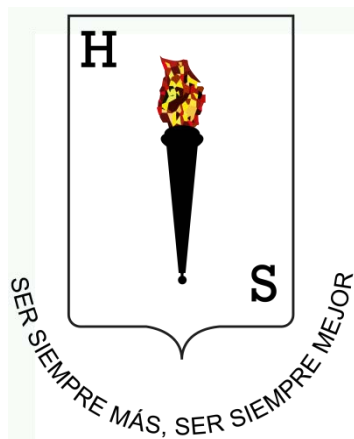


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR
EMBARAZO ECTÓPICO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
IZAMAR NATHALY AGRAMÓN GERARDO

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN ; 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a esta Universidad que me abrió las puertas para ser una mejor persona, para salir adelante y así con sus profesores, enseñanzas y conocimientos que se tienen poder yo también adquirirlos para después yo en mi práctica profesional aplicarlos de tal forma que sobresalga y tener esa satisfacción para reconocer que estudie en la *ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD*, incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México.

DEDICATORIAS

A mi **MADRE** y mi **ABUELA**.

Al final de esta etapa de mi vida no encuentro la forma de agradecer todo lo que han hecho por mí.

A mi madre gracias por darme la vida, por enseñarme a amar a Dios, su apoyo incondicional, por sus regaños, por sus sí y sus no; por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo, amor y confianza. Ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí, porque sé que mi sueño era el suyo también, sepan que la fuerza fue su unión fue la fuerza que me impulso y su amor el estímulo que me ayudo a lograrlo.

El logro hoy alcanzado es también de ustedes, resultado de sus esfuerzos, sacrificios y el tiempo invertido en mí.

Por lo que ha sido y será... Gracias

Con amor y demasiada admiración.

CONTENIDO

I.	DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	1
II.	CONTEXTO PROBLEMÁTICO	3
III.	HIPOTESIS.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	5
V.	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	6
VI.	METODOLOGÍA.....	7
VII.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	8
	7.1 Conceptos específicos.....	8
	7.2 Teorías relativas	9
	7.3 ¿Es posible tener un embarazo exitoso después de uno ectópico?	36
	7.4 ¿Qué puedo hacer para sobrellevar la pérdida de un embarazo?.....	37
VIII.	INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	38
IX.	RESULTADOS	40
X.	CONCLUSIONES	51
XI.	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.....	52
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	53
XIII.	ANEXOS.....	56

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. ¿Usted sabe que es el embarazo ectópico?	40
Tabla 2. ¿Cree que es importante la atención de enfermería en El embarazo ectópico?	41
Tabla 3. ¿Cree que es un riesgo tener un embarazo ectópico?	42
Tabla 4. ¿Desde su punto de vista cree que el embarazo ectópico se puede prevenir?	43
Tabla 5. ¿Cree usted que a cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?	44
Tabla 6. ¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?.....	45
Tabla 7. ¿Sabe usted cada cuanto tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?	46
Tabla 8. ¿En qué personas crees tú que es más frecuente que se presente este embarazo?	47
Tabla 9. ¿Si usted ya sabe por lo que está pasando y su médico y personal de enfermería le informan que procedimiento se tiene que realizar, se atendería?	48
Tabla 10. ¿Cómo estudiante de Enfermería crees que el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico?	49
Tabla 11. ¿Si tuviste un embarazo ectópico crees que puedas volver a quedar embarazada o volver a reincidir?	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. ¿Usted sabe que es el embarazo ectópico?	40
Figura 2. ¿Cree que es importante la atención de enfermería en el embarazo ectópico?	41
Figura 3. ¿Cree que es un riesgo tener un embarazo ectópico?	42
Figura 4. ¿Desde su punto de vista cree que el embarazo ectópico se puede prevenir?	43
Figura 5. ¿Cree usted que a cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?	44
Figura 6. ¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?.....	45
Figura 7. ¿Sabe usted cada cuanto tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?	46
Figura 8. ¿En qué personas crees tú que es más frecuente que se presente este embarazo?	47
Figura 9. ¿Si usted ya sabe por lo que está pasando y su médico y personal de enfermería le informan que procedimiento se tiene que realizar, se atendería?	48
Figura 10. ¿Cómo estudiante de Enfermería crees que el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico?	49
Figura 11. ¿Si tuviste un embarazo ectópico crees que puedas volver a quedar embarazada o volver a reincidir?	50

I. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

En este tema hablare en todo lo relacionado sobre la atención de enfermería del embarazo ectópico y si puede haber alguna prevención para vaya prevenirlo o de alguna manera mantener a la paciente de tal forma en que vaya evolucionando sin tener ningún problema durante su transcurso.

Informar a la paciente que es necesario una revisión continua de visitas periódicas al médico para chequeo y así ir descartando y estar en constante estudio para el diagnóstico oportuno de esta patología que aunque no es muy común podría presentarse en cualquier mujer en edad fértil.

Daré una pequeña explicación de algunos signos y síntomas, de cómo se va presentando esta enfermedad y así toda mujer que este en edad fértil vaya conociendo y teniendo los conocimientos básicos para saber distinguir en que momento puede estar ella en esta situación.

Hay que poner énfasis en la atención de enfermería que se da a toda paciente que llegue a necesitar dicho consejo para que la mujer que está pasando por este problema sepa que no está sola y que la ayuda que ella pueda buscar la puede encontrar en donde menos se imagina y esta ayuda pues la va a beneficiar pues no será cualquier ser humano el que le está brindando ese apoyo psicológico y sobretodo relacionado con la salud, sería como una asesoría de todo lo que ella puede hacer ante este acontecimiento que le está pasando.

Al momento de ya saber que hacer pues aquí también se hablara de la prevención o en mujeres que ya están pasando por este proceso seria que tratamiento debe llevar si es necesario que la pasen a cirugía o podría ser con medicamentos, pero siempre y cuando acudir al médico para previa revisión y el de su punto de vista, así como también llegar entre un acuerdo y primeramente que explique cualquier procedimiento que se le pueda realizar y cual pueda ser el más beneficiario para la pronta recuperación de la paciente.

Hay que ver también que la profesional de enfermería puede ser muy útil y realizar cambios en la paciente si esta se deja ayudar por nosotras, cabe recordar que no somos cualquier ser humano pues la enfermería está basada en lo que es el cuidado de cualquier ser humano que le falte o que necesite ayuda profesional o que simplemente no puede auto realizarse y tiene que recurrir a diferentes personas relacionadas con cuestiones del ámbito de la salud.

II. CONTEXTO PROBLEMÁTICO

Esta investigación va dirigida a toda aquella mujer que esté interesada en saber cuál es la prevención del embarazo ectópico o si existe una prevención para él, que la mujer debe de saber que debe de acudir al ginecólogo en un cierto tiempo determinado y así estar en constante revisión para tener un historial adecuado.

Este documento mi objetivo es que la mujer o toda persona la cual esté interesada sobre el tema tenga los conocimientos necesarios para que estén al día de todos los nuevos avances que trae consigo la medicina.

Para mí se me hizo muy fácil realizar esto pues todos los días estoy en práctica clínica en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y tengo el tiempo necesario para llevar a cabo mi investigación, pues acudo a esta institución por más de 7 horas, así como también estoy en constante contacto físico y emocional con las pacientes que se encuentran cursando con este padecimiento y así realmente verificar todo esto que se está mostrando en este documento.

Al momento de estar en la práctica clínica uno se va a dar cuenta de todo lo que realmente pasa en este campo laboral y así vemos que las mujeres no cuentan con esa información y no están preparadas para esto, entonces nosotros como profesional de enfermería debemos saber y educar, dar cierta información para que tengan los conocimientos necesarios para que estén al día de este padecimiento.

Aquí se obtuvo información y se investigó en un aspecto referente a lo teórica, información que fue a través de varios libros y de autores diferentes para tener información diferente y no solamente quedarnos con uno solo, también se llevó a cabo investigación práctica al momento de acudir al hospital y tener contacto con las mujeres que están pasando por esta patología.

¿LA ATENCIÓN ADECUADA DE ENFERMERÍA PUEDE PREVENIR EL EMBARAZO ECTÓPICO?

III. HIPÓTESIS

La atención de enfermería es adecuada y puede prevenir embarazo ectópico.

IV. OBJETIVOS

- 1.** Conocer en qué proporción o en qué porcentaje una atención adecuada de enfermería puede prevenir el embarazo ectópico
- 2.** Quiero saber cómo prevenir el embarazo ectópico en mujeres embarazadas de 20 a 25 años.
- 3.** Conocer cuáles son los factores que afectan el embarazo ectópico.
- 4.** Cuáles son las consecuencias que puede traer un embarazo ectópico.

V. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

- 1) Embarazo ectópico
- 2) Atención de enfermería para prevenir el embarazo ectópico

CONGRUENCIA DE LAS VARIABLES:

TÍTULO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADORES PARA LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN
• Embarazo Ectópico • Atención de enfermería para prevenir embarazo ectópico.	Quiero saber cómo prevenir el embarazo ectópico en mujeres embarazadas de 20 a 25 años.	• Conocer cuáles son los factores que afectan el embarazo ectópico. • Cuáles son las consecuencias que puede traer un embarazo ectópico.	• Concepto • Atención de enfermería • Causas • Prevención • Consecuencias • Factores que afectan

VI. METODOLOGÍA

Investigación Documental

Se consultaron varios autores y como se muestra en este documento está organizado por varias etapas o secciones en donde cada uno de ellos trae información referente al tema que se va a desarrollar y así descubrir o tratar de comprender si realmente el embarazo ectópico puede prevenirse y así como también verificar más que nada que sea más conocido por las personas y así llamar su atención, de varios autores que se consultaron se reunió información para explicar las teorías que están expuestas.

Técnica Documental

Expuesta la información obtenida por los autores anteriores se hace una encuesta hacia la población en general.

VII. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

7.1 Conceptos específicos

1. Embarazo:

Estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser. A la mujer embarazada le podemos llamar paciente porque el embarazo es capaz de desencadenar patología que pone en peligro la vida de la mujer. La especie humana está programada genéticamente para tener un solo producto por cada embarazo.

Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

2. Ectópico:

Ectópico/a. Adjetivo derivado del sustantivo griego ectopia, referente a:

- 1) hueso dislocado o luxado
- 2) órgano, principalmente víscera, en ubicación anómala. La palabra está constituida por la preposición «ek»: fuera, el sustantivo «topos»: lugar, y la desinencia «iko/a»: relativo a.

3. Atención en enfermería:

El término enfermería permite hacer referencia a distintos conceptos relacionados con la salud y los sistemas sanitarios. Una enfermería es una dependencia o un local para enfermos o heridos.

Enfermería también es la profesión de la persona que se encarga del cuidado y la atención de los heridos y los enfermos bajo criterios clínicos.

Atención adecuada para la prevención

7.2 Teorías relativas

EMBARAZO ECTÓPICO

ECTOPIA: Fuera del sitio común o habitual

Es aquel embarazo que se implanta fuera de la cavidad uterina.

Se define como embarazo ectópico (EE) también llamado ectociesis, el resultado de la anidación y el desarrollo de un ovulo fecundado en cualquier lugar que no sea la cavidad uterina. Partiendo de esta definición, el huevo fecundado puede anidar en la trompa de Falopio (con mucho, lo más frecuente), en un cuerno uterino, en un ovario, en el canal cervical, e incluso en la cavidad abdominal, estos posibles lugares de anidación se consideran variedades de EE y aunque comparten algunas características, justifican que de vez en cuando se haga una reseña pormenorizada de cada una de ellas.¹

Aunque la primera referencia de este proceso se atribuye a Abulcais en el siglo X, y fuera ya descrita como complicación obstétrica por Mauriceau en el siglo

¹José Antonio USADIZAGA BERGUIRISTAIN,
Obstetricia Ginecológica
MARBAN

XVII, todavía hay muchos aspectos controvertidos y novedosos que justifican una constante preocupación por este cuadro en la moderna Obstetricia. Tales aspectos abarcan el posible aumento en su incidencia, el que todavía constituya la principal causa de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo, la identificación de la mujer con riesgo elevado de padecerlo, la elección del tratamiento más idóneo y la repercusión de este proceso en la fertilidad posterior.

Embarazo ectópico es un embarazo que se desarrolla fuera del útero, usualmente, en las trompas de Falopio, ésta situación es amenazante para la vida de las mujeres, puesto que, a medida que el embarazo crece las trompas podrían llegar a explotar. Ésta situación puede ser tratada con una operación o con medicamentos. Un aborto medicinal no puede tratar un embarazo fuera del útero. Para asegurarte de que el embarazo se está desarrollando normalmente dentro del útero puedes realizarte un ultrasonido.

- Es un problema poco frecuente, pero grave durante el embarazo.
- Se produce cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero.
- Los síntomas incluyen dolor abdominal y en el hombro, calambres, sangrado vaginal, náuseas y mareos.

Las mujeres necesitan tratamiento de inmediato



FRECUENCIA

La verdadera incidencia de la gestión ectópica es difícil de precisar aunque se admite que la frecuencia se está incrementando. Así, por ejemplo, se comprueba que en distintos países la tasa ha ascendido entre 2 y 7 veces en los últimos 30 años; en España también se comprueba este mismo fenómeno.

La frecuencia es variable; depende de la población, pero puede ser del 1%, 2% de la población será más frecuente en personas de bajo nivel socioeconómico, sociocultural, en los extremos de la vida reproductiva, múltiples parejas sexuales, y de todos los embarazos ectópicos el 98% ocurre en la trompa de Falopio y un 2% se puede implantar en otro sitio como son ovarios, epiplón, y en cavidad abdominal.

Sin embargo, este incremento puede que se deba en gran medida a circunstancias ajenas al propio EE. Así, hay muchos factores implicados en la reproducción humana cuya modificación puede repercutir sobre la tasa de EE, como la disminución de la natalidad (que reduce el denominador de los cálculos de frecuencia que emplean el número de estaciones), la prevalencia en el uso de ciertos método anticonceptivos, el empleo de tratamientos de esterilidad que luego veremos aumentan el riesgo de EE, y la mejora de los métodos diagnosticados, que pueden reconocer un anidación ectópica no viable que en otro tiempo pasaría desapercibida.

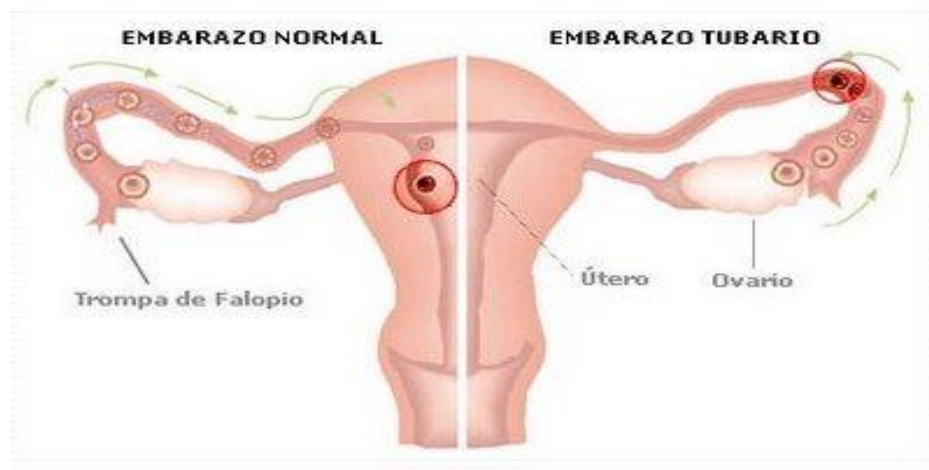
Lo que no es indiscutible es que la incidencia varía mucho de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país, lo cual atribuye a la distinta prevalencia de los factores etiológicos de unas otras poblaciones.

Después de la concepción, el óvulo fecundado desciende por la trompa de Falopio en dirección hacia el útero. Si la trompa se encuentra dañada u obstruida y no permite que el óvulo se dirija hacia el útero, éste puede implantarse en la trompa y continuar desarrollándose allí.

Debido a que la gran mayoría de los embarazos ectópicos tienen lugar en una de las trompas de Falopio, frecuentemente se los llama embarazos —tubáricos². Con mucha menos frecuencia, el óvulo se implanta en uno de los ovarios en el cuello del útero directamente en el abdomen o incluso en la cicatriz de una cesárea².

Es también posible que una mujer tenga un embarazo normal en el útero y al mismo tiempo un embarazo ectópico. A esto se lo llama embarazo heterotópico y es bastante raro; sucede en uno de cada 4.000 embarazos.

