer esfuerzos para influenciar sobre las mujeres para dejar de fumar, sobre todo antes de un embarazo. Consideramos de vital importancia exhortar a todas las mujeres a disminuir e incluso suspender el consumo de tabaco.

Tabla 7. Factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes divididas en 2 grupos.

INDICADOR	EMBARAZO ECTÓPICO (N=27)		NO EMBARAZO ECTÓPICO (N=27)		P		
	Categoría	Nº	Porcentaje	Categoría		Nº	Porcentaje
Inicio de la vida sexual activa	<18	21	77.8%	<18	9	33.3%	0,01 RR: 2,80 (1,35 – 5,82)
	>18	6	22.2%	>18	18	66.7%	
Nº Parejas sexuales	>1	20	74.1%	> 1	9	33.3%	0,006 RR: 2,46 (1,25 – 4,83)
	1	7	25.9%	1	18	66.7%	
Dispositivo Intrauterino	NO	22	81.5%	NO	25	92.6%	0,41 – NS
	SI	5	18.5%	SI	2	7.4%	
Anticoncepción Hormonal	NO	10	37.0%	NO	12	44.4%	0,57 – NS
	SI	17	63.0%	SI	15	55.6%	

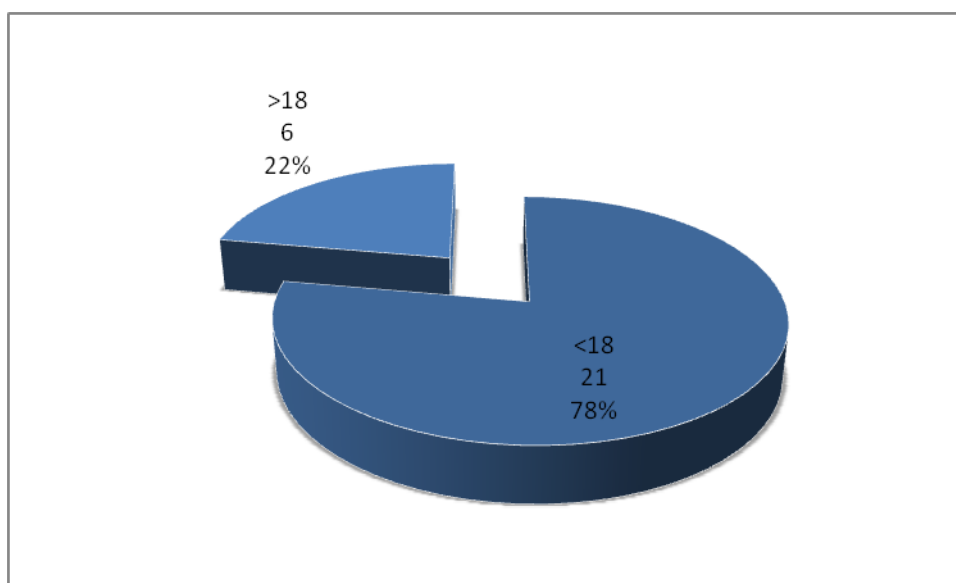
Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

Si el inicio de la vida sexual es más temprano (menor de 18 años), existe un riesgo significativamente mayor de tener embarazo ectópico ( $p < 0,01$ ), igualmente esta patología es mayor en mujeres con mayor número de parejas sexuales ( $p < 0,0006$ ). En los dos casos los riesgos relativos (2,82 y 2,46), revelan el incremento a más del doble de sufrir esta patología gestacional en mujeres que iniciaron su vida sexual en edad temprana y que tuvieron más parejas sexuales.

La anticoncepción con DIU no influyó en la presencia de esta patología gestacional, al igual que la utilización de anticoncepción hormonal como método de planificación familiar.

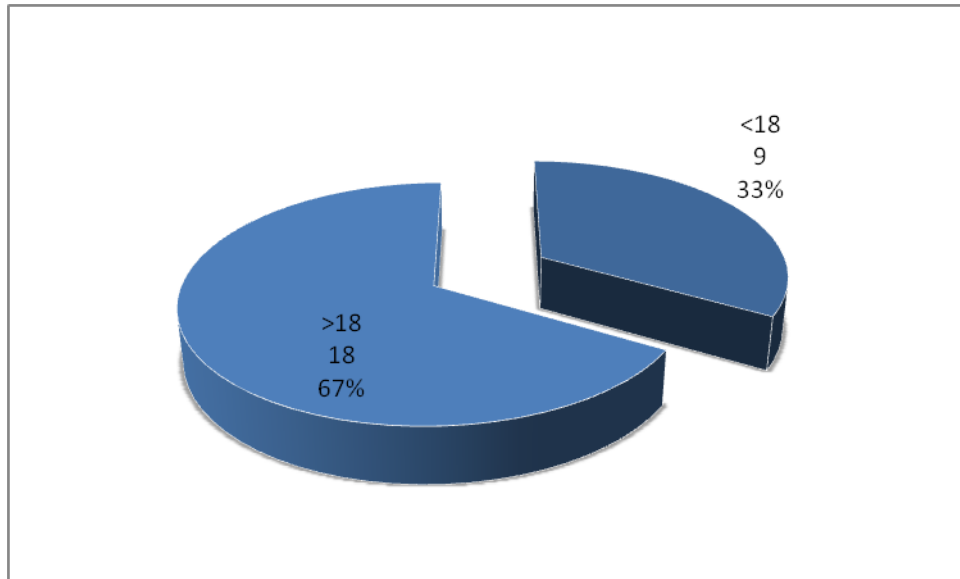
Gráfico 24. Distribución según la edad de inicio de la vida sexual activa de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

Gráfico 25. Distribución según la edad de inicio de la vida sexual activa de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

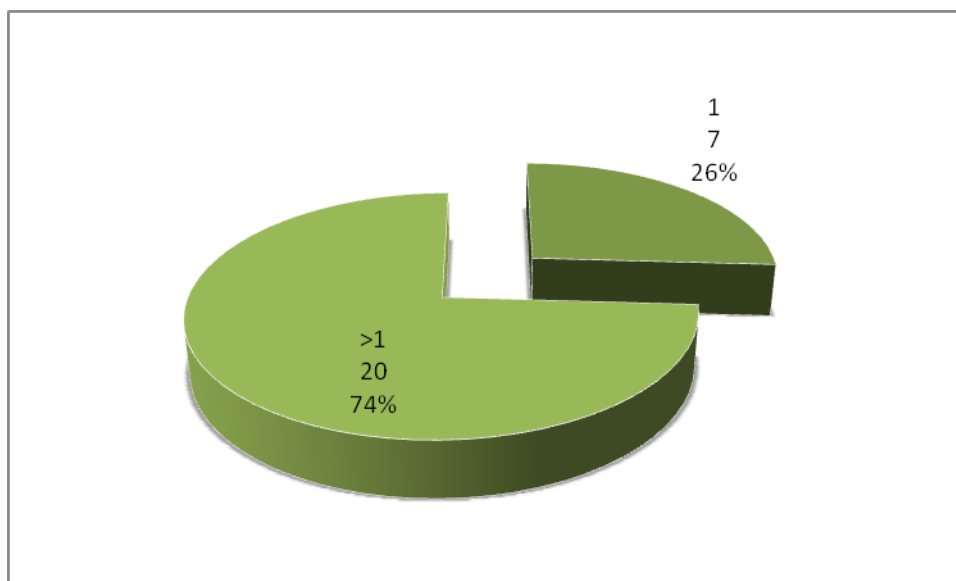
Elaborado por: Luzdari Torres

El inicio de la vida sexual, según la edad, muestra que las pacientes que iniciaron esta actividad a temprana edad presentaron un mayor porcentaje de embarazo ectópico (78%), lo que estaría explicado por el mayor riesgo a tener múltiples parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual.

Desde hace unos años está reportado en la literatura que debido a las conductas sexuales de riesgo ha pasado a ser uno de los factores de riesgo asociado más importante, lo que explicaría este evento en edades tempranas de la vida.