Frecuencia del embarazo ectópico en diferentes países	Tasa por 1000	
Estados Unidos	4.8 (1973)	19.2 (1983)
Finlandia	10.9 (1973)	20.9 (1982)
Suecia	5.8 (60- 64)	41.1 (75- 79)



²Rafael Comino Delgado – Guillermo López García
Obstetricia y Ginecología
Edición Ariel
Segunda Edición

ETIOPATOGENIA

- 1) Anomalías anatómicas de la trompa de Falopio, congénitas o adquiridas (Cirugías tubaricas previas, adherencias)
- 2) Leiomiomas
- 3) Dispositivo Intrauterino (DIU), ya que altera el peristaltismo tubarico
- 4) Tabaquismo
- 5) Administración de antiespasmódicos en la primera semana de gestación
- 6) Transmigración (La trompa contraria atrapa al ovulo)

El EE es extraordinariamente raro en primates e infra primates, lo cual reduce las posibilidades de hacer estudios experimentales. Al ser la anidación tubarica la que se observa con más frecuencia, este apartado se centrara en la etiopatogenia de esta variedad.

La trompa participa en el proceso de reproducción conduciendo a los espermatozoides al sitio de la fecundación y, una vez producida esta, transportando el huevo fecundado hacia la cavidad uterina. Es lógico pensar que factores que alteren esa función pueden casar un EE, que se podría considerar, si estos factores son permanentes, como embarazo ectópico enfermedad.

Los estudios histopatológicos de las trompas que contenían un EE han mostrado la existencia de patología previa con una frecuencia que oscila entre el 5% y el 90%, con una media del 40%; ello quiere decir que en un porcentaje variable de casos no se descubre en el oviducto la causa de EE. Por lo que puede hablarse de un embarazo ectópico accidente.

Este concepto de >ectópico enfermedad> y >ectópico accidente> puede ser complicado de establecer, pero tiene importancia a la hora de analizar la conducta

terapéutica, ya que en el primero la causa será, por lo general, permanente, mientras que el segundo será transitoria.

FACTORES ETIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

MATERNOS

Alteración de la función tubarica

1. Inflamatoria
2. Traumática
3. Tumoral
4. Congénita

Migración externa del huevo

Tratamiento de esterilidad

EMBRIONARIOS

Malformación embrionaria

Anomalías cromosómicas

Los procesos que puedan alterar la función tubarica son a menudo inflamatorios, pero también pueden ser traumáticos, congénitos e incluso tumorales. La afectación inflamatoria de las trompas o enfermedad inflamatoria pelviana (EIP) es un factor etiológico de importancia. En estudios caso control se ha comunicado una incidencia siete veces mayor de la normal en EIP verificadas por laparoscopia; dentro de esta patogenia ocupa un papel destacado la infección casada por clamidias. En otras ocasiones, la patogenia de la afectación tubarica es traumática, y engloba la cirugía de las trompas y la esterilización quirúrgica. En este último caso, la fistulización del extremo uterino de la trompa permite el paso del espermatozoide, pero no del ovulo fecundado en dirección opuesta. La

incidencia de EE en gestaciones que se producen después de una esterilización quirúrgica alcanza el 15- 20%.

También puede alterarse la función de la trompa por causas congénitas, y se ha descrito tras la exposición in útero de un feto femenino a la acción de un estrógeno sintético (el dietilestilbestrol); también por la existencia de divertículos.

Entre las causas adquiridas, la endometriosis es una de las más frecuentes; de las tumorales, la salpingitis ístmica nodosa es la más común, aunque también, en otros casos, la tumoración puede ser extrínseca a la trompa y depender del útero del ovario.

Aunque los informes más recientes parecen rebatirlo, durante años se ha considerado que la anticoncepción con dispositivo intrauterino (DIU) suponía un factor de riesgo para el EE, e incluso algunos autores consideraban que era la razón más importante del aumento en la incidencia observada. Sin embargo, es un estudio bien planificado, Orí observó que el riesgo de EE era el mismo en mujeres que utilizaban DIU que en controles con idénticos factores de riesgo, salvo que el DIU contuviera progesterona.

En los casos en que no se observan alteraciones en las trompas y no hay factores de riesgo, la causa del EE debe ser otra.

En ocasiones, es probable que la causa sea embrionaria, y que anomalías estructurales o cromosómicas predispongan a la anidación ectópica. Esta hipótesis se basa en que la identificación de un embrión normal es muy rara en el EE. Sin embargo, cabe la posibilidad de que el huevo anormal sea la consecuencia y no la causa del EE.

También se ha propuesto como factor patogénico la transmigración del huevo fecundado. Esquemáticamente, el huevo fecundado recorrería un trayecto mayor de lo normal al ser recogido por la trompa contralateral y adquiriría la

capacidad de nidación cuando todavía no ha alcanzado la cavidad uterina. En favor de esta hipótesis se ha argüido la existencia del cuerpo lúteo en el ovario contralateral al EE; sin embargo, esta hipótesis también parece descartada por estudios recientes.

Por último, los tratamientos (Merlo, 1987) de esterilidad, como la inducción de la ovulación y la fecundación in vitro, se asocian a un porcentaje de EE superior al de las gestaciones espontáneas.

En la mayoría de los embarazos, el óvulo fecundado viaja a través de las trompas de Falopio hacia la matriz (útero). Cualquier cosa que bloquee o disminuya el movimiento de este óvulo a través de las trompas puede llevar a que se presente un embarazo ectópico:

- Defecto congénito en las trompas de Falopio.
- Cicatrización después de una ruptura del apéndice
- Endometriosis
- Antecedentes de un embarazo ectópico.
- Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía de los órganos femeninos.

Los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo de embarazo ectópico:

- Edad mayor a 35 años.
- Quedar en embarazo teniendo un dispositivo intrauterino (DIU).
- Haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar en embarazo.

- Haber tenido múltiples compañeros sexuales.
- Algunos tratamientos para la fertilidad.
- Tener las trompas ligadas (ligadura de trompas); más probable dos o más años después del procedimiento.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El embarazo extrauterino se localiza en la trompa (embarazo tubarico) en un 98% de los casos aproximadamente; le sigue en frecuencia el embarazo abdominal con el 1%, el uterino (cuerno o cérvix) con el 0.8% y el ovárico con el 0.2%.

Dentro de la trompa el asiento más común es la porción ampular, seguido es la porción intersticial. La gestación ectópica abdominal suele ser secundaria a una anidación tubarica que, después de abortarse por el pabellón, se implanta en alguna zona vecina.³

El desarrollo que sigue el huevo fecundado al implantarse en la trompa se atiene a dos descripciones frontalmente opuestas. Budowick y Cols. Comunicaron que el trofoblasto vellosa invade rápidamente la mucosa tubarica y que su desarrollo se produce sobre todo entre la mucosa y la serosa. Al crecer el huevo, se romperían vasos submucosos y el hematoma se ubicaría en este espacio, pudiendo exteriorizarse por el pabellón o romper la trompa en el caso de que sobrepase su capacidad de distensión. En contra de esta descripción, Stock opina el crecimiento del trofoblasto es expansivo y no invasor, y que afecta a la superficie del endosalpinx.

³Callen
Ecografía y Obstetricia
Quinta edición

Sea como fuere, el diagnóstico se confirma histológicamente por el hallazgo de vellosidades coriales en el interior de la trompa. El endometrio, bajo la acción de las hormonas producidas por el trofoblasto, sufre un proceso de decidualización.

La observación de Arias-Stella de que las glándulas endometriales presentan en casos de EE una apariencia especial caracterizada por hipertrofia e hiper Cromatismo con polimorfismo y actividad mitótica, que permitirá asegurar hasta un 76% de los casos la existencia de una gestación extrauterina, carece hoy día de interés, ya que este aspecto neoplásico también se comprueba en embarazos ectópicos y en endometrios de mujeres que reciben anovulatorios orales o clomifeno. De ahí que el llamado signo de Arias- Stella sea desde hace tiempo un recuerdo histórico.

EVOLUCIÓN

Las condiciones para la anidación en lugares distintos de la cavidad uterina son, comparativamente, desfavorables. Desde la perspectiva del producto de la concepción, las principales diferencias entre una gestación ectópica y una eutópica son la mayor frecuencia de huevos hueros en la primera y el hecho de que solo se vean imágenes histológicas de una placentación normal en el 10% de los embarazos extrauterinos. Se deban estos fenómenos a un defecto intrínseco del huevo o a las malas condiciones del terreno para la anidación, la consecuencia es un potencial evolutivo del EE menor que la de la gestación intrauterina, y caben tres posibilidades: La resolución espontánea, el aborto tubárico y la rotura tubárica.

La resolución espontánea se produce cuando el desarrollo de la gestación se interrumpe precozmente. Los modernos métodos de diagnóstico han permitido comprobar que este hecho sucede con cierta frecuencia, aunque no existan informes con cifras fidedignas; se considera que una actitud expectante puede permitir esta evolución entre un 10 y un 50% de los casos. La muerte precoz se

seguirá de una reabsorción seca, de la degeneración quística del huevo o de la aparición de un hematoma tubarico.

En los casos en que la implantación se produce en la porción ampular, el crecimiento del huevo y a destinsibilidad de este segmento tubarico puedan permitir el paso del producto de la concepción a la cavidad abdominal, lo que se conoce como aborto tubarico. Con el huevo también se expulsa una cantidad variable de sangre que justifica la presencia de síntomas y signos característicos. Excepcionalmente, el huevo abortad puede conservar su capacidad evolutiva y producirse un embarazo abdominal.

En otros casos, el embarazo extrauterino provoca la rotura tubarica por el efecto combinado de la erosión que producen las vellosidades y del hematoma que se forma al romperse vasos de la pared de la trompa. La rotura se produce en el borde anti mesentérico y es tanto más frecuente cuanto mayor sea el potencial evolutivo del huevo y tanto más precoz cuanto más proximal cuerno uterino se encuentre el sitio de la anidación, ya que la destinsibilidad tubarica disminuye. En la anidación intramural, por el mayor espesor de la pared, la rotura suele ser más tardía (hacia a 16 semana).

Cabe la posibilidad, muy rara por otra parte, de que el embarazo progrese hasta épocas avanzadas si la placenta consigue un lugar de implantación adecuado. Ello puede acontecer en el embarazo tubarico, con distensión progresiva de la trompa, o, más a menudo, en un embarazo abdominal primario (la placenta puede insertarse sobre el peritoneo de muy diversos órganos) o secundario a una anidación tubarica en la que la placenta se inserta en la trompa y el feto crece libremente en el abdomen con el cordón saliendo atraves del pabellón o por una rotura tubarica previa. El feto, en esta situación, puede llegar vivo cerca del termino del embarazo, pero casi siempre con malformaciones importantes. Aunque la posibilidad es extraordinariamente rara, se han descrito casos en lo que los síntomas y signos de embarazo son aparentemente normales, si bien la mujer refiere dolor, sobre todo con los movimientos fetales y trastornos intestinales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Durante las primeras semanas, los embarazos ectópicos son parecidos a los normales. Una mujer presenta atraso en su periodo menstrual, sensibilidad en los senos, cansancio y náuseas.

- Dolor abdominal fuerte en un costado del cuerpo
- Calambres y pérdidas de sangre
- Hemorragia vaginal
- Dolor en el hombro
- Náuseas y vómitos
- Desvanecimientos o mareos
- Sangrado vaginal anormal
- Cólico leve en un lado de la pelvis
- Ausencia de períodos
- Lumbago
- Dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis
- Sensación de desmayo o realmente desmayarse
- Presión intensa en el recto
- Presión arterial baja
- Dolor en el área del hombro
- Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen

A pesar de que los síntomas típicos del EE se caracterizan por la triada del dolor abdominal, hemorragia vaginal y amenorrea previa, antes de describirlos es menester diferenciar claramente tres estadios clínicos: asintomático, oligosintomático y de shock, lo cual responde fielmente a lo que se puede observar clínicamente.

El estadio asintomático se corresponde con la fase inicial del embarazo extrauterino, de duración variable según la capacidad evolutiva del huevo y el lugar de la implantación, fase en que la mujer, conocida o no su embarazo, no tiene molestias. Esta fase es potencialmente reconocible en casos de alto riesgo de gestación ectópica.

El estadio oligosintomático es el que presenta la triada clásica antes referida y otros síntomas y signos. El dolor abdominal es el más constante y está presente en un 90% de los casos. Lo más característico es que al comienzo sea sordo y de escasa duración y se localice en la fosa iliaca omolateral al embarazo ectópico. Con el paso del tiempo crece en duración e intensidad y se generaliza a todo el abdomen inferior. No obstante, puede ser bilateral o incluso contralateral. El paso de la sangre al peritoneo aumenta notablemente el dolor y cambia sus características (se puede irradiar al hombro por irritación diafragmática del nervio frénico).

La amenorrea, en ocasiones de cierta duración, es frecuente (75- 95% de los casos), pero también puede faltar, aunque la supuesta regla se describa como un sangrado atípico por su menor duración y cantidad.

El tercer síntoma en frecuencia es la hemorragia vaginal irregular (50- 81%), que típicamente suele ser un manchado debido a la descamación del endometrio motivada por una insuficiente producción hormonal del trofoblasto.

Otros síntomas que pueden observarse son los propios de la gestación precoz: náuseas y vómitos, turgencia mamaria. A veces se observa la expulsión de un molde decidual.

Los signos que se encuentren en la exploración tampoco son especialmente característicos. El más frecuente es el dolor anexial o el dolor abdominal a la palpación. En un 50% de los casos se percibe el ectópico como una masa anexial, aunque algunas veces, curiosamente, la masa se palpe en el anejo contrario al que tiene el embarazo.

El estímulo hormonal procedente del trofoblasto o del cuerpo lúteo agranda el útero en un 20- 30% de los casos, aunque el tamaño que alcanza rara vez se corresponde con el tiempo de amenorrea.

Si se produce un hemoperitoneo, se llega al estadio de shock, más factible en el ectópico accidente que en el ectópico enfermedad, ya que en este el riesgo elevado de extrauterino debe motivar una vigilancia más estrecha, lo que anticipa el diagnóstico. El dolor aumenta notablemente, llega a ser lancinante, en caso de rotura de la trompa, y se acompaña de taquicardia, palidez y disnea, por lo que se puede producir un shock hipovolémico.

En el estadio de shock estos signos cambian sustancialmente, ya que el hemoperitoneo produce una irritación peritoneal que se manifiesta por dolor de rebote sin defensa abdominal, el hematocele retro uterino justifica el dolor vivo con la presión en el fondo de saco vaginal posterior y cuando se moviliza el cérvix desde la vagina. La hipotensión y los datos hematológicos se corresponderán con la cuantía del hemoperitoneo.

DIAGNÓSTICO

De lo que acabamos de comentar en el cuadro clínico se deduce que el diagnóstico de este proceso puede plantearse en dos situaciones distintas (antes del estadio de shock y una vez que este se ha producido), y que esta división es pertinente, ya que no solo el cuadro cambia notablemente, sino que además la estrategia diagnóstica debe modificarse.

- Con la historia clínica completa apoyados por USG endovaginal.
- Cuantificación de la Beta HSGC

DIAGNÓSTICO EN FASE PRECOZ

La identificación de una ectociesis en la fase asintomática o en la oligoasintomática constituye todavía un auténtico reto que se ilustra por el hecho de que en series con abundante casuística el acierto diagnóstico ronda el 50%. Un 10% de los casos son dado de alta hospitalaria después de un legrado pretendidamente terapéutico y se sospechan muchos más de los que en realidad se descubren después.

EL primer paso para identificar un EE consiste en una cuidadosa anamnesis. Ciertamente, los datos clínicos son pocos característicos, y además compartidos por otros trastornos, ginecológicos o no, con los cuales hay que hacer el diagnóstico diferencial, como veremos más adelante. Pero por esta razón es todavía más importante precisar bien las características del dolor abdominal y su evolución, la fecha de la última menstruación y si esa regla tuvo o no el patrón habitual, el tipo de sangrado vaginal, en caso de que lo hubiese, y los síntomas acompañantes que puedan existir.

Igualmente necesario será establecer si existen factores de riesgo para el EE de los que hemos hablado en la etiopatogenia y si los datos exploratorios avalan la sospecha.

Las pruebas pueden incluir:

- Prueba de embarazo mediante la orina: para verificar el embarazo
- Examen pélvico: para revisar la sensibilidad y el tamaño del útero
- Exámenes sanguíneos: para medir el nivel de hormona del embarazo (HCG beta cuantitativa), que puede ayudar a determinar si el embarazo es sano o ectópico, en especial si se repite 48 horas después
- Culdocentesis: se inserta una aguja a través de la vagina por detrás del útero para revisar si hay alguna acumulación de sangre
- Ultrasonido: para revisar el útero y las trompas de Falopio en busca de un embarazo y luego combinar este resultado con el análisis de sangre (beta HCG cuantitativa).
- Laparoscopia: se inserta un tubo telescópico fino con luz a través de una pequeña incisión en el abdomen para detectar el embarazo ectópico⁴

⁴J. Lombardía M. Fernández
Ginecología y Obstetricia
2da Edición

Localización	Formas clínicas
Embarazo ectópico tubárico no complicado	Es el momento ideal para diagnosticarlo, pues se evitan los riesgos de ruptura de trompas. Se detecta por cirugía endoscópica, acompañado de signos tempranos de embarazos
Embarazo ectópico tubárico complicado	Hay pequeñas lipotimias, náuseas, vértigo y zumbido en los oídos. El dolor se intensifica y se irradia al abdomen, con signos de irritación peritoneal, o al hombro (signo de Lafont). El sangrado, en ocasiones, es oscuro como "borra de café". La palpación de la tumoración abdominal es muy dolorosa, así como el fondo de saco de Douglas que puede estar abombado, lugar donde se realiza la punción para confirmar (se extrae sangre que no coagula). Signos de descompensación hemodinámica o <i>shock</i> : está presente la sudación, palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión
Embarazo ectópico abdominal	Mayor tamaño que los localizados en la trompa, al examen se palpa un útero pequeño y se puede palpar las partes fetales a través del abdomen
Embarazo ectópico cervical	Es poco frecuente, se observa cuando existen: adherencias intrauterinas, miomas, dispositivos intrauterinos y operaciones reiteradas. Al examen vaginal el orificio cervical interno está cerrado y el externo abierto, con cuello blando, engrosado, que forma con el útero el aspecto de "reloj de arena", y desde el punto de vista clínico se manifiesta como una metrorragia indolora tras una amenorrea
Embarazo ectópico ovárico	Puede ser primario o secundario y, en ocasiones se puede conservar, y se localiza en un fragmento del ovario. En el examen abdominal se palpa aumento en fosa iliaca según localización
Embarazo ectópico intraligamentoso	Presenta, por lo general, los mismos signos y síntomas del embarazo ectópico (precoz)

TEST DEL EMBARAZO

La detección de la hCG en sangre u orina es un paso fundamental en el diagnóstico. En la fase que estamos analizando se puede solicitar la determinación en orina con carácter urgente, pero debe cuantificarse la fracción beta en sangre lo antes posible.

La hCG aparece en la sangre materna en el momento de la implantación del blastocito y específicamente cuando se forman algunas lagunas sanguíneas en torno a las vellosidades coriales. La prontitud mayor o menor en la detección de la hCG va a depender de la sensibilidad del test que se utilice, y aunque los métodos inmunoenzimáticos en orina pueden detectar una unidad / litro de hCG, el radioinmunoanálisis en sangre de la fracción beta se considera el test más sensible (5 mUI / mL). Sin embargo, demostrar la presencia de B- hCG asegura la existencia de tejido trofoblástico, no su localización.

Durante el tiempo se concentró el esfuerzo de los clínicos en comprobar la posible utilidad de la determinación de la B- hCG en sangre materna para diagnosticar la ectociesis, analizando bien la tasa o bien la curva en varias determinaciones seriadas. Para ello se partió del hecho de que la B- hCG ascendía gradualmente hasta alcanzar 190 000 UI/ L en la 9na semana y que su valor se duplicaba cada 2-3 días. Respecto a la tasa en una semana cualquiera de gestación, se mantuvo que el EE era menor que en la gestación intrauterina y que también el ascenso, en determinaciones seriadas, era menor.

Sin embargo, y aunque ambos hechos se comprueban a menudo en el EE, una sola cifra de B-hCG no es definitiva ni definitoria, ni tampoco lo es una dinámica de ascenso anormal (que puede corresponder a una gestación intrauterina no viable). Aun así, es importante resaltar el aspecto práctico que puede tener la determinación de la B-hCG. Según Kadar y cols, el valor de 6500 mUI/ mL sería la zona de discriminación para combinar con la ecografía; por encima de este valor la ecografía transabdominal debe identificar el saco de un embarazo intrauterino en el 94% de los casos, mientras que por debajo de esa cifra el saco no suele ser visible.

Si no se identifica un saco intrauterino por ecografía abdominal y la tasa de B- hCG supera la zona de discriminación, 86% de los casos tienen una ectociesis.

ECOGRAFÍA

Desde 1965 se ha utilizado la ecografía e el diagnóstico del EE, pero a pesar d los avances técnicos del EE, pero a pesar de los avances técnicos que se han producido (ecografía transvaginal), todavía siguen vigentes los criterios expuestos por Kobayashi en 1969. Según este autor, hay único signo directo ecográfico de certeza del EE: la presencia extrauterino de un saco ovular típico, con trofoblasto envolente y con embrión que muestra latido cardiaco; tal hecho es demostrable en un 5-10% de los EE.

En el resto de los casos de EE, este se sospecha ante la presencia de signos indirectos: ausencia de saco de gestación intrauterino, con o sin ecos intrauterinos amorfos debidos a la decidua o sangre; signo del <saco doble> o pseudosaco de gestación debido al despegamiento de la decidua; colección liquida en el fondo de saco de Douglas con pequeñas espículas características de hematocele retro uterino; y masa de apariencia pseudoquistica, con ecos interiores, localizada en una fosa iliaca.

El uso de sonda vaginal ofrece indudables ventajas al identificar las estructuras de la gestación más precozmente que la sonda abdominal; las imágenes descritas no cambian, pero en algunas series se llegan a visualizar los signos directos hasta en un 20% de los EE⁵.

La combinación de la sonografia con la CIFRA DE b- hCG (a la que antes hemos hecho mención) debe utilizar, si se usa sonda vaginal, otros valores de discriminación. Así, con títulos de B-hCG superiores a 1000 mUI/mL la ecografía transvaginal identifico del EE en el 92% de los casos cuyo valor de B-hCG era superior a 3600 mUI/mL.

⁵ J. González Merlo
J. L. Lailla Vicens
E. Fabre Gonzalez
E. Gonzalez Bosquet
Masson S.A

También se ha empleado el sistema Doppler para evaluar flujos sanguíneos, basándose en que el tejido trofoblástico tiene una alta velocidad y baja impedancia y permite hacer diagnóstico diferencial con imágenes anexiales parecidas.

OTRAS PRUEBAS BIOQUÍMICAS

Se han evaluado otras muchas sustancias para facilitar el diagnóstico del EE, como la proteína plasmática A asociada al embarazo, la Schwangerschaftsprotein 1 (SP1), el lactogeno placentario, la prolactina, la alfafetoproteína, las proteínas endometriales y los esteroides ováricos. De todas ellas, solo la progesterona merece un comentario. Milwidsky y cols. Comunicaron que el EE la progesterona plasmática tenía valores bajos, lo cual ha sido confirmado por otros autores. Con una base estadística se pueden establecer varios grupos: las cifras de progesterona plasmática $>25\text{ ng/mL}$ dan unas posibilidades de gestación intrauterina del 97%; si la cifra está entre 12 y 25 ng/mL se elevarían las posibilidades de una gestación ectópica; y, por último, si la cifra es muy baja ($<6.5\text{ ng/mL}$) se puede excluir una gestación con viabilidad.⁶

LAPAROSCOPIA

El procedimiento óptimo para diagnosticar el EE es la laparoscopia, aunque el hecho de ser una exploración quirúrgica obligue a un grado razonable de sospecha antes de indicarla. La seguridad diagnóstica en la fase precoz que estamos considerando depende de la pelvis y del estadio evolutivo de la gestación. El porcentaje de falsos negativos alcanza el 3-5% y se explicaría, aun con observador bien entrenado, si la gestación es excesivamente precoz o esta tan

⁶Rafael Comino Delgado – Guillermo López García
Obstetricia y Ginecología
Edición Ariel
Segunda Edición

distorsionada la anatomía de la pelvis que impide de la correcta visualización de las estructuras.

DIAGNÓSTICO EN FASE DE SHOCK

Cuando el ectópico ha producido un notable deterioro del estado general de la portadora, la cadena diagnóstica debe acortarse sustancialmente. Recogidos los datos de anamnesis y exploración que hemos mencionado, deben solicitarse con carácter urgente un test de embarazo en orina, la hematología y bioquímica sanguíneas y una ecografía. Si el test de embarazo es positivo, la ecografía no visualiza saco de gestación en la cavidad uterina, hay líquido en el fondo de saco de Douglas y los datos hematológicos son propios de una anemia hemorrágica, se deberá realizar una laparoscopia urgente, que podrá ir precedida de una culdocentesis.

La culdocentesis consiste en la punción- aspiración del contenido del fondo de saco de Douglas que se efectúa por vía vaginal. En caso de EE la presencia de sangre oscura se considera característica del hemoperitoneo y requiere un tratamiento inmediato.⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El cuadro clínico descrito puede aparecer en otros trastornos ginecológicos. La positividad de la coriogonadotropina plantea dos posibilidades: la amenaza de aborto o la gestación intrauterina acompañada de patología en la vecindad. Al combinar la hCG con la ecografía pelviana puede descartarse la amenaza de aborto si no se visualiza saco de gestación intrauterino; si este es una gestación intrauterina complicada por una gestación pelviana (con afectación tubarica) o una

⁷J. González Merlo
J. L. Lailla Vicens
E. Fabre Gonzalez
E. Gonzalez Bosquet
Masson S.A

apendicitis. Excepcionalmente (1: 30 000 casos) podría tratarse de una gestación heterotópica que combina un saco intrauterino y una gestación ectópica; un dato orientador es que la paciente este siendo tratada con inductores de la ovulación, que elevan considerablemente la frecuencia de este supuesto.

Si el test de embarazo es negativo y el cuadro clínico es agudo, puede tratarse de un hemoperitoneo por rotura del cuerpo lúteo. En este caso el diagnóstico positivo se establece con laparoscopia.

Otras afecciones que pueden motivar el diagnóstico diferencial son la torsión de un anejo, de un quiste ovárico o de un fibroma subseroso pediculado, la endometriosis o incluso una hemorragia uterina disfuncional.

Es un diagnóstico comparativo con otras entidades o enfermedades parecidas que presentan en la misma región o sitio.⁸

Se va hacer con apendicitis, con amenaza de aborto, colitis, litiasis, dismenorrea con cuerpo lúteo, hemorragia, quistes de ovario, estreñimiento, con trombosis de la vena ovárica.

TRATAMIENTO

Hasta 1953 en que Stromme describió la salpingostomía con extracción del embarazo tubárico, el tratamiento del EE era siempre mutilador y consistía en la extirpación de toda la trompa o del fragmento de trompa que contenía el huevo. Este proceder, descrito por Tait en 1884, había sido adoptado para combatir la elevada mortalidad de este proceso, que alcanzaba el 70% de los casos. Sin embargo, el objetivo de eliminar la gestación ectópica no conlleva, hoy en día, la

⁸ Biblioteca Nacional de Ginecología y Obstetricia, Douglas- Strome
Edward J. Quilligan, Frederick P. Zuspan
Volumen 4
Editorial Quilligan Zuspan

obligatoriedad de extirpar la trompa (o un fragmento de ella) ni siquiera de recurrir a la cirugía.

El tratamiento del embarazo ectrauterino en estos momentos puede ser quirúrgico o no, y la decisión dependerá de varios factores, como: estadio evolutivo en que se encuentre, presencia de patología tubarica demostrable, edad de la mujer, deseo de conservar la capacidad reproductora y localización del ectópico. Si tenemos en cuenta el diferente compromiso para la salud de la mujer entre una localización y otra, que la gravedad del cuadro clínico puede abarcar un amplio espectro de posibilidades, desde la amenaza potencial al peligro real de un hemoperitoneo, que en algunos casos la mujer deseara conservar su fertilidad, y que en lo que la localización tubarica unos casos se deberán a un proceso preexistente que se puede repetir pero otros no, entenderemos que el ginecólogo puede alcanzar el objetivo de eliminar la gestación ectopica de diversas formas⁹.

Esquemáticamente hay tres posibilidades; la observación expectante, el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico y, dentro de este, el método puede ser conservador o mutilador.

Embarazo ectópico no roto, Se puede dar quimioterapia con un medicamento que es antimicóticos como el metotrexato el cual va a matar al embrión e impedir su crecimiento, al morir el embrión se acaba el embarazo y la trompa puede expulsarlo espontáneamente.

En el caso del embarazo ectópico roto requiere laparotomía de urgencia previa, estabilización de la paciente, Signos vitales y con buena hemoglobina, catéter de PVC.

⁹ J. González Merlo

J. L. Lailla Vicens

E. Fabre Gonzalez

E. Gonzalez Bosquet

Masson S.A.

OBSERVACIÓN EXPECTANTE

Ya hemos señalado, al hablar de la evolución, que un porcentaje no despreciable de gestaciones ectópicas se resuelve espontáneamente. Casi sin excepción, este planteamiento es posible cuando por los factores de riesgo o por vigilancia muy cuidadosa, el EE es identificado con prontitud.

Sin embargo, el riesgo de agravamiento es real y ello obliga imponer criterios restrictivos para su aplicación y la necesidad de vigilar adecuadamente la evolución.

Entre los criterios figuran el que la tasa de B hCG sea baja (<1000 mUI/mL) y decreciente en valores seriados, que la localización del ectópico sea tubarica y que sus dimensiones sean reductivas (<2 cm). Además es preciso supervisar adecuadamente la evolución haciendo determinaciones seriadas de B- hCG y exámenes ecográficos. Si se dan estas condiciones, las probabilidades de éxito alcanzan, según las series, el 75-80%, con un porcentaje similar de trompas permeables en la evaluación posterior. El tiempo que puede necesitarse hasta que se hace negativa la B-hCG puede llegar hasta a 40 días. Si la muerte en el interior de la trompa acontece tras unos meses de evolución, se produce la momificación del feto, que adquiere consistencia pétrea (litopedion).¹⁰

TRATAMIENTO MÉDICO

La eliminación de la gestación ectopica puede también abordarse empleando distintas sustancias. El primer método fue descrito por Tanaka y Cols. En 1982 utilizando un quimioterapico, el metotrexato, en un caso de embarazo extrauterino de localización intersticial. Posteriormente se han utilizado la

¹⁰ Biblioteca Nacional de Ginecología y Obstetricia, Douglas- Strome
Edward J. Quilligan, Frederick P. Zuspan
Volumen 4
Editorial Quilligan Zuspan

prostaglandina, el antiprogestageno RU486 y el cloruro de potásico, y se están investigando otros fármacos.

El más utilizado es el metotrexato, un antagonista del ácido fólico, que desde 1956 se emplea en el tratamiento de la mola. Se administra por vía parenteral u oral, aunque también se puede inyectar directamente en el saco de gestación por distintas vías.

Inicialmente, este tratamiento se empleó en localizaciones no tubaricas del EE, bien por el riesgo que comportan o bien por el deseo de fertilidad no alcanzable con tratamiento quirúrgico. El empleo en EE tubaricos parece más aconsejable cuando el saco es menor de 3cm, la serosa tubarica está intacta, no hay latido cardiaco en el embrión y la hemodinámica de la mujer es normal.

Se puede considerar como el tratamiento de elección en EE no tubaricos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento primario del EE tubarico es, en la mayoría de los casos, la cirugía, y a menos que las trompas sean asiento de un proceso preexistente claro, la técnica debe ser conservadora. Esta consiste en la salpingostomia lineal, que se realiza en el borde libre y por la que se extrae el tejido corial. Si esta incisión alcanza las fimbrias, debe luego suturarse; en caso contrario, es preferible dejarla abierta para que cierre por segunda intención.

Las condiciones para la cirugía conservadora también han sido precisadas y, aunque hay ciertas discrepancias, se requiere la integridad tubarica o una rotura mínima, estabilidad hemodinámica, localización ístmica o ampular, tamaño del ectópico <5cm y deseos de conservar la capacidad reproductora.

El hecho de que la intervención conservadora se realice por laparoscopia o por la laparotomía dependerá del entrenamiento del ginecólogo con el

laparoscopia. Es inexcusable que estas pacientes sean vigiladas con determinaciones semanales de B-hCG hasta que el título se haga negativo; si se estabiliza o se asciende, será necesario plantearse otro tratamiento, ya que el tejido trofoblástico que haya quedado estará proliferando. En este supuesto, una alternativa será el tratamiento médico que acabamos de mencionar.

Cuando la mujer no cumple las condiciones necesarias para la cirugía conservadora, se debe proceder a la extirpación del fragmento de trompa afectado, lo cual también puede hacerse mediante laparoscopia. De lo que no cabe duda desee o no la mujer nuevos embarazos, es que no debe extirparse el ovario a menos que su propia patología lo aconseje.