Esto conlleva una reflexión sobre todas las posibles acciones de salud y educación sexual a los grupos vulnerables ya que esta entidad podría afectar la fertilidad, privando de descendencia o incluso comprometiendo la vida.

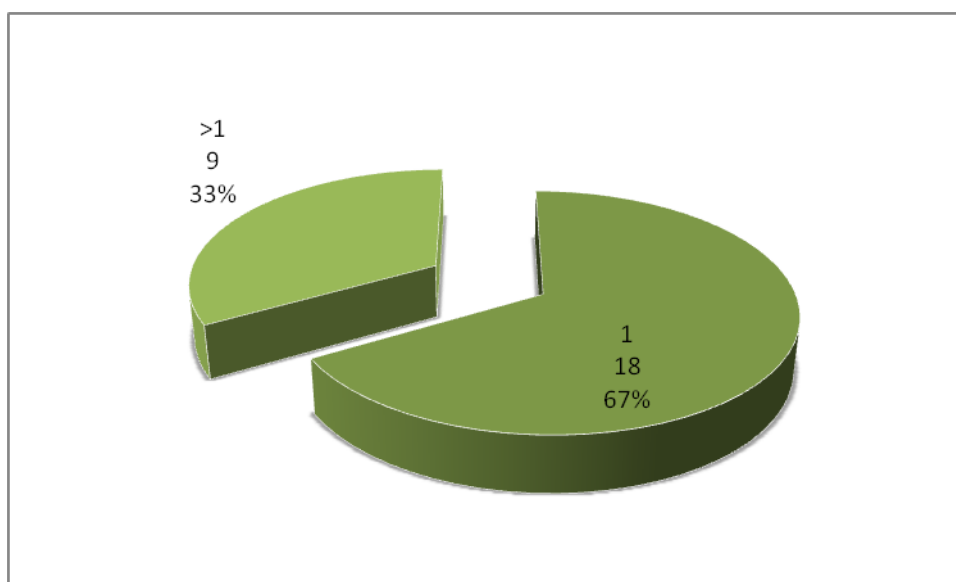
Gráfico 26. Distribución según el número de parejas sexuales de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

Gráfico 27. Distribución según el número de parejas sexuales de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

Al distribuir los casos según el número de parejas sexuales se encontró que el 74% de las pacientes tuvieron más de 1 pareja sexual lo que es apoyado por otros

estudios en donde este factor de riesgo presenta un riesgo relativo estimado significativo debido a cambios en el comportamiento sexual y social, con tendencia a mayor precocidad y promiscuidad sexual.

**Tabla 8. Factores de riesgo gineco - obstétricos de las pacientes divididas en 2 grupos.**

INDICADOR	EMBARAZO ECTÓPICO (N=27)		NO EMBARAZO ECTÓPICO (N=27)		P
Gestas	Granmul	9 33.3%	Granmul	2 7.4%	0,009
	Multípara	14 51.9%	Multípara	12 44.4%	
	Nulípara	4 14.8%	Nulípara	13 48.1%	
Abortos	NO	16 59.3%	NO	23 85.2%	0,05 RR: 0,56 (0,34 – 0,91)
	SI	11 40.7%	SI	4 14.8%	
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	NO	11 40.7%	NO	20 74.1%	0,02 RR: 0,51 (0,30 – 0,88)
	SI	16 59.3%	SI	7 25.9%	
Enfermedades de transmisión sexual	NO	20 74.1%	NO	24 88.9%	0,23 – NS
	SI	7 25.9%	SI	3 11.1%	
Embarazo Ectópico Previo	NO	25 92.6%	NO	27 100.0%	0,47 – NS
	SI	2 7.4%			
Qx Ginecológica	NO	15 55.6%	NO	18 66.7%	0,40 – NS
	SI	12 44.4%	SI	9 33.3%	

Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

Con respecto a la paridad, es evidente que existe una gran significación estadística entre las mujeres gran multíparas, pues en estos casos la prevalencia de embarazo ectópico fue muy significativo para aquellas con mayor número de hijos, tendencia que se mantiene aún para las mujeres multíparas ( $p < 0,0009$ ).

Igualmente el tener antecedente de mayor número de abortos, también encuentra una diferencia significativa para presentar embarazo ectópico ( $p < 0,05$ ). El RR de 0,56 revela que no tener antecedente de abortos, disminuye el riesgo de tener un embarazo ectópico, hasta en un 44%.

El mismo comportamiento tiene el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ( $p < 0,02$ ). El RR de 0,51 revela que no tener antecedentes de

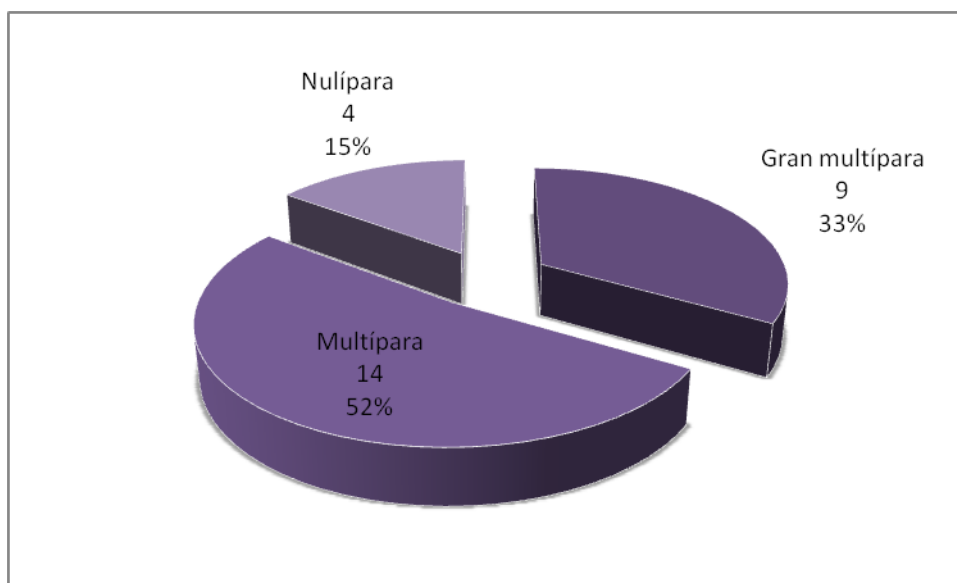


enfermedad pélvica inflamatoria, disminuye hasta el 49% la posibilidad de tener embarazo ectópico.

En forma interesante, no se encuentra diferencia en pacientes que tienen antecedente de enfermedades de transmisión sexual, pues no existe diferencia (pNS). Esto seguramente es debido a que una patología como las enfermedades de transmisión sexual lleva a la paciente a solicitar ayuda médica en forma oportuna, no así en los casos de EPI que la paciente es portadora de dolor pélvico, patología que es crónica y no siempre se solicita atención en forma oportuna.

El antecedente de embarazo ectópico previo, no fue significativo para desarrollar otro embarazo ectópico, igual sucede para las pacientes con Qx Ginecológica, que no encuentra diferencia significativa.

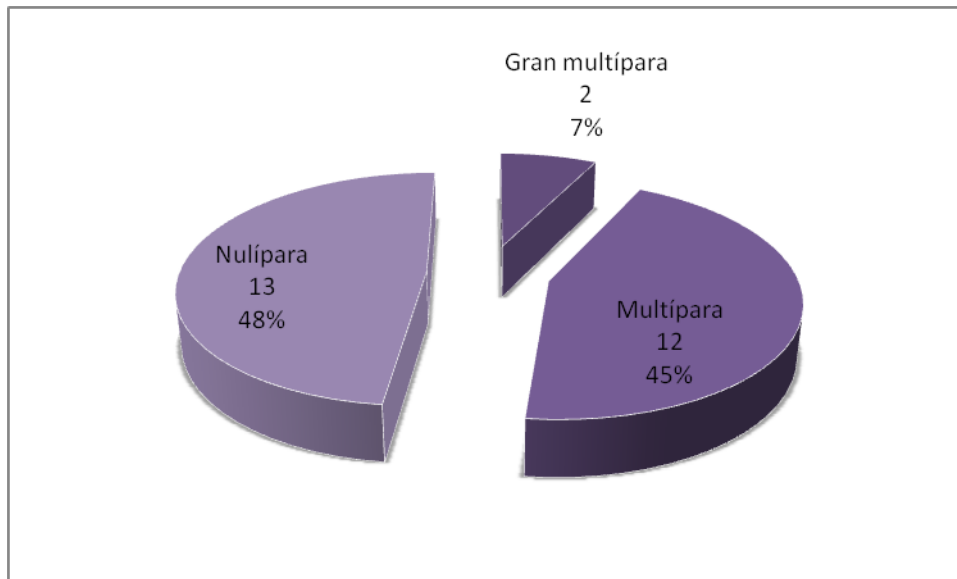
Gráfico 28. Distribución según el número de gestas de las pacientes diagnosticadas de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres

Gráfico 29. Distribución según el número de gestas de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.

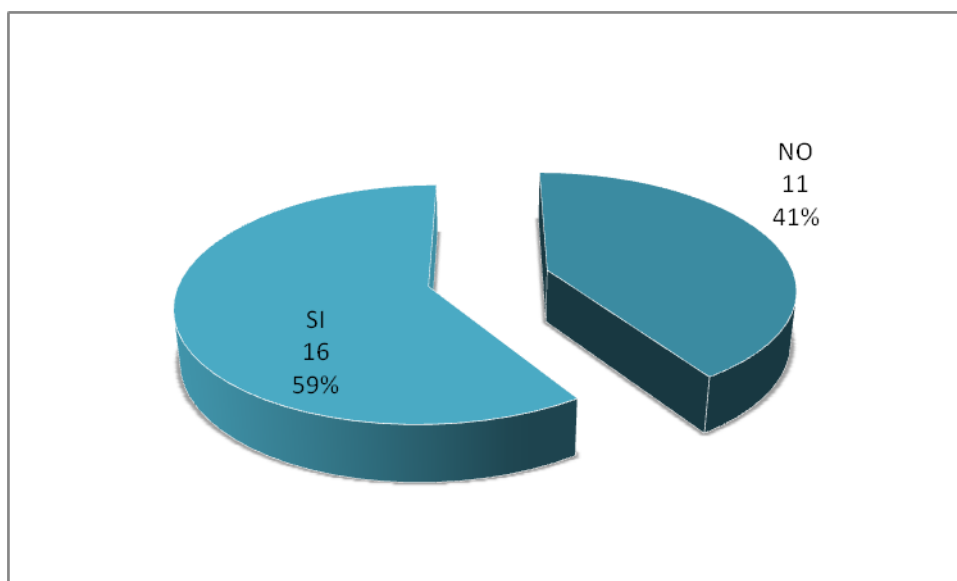


Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

La relación del número de gestas y embarazo ectópico en el presente estudio, muestra que las multíparas presentan esta patología en mayor porcentaje (52%) lo que sugiere complicaciones de diversa naturaleza en embarazos previos.

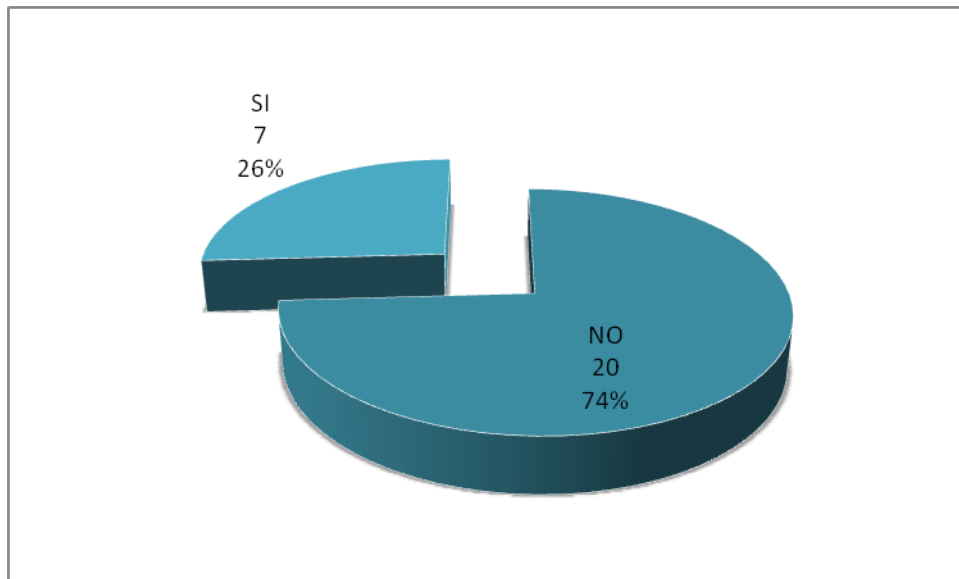
Gráfico 30. Distribución según el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria de las pacientes con diagnóstico de EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 31. Distribución según el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



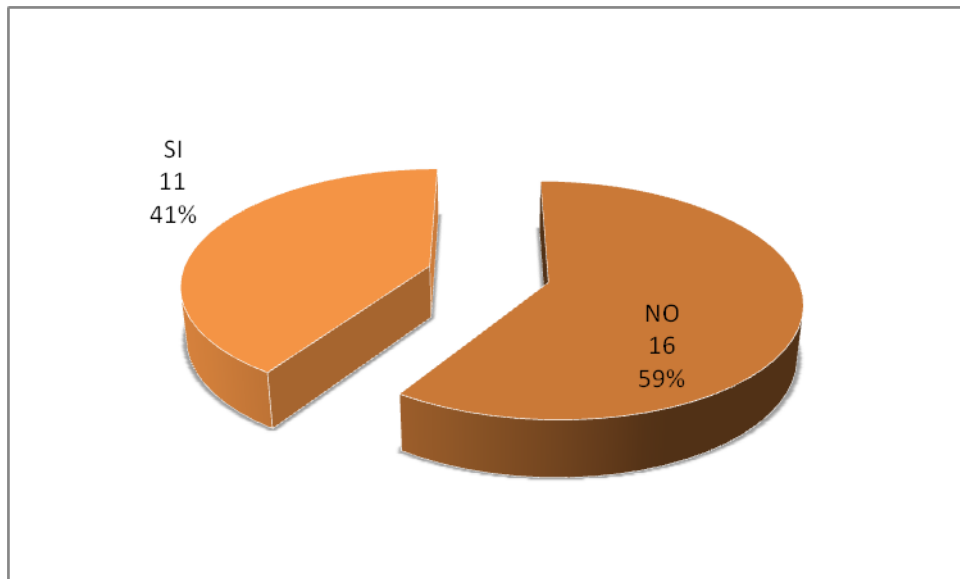
Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Al distribuir los casos según el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria se encontró que el 59% de las pacientes con embarazo ectópico presentaron este factor de riesgo.

Esta reportado en la literatura que en todo el mundo ha ocurrido un aumento en la incidencia de embarazo ectópico atribuibles probablemente a la mayor incidencia de enfermedad inflamatoria pélvica provocadas por infecciones de transmisión sexual, abortos, etc.