Tras la cirugía conservadora, la frecuencia con la que quedan permeables las trompas oscila según las series entre 65% y 100%; cierto es que la permeabilidad no presupone función correcta.

De las mujeres que desean concebir tras la cirugía conservadora, un 16% vuelve a sufrir un EE, aunque la función de la trompa impida hacer una correcta valoración de los casos.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

El EE representa todavía una causa importante de fallecimiento en países desarrollados. Se calcula que el 10% de las muertes acaecidas durante la gestación se debe a este proceso; pero si nos referimos al primer trimestre del embarazo sería la primera causa.

Resulta importante destacar que dos tercios de los fallecimientos se relacionan con retrasos en el diagnóstico o el tratamiento y que son, por tanto,

responsabilidad del ginecólogo. La razón principal de la muerte es el shock hipovolémico.¹¹

Respecto a la morbilidad, el problema más importante es la fertilidad futura. La mujer la desea. En conjunto, se comprueba que solo un 50% vuelven a concebir y que el riesgo de padecer un nuevo EE es del 12 al 18%. Estas cifras se están modificando con los nuevos tratamientos que se emplean tanto en el EE como en la esterilidad.

PREVENCIÓN

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Sin embargo, un embarazo tubárico puede en algunos casos prevenirse, evitando afecciones que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio. Lo siguiente puede reducir el riesgo:

- Practicar las relaciones sexuales con precaución, tomando medidas antes y durante el coito, lo cual puede evitar que usted contraiga una infección.
- Obtener diagnóstico y tratamiento oportunos de todas las infecciones causadas por relaciones sexuales (ETS).
- Dejar de fumar.
- Use protección al tener relaciones sexuales para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), que pueden ocasionar daños en las trompas de Falopio y en los ovarios.

¹¹ L. Cabero D. Saldivar E. Cabrillo
Obstetricia y medicina —materno fetal—
J. Zamarrigo
Edición PANAMERICANA 2007

- Tener un diagnóstico temprano y tratamiento para las ETS¹²

Entre 50 y 85% de las mujeres que han tenido un embarazo ectópico, más adelante pueden llegar a tener un embarazo normal. La posibilidad de un nuevo embarazo ectópico es de entre 10 y 20%.

Un porcentaje elevado de las mujeres que tuvieron un embarazo ectópico presentan infertilidad. En general, estas mujeres pueden recibir la ayuda de un especialista en infertilidad.

La tasa de mortalidad materna debido a un embarazo ectópico en los Estados Unidos ha disminuido en los últimos 30 años a menos del 0,1%.

7.3 ¿Es posible tener un embarazo exitoso después de uno ectópico?

Cuanto antes interrumpas un embarazo ectópico, menos daño sufrirá la trompa y más posibilidades tendrás de llegar a término con otro embarazo. E incluso si llegaras a perder una de las trompas, todavía puedes tener un embarazo normal, sin la necesidad de recurrir a tratamientos de fertilidad, mientras la otra esté en buenas condiciones.

Sin embargo, si tu primer embarazo ectópico fue el resultado de daños en la trompa causados por una infección, la ligadura de las trompas o la exposición al fármaco DES, hay más probabilidad de que la otra trompa también esté dañada. Esto puede reducir la posibilidad de concebir un hijo y aumentar la probabilidad de otro embarazo ectópico.

Si, por otro lado, no logras quedar embarazada debido a daños en las trompas, puedes ser una excelente candidata para tratamientos de fertilización como la fertilización in vitro.

¹² Anatomía y Ginecológica TORTORA
F. Bonilla- Callen
Editorial PANAMERICANA

7.4 ¿Qué puedo hacer para sobrellevar la pérdida de un embarazo?

Perder un embarazo es algo muy duro y es normal sentirse triste y desanimada.

Tal vez también te estés recuperando de una cirugía mayor, que quizás te haya dejado extenuada y con pérdida de sensibilidad, o estés sufriendo altibajos hormonales que te dejan deprimida y vulnerable.

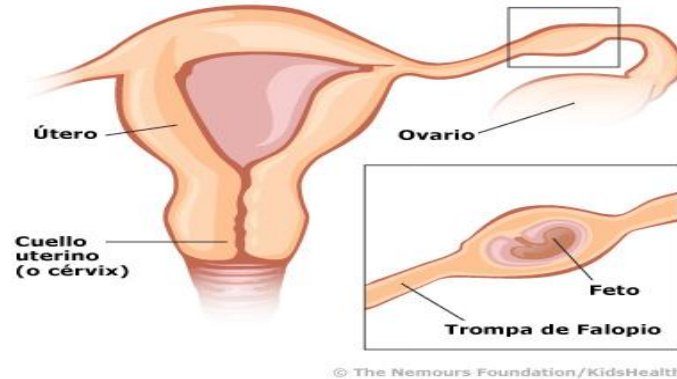
Necesitarás tiempo para recuperarte emocional y físicamente antes de intentar quedar embarazada de nuevo.

La mayoría de los médicos te aconsejarán esperar al menos tres meses después de una cirugía abdominal importante para que tu cuerpo cicatrice. (El riesgo de tener otro embarazo ectópico es también mayor mientras esté cicatrizándose la herida).

Quizás estés ansiosa por probar nuevamente o bien tengas miedo y seas precavida.

Hablar de tus sentimientos con tus familiares o amigas cercanas puede ayudarte a sobrellevarlos. Aun si hubieras perdido el bebé muy temprano en el embarazo, el dolor va a estar ahí y necesitarás la comprensión y el apoyo de tus seres queridos. Quizás estés ansiosa por intentar quedar embarazada de nuevo o es probable que tengas miedo y prefieras ser cautelosa.

Tu pareja también puede sentirse triste o impotente, o tener dificultad para expresar esos sentimientos o para mostrarse comprensivo. Esta experiencia puede acercarlos o crear tensión en la relación. Es perfectamente normal que busques apoyo psicológico si piensas que les ayudará a ti o a tu pareja a recuperarse (le puedes pedir a tu doctor que te recomiende a un terapeuta si no conoces ninguno).



VIII. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

POBLACIÓN Y MUESTRA

En la muestra de población fueran 300 personas y así mismo la encuesta fue aplicada al 10% de la población que fueron a 30 estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Las gráficas que están expuestas son aquellos resultados de las encuestas que fueron aplicadas.

Para sacar el número de personas para la aplicación de la encuesta se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Con el propósito de que la muestra fuera representativa, se realizó una determinación estadística en la que utilicé la siguiente fórmula:

$$Z^2 p q N$$

$$N = \frac{E^2 N}{Z^2 p q}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

N= tamaño de la población

n= tamaño de muestra

Z^2 = consecuencia del tamaño de muestra

E= margen de error aceptado

P= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

IX. RESULTADOS

EN RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO:

GRÁFICAS DE LA ENCUESTA APLICADA A LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Sabe que es el embarazo ectópico?	13	17

Tabla 1. ¿Usted sabe que es el embarazo ectópico?

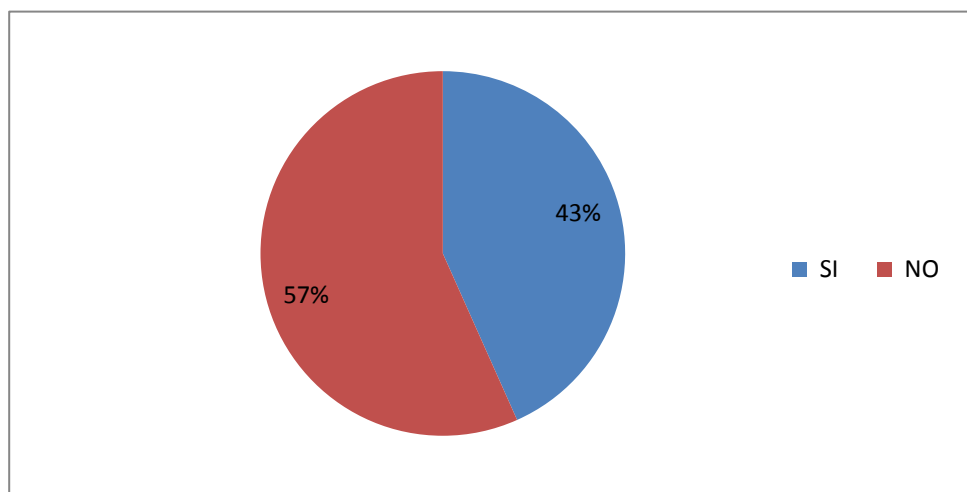


Figura 1. ¿Usted sabe que es el embarazo ectópico?

DESCRIPCIÓN: De las estudiantes de enfermería del hospital de Nuestra señora de la Salud 17 de ellas no saben que es el embarazo ectópico y 13 de ellas tienen conocimiento acerca de ello.

INTERPRETACIÓN: Esta pregunta se realizó con motivo a ver si las estudiantes de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud tienen conocimiento sobre este padecimiento.

PREGUNTA	SI	NO
¿Crees que es importante la atención de Enfermería en el Embarazo Ectópico?	28	2

Tabla 2. Cree que es importante la atención de enfermería en el embarazo ectópico?

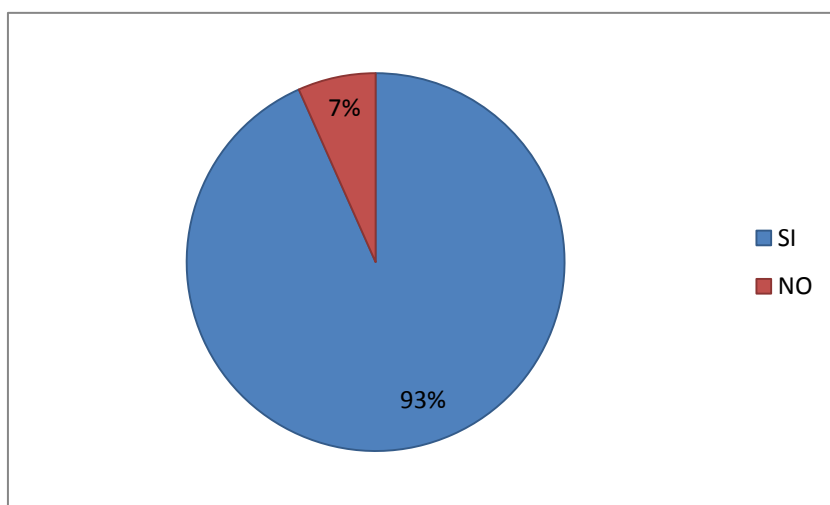


Figura 2. ¿Cree que es importante la atención de enfermería en el embarazo ectópico?

DESCRIPCIÓN: De 30 alumnas encuestadas, 28 de ellas creen que es importante la atención de enfermería en el embarazo ectópico y 2 de ellas no saben sobre ello.

INTERPRETACIÓN: Las alumnas de la Escuela de Enfermería saben que es necesario tener una atención de enfermería durante este transcurso y no ignoran esta enfermedad.

PREGUNTA	SI	NO
¿Cree que es un riesgo tener un Embarazo ectópico?	10	20

Tabla 3. ¿Cree que es un riesgo tener un embarazo ectópico?

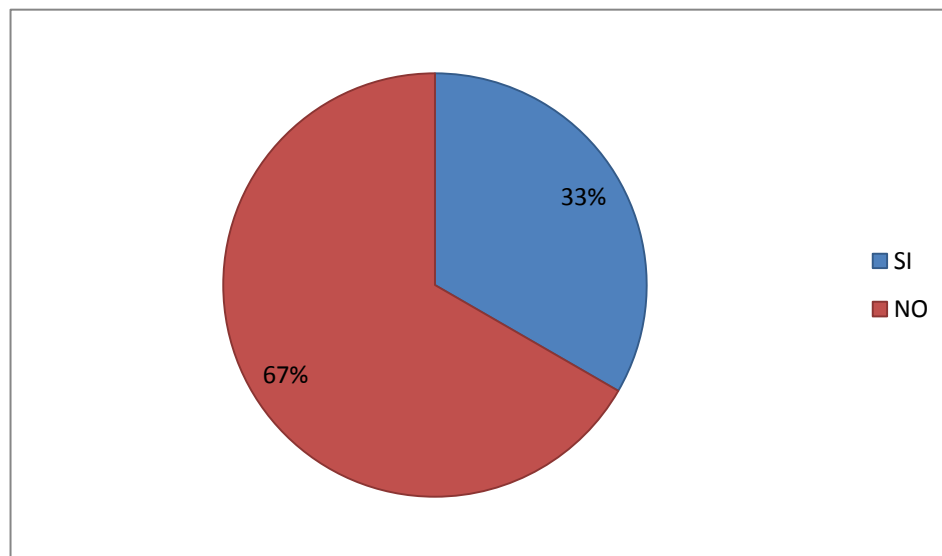


Figura 3. ¿Cree que es un riesgo tener un embarazo ectópico?

DESCRIPCIÓN: 20 de las estudiantes de la Escuela de Enfermería creen que no es riesgo tener o padecer un embarazo ectópico y 10 de ellas saben que se necesita atención por parte de enfermería para no correr alguna complicación o

INTERPRETACION: Las estudiantes de Enfermería del Hospital e Nuestra señora de la salud están abajas de conocimientos acerca de que el embarazo ectópico si se debe de tratar y que es un riesgo padecer esto.

PREGUNTA	SI	NO
Desde su punto de vista ¿cree que el Embarazo ectópico se puede prevenir?	5	25

Tabla 4. ¿Desde su punto de vista cree que el embarazo ectópico se puede prevenir?

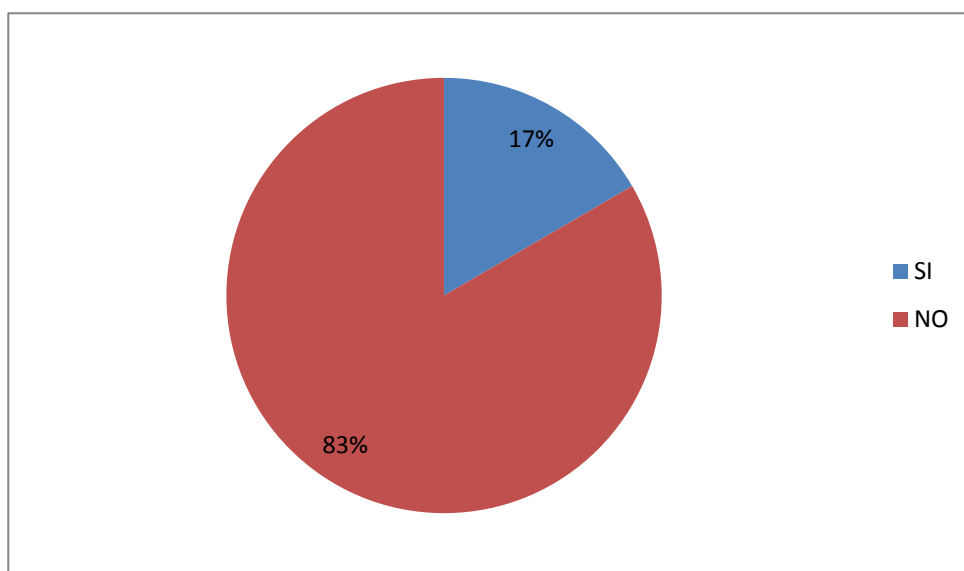


Figura 4. ¿Desde su punto de vista cree que el embarazo ectópico se puede prevenir?

DESCRIPCIÓN: El 17% de las alumnas de la Escuela de enfermería del Hospital de Nuestra señora de la salud creen o piensan que este si se puede prevenir y el 83% fue de que no se puede prevenir.

INTERPRETACIÓN: Como podemos darnos cuenta la mayoría de las alumnas no dio o respondió a la pregunta de tal forma que sea la correcta pues el embarazo claro que se puede prevenir y vamos viendo que no conocen acerca del tema.

PREGUNTA	SI	NO
¿Cree usted que cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?	22	8

Tabla 5. ¿Cree usted que a cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?

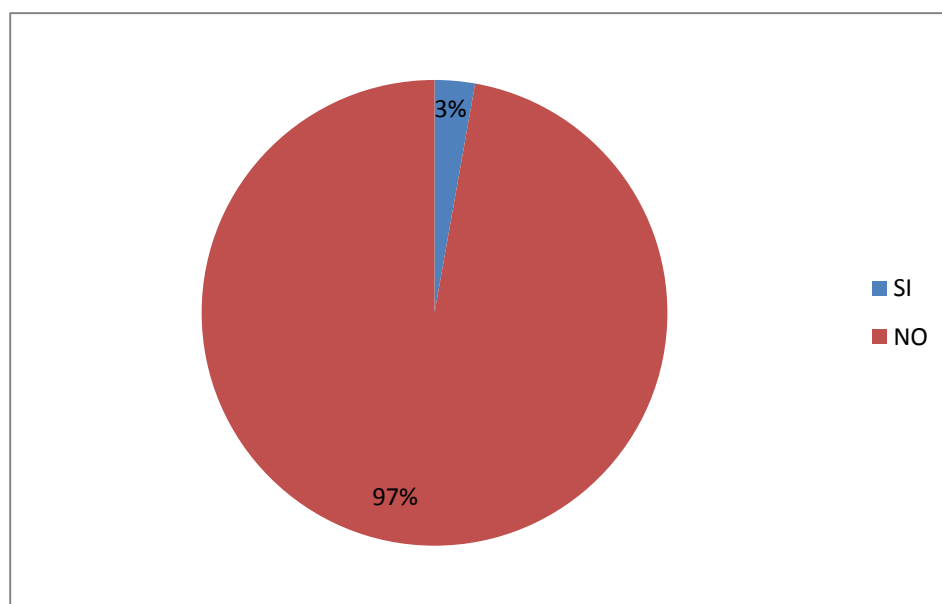


Figura 5. ¿Cree usted que a cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?

DESCRIPCIÓN: El 97% fueron de respuestas de que SI a cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle o pasar por el embarazo ectópico y el resto que fue el 3% se tuvo en respuestas negativas.

INTERPRETACIÓN: Nos damos cuenta que las estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud están en una respuesta positiva de que las mujeres en edad fértil le puede ocurrir esta acontecimiento.

PREGUNTA	SI	NO
¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?	25	5

Tabla 6. ¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?

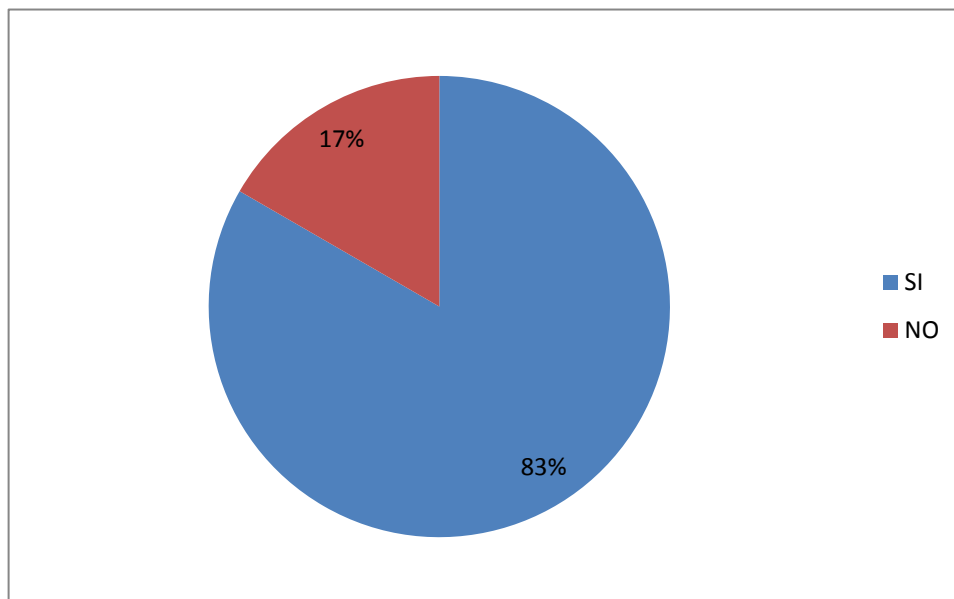


Figura 6. ¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?

DESCRIPCIÓN: El 83% de las respuestas de la pregunta de que si es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto y el 17% de la población no saben de qué se tiene que tener conocimientos para prevenir el embarazo ectópico.

INTERPRETACIÓN: Las estudiantes de la Escuela de Enfermería respondieron con la verdad de que si se tiene que tener conocimientos para poder prevenir el embarazo ectópico y muy pocas están en lo incorrecto.

PREGUNTA	SI	NO
¿Sabe usted cada cuanto tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?	24	6

Tabla 7. ¿Sabe usted cada cuanto tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?

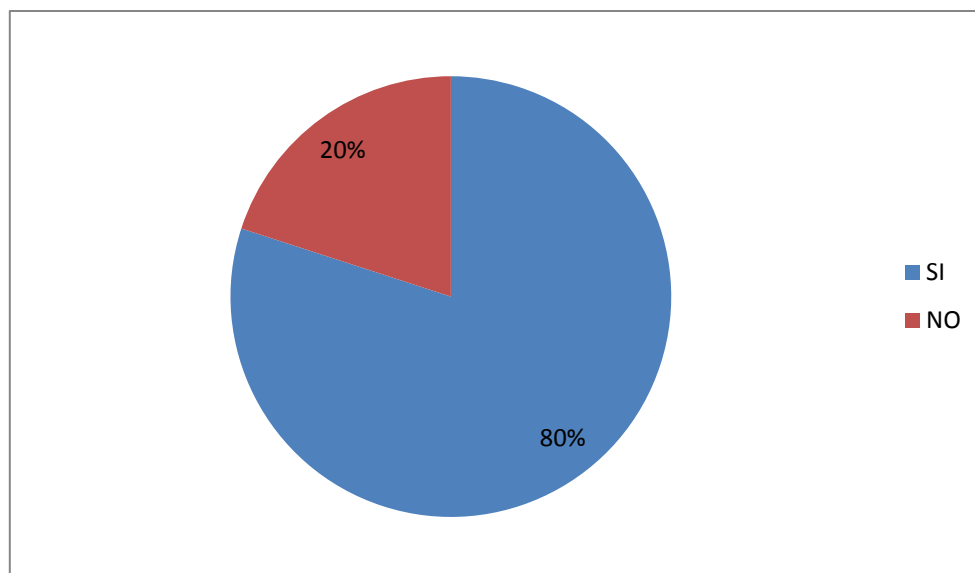


Figura 7. ¿Sabe usted cada cuanto tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?

DESCRIPCIÓN: De 30 de las alumnas encuestadas la mayor parte de ellas saben que mes con mes tienen que acudir al ginecólogo para una revisión constante

INTERPRETACIÓN: Al ser el mayor porcentaje de sí que las pacientes deben acudir al ginecólogo en una cita cada vez por mes, entonces se ve que están interesadas o que no ignoran esto.

PREGUNTA	Mujeres de bajo nivel socioeconómico	Mujeres de corta edad	Mujeres con múltiples parejas sexuales
¿En qué personas crees tú es más frecuente que se presente este embarazo?	13	8	9

Tabla 8. ¿En qué personas crees tú que es más frecuente que se presente este embarazo?

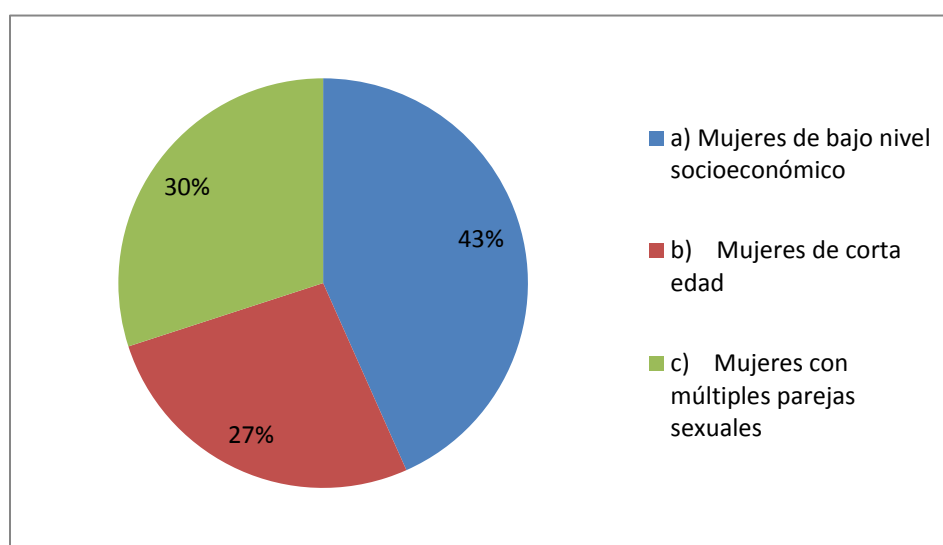


Figura 8. ¿En qué personas crees tú que es más frecuente que se presente este embarazo?

DESCRIPCIÓN: En esta pregunta el 43% de las Estudiantes de la Escuela de Enfermería que fueron encuestadas creen que el embarazo ectópico se presenta en mujeres de bajo nivel socioeconómico, el 30% porque han tenido o tienen varias parejas sexuales y el 27% porque son de edad muy corta, mujeres muy jóvenes.

INTERPRETACIÓN: Como nos podemos dar cuenta las estudiantes creen que este padecimiento se presenta en mujeres de bajo nivel socioeconómico, ellas tienen algún conocimiento aunque sea mínimo, que bueno ya es un avance para las estudiante de enfermería tener un conocimiento previo de ello.

PREGUNTA	SI	NO	Que el tiempo lo decida
¿Si usted ya sabe por lo que está pasando y su médico y personal de enfermería le informan que procedimiento se tiene que realizar, se atendería?	17	6	7

Tabla 9. ¿Si usted ya sabe por lo que está pasando y su médico y personal de enfermería le informan que procedimiento se tiene que realizar, se atendería?

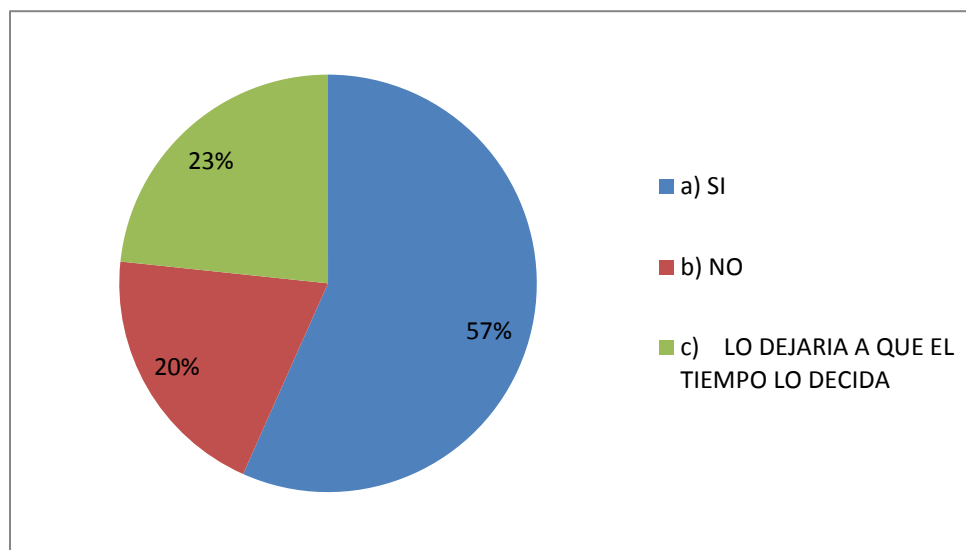


Figura 9. ¿Si usted ya sabe por lo que está pasando y su médico y personal de enfermería le informan que procedimiento se tiene que realizar, se atendería?

INTERPRETACIÓN: El 57% de las alumnas encuestadas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sabe que si presentara alguna patología así tiene que acudir al médico, tiene que tratarse, el 23% no tienen idea de que es este padecimiento y el 20% no sabrían que hacer.

DESCRIPCIÓN: En esta pregunta fue como un poco admirable pues como podemos ver la mayoría de las alumnas claro que se deben de atender para no tener mayores complicaciones con esta patología pero también un 23% dejarían que el tiempo pase, y vaya que él lo decida.

PREGUNTA	SI	NO
¿Cómo estudiante de enfermería crees que el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico?	8	22

Tabla 10. ¿Cómo estudiante de Enfermería crees que el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico?

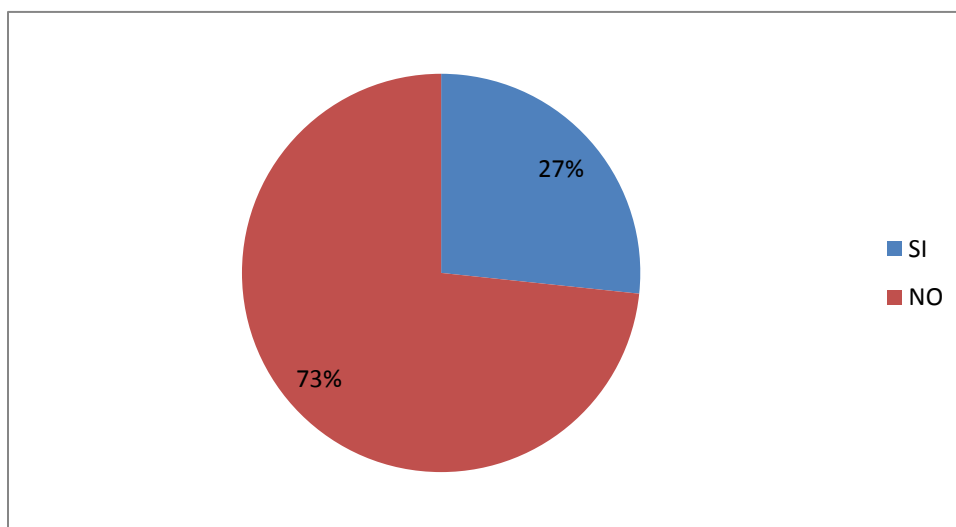


Figura 10. ¿Cómo estudiante de Enfermería crees que el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico?

DESCRIPCIÓN: El 27% de las respuestas fue de que si el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico y el 73% que no que es alguna patología y que no a cualquier paciente le puede ocurrir ello.

INTERPRETACIÓN: Como podemos darnos cuenta la mayoría de las Estudiantes dio la respuesta correcta, lo que nos ayuda a comprobar de que tienen conocimientos acerca del embarazo ectópico.

PREGUNTA	SI	NO
¿Si tuviste un Embarazo ectópico crees que pueda volver a quedar embarazada o volver a reiniciar?	19	11

Tabla 11. ¿Si tuviste un embarazo ectópico crees que puedas volver a quedar embarazada o volver a reincidir?

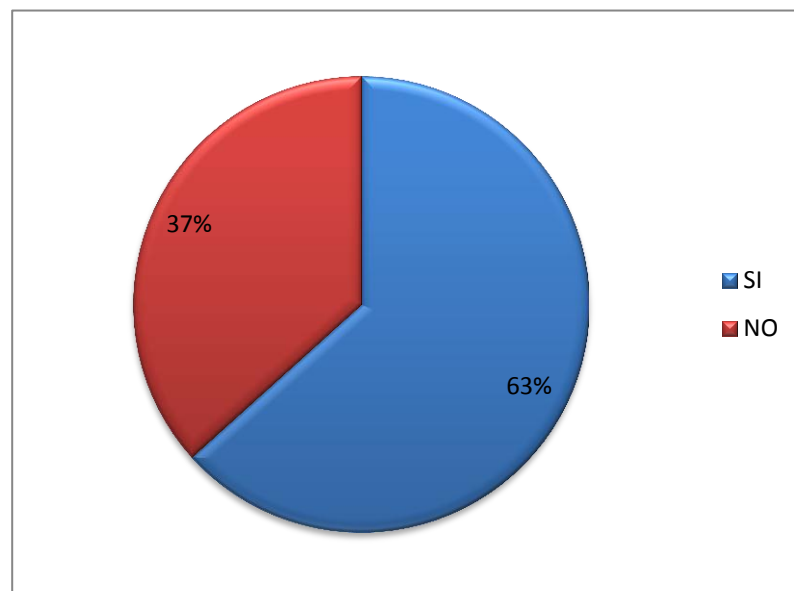


Figura 11. ¿Si tuviste un embarazo ectópico crees que puedas volver a quedar embarazada o volver a reincidir?

DESCRIPCIÓN: La mayoría de las estudiantes con un 63% están de acuerdo que al momento de tener un embarazo pueden volver a tenerlo y el 37% es que negativa la respuesta.

INTERPRETACIÓN: Pude darme cuenta que con esta respuesta nuevamente la mayoría de las enfermeras tienen la respuesta correcta y tienen conocimiento acerca de este síndrome.

X. CONCLUSIONES

Llego a la conclusión de que la hipótesis expuesta ha sido comprobada pues es muy importante la atención de Enfermería en el embarazo ectópico y la Profesional De Enfermería ejerce un papel sumamente importante de acuerdo a que siempre está ahí con el paciente aun lado de el para sus necesidades.