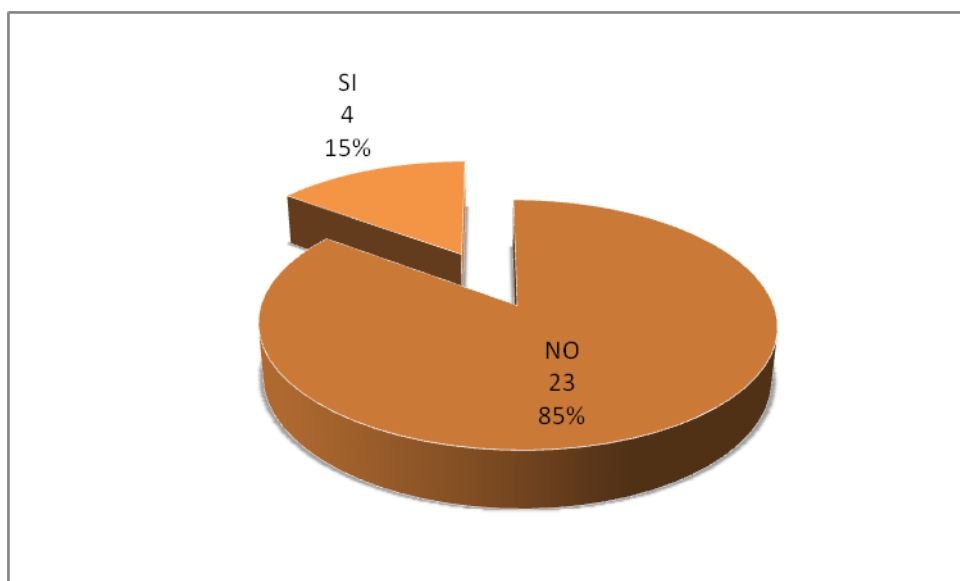
Gráfico 32. Distribución según el antecedente de abortos de las pacientes diagnosticadas con EE. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas.

Elaborado por: Luzdari Torres.

Gráfico 33. Distribución según el antecedente de abortos de las pacientes con embarazo normal. HPDA. Julio 2011 – Julio 2012.



Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Luzdari Torres.

El antecedente de abortos previos como riesgo de embarazo ectópico actual es importante, ya que traduce las infecciones del tracto genital ocasionadas por las condiciones precarias en que se resuelven estas complicaciones.

El 41% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico refiere antecedentes de abortos.

## 4.2. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El presente estudio se realizó en el Hospital Provincial Docente Ambato, para encausar la investigación se determinó la hipótesis, con énfasis en la influencia de los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico.

Los resultados anteriormente descritos me permiten confirmar la existencia real de un problema, al respecto sostengo que en efecto los factores de riesgo asociados socio demográficos, relacionados con la sexualidad y gineco - obstétricos influyen determinantemente en la incidencia de embarazo ectópico.

Con la finalidad de resaltar los aspectos más importantes y de acuerdo al siguiente análisis: los factores socio demográficos, nos indicaron que a más de la edad materna, los hábitos de las pacientes como el consumo de tabaco fueron determinantes en la incidencia de dicha patología.

Los factores relacionados con la sexualidad de las pacientes hace referencia al inicio de la vida sexual activa, al número de parejas sexuales y a la utilización de un método anticonceptivo sobre todo para demostrar la importancia de una consulta pre concepcional para educar a las pacientes sobre el riesgo de iniciar la vida sexual activa temprana, de tener múltiples parejas sexuales y contraer infecciones de transmisión sexual.

En relación a los factores gineco – obstétricos las multíparas fueron las que presentaron dicha patología en mayor porcentaje, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria fue una de las principales etiologías, el antecedente de abortos previos, de enfermedades de transmisión sexual, de infertilidad, de embarazo ectópico previo y de cirugía ginecológica son entidades que afectan a toda mujer en edad fértil.

En la presente investigación se verifica la hipótesis, pues se prueba que los factores de riesgo asociados influyen determinantemente en la incidencia de embarazo ectópico, datos que corrobora investigaciones internacionales.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **5.1. CONCLUSIONES.**

Basado en la evidencia que arrojan los resultados de este estudio, resalta el hecho de que sobre el embarazo ectópico de las pacientes hospitalizadas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Ambato, influyen los mismos factores de riesgo que se han descrito a nivel mundial.

Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

El grupo etario más frecuente se encuentra entre los 20 a 34 años de edad, la mayoría pertenece al área rural, son multíparas con el antecedente de un inicio de la vida sexual activa menor de 18 años.

Aunque el grado de escolaridad no representa una variable de incidencia directa sobre la patología, encontramos que las más afectadas sólo habían cursado el nivel de instrucción primario.

Entre los principales factores de riesgo encontrados en este estudio se encuentran el antecedente de tabaquismo, el inicio de la vida sexual activa, el número de parejas sexuales, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, abortos, número de gestas referidas por las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.



Para finalizar, podemos decir entonces, que el presente trabajo es un paso importante en el estudio del embarazo ectópico como problema de salud, ya que esta entidad afecta a toda mujer en edad fértil. Esto nos permitirá tener una idea más profunda y exacta de dicho problema en la salud; disminuyendo de dicha forma, el riesgo de morbi – mortalidad materna en nuestra sociedad.

## **5.2. RECOMENDACIONES.**

1. Elaborar esquemas de evaluación de los factores de riesgo para embarazo ectópico basados en las características de nuestra población, para ser utilizados en la consulta preconcepcional.
2. Insistir en la importancia de la consulta preconcepcional para determinar así factores de riesgo en las pacientes.
3. Crear en los centros de salud una consulta de orientación a las pacientes que incluya educación sexual, planificación familiar, higiene ginecológica, como parte fundamental de cualquier programa de salud.
4. Desarrollar programas sobre sexualidad, anticoncepción y reproducción que ayuden a las pacientes a desarrollar su capacidad de tomar decisiones responsables.
5. Incidir en programas de información, educación sexual y comunicación dirigida a la sociedad en general, para así disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico.
6. Mejorar los servicios de salud especializados y ampliar la atención a la mujer en edad reproductiva.
7. Concientizar a la población en general sobre los riesgos de adquirir esta patología y sobre el riesgo que representan las enfermedades de

transmisión sexual, como una de las principales causas de esta complicación ginecológica.

8. Detección de enfermedades de transmisión sexual y manejo precoz de estas, además de fomentar una salud sexual y reproductiva saludable y responsable.
9. Promover el tratamiento precoz de las infecciones cervicovaginales.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

**Título:** Programa de difusión dirigido a las mujeres en edad fértil, sobre la prevención de los factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico en los subcentros de salud del cantón Ambato.

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS:**

**Institución ejecutora:** Dirección Provincial de Salud de Tungurahua.

**Beneficiarios directos:** Las mujeres en edad fértil.

**Beneficiarios indirectos:** Familia y comunidad.

**Ubicación:** Ambato, Tungurahua.

**Tiempo estimado para la ejecución:** Se espera iniciar después de aproximadamente 4 meses, luego de la aprobación del trabajo de investigación. No existe un tiempo aproximado para la culminación de éste programa pues el Ministerio de Salud debe apropiarse del mismo en pro de la prevención de la incidencia de embarazo ectópico.

**Equipo técnico responsable:** La Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, el autor y el tutor de la presente investigación.

#### **6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

En el estudio realizado en el Hospital Regional Docente Ambato se investigó la relación existente entre los factores de riesgo asociados y su incidencia en el

embarazo ectópico, constatándose que el principal factor asociado fue la edad materna que correspondió con la edad de mayor fertilidad de la mujer y factores atribuibles probablemente a la mayor incidencia de Enfermedad Inflamatoria Pélvica provocadas por infecciones de transmisión sexual, abortos, etc.<sup>18</sup>

El inicio de la vida sexual activa y el número de parejas sexuales fueron factores importantes y desencadenantes de embarazo ectópico debido a los cambios en el comportamiento sexual y social con tendencia a la mayor precocidad y promiscuidad sexual.

Otros factores que representaron datos estadísticamente significativos fueron el nivel de instrucción, a menor grado de escolaridad la incidencia de embarazo ectópico es mayor sin ser este un factor determinante, además de la utilización de anticoncepción hormonal, antecedentes gineco – obstétricos como el número de gestas, antecedente de abortos y embarazos ectópicos previos.

Para este problema el equipo de salud es la base fundamental para la identificación oportuna de ciertos factores que de alguna forma pueden ser modificados, con énfasis en la prevención y promoción de salud.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

El delineamiento y aplicación del programa de difusión dirigido a las mujeres en edad fértil, sobre la prevención de los factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico en los subcentros de salud, se hace fundamental para reducir la incidencia de dicha patología gineco – obstétrica.