De acuerdo a toda la investigación que realice, con este documento podemos ver que es muy importante para las Estudiantes de la Escuela de Enfermería saber sobre el tema de embarazo ectópico pues hay que tener conocimientos, bases de cada uno de los temas con los que estamos relacionados y para saber cuál sería la atención de enfermería adecuada para poder sobrellevar esto.

En este trabajo también se encontró que todas las Profesionales de enfermería deben de tener que estar actualizándose cada día, mes y año las cosas van cambiando con el paso del tiempo y no debemos de quedarnos ahí estancadas pues simplemente tenemos que ser cada día mejor y así demostrar nuestro desempeño, sabemos que somos indispensables tanto en el ámbito laboral como en el administrativo, los médicos adscritos así como también cualquier otro deben de reconocer nuestro esfuerzo que indudablemente es algo mayor y que gracias a nuestro apoyo ellos llegan a sentirse seguros de lo que están realizando.

Las enfermeras estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud sabe cuáles son sus funciones específicas y así saben que los pacientes son tratados por igual y que debemos de brindar una atención con calidad y calidez, ponernos en los zapatos de las otras personas para ver por lo que ellos están pasando.

XI. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Para que siga en práctica y así mismo pueda realizarse y cumplirse la propuesta creo necesario que sería hacer unas platicas en conjunto con las alumnas encuestadas en el auditorio del Hospital de Nuestra Señora de la Salud para que tengan un conocimiento fresco, completo y así mismo tengan los conocimientos necesarios para al momento de que se les presente algún caso, les hagan preguntas o interrogantes ellas sepan cómo contestarles sin que haya una equivocación o bien estén familiarizadas con el tema y no sepan que decir.

También a las Enfermeras que ya están en el Hospital, que ya están practicando ahí, trabajando pero que ellas tampoco tienen ese conocimiento que deberían de tenerlo podrían acudir a estas pláticas y así que el Hospital de Nuestra señora de la Salud este en buen desempeño académico y tenga la dicha de tener a buenas estudiantes y poder dar una atención de calidad y calidez.

Creo que es muy importante que día con día los profesionales de Enfermería deberían de estarse actualizando, pues ya que los avances tecnológicos son amplios y pues no hay que dejarnos estancar , existen muchas enfermeras, profesionales de enfermería que acuden a congresos, a platicas que se están actualizando para así mismo no quedarse en el mismo lugar.

Podríamos ver el modo de que se interesen todos los profesionales para que estén leyendo, estén al pendiente y al día de todo y si alguno de sus compañeros no saben pues ayudarlo en cuanto se le ofrezca.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. J. Lombardía M. Fernández
Ginecología y Obstetricia
2da Edición
2. Callen
Ecografía y Obstetricia
Quinta edición
3. F. Bonilla- Mosoules A. Pellicer
Obstetricia, reproducción y ginecología básicas
Editorial medica PANAMERICANAS
4. Rafael Comino Delgado – Guillermo López García
Obstetricia y Ginecología
Edición Ariel
Segunda Edición
5. J. González Merlo
J. L. Lailla Vicens
E. Fabre Gonzalez
E. Gonzalez Bosquet
Masson S.A
6. Obstetricia y Ginecología
Texto integrado
7ma edición
7. L. Cabero D. Saldivar E. Cabrillo
Obstetricia y medicina —materno fetal”
J. Zamarriego
Edición PANAMERICANA 2007
8. Ginecología y Obstetricia
Séptima Edición
Libro ilustrado

9. Anatomía y Ginecológica TORTORA
F. Bonilla- Callen
Editorial PANAMERICANA
10. Ginecología y Obstetricia para estudiantes
Chirlei Aparecida Ferreira
Editorial Maternn 2008
11. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Organización académica 1980- 1981
Dr. Guillermo Sobaron Acevedo
Fernando Pérez Correa
12. Ginecología y Obstetricia
Tercera Edición (Segunda edición en español)
Mark I. Evans
Impreso en México
13. Manual de Obstetricia
José Rabago
Editorial Porrúa, S.A Argentina numero 15
México, 1965
14. Biblioteca Nacional de Ginecología y Obstetricia, Douglas- Strome
Edward J. Quilligan, Frederick P. Zuspan
Volumen 4
Editorial Quilligan Zuspan
15. Maniobras y operaciones Obstétricas
Ernesto Mariscal
Ediciones científicas
La prensa medica mexicana, S.A
16. Programa Guía Obstetricia II
Sistema Universidad Abierta
17. Obstetricia I
México D.F Julio del 2008

18. Obstetricia

José Rabago

Nueva Edición con grabados tomo II

Edito Francisco Méndez Oteo

Venezuela 26

México D.F

19. Biblioteca del doctorado en medicina

P. Carnot y F. Rathery

47 tomos en octavo mayor. De 400 a 700 pág. ilustrados

XIII. ANEXOS

1. PLAN DE INVESTIGACIÓN
2. CUESTIONARIO
3. INSTRUMENTO DE COTEJO: Paloteo

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD A.C. CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO CLAVE 8722-12**

OBJETIVO: Este cuestionario se aplicara a parte de las alumnas de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra señora de la salud con el fin de verificar que tanto conocimiento tienen al respecto y así aplicar la atención adecuada para prevenir el embarazo ectópico.

**ENCUESTA APLICADA A LAS ALUMNAS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD**

1. ¿Usted sabe que es el embarazo ectópico?
 - a) SI
 - b) NO
2. ¿Cree que es importante la atención de enfermería en el embarazo ectópico?
 - a) SI
 - b) NO
3. ¿Cree que es un riesgo tener un embarazo ectópico?
 - a) SI
 - b) NO

4. ¿Desde su punto de vista cree que el embarazo ectópico se puede prevenir?
 - a) SI
 - b) NO
5. ¿Cree usted que a cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?
 - a) SI
 - b) NO
6. ¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?
 - a) SI
 - b) NO
7. ¿Sabe usted cada cuanto tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?
 - a) SI
 - b) NO
8. ¿En qué personas crees tú que es más frecuente que se presente este embarazo?
 - a) Mujeres de bajo nivel socioeconómico
 - b) Mujeres de corta edad
 - c) Mujeres con múltiples parejas sexuales
9. ¿Si usted ya sabe por lo que está pasando y su médico y personal de enfermería le informan que procedimiento se tiene que realizar, se atendería?
 - a) SI
 - b) NO
 - c) LO DEJARIA A QUE EL TIEMPO LO DECIDA
10. ¿Cómo estudiante de Enfermería crees que el embarazo ectópico es algo normal y fisiológico?
 - a) SI
 - b) NO

11. ¿Si tuviste un embarazo ectópico crees que puedas volver a quedar embarazada o volver a reincidir?

- a) SI
- b) NO

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD, ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

TESIS

CARRERA EN LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBTETRICIA

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA
PREVENIR EL EMBARAZO ECTÓPICO**

ELABORADO POR: IZAMAR NATHALY AGRAMÓN GERARDO

ASESORADO POR: M.A.E. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

FECHA: NOVIEMBRE DE 2013

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
TEMA.....	4
PROBLEMA.....	5
HIPOTESIS.....	6
VARIABLES.....	7
OBJETIVOS.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
METODOLOGIA.....	11
MARCO TEORICO.....	12
CONCEPTUALIZACIÓN.....	36
CRONOGRAMA.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39

I. INTRODUCCIÓN

En este tema hablare en todo lo relacionado sobre la atención de enfermería del embarazo ectópico y si puede haber alguna prevención para vaya prevenirlo o de alguna manera mantener a la paciente de tal forma en que vaya evolucionando sin tener ningún problema durante su transcurso.

Informar a la paciente que es necesario una revisión continua de visitas periódicas al médico para chequeo y así ir descartando y estar en constante estudio para el diagnóstico oportuno de esta patología que aunque no es muy común podría presentarse en cualquier mujer en edad fértil.

Daré una pequeña explicación de algunos signos y síntomas, de cómo se va presentando esta enfermedad y así toda mujer que este en edad fértil vaya conociendo y teniendo los conocimientos básicos para saber distinguir en que momento puede estar ella en esta situación.

Hay que poner énfasis en la atención de enfermería que se da a toda paciente que llegue a necesitar dicho consejo para que la mujer que está pasando por este problema sepa que no está sola y que la ayuda que ella pueda buscar la puede encontrar en donde menos se imagina y esta ayuda pues la va a beneficiar pues no será cualquier ser humano el que le está brindando ese apoyo psicológico y sobretodo relacionado con la salud, sería como una asesoría de todo lo que ella puede hacer ante este acontecimiento que le está pasando.

Al momento de ya saber que hacer pues aquí también se hablara de la prevención o en mujeres que ya están pasando por este proceso seria que tratamiento debe llevar si es necesario que la pasen a cirugía o podría ser con medicamentos, pero siempre y cuando acudir al médico para previa revisión y el de su punto de vista, así como también llegar entre un acuerdo y primeramente

que explique cualquier procedimiento que se le pueda realizar y cual pueda ser el más beneficiario para la pronta recuperación de la paciente.

Hay que ver también que la profesional de enfermería puede ser muy útil y realizar cambios en la paciente si esta se deja ayudar por nosotras, cabe recordar que no somos cualquier ser humano pues la enfermería está basada en lo que es el cuidado de cualquier ser humano que le falte o que necesite ayuda profesional o que simplemente no puede auto realizarse y tiene que recurrir a diferentes personas relacionadas con cuestiones del ámbito de la salud.

II. **TEMA:** Atención de enfermería para prevenir embarazo ectópico.

SUBTEMA: Atención de enfermería para prevenir embarazo ectópico a mujeres de 20 a 25 años de edad que acudan al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia, Michoacán, durante el mes de Agosto hasta Diciembre de 2013.

III. **PROBLEMA:** ¿La atención adecuada de enfermería puede prevenir el embarazo ectópico?

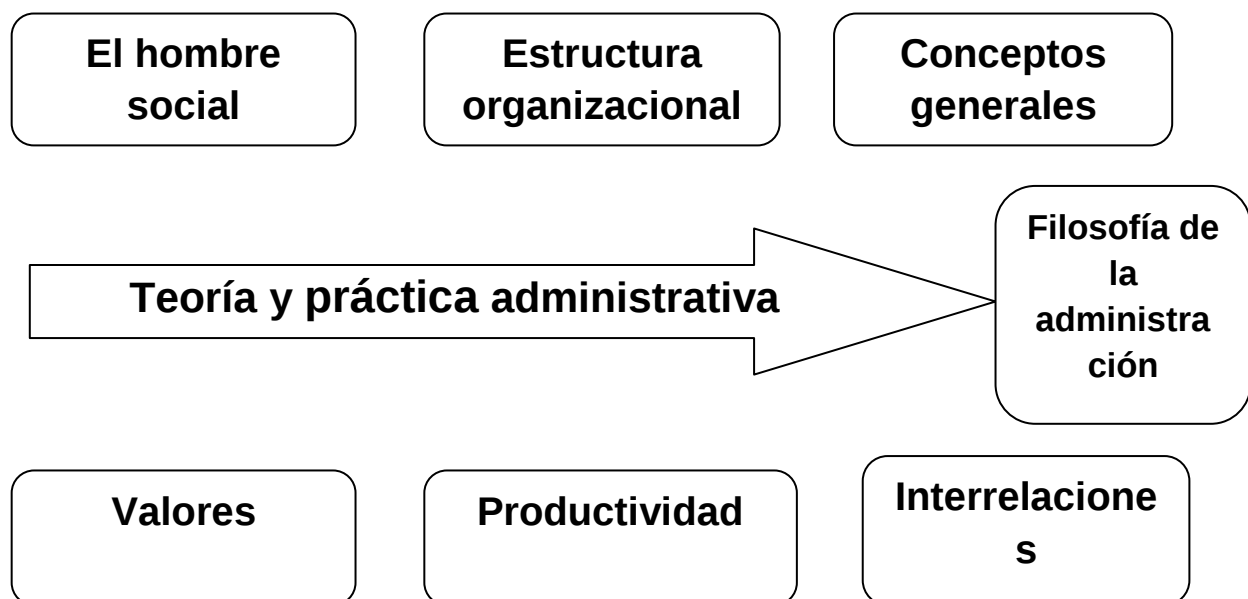
IV. **HIPOTESIS:** La atención de enfermería adecuada para prevenir embarazo ectópico sería una serie de consultas y un buen manejo medico con médico especialista y así no llegar hasta cierta situación.

V. VARIABLES:

- 1) Embarazo ectópico
- 2) Atención de enfermería para prevenir

CONGRUENCIA DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSIONES
FILOSOFIA DE LA ADMINISTRACION	- El hombre - Las organizaciones humanas - Las necesidades que se satisfacen en las organizaciones - Los valores - La productividad - Conceptos generales
PRACTICA ADMINISTRATIVA	- Paradigma - Características
INTERRELACIONES TEORIA-PRAXIS	- Relación entre filosofía y practica administrativa - Relación filosofía y teoría general de la administración



TITULO	OBJETIVO GENERAL	OBJETICO ESPECIFICO	INDICADORES PARA LA PREGUNTA DE INVESTIGACION
Atención de enfermería para prevenir embarazo ectópico.	Quiero saber cómo prevenir el embarazo ectópico en mujeres embarazadas de 20 a 25 años.	• Conocer cuáles son los factores que afectan el embarazo ectópico. • Cuáles son las consecuencias que puede traer un embarazo ectópico.	• Concepto • Atención de enfermería • Causas • Prevención • Consecuencias • Factores que afectan

VI. OBJETIVOS:

- Quiero saber cómo prevenir el embarazo ectópico en mujeres embarazadas de 20 a 25 años.
- Conocer cuáles son los factores que afectan el embarazo ectópico.
- Cuáles son las consecuencias que puede traer un embarazo ectópico.

VII. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación va dirigida a toda aquella mujer que esté interesada en saber cuál es la prevención del embarazo ectópico o si existe una prevención para él, que la mujer debe de saber que debe de acudir al ginecólogo en un cierto tiempo determinado y así estar en constante revisión para tener un historial adecuado.

Este documento mi objetivo es que la mujer o toda persona la cual esté interesada sobre el tema tenga los conocimientos necesarios para que estén al día de todos los nuevos avances que trae consigo la medicina.

Para mí se me hizo muy fácil realizar esto pues todos los días estoy en práctica clínica en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y tengo el tiempo necesario para llevar a cabo mi investigación, pues acudo a esta institución por más de 7 horas, así como también estoy en constante contacto físico y emocional con las pacientes que se encuentran cursando con este padecimiento y así realmente verificar todo esto que se está mostrando en este documento.

Al momento de estar en la práctica clínica uno se va a dar cuenta de todo lo que realmente pasa en este campo laboral y así vemos que las mujeres no cuentan con esa información y no están preparadas para esto, entonces nosotros como profesional de enfermería debemos saber y educar, dar cierta información para que tengan los conocimientos necesarios para que estén al día de este padecimiento.

Aquí se obtuvo información y se investigó en un aspecto referente a lo teórica, información que fue a través de varios libros y de autores diferentes para tener información diferente y no solamente quedarnos con uno solo, también se llevó a cabo investigación práctica al momento de acudir al hospital y tener contacto con las mujeres que están pasando por esta patología.

VIII. METODOLOGIA

INVESTIGACIÓN Documental

Se consultaron varios autores y como se muestra en este documento está organizado por varias etapas o secciones en donde cada uno de ellos trae información referente al tema que se va a desarrollar y así descubrir o tratar de comprender si realmente el embarazo ectópico puede prevenirse y así como también verificar más que nada que sea más conocido por las personas y así llamar su atención, de varios autores que se consultaron se reunió información para explicar las teorías que están expuestas.

TÉCNICA DOCUMENTAL

Expuesta la información obtenida por los autores anteriores se hace una encuesta hacia la población en general.

ENCUESTA

1. Cree que es importante la atención de enfermería en cuanto al embarazo ectópico?
2. ¿Es necesario tener precauciones acerca de ello?
3. ¿Desde su punto de vista cree que el embarazo ectópico se puede prevenir?
4. ¿A cualquier mujer en edad fértil puede ocurrirle este acontecimiento?
5. ¿Es necesario tener conocimientos para poder prevenir o hacer algo al respecto por esto?
6. ¿Sabe usted cada cuanto se tiene que acudir al ginecólogo para una revisión?

7. ¿Cuáles son las ventajas al prevenir un embarazo ectópico?

IX. MARCO TEORICO

EMBARAZO ECTÓPICO

Un embarazo ectópico es un embarazo que se desarrolla fuera del útero, usualmente, en las trompas de Falopio, ésta situación es amenazante para la vida de las mujeres, puesto que, a medida que el embarazo crece las trompas podrían llegar a explotar. Ésta situación puede ser tratada con una operación o con medicamentos. Un aborto medicinal no puede tratar un embarazo fuera del útero. Para asegurarte de que el embarazo se está desarrollando normalmente dentro del útero puedes realizarte un ultrasonido.