A pesar de que la incidencia de embarazo ectópico en esta investigación es relativamente baja se evidencio que los datos del departamento de estadística indican que entre sus veinte principales diagnósticos de hospitalización, se encuentra el embarazo ectópico con 34 casos en el 2011 y 15 casos en el primer trimestre del 2012; ocupando la novena causa de morbilidad ginecológica y no se habían realizado estudios al respecto.

Esta condición se debe principalmente a los factores de riesgo asociados, tanto socio demográficos, relacionados con la sexualidad y antecedentes gineco – obstétricos que influyen directamente, por lo que es imprescindible la prevención oportuna de dichos factores, ya que una vez que se presenta el embarazo ectópico la gran cantidad de complicaciones en las pacientes que son diagnosticadas tardíamente, alterarían su calidad de vida, salud orgánica y mental, además de un mayor riesgo de mortalidad de las mismas.

Por esta razón la propuesta pretende introducir el programa de difusión dirigido a las mujeres en edad fértil, como una herramienta que permita resolver los problemas derivados de los factores de riesgo asociados en el embarazo ectópico, con calidad, eficiencia y eficacia dentro del enfoque de atención primaria y cobertura universal mejorando su calidad de atención y de vida.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1. Objetivo general**

- Concientizar a las mujeres en edad fértil sobre la importancia de los factores de riesgo asociados en el embarazo ectópico a fin de lograr una prevención oportuna y una menor incidencia de dicha patología.

### **6.4.2. Objetivos específicos.**

- Educar a las mujeres en edad reproductiva sobre la importancia de la consulta preconcepcional para determinar así factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en las pacientes.
- Promover estrategias para prevenir y controlar los factores de riesgo que favorezcan el embarazo ectópico.
- Difundir el programa de prevención en los subcentros de salud de Ambato.

## **6.5. Análisis de Factibilidad**

Partimos del hecho, de que mi propuesta no es un documento técnico elaborado por especialistas, es una tentativa con reflexiones críticas y propositivas basadas en resultados para de alguna manera minimizar la incidencia de embarazo ectópico y de esta manera reducir la mortalidad materna. <sup>13</sup>

Una vez dado a conocer a las autoridades de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, acerca de la importancia de educar a nuestras pacientes en edad fértil se dice que es factible realizar dicha propuesta con la colaboración de quienes lo aprueben, debido a que en el ministerio de salud, se cuenta con profesionales y personal capacitado para poder realizarlo.

## **6.6. Fundamentación**

Si se analiza detenidamente el conjunto de resoluciones que la Organización Panamericana de la Salud presentó en su XXIII Conferencia, apoyando la iniciativa para una maternidad sin riesgos, que busca reducir la mortalidad materna en el 50 % para el año 2000 y que entre sus estrategias está "Asegurar la existencia de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, sobre muertes de mujeres en edad fértil para que proporcione información suficiente en cantidad y calidad, que permita conocer la magnitud del problema, sus causas y las determinantes sociales de la mortalidad materna", se comprende hasta dónde llega la importancia que desde el punto de vista preventivo tienen las acciones de salud que se ejerzan en la Atención Primaria de Salud con vistas a reducir este indicador. Recordemos que el Programa de Riesgo preconcepcional establece identificar a las mujeres en edad fértil con factores de riesgo para su adecuado control.<sup>17</sup>

Existe en la actualidad un incremento en el número de abortos y enfermedades de transmisión sexual, que conllevan a su vez a un aumento de la frecuencia de inflamaciones pélvicas que en los mejores de los casos alteran la anatomía de las trompas, lo que ha hecho que haya mayor incidencia de embarazo ectópico. Es

fácil comprender que donde están creadas todas las condiciones para prevenir estas entidades es en la atención primaria.<sup>22</sup>

### **6.7. Metodología Modelo operativo**

Se contemplará un plan de acción basado en:

Metas como lograr que las mujeres en edad fértil interioricen la importancia de mantener una [sexualidad](#) responsable, evitando las [relaciones sexuales](#) precoces y desprotegidas, que se eleve el nivel de salud evitando los [riesgos](#) de las [enfermedades de transmisión sexual](#), embarazos no deseados, [el aborto](#), con la utilización de los [métodos anticonceptivos](#) de barrera, para de esta forma detectar a tiempo cualquier anomalía que conlleva el embarazo ectópico.

Actividades realizando un seguimiento más estricto a las mujeres en edad fértil, con el objetivo de actuar sobre la [población](#) en riesgo en cuanto a los estilos de vida poco sanos, detectando las necesidades y problemas y actuar de forma planificada logrando la satisfacción de las mismas.

En base a charlas, la elaboración y la entrega de trípticos explicativos. Las sesiones de educación pueden catalogarse de tipo grupal o individual y hasta en el domicilio de cada paciente por medio de la formación de grupos guiados por médicos.

Estas últimas están orientadas a crear destrezas en ciertos aspectos puntuales, por ejemplo, importancia de la detección oportuna de los factores de riesgo asociados, el riesgo que conlleva la edad materna que corresponde con la edad de mayor fertilidad de la mujer y de ciertos factores que podrían modificarse como por ejemplo: el inicio de la vida sexual activa, el número de parejas sexuales, el consumo de tabaco, etc.

La acción educativa debe valerse de material audiovisual y escrito con el mayor número de gráficos e ilustraciones. Los programas deben nacer de la realidad de cada región, por lo tanto debe evitarse importar programas de otras partes, que aunque sean de excelente calidad no siempre son aplicables al medio no sólo por su lenguaje sino porque son diseñados para otro ambiente sociocultural.

Los recursos serán proporcionados por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua. El presupuesto será proporcionado por la institución y el Estado basado en la Ley de Gratuidad.

Los responsables del cumplimiento de esta propuesta serán el investigador y todos los profesionales que intervengan en esta propuesta.

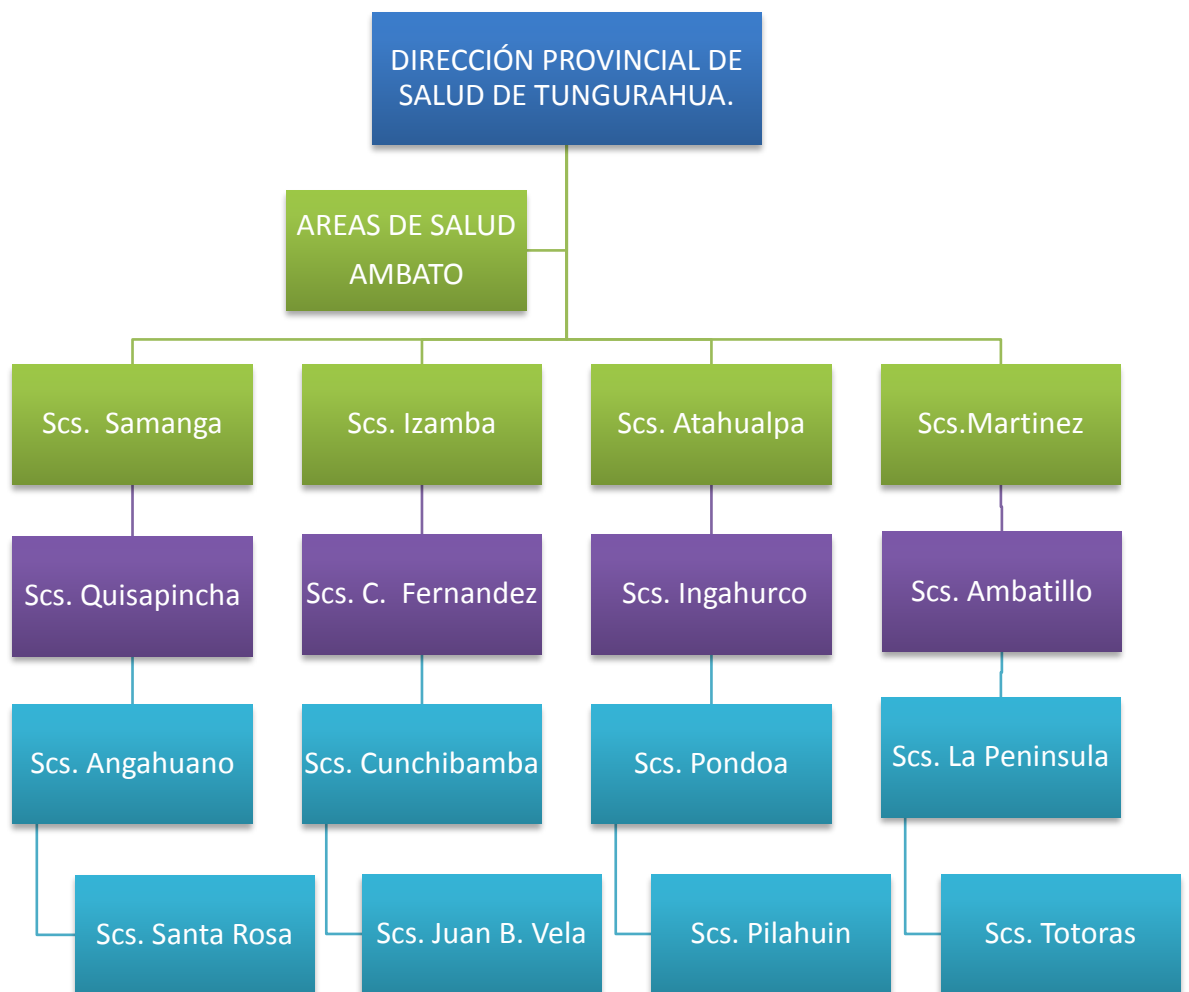
No existe un tiempo aproximado para la culminación de éste programa pues el Ministerio de Salud debe apropiarse del mismo en pro de la prevención del embarazo ectópico.



FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO	RESPONSABLES
<b>PLANIFICACIÓN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recolección de datos</li> <li>2. Elaboración del proyecto y materiales</li> </ol>	Difundir el programa educativo a las mujeres en edad fértil.	Conformación de los grupos para difundir el plan educativo.	Papel 10.00	Luzdari Torres P.
<b>EJECUCIÓN</b>	<p>Charlas sobre los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- ¿Cuáles son los factores socio demográficos?</li> <li>2.- ¿Cuáles son los factores relacionados con la sexualidad?</li> <li>3.- ¿Cuáles son los factores gineco - obstétricos?</li> </ol>	Concientizar a las mujeres en edad fértil sobre la prevención de ciertos factores que pueden ser modificados?	<p>Realizar charlas utilizando material audiovisual y escrito.</p> <p>Entrega de trípticos</p>	<p>Computadora</p> <p>Carteles 20.00</p> <p>Trípticos 50.00</p>	Luzdari Torres P.
<b>EVALUACIÓN</b>	Evaluar el resultado del proyecto propuesto.	Valorar el porcentaje de mujeres en edad fértil que acuden a control pre concepcional.	.		Luzdari Torres P.

## 6.8.Administración

Luego de realizada la investigación y puesta en consideración a las autoridades, la unidad operativa que administrará la propuesta será la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, capacitando a los profesionales implicados en el control pre concepcional a nivel de Sub centros de Salud de Ambato.



## 6.9.PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Qué evaluar?	El cumplimiento del programa por parte de las mujeres en riesgo y los ejecutores del mismo al igual que los resultados conseguidos tras el inicio del mismo.
2. ¿Por qué evaluar?	Determinar si se está cumpliendo adecuadamente con el programa preventivo
3. ¿Para qué evaluar?	Conocer si con lo establecido en el programa se ha conseguido una reducción de los factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico.
4. Indicadores	Número de controles pre concepcionales de las mujeres que acuden a los subcentros.
5. ¿Quién evalúa?	La Dirección Provincial de Salud de Tungurahua
6. ¿Cuándo evaluar?	Inicialmente de forma semanal, posteriormente se realizará de manera mensual.
7. ¿Cómo evaluar?	De acuerdo al cumplimiento de las metas establecidas en el modelo operativo
8. ¿Fuentes de información?	Las mujeres en edad fértil que acuden a los subcentros de salud.
9. ¿Con qué evaluar?	Observación

## BIBLIOGRAFÍA

1. **BALESTENA SÁNCHEZ JM, RODRÍGUEZ A, REGUERA CABRERA O.:** Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002 Sep.-dic. 28 (3)
2. **BENSON R.:** Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 1986:707-16.
3. **BOTERO J.** "Obstetricia y Ginecología". 4º Edición. 1989
4. **BOTELLA LLUSIÁ J.:** Embarazo ectópico. En: Tratado de Patología Obstétrica. Editorial Científica Médica, 1986; t 2:394-413
5. **CASANOVA CARRILLO, C.:** Epidemiología del Embarazo Ectópico en un hospital Gineco –Obstétrico. [Rev. Cubana Enfermer 2003; 19 \(3\):](#)
6. **COSTE et al.** 2000. Epidemiología del embarazo ectópico. Incidencia y factores de riesgo. 74: 881-6.
7. **EMBARAZO ECTÓPICO:** Manual de Atención Urgencias Obstétricas en el Primer Nivel de Atención. Diciembre 2001. ISBN 970-721-019-2. Derechos Reservados. **SECRETARÍA DE SALUD, México, D. F**
8. **FERNÁNDEZ ARENAS C, FERNÁNDEZ ARENAS M Y SOLER CÁRDENAS SF.:** Comportamiento del embarazo Ectópico en MATANZAS. 2004 . Hospital PROVINCIAL General Gineco-Obstétrico “Dr. Julio Rafael Alfonso Medina”. **Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas. Matanzas. Cuba – 2006**
9. **GONZALES Merlo.** "Obstetricia". 2º Edición. Editorial Salvat. Barcelona. 1985.

10. **GONZÁLEZ MERLO H.:** Embarazo Ectópico. En: Protocolo de Conductas. Madrid; Salvat; 1994.p.330-49.
11. **KALBERMATTER D.** (2007), Prevalencia de embarazo ectópico en el servicio de ginecología del hospital "Ramón Madariaga" de posada. Revista de Posgrado N°167.
12. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.** Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. La Habana: MINSAP; 2002.
13. **MINSAP:** Embarazo Ectópico. Orientaciones metodológicas para el manejo y control en todo el Sistema de Salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. C. Habana, Dic. 2002
14. **NOVAKE.R, JONESG.S.,JONESH.W.**"Embarazo Ectópico. En: Tratado de Ginecología". 9º Ed. Editorial Científico -Técnica. 1997. La Habana. Pág. 551 -568.
15. **ROBERT W, SHEPERD MD, PHILLIP E, PATTON MD.:** Serial b-HCG measurements in the early detection of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1990; 75(3): 417-19.
16. **RODRÍGUEZ MORALES Yordanka, et al.** Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010
17. **RODRÍGUEZ JA:** Embarazo Ectópico. Temas de Obstetricia y Ginecología. Cuba, Infomed, 2002.

- 18. SAN MARTÍN M:** Aspectos epidemiológicos y clínicos del diagnóstico del Embarazo Ectópico. Act Ginecol 1987;(1):9-14.
- 19. SHAN N, KHAN NH.** 2005. Embarazo ectópico, presentación y factores de riesgo. Coll Physicians Surg Pak 9: 535-8.
- 20. SCHWARCZ RL, DUVERGES CA, DIAZA.G, FESCINA RH.** "Obstetricia". 5º Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995. 181 - 186
- 21. SINOBAS H, CANDEBAT Z.** Gestorragias. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1984; t2:50
- 22. SOLANO SÁNCHEZ Salvador Rafael, et al.** Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Vol. 50, Núm. 2, Abr. - Jun. 2005. pp. 58 – 61
- 23. SOWTER MC, Farquhar CM.** Ectopic pregnancy: an update. Current Opinion Obstet Gynecol. 2004; 16:289-93.

## **LINKOGRAFÍA**

- 24. GINEWEB:** Embarazo, parto y puerperio: Información sobre salud y bienestar de la mujer. 2001. Disponible en: <http://www.unizar.es/gine/home.htm>
- 25. MATERNAL MORTALITY IN 2000.** Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.Html>

- 26. MEDLINE PLUS ENCICLOPEDIA MÉDICA:** Embarazo ectópico. 2002. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm>
- 27. MEDLINE PLUS ENCICLOPEDIA MÉDICA EN ESPAÑOL:** Embarazo ectópico. Oct. 2004. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>
- 28.** Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstetricia: Embarazo Ectópico. Lineamiento Técnico. Primera edición. Junio 2002. ISBN 970-721-033-8. Derechos Reservados. **SECRETARÍA DE SALUD, México, D. F. IMSS:** Disponible en: [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
- 29. URGENCIAS ABDOMINALES:** Tratamiento laparoscópico del Embarazo Ectópico. Centro Nacional de Cirugía Endoscópica.mht. Disponible en: <http://www.cce.sld.cu/servicios/ginecología/index.php>

#### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA**

- 30. SCIELO: RODRÍGUEZ Yordanka, ALTUNAGA Margarita,** Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico, Revista Cubana Obstetricia Ginecología v.36 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010, versión On-line ISSN 1561-3062.
- 31. SCIELO: URRUTIA María, POUPIN Lauren, et al.,** Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas, Revista chilena obstetricia ginecología. v.72 n.3 Santiago 2007, versión On-line ISSN 0717-7526.
- 32. SCIELO: FERNÁNDEZ ARENAS Carmen,** El embarazo ectópico se incrementa en el mundo, Revista Cubana Obstetricia Ginecología v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011, *versión On-line* ISSN 1561-3062.

**ANEXOS**



INST	PROCED	EDAD	GEST	ABORTOS	TABACO	EPI	INFERTILIDAD	ECTPREVIO	PAREJAS	DIU	HORM	ITS	IVSA	QxGIN	QxABD	ECTOPICO
P	R	16	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	>1	NO	SI	SI	<18	NO	NO	SI
P	R	25	MULTI	NO	NO	SI	NO	NO	>1	SI	NO	NO	<18	NO	NO	SI
P	R	37	GRANMUL	NO	SI	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	NO	NO	SI
S	R	34	NULI	NO	SI	SI	NO	NO	>1	SI	NO	NO	>18	NO	NO	SI
Sup	U	22	NULI	NO	SI	SI	NO	NO	>1	NO	SI	NO	>18	NO	NO	SI
P	R	36	GRANMUL	SI	NO	NO	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	NO	NO	SI
P	U	25	MULTI	NO	SI	SI	NO	NO	u	NO	SI	SI	>18	SI	NO	SI
Sup	R	19	MULTI	SI	SI	SI	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	SI	NO	SI
P	R	33	GRANMUL	SI	SI	SI	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	NO	NO	SI
S	R	23	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	SI	NO	SI
S	U	28	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	SI	NO	SI
P	R	17	NULI	NO	NO	SI	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	NO	NO	SI
S	U	24	MULTI	SI	SI	NO	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	NO	SI	SI
P	U	33	GRANMUL	SI	NO	SI	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	NO	NO	SI
P	R	32	GRANMUL	NO	SI	SI	NO	NO	u	SI	NO	NO	<18	NO	NO	SI
S	R	30	MULTI	NO	NO	SI	NO	NO	>1	NO	NO	NO	<18	SI	NO	SI
Sup	R	26	MULTI	NO	SI	NO	NO	SI	>1	NO	SI	SI	>18	SI	NO	SI
S	U	28	MULTI	SI	NO	SI	NO	NO	>1	NO	NO	NO	<18	NO	SI	SI
P	R	25	MULTI	NO	SI	NO	NO	NO	u	NO	NO	SI	>18	SI	NO	SI
P	R	22	MULTI	NO	NO	SI	NO	NO	>1	NO	SI	NO	<18	SI	NO	SI
S	R	24	GRANMUL	SI	SI	NO	NO	NO	>1	NO	NO	NO	<18	SI	NO	SI
P	R	36	GRANMUL	SI	NO	SI	NO	NO	u	SI	NO	NO	<18	SI	NO	SI
S	R	23	GRANMUL	SI	SI	SI	NO	SI	>1	NO	SI	NO	>18	SI	SI	SI
S	U	32	MULTI	NO	NO	SI	NO	NO	>1	NO	SI	SI	<18	NO	NO	SI

P	R	21	MULTI	SI	SI	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	NO	NO	SI
P	U	31	GRANMUL	SI	NO	SI	NO	NO	>1	NO	NO	SI	<18	NO	NO	SI
P	R	23	MULTI	NO	SI	NO	NO	NO	>1	SI	NO	SI	<18	SI	NO	SI
S	U	21	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	SI	NO	NO
P	R	37	GRANMUL	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	SI	NO	NO
P	R	16	NULI	NO	SI	NO	NO	NO	u	NO	NO	NO	<18	SI	NO	NO
S	U	27	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	> 1	NO	NO	SI	>18	SI	NO	NO
P	R	27	MULTI	SI	NO	NO	NO	NO	> 1	SI	NO	NO	<18	NO	NO	NO
S	U	21	NULI	NO	NO	SI	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
S	U	23	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	NO	NO	>18	NO	NO	NO
S	R	18	NULI	NO	NO	SI	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	NO	NO	NO
S	U	17	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	> 1	NO	NO	NO	<18	NO	NO	NO
S	U	22	NULI	NO	NO	SI	NO	NO	> 1	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
S	R	22	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
Sup	U	24	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	SI	NO	NO
p	U	17	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	NO	NO	<18	SI	NO	NO
S	U	24	MULTI	NO	NO	SI	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
S	U	32	MULTI	SI	NO	NO	NO	NO	> 1	NO	SI	SI	>18	SI	SI	NO
S	R	19	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
S	U	20	MULTI	NO	SI	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
S	U	33	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	>18	NO	NO	NO
Sup	U	26	MULTI	NO	NO	SI	NO	NO	> 1	NO	NO	NO	>18	NO	NO	NO
P	R	22	NULI	NO	NO	NO	NO	NO	> 1	NO	NO	NO	<18	NO	NO	NO
P	R	26	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	NO	NO	NO
P	U	27	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	u	SI	NO	NO	>18	NO	NO	NO

S	U	31	MULTI	SI	NO	NO	NO	NO	u	NO	SI	NO	<18	NO	NO	NO
S	U	28	MULTI	SI	NO	SI	NO	NO	u	NO	NO	NO	>18	SI	NO	NO
S	U	33	GRANMUL	NO	NO	SI	NO	NO	> 1	NO	NO	SI	>18	NO	NO	NO
Sup	U	23	NULI	NO	SI	NO	NO	NO	u	NO	NO	NO	>18	NO	NO	NO
P	R	27	MULTI	NO	NO	NO	NO	NO	> 1	NO	SI	NO	>18	SI	SI	NO

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**  
**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y REGISTROS MÉDICOS**  
**VEINTE PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE HOSPITALIZACION**  
**MORBILIDAD - GINECOLOGIA**

**TOTAL MUJERES**

**AÑO // 2012**

ORDEN	CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	TOTAL
1	O23.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en	63	0	63
2	O72.2	Hemorragia postparto secundaria o tardía	38	0	38
3	O23.5	Infección genital en el embarazo	31	0	31
4	D25.9	Leiomioma del útero, sin otra especificación	24	0	24
5	N71.9	Enfermedad inflamatoria del útero, no especificada	23	0	23
6	N83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	22	0	22
7	O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	18	0	18
8	N85.0	Hiperplasia de glándula del endometrio:	17	0	17
9	O00.9	Embarazo ectópico, no especificado	15	0	15
10	O21.0	Hiperemesis gravídica leve	13	0	13
11	O85.X	Sepsis puerperal	11	0	11
12	O99.6	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el pa	9	0	9
13	N92.1	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo irregular	9	0	9
14	T74.2	Abuso sexual	6	0	6
15	O42.9	Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	6	0	6
16	O14.9	Preeclampsia, no especificada	6	0	6
17	O44.1	Placenta previa con hemorragia	5	0	5
18	O86.0	Infección de herida quirúrgica obstétrica	5	0	5
19	C53.9	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	5	0	5
20	O13.X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria sig	4	0	4
		<b>FALLECIDOS</b>	2	0	2
		<b>PARTOS</b>	931	0	931
		<b>ABORTOS</b>	170	0	170
		<b>LAS DEMAS</b>	319	0	319
		<b>TOTAL</b>	1752	0	1752