- Es un problema poco frecuente, pero grave durante el embarazo.
- Se produce cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero.
- Los síntomas incluyen dolor abdominal y en el hombro, calambres, sangrado vaginal, náuseas y mareos.
- Las mujeres necesitan tratamiento de inmediato.

Si usas Mifepristone y Misoprostol para terminar un embarazo y no te haces un ultrasonido, podrías tener un embarazo ectópico no detectado. Si no sangras o ves tejido después de tomar Misoprostol, si empiezas a tener dolor severo en el ombligo o en la espalda, si te sientes mareada o te desmayas o si sientes dolor en el área de los hombros, podrías tener un embarazo ectópico que ya explotó por lo que debes ir al hospital inmediatamente.

Si un óvulo fecundado se implanta fuera del útero se denomina embarazo ectópico o extrauterino. Se da en uno de cada 50 embarazos. No hay forma de trasplantar un embarazo ectópico (que significa literalmente ~~que~~ se produce fuera del lugar”) dentro del útero. Es por ello que la única solución es poner fin al embarazo.

Aunque existen algunos factores de riesgo, el embarazo ectópico le puede ocurrir a cualquier mujer. Y debido a que es potencialmente peligroso, es importante reconocer las primeras señales y recibir tratamiento lo más pronto posible.

El embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fertilizado no se implanta en el útero como es lo usual, sino que se implanta y comienza a crecer donde sea, especialmente en las trompas de Falopio. Las trompas de Falopio son conductos muy estrechos por donde pasa el óvulo fecundado en su camino desde el ovario hasta el útero. Si el embarazo continúa el embrión crecerá y llegará a ser demasiado grande para las trompas de Falopio, causando su explosión. Los embarazos ectópicos no pueden ser llevados a término y deben ser interrumpidos para salvar la vida de la mujer. Es necesario el tratamiento ginecológico para asegurar la salud de la mujer. Si no es tratada, hay un riesgo de abundante sangrado interno debido a la ruptura de las trompas de Falopio.

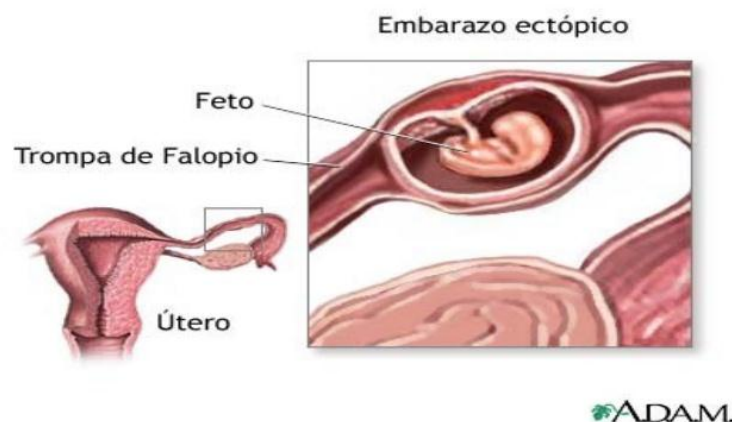
Un aborto medicinal usando Mifepristone-Misoprostol no provoca un embarazo ectópico, pero tampoco lo trata. Si una mujer tiene un embarazo ectópico, no hay complicaciones adicionales asociadas con el hecho de que se realice un aborto medicinal. No hay evidencia que sugiera que el tratamiento para un aborto medicinal, lleve a complicaciones inusuales para la mujer con un embarazo ectópico.

Si el embarazo ectópico no es tratado, el embrión podría continuar desarrollándose fuera del útero incluso después de haber tomado mifepristone y misoprostol. Si continúa creciendo y no es removido, causará la ruptura de la trompa de Falopio cuando el espacio sea muy pequeño para el embrión. Si no es

tratado a tiempo hay riesgo de un sangrado abundante o hemorragia interna debido a la ruptura. Los ginecólogos tratan mujeres por ésta condición en todos los países incluso en países donde el aborto es muy restringido.

Si una mujer embarazada experimenta uno de los siguientes síntomas, podría tener un embarazo ectópico: dolor abdominal o pélvico, cólicos en sólo un lado de la pelvis, cantidades pequeñas de sangrado vaginal inusual, dolor de senos, náuseas, dolor de la parte baja de la espalda.

Embarazo ectópico



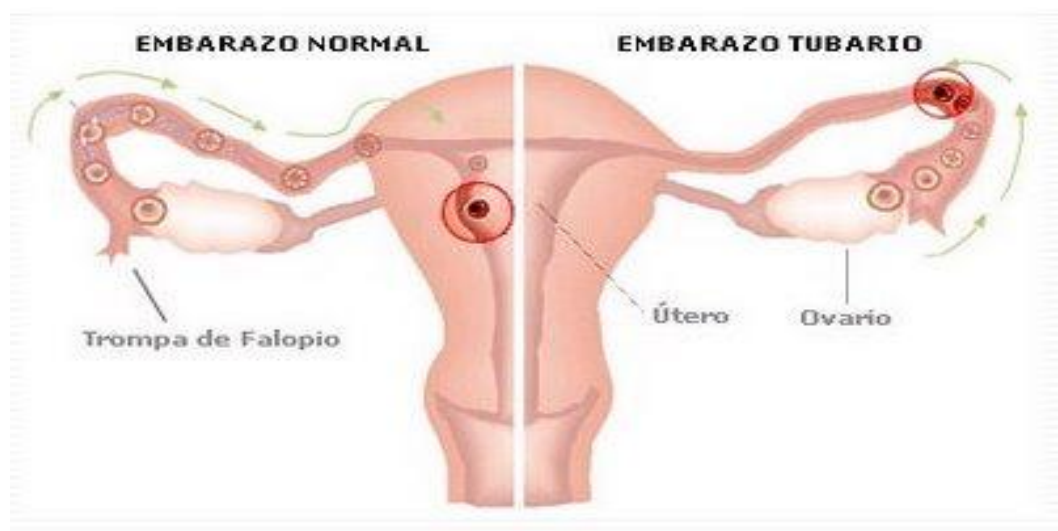
¿Cómo sucede?

Después de la concepción, el óvulo fecundado desciende por la trompa de Falopio en dirección hacia el útero. Si la trompa se encuentra dañada u obstruida y no permite que el óvulo se dirija hacia el útero, éste puede implantarse en la trompa y continuar desarrollándose allí.

Debido a que la gran mayoría de los embarazos ectópicos tienen lugar en una de las trompas de Falopio, frecuentemente se los llama embarazos —tubáricos—. Con mucha menos frecuencia, el óvulo se implanta en uno de los ovarios en el cuello del útero directamente en el abdomen o incluso en la cicatriz de una cesárea.

Es también posible que una mujer tenga un embarazo normal en el útero y al mismo tiempo un embarazo ectópico. A esto se lo llama embarazo heterotópico y es bastante raro; sucede en uno de cada 4.000 embarazos.

Si no se detecta ni trata un embarazo extrauterino, el embrión crecerá hasta provocar la ruptura de la trompa de Falopio, lo que causará intenso dolor abdominal y hemorragia. Es posible que ocasione daños permanentes a la trompa o hasta su pérdida, y si provoca una hemorragia interna muy fuerte que no recibe tratamiento de inmediato, puede incluso conducir a la muerte. Es por ello que una detección temprana, un tratamiento adecuado y el cuidado posterior son fundamentales.



Cualquier mujer puede tener un embarazo ectópico, pero ciertas mujeres corren más riesgo que otras. Un factor común es haber tenido una condición o cirugía que haya dañado las trompas de Falopio, incluyendo las siguientes:

- Te han operado de las trompas de Falopio para corregir un problema o para revertir una ligadura de trompas (esterilización quirúrgica). Tu riesgo también es mayor, aunque en una escala mucho menor, si has tenido otras cirugías pélvicas o abdominales. En el raro caso de que una mujer quede embarazada después de que le hayan hecho una ligadura de trompas, la posibilidad de que tenga un embarazo ectópico es del 25 al 50 por ciento.
- Ya has tenido un embarazo ectópico. Después de haber tenido un embarazo ectópico la posibilidad de tener otro es del uno al 10 por ciento. Y si has tenido dos o más embarazos ectópicos, las probabilidades de tener otro son por lo menos uno de cada cuatro embarazos.
- Tienes una infección en tu aparato reproductor superior (lo que se conoce como enfermedad pélvica inflamatoria). La enfermedad pélvica inflamatoria es frecuentemente causada por infecciones de transmisión sexual no tratadas, como gonorrea la clamidia. A veces no se presenta ningún síntoma, así que el haber padecido una de estas infecciones de transmisión sexual también aumenta el riesgo de un embarazo ectópico, aun si no piensas que has tenido una enfermedad pélvica inflamatoria.

El haber tenido múltiples parejas sexuales también incrementa tu riesgo, porque eso aumenta las posibilidades de que hayas tenido una infección de transmisión sexual o una enfermedad pélvica inflamatoria.

- Problemas de infertilidad. La infertilidad frecuentemente se debe a trompas dañadas, y si quedas embarazada durante un tratamiento contra la infertilidad, existe una probabilidad más alta de que sea un embarazo ectópico.
- Tu madre tomó la medicación DES (una forma sintética de estrógeno que se les daba a las mujeres para prevenir abortos espontáneos) cuando estaba embarazada de ti. Esto puede haber ocasionado problemas, entre los que se incluyen anormalidades de tus trompas de Falopio y útero, lo que a su vez incrementa tu riesgo de embarazo ectópico.

(Nota: La medicación DES fue retirada del mercado en Estados Unidos en 1971 pero siguió disponible en algunos países. Si te faltan algunos años para cumplir 40 años o eres mayor de esa edad, o si tu madre vivió en otro país mientras estaba embarazada de ti, pregúntale si tomó la medicación DES).

- Una condición ginecológica llamada endometriosis podría causar tejido cicatricial que afecta las trompas de Falopio, lo que incrementa el riesgo de embarazo ectópico.
- Las mujeres que tienen 35 años o más cuando quedan embarazadas, también tienen más posibilidades de tener embarazos ectópicos.
- Tienes colocado un dispositivo intrauterino (DIU) al quedar embarazada. El DIU no causa embarazos extrauterinos, es simplemente más eficaz en evitar que un óvulo se implante en el útero que fuera de él. (Haber utilizado un DIU en el pasado no aumenta el riesgo de tener un embarazo extrauterino.)

- También puedes tener un riesgo mayor de embarazo ectópico si fumas. Una teoría sugiere que el fumar podría perjudicar el funcionamiento normal de tus trompas.
- Algunos estudios sugieren que si estás tomando anticonceptivos hormonales sólo a base de progestágeno cuando quedas embarazada, la probabilidad de que sea un embarazo ectópico es más alta de lo normal.

CAUSAS

En la mayoría de los embarazos, el óvulo fecundado viaja a través de las trompas de Falopio hacia la matriz (útero). Cualquier cosa que bloquee o disminuya el movimiento de este óvulo a través de las trompas puede llevar a que se presente un embarazo ectópico:

- Defecto congénito en las trompas de Falopio.
- Cicatrización después de una ruptura del apéndice
- Endometriosis
- Antecedentes de un embarazo ectópico.
- Cicatrización a raíz de infecciones pasadas o cirugía de los órganos femeninos.

Los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo de embarazo ectópico:

- Edad mayor a 35 años.
- Quedar en embarazo teniendo un dispositivo intrauterino (DIU).

- Haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar en embarazo.
- Haber tenido múltiples compañeros sexuales.
- Algunos tratamientos para la fertilidad.
- Tener las trompas ligadas (ligadura de trompas); más probable dos o más años después del procedimiento.

Algunas veces, se desconoce la causa. Las hormonas pueden jugar un papel.

El sitio más común para un embarazo ectópico está dentro de una de las dos trompas de Falopio. En raras ocasiones, los embarazos ectópicos pueden presentarse en los ovarios, el abdomen o el cuello uterino.

Un embarazo ectópico puede ocurrir incluso si usted usa anticonceptivos.

Diagnosticar un embarazo ectópico, en el cuál el embrión se implanta fuera del útero, no es fácil. Los dolores en el abdomen y las pérdidas de sangre suelen ser las señales más comunes.

En algunas ocasiones, durante el proceso de implantación del embrión, éste se desarrolla en las trompas, en el ovario o en la cavidad abdominal. Es decir, el embrión se implanta fuera del útero, que es dónde debería formarse y crecer. Ello se conoce como embarazo extrauterino o embarazo ectópico.

Las causas del embarazo ectópico:

Este tipo de embarazo se produce cuando, por una razón u otra, el óvulo fecundado no consigue llegar al útero para implantarse y crecer. Veamos las diferentes causas que lo generan:

- El óvulo puede tener dimensiones desproporcionadas respecto al diámetro de la trompa, no pudiendo desplazarse hasta el útero.
- El desplazamiento del óvulo puede ser lento, no llegando al útero.
- La trompa puede presentar una restricción anormal, no permitiendo el paso del huevo.
- Algunos factores pueden favorecer el bloqueo, como las consecuencias de posibles salpingitis (infección de las trompas), intervenciones quirúrgicas de las trompas, anteriores embarazos extrauterinos o malformaciones congénitas.

Los síntomas del embarazo ectópico:

Los signos de un embarazo extrauterino se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo.

Los síntomas del embarazo extrauterino más comunes son:

- Dolores constantes en un solo lado del abdomen. Estos dolores son más o menos agudos y se producen durante el primer trimestre del embarazo. Pueden producirse aislados o acompañados de náuseas, vértigos y trastornos intestinales o urinarios.
- Los síntomas típicos de una hemorragia interna (palidez, tensión baja) también son comunes.
- Cuando la rotura de la trompa es repentina, el dolor abdominal es intenso y se produce una hemorragia en la cavidad abdominal. Además, la embarazada muestra una palidez visible, ritmo cardíaco acelerado y presión sanguínea tan baja que no se puede medir.

Es fundamental un diagnóstico precoz para evitar consecuencias graves. El embarazo ectópico se puede confirmar mediante un exhaustivo examen ginecológico, estudios de laboratorio (por ejemplo análisis de sangre) y una ecografía.

Durante las primeras semanas, los embarazos ectópicos son parecidos a los normales. Una mujer presenta atraso en su periodo menstrual, sensibilidad en los senos, cansancio y náuseas.

- Dolor abdominal fuerte en un costado del cuerpo
- Calambres y pérdidas de sangre
- Hemorragia vaginal
- Dolor en el hombro
- Náuseas y vómitos
- Desvanecimientos o mareos
- Sangrado vaginal anormal
- Cólico leve en un lado de la pelvis
- Ausencia de períodos
- Dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis
- Sensación de desmayo o realmente desmayarse
- Presión intensa en el recto
- Presión arterial baja
- Dolor en el área del hombro

- Dolor agudo, súbito e intenso en la parte inferior del abdomen

Si tienes dolores fuertes o sangrado intenso, dirígete de inmediato a una sala de emergencia.

Si presentas algún otro síntoma de embarazo ectópico, comunícate de inmediato con tu proveedor de atención de salud. Cuanto antes te diagnostiques y trates un embarazo ectópico, mejor será.

Si el área alrededor del embarazo anormal presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar.

Los síntomas se pueden manifestar al principio del embarazo y variar mucho de una persona a otra. Sin embargo, muchas mujeres no tienen ningún síntoma hasta que el embarazo ectópico provoca ruptura de la trompa.

Es posible que no hayas tenido tu último ciclo mensual y empieces a experimentar algunos de los mismos síntomas de un embarazo normal como cansancio, sensibilidad en los pechos y náuseas. (Si te haces una prueba de embarazo casera, el resultado podría ser positivo). Al principio podrías presentar síntomas como dolores o sensibilidad en el abdomen y sangrado vaginal. Éstos pueden ser suaves y esporádicos.

En algunas ocasiones, se sospecha que una mujer tiene un embarazo ectópico cuando acude a su primera visita prenatal y experimenta dolor durante un examen pélvico o abdominal. O bien, si su médico detecta un bulto. También es posible que el embarazo ectópico se detecte a través un ultrasonido (ecografía) que se lleve a cabo, por otras razones médicas, durante el primer trimestre.