DIRECTOR HPDA

*Mery Gavilanes A.*  
DRA. MERY GAVILANES A.  
LIDER DE ESTADÍSTICA HPDA



**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO**  
**DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Y REGISTROS MÉDICOS**  
**VEINTE PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE HOSPITALIZACION**

**MORBILIDAD - GINECOLOGIA**

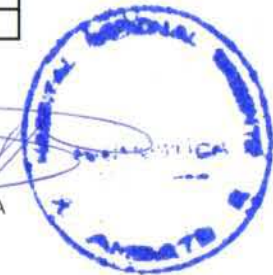
**TOTAL MUJERES**

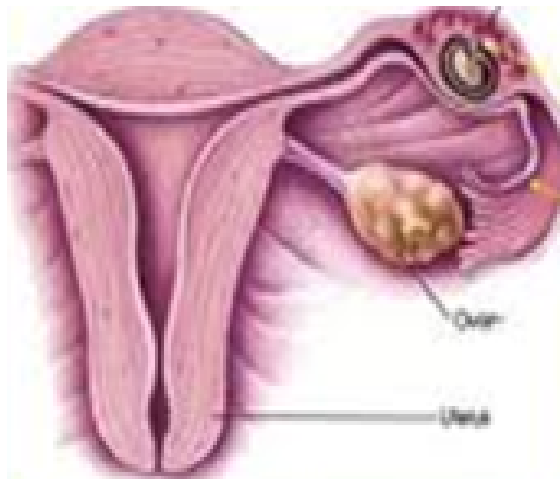
**AÑO 2011**

ORDEN	CODIGO	DIAGNÓSTICO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	TOTAL
1	O23.9	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en	115	130	245
2	O23.5	Infección genital en el embarazo	66	90	156
3	O72.2	Hemorragia postparto secundaria o tardía	36	43	79
4	D25.9	Leiomioma del útero, sin otra especificación	30	29	59
5	N85.0	Hiperplasia de glándula del endometrio:	25	28	53
6	N83.2	Otros quistes ováricos y los no especificados	27	16	43
7	O23.0	Infección del riñón en el embarazo	15	22	37
8	N92.1	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo irregular	25	11	36
9	O00.9	Embarazo ectópico, no especificado	22	12	34
10	O99.0	Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	13	20	33
11	T74.2	Abuso sexual	17	13	30
12	N71.9	Enfermedad inflamatoria del útero, no especificada	9	21	30
13	O21.0	Hiperemesis gravídica leve	13	7	20
14	N75.1	Absceso de la glándula de Bartholin	11	9	20
15	O14.9	Preeclampsia, no especificada	8	12	20
16	O13.X	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria sig	9	9	18
17	N61.X	Trastornos inflamatorios de la mama	6	10	16
18	O99.6	Enfermedades del sistema digestivo que complican el embarazo, el pa	5	11	16
19	O85.X	Sepsis puerperal	6	9	15
20	N92.6	Menstruación irregular, no especificada	7	7	14
		<b>FALLECIDOS</b>	5	4	9
		<b>PARTOS</b>	1672	1751	3423
		<b>ABORTOS</b>	354	326	680
		<b>LAS DEMAS</b>	458	592	1050
		<b>TOTAL</b>	2954	3182	6136

DIRECTOR HPDA

DRA. MERY GAVILANES A.  
LIDER DE ESTADÍSTICA HPDA





DILE SI A LA SEXUALIDAD RESPONSABLE EVITANDO LAS RELACIONES SEXUALES PRECOCES Y DESPROTEGIDAS



## EMBARAZO ECTÓPICO

SE DEFINE COMO UN EMBARAZO QUE SE PRODUCE EN CUALQUIER LUGAR FUERA DE LA CAVIDAD UTERINA

### FACTORES DE RIESGO

#### 3. FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS:

(EDAD MATERNA ENTRE 20 A 34 AÑOS, NIVEL DE INSTRUCCION PRIMARIA, PROCEDENCIA DE AREA RURAL Y CONSUMO DE TABACO)

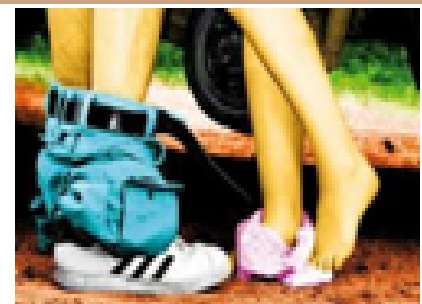


#### 2. FACTORES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD:

(INICIO TEMPRANO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA < 18 AÑOS, NUMERO DE PAREJAS SEXUALES 2 O +, USO DE DIU, ANTICONCEPCION HORMONAL)

#### 1. FACTORES GINECO-OBSTETRICOS:

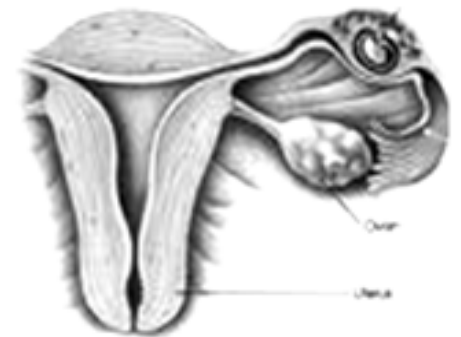
(MULTIPARAS, ANTECEDENTE DE EPI, ABORTOS, ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, EMBARAZO ECTOPICO PREVI, ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECOLOGICA, INFERTILIDAD)





## EMBARAZO ECTÓPICO

FACTORES  
DE RIESGO



DILE NO A LOS  
ESTILOS DE VIDA  
POCO SANOS...

DILE SI A LA SEXUA-  
LIDAD RESPONSA-  
BLE EVITANDO LAS  
RELACIONES  
SEXUALES PRECO-  
CES Y DESPROTEGI-  
DAS.



LUZDARI TORRES P.





# EMBARAZO ECTÓPICO

## DEFINICIÓN:

NORMALMENTE EL BLASTOCISTO SE IMPLANTA EN EL ENDOMETRIO DE LA CAVIDAD UTERINA.

SE DENOMINA EMBARAZO ECTÓPICO O INTRAUTERINO SI LA IMPLANTACIÓN SE PRODUCE EN CUALQUIER LUGAR FUERA DE LA CAVIDAD UTERINA.

DEBIDO A SUS COMPLICACIONES PUEDE COMPROMETER LA FERTILIDAD ASÍ COMO LA VIDA DE LA PACIENTE .

## FACTORES DE RIESGO:

### 1. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS:

LA EDAD MATERNA COMPRENDIDA ENTRE LOS 20 - 34 AÑOS QUE CORRESPONDE CON LA EDAD DE MAYOR FERTILIDAD DE LA MUJER.

EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN NO ES UN FACTOR DETERMINANTE EN LA INCIDENCIA DE ESTA PATOLOGÍA.

LA PROCEDENCIA DEBIDO A LA FALTA DE INFORMACIÓN EN EL ÁREA RURAL ACERCA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER.

EL CONSUMO DE TABACO.

### 2. FACTORES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD:

EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA A TEMPRANA EDAD POR EL MAYOR RIESGO A TENER MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.



EL TIPO DE ANTICONCEPCIÓN UTILIZADA. DIU VS ANTICONCEPCIÓN HORMONAL.



### 3. FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS:

EL NÚMERO DE GESTAS LAS MULTIPARAS TIENE MAYOR INCIDENCIA LO QUE SUGIERE COMPLICACIONES DE DIVERSA NATURALEZA EN EMBARAZOS PREVIOS.

EL ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA PROVOCADAS POR ITS Y ABORTOS PREVIOS.

EL ANTECEDENTE DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA Y EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO, INFERTILIDAD.