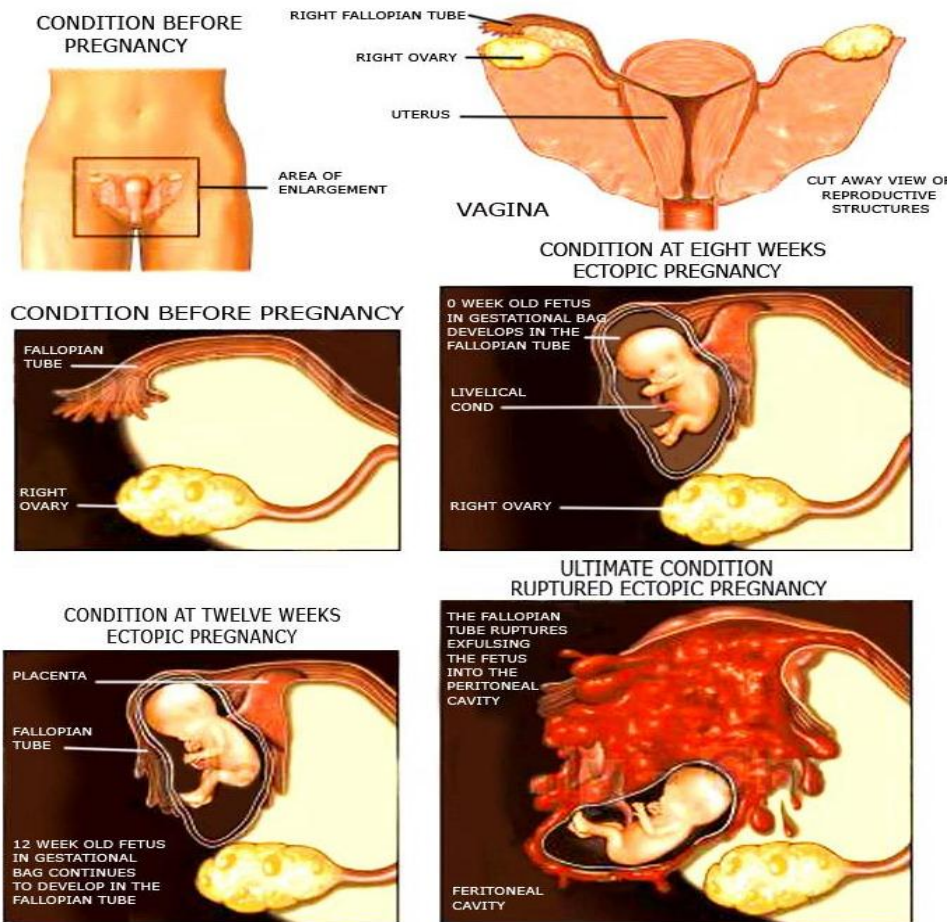
Si experimentas algún síntoma es muy importante que le prestes atención. Para prevenir la ruptura —una verdadera emergencia obstétrica—, es esencial que te diagnostiquen y traten apenas aparezca el mínimo indicio de un problema.

- Dolores o sensibilidad en el abdomen o la pelvis. Pueden ser repentinos, persistentes e intensos pero también pueden ser suaves e intermitentes al principio. Podrías notar que éstos empeoran cuando estás activa o mientras toses. Puedes sentirlos sólo en un lado, pero los dolores pueden sentirse en cualquier lugar del abdomen o pelvis y a veces estar acompañados de náuseas o vómito.
- Pérdidas de sangre o hemorragias vaginales si el resultado de la prueba de embarazo te ha dado positivo. Puedes pensar que es una menstruación leve. La sangre puede verse roja o marrón como el color de la sangre seca y puede ser continua o intermitente, espesa o ligera.
- Dolor de hombros. Los cólicos y las hemorragias pueden significar varias cosas, pero el dolor en los hombros, especialmente cuando estás recostada, es la advertencia típica de un embarazo ectópico con ruptura de trompa y es esencial obtener asistencia médica de inmediato. La causa de este dolor es la hemorragia interna, que irrita los nervios que van hacia el área de los hombros.
- Si se rompió una trompa de Falopio, también puedes presentar signos de shock, como pulso débil, acelerado; piel pálida, sudorosa; y mareos o desmayos. En ese caso llama al 911 enseguida si vives en Estados Unidos o al número de emergencia de tu localidad.

También es importante que recibas tratamiento lo más pronto posible si sospechas que estás embarazada y corres el riesgo de un embarazo ectópico, especialmente si quedas embarazada a pesar de tener colocado un dispositivo intrauterino (DIU) o después de haber tenido una ligadura de trompas. O bien, si has tenido otra operación de las trompas de Falopio, un embarazo ectópico previo o una enfermedad pélvica inflamatoria.

Si estás recibiendo tratamientos de fertilidad y quedas embarazada, tu doctor llevará un control cuidadoso de tu embarazo. Es fundamental que le informes de inmediato si presentas cualquier síntoma que indique un embarazo ectópico.

Ectopic Pregnancy with Rupture of the Fallopian Tube



La mayoría de los embarazos ectópicos ocurren debido a que las trompas de Falopio no están funcionando adecuadamente.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Los factores de riesgo incluyen:

- Previos embarazos ectópicos

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica
- Endometriosis
- Previa cirugía en las trompas de Falopio o en el útero
- Tratamientos para la fertilidad
- Útero o trompas de Falopio de forma anómala
- Exposición de la madre al dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo (tratamiento que ya no se utiliza)
- Presencia de un dispositivo intrauterino (DIU)
- Embarazo después de un procedimiento de esterilización (ligadura de trompas)
- Tabaquismo
- Raza: no caucásica
- Edad: 35 años o mayor¹³

Diagnóstico

El médico le preguntará acerca de sus síntomas y antecedentes clínicos, y le realizará un examen físico.

Las pruebas pueden incluir:

¹³ Obstetricia y Ginecología
 Texto integrado
 7ma edición

- Prueba de embarazo mediante la orina: para verificar el embarazo
- Examen pélvico: para revisar la sensibilidad y el tamaño del útero
- exámenes sanguíneos: para medir el nivel de hormona del embarazo (HCG beta cuantitativa), que puede ayudar a determinar si el embarazo es sano o ectópico, en especial si se repite 48 horas después
- Culdocentesis: se inserta una aguja a través de la vagina por detrás del útero para revisar si hay alguna acumulación de sangre
- Ultrasonido: para revisar el útero y las trompas de Falopio en busca de un embarazo y luego combinar este resultado con el análisis de sangre (beta HCG cuantitativa).
- Laparoscopia: se inserta un tubo telescópico fino con luz a través de una pequeña incisión en el abdomen para detectar el embarazo ectópico

Puede resultar difícil diagnosticarlo. Si los síntomas sugieren que tienes este tipo de embarazo, tu médico te hará primero un ultrasonido así como un análisis de sangre de confirmar el diagnóstico:

- Un análisis de sangre para verificar el nivel de la gonadotropina coriónica humana (hCG), una hormona producida durante el embarazo.

Si está bastante alta como para sugerir que hay embarazo, pero no lo suficiente para la etapa en que te encuentras, puede tratarse de un embarazo ectópico.

Si no tienes dolores y todavía existen dudas respecto al diagnóstico, seguramente te repitan la prueba a los dos o tres días.

Si el nivel de hCG no aumenta como debería, probablemente signifique que tienes un embarazo ectópico o que has sufrido un aborto natural.

- Una ecografía para examinar el útero y las trompas de Falopio. Si el técnico que realiza la ecografía puede distinguir un embrión en la trompa de Falopio, no hay dudas de que tienes un embarazo ectópico.

Pero en la mayoría de los casos, el embrión habrá muerto al principio del proceso y será demasiado pequeño para que lo encuentre el técnico.

En cambio, tal vez note que una trompa está inflamada y vea coágulos y tejidos que hayan quedado del embrión.

El técnico además comprobará si se ha desarrollado un embarazo en el útero. Si el resultado de la prueba de embarazo da positivo, pero no se puede encontrar el embrión (o evidencias de un embrión), es posible que tengas un embarazo ectópico, pero también puede ser que el embarazo esté en sus primeras etapas o que hayas sufrido un aborto natural.

Mientras no tengas dolores, el médico continuará haciéndote controles rigurosos a través de análisis de hormonas y ultrasonidos hasta que pueda confirmar el diagnóstico o los síntomas se vuelvan más intensos.

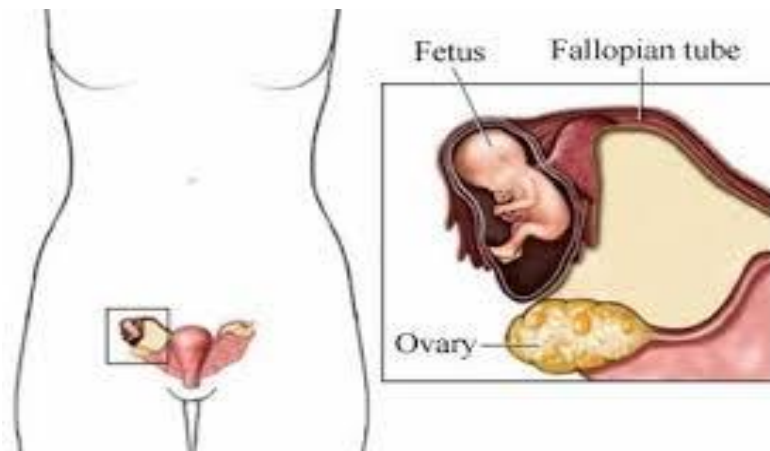
Si el diagnóstico continúa siendo poco claro, tu doctor quizás te haga un procedimiento quirúrgico llamado dilatación y legrado (D&C por sus siglas en inglés) para examinar y extraer algún tejido que pueda haber en tu útero.

También te podría examinar las trompas de Falopio a través de una cirugía laparoscópica.

Para este último procedimiento te harán una pequeña incisión para colocarte una diminuta cámara dentro del abdomen.

Se realiza una prueba de embarazo y una ecografía vaginal.

La GCH es una hormona que normalmente se produce durante el embarazo. El chequeo de los niveles de esta hormona en la sangre (Prueba de GCH. Cuantitativa en sangre) puede diagnosticar el embarazo. Si el nivel sanguíneo de GCH no se está elevando lo suficientemente rápido, el médico puede sospechar de un embarazo ectópico.



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

Algunos embarazos ectópicos pueden deberse a:

- Defectos congénitos en las trompas de Falopio
- Complicaciones de una apendicitis
- Endometriosis
- Complicaciones de una salpingitis

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

Al inicio de un embarazo intrauterino normal, algunas mujeres suelen presentar signos y síntomas similares a los encontrados en pacientes con embarazos ectópicos u otros problemas ginecológicos o gastrointestinales.

La disponibilidad de diversas herramientas bioquímicas, ecográficas y modalidades quirúrgicas pueden ayudar al proveedor de salud a ofrecer un diagnóstico definitivo y la distinción de condiciones.

Con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el embarazo ectópico, hay que tratarlo antes de que el embarazo curse las 8 semanas, ya que es en este tiempo cuando ocurre la ruptura del tubo uterino (trompa de Falopio) y produce sangrado, que es interno, y puede llevar a la paciente a un choque hipovolémico.

Por lo tanto, ante la posible sospecha, se vigila a partir de la quinta semana, haciendo sonografía abdominal. Se puede hacer también una sonografía vaginal a la tercera o cuarta semana de gestación.

Ni los factores de riesgo ni el cuadro clínico de un embarazo ectópico son lo suficientemente sensibles o específicos para establecer un diagnóstico definitivo.

Por lo tanto, cualquier paciente en edad reproductiva debe ser estudiada si presenta dolor abdominal, cólicos o sangrado vaginal durante su embarazo.

Estudios de laboratorio

En los últimos años se han desarrollado pruebas para la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) en el plasma sanguíneo y en la orina para detectar un embarazo antes de desaparecer el primer ciclo menstrual.

Si bien algunos paquetes comerciales de análisis de orina pueden detectar la β -hCG a comienzos de la gestación, éstos están asociados con diferentes tasas de falsos negativos. Además, la necesidad de un valor cuantitativo hace que la prueba del β -hCG en el suero sanguíneo sea el criterio estándar para las pruebas bioquímicas.

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

Los niveles de progesterona en sangre representan otra herramienta utilizada en predecir las posibilidades evolutivas de la gestación y no para la diferenciación entre gestaciones anormales y embarazos intrauterinos saludables.

Los niveles sanguíneos de progesterona no dependen de la edad gestacional, pero siguen siendo relativamente constantes durante el primer

trimestre del embarazo normal y anormal, no retornan a los valores de referencia si comenzaron fuera del rango y no se correlacionan con niveles de β -hCG.

Sin embargo, no hay consenso sobre un valor específico que distinga entre un embarazo normal de uno anormal. Varios autores han propuesto diferentes puntos de corte en relación con la sensibilidad y especificidad de este examen de sangre. Un valor de progesterona superior a 25 ng/ml demostró una exclusión de embarazo ectópico con 97,4 por ciento de certeza en un estudio.

Además, los niveles iguales o inferiores a 5 ng/ml indican un embarazo inviable, bien sea intrauterino o ectópico, y excluyen el embarazo normal con una sensibilidad del 100 por ciento.

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

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

Diagnóstico por la imagen

El ultrasonido es probablemente la herramienta más importante en el diagnóstico de un embarazo extrauterino, especialmente si se combina con otros métodos. Con mayor frecuencia, se utiliza para confirmar un embarazo intrauterino.

La visualización de un saco intrauterino, con o sin actividad cardíaca fetal, a menudo es suficiente para excluir un embarazo ectópico. La excepción es en el caso de un embarazo heterotópico, la combinación de embarazos intra y extrauterino que, aunque es una situación excepcional, se ven cada vez más frecuentes, entre 1 de 4000 a 1 de cada 30.000 embarazos espontáneos.

El estudio de los anexos uterinos por un ultrasonido es obligatorio en pacientes sometidas a estimulación ovárica y la reproducción asistida a pesar de la visualización de un embarazo intrauterino, porque son pacientes que tienen 10 veces mayor riesgo de embarazo heterotópico.

El ultrasonido transvaginal tiene mayor resolución que el abdominal y puede ser usado para visualizar un embarazo intrauterino 24 días después de la ovulación o 38 días después del último período menstrual, que suele ser alrededor de 1 semana antes de los que es posible visualizar un ultrasonido transabdominal. El saco gestacional un término ecográfico y no anatómico es la primera estructura que se reconoce en un ultrasonido trans vaginal. Se ve en el ultrasonido como una zona ecogénica gruesa en torno a un centro hipogénico correspondiente a la reacción decidua al trofoblástica que rodea el saco coriónica. Las estructuras que representan a un embrión en desarrollo aún no se pueden reconocer sino hasta una mayor edad gestacional.

TRATAMIENTO

Metotrexato

El metotrexato es un agente quimioterapéutico anti metabolito que se une a la enzima dihidrofolatoreductasa, la cual participa en la síntesis de nucleótidos purinas. Esto interfiere con la síntesis del ADN y perturba la multiplicación celular. Su eficacia en el tejido trofoblástico ha sido demostrada y se deriva de la experiencia adquirida en el uso de metotrexato en el tratamiento de molas hidatidiformes y coriocarcinomas.

El metotrexato se usa en el tratamiento de un embarazo ectópico en una o múltiples inyecciones intramusculares.¹⁴

Cirugía

Con los avances en la capacidad de hacer un diagnóstico precoz y las mejoras en las técnicas de microcirugía, la cirugía conservadora ha sustituido a la laparotomía con salpingectomía del pasado.

En las últimas dos décadas se ha recomendado el abordaje quirúrgico más conservador para un embarazo ectópico no roto usando cirugía mínimamente invasiva, para preservar la función de las trompas y permitir a la paciente la oportunidad de mantener la fertilidad. Estas medidas incluyen la salpingectomía lineal y el *ordeño* del producto gestacional fuera de la ampolla distal.

El abordaje más radical incluye la resección del segmento de las trompas de Falopio que contiene la gestación con o sin la reanastomosis.

La laparoscopia se ha convertido en el enfoque recomendado en la mayor parte de los casos.

La laparotomía se suele reservar para las pacientes que se encuentren termodinámicamente inestables o pacientes con embarazos ectópicos corneales. También es un método preferido por cirujanos sin experiencia en laparoscopia y en pacientes donde es difícil el abordaje laparoscópico, por ejemplo, secundaria a la presencia de múltiples y densas adherencias fibrosas, la obesidad o hemoperitoneo masivo. Múltiples estudios han demostrado que el tratamiento laparoscópico de un embarazo ectópico da como resultado un menor número de adherencias postoperatorias que la laparotomía.

¹⁴ Ginecología y Obstetricia
Séptima Edición
Libro ilustrado

Además, la laparoscopia se asocia con una pérdida significativamente menor de sangre y una menor necesidad de analgesia.

Por último, la laparoscopia reduce el costo, la duración de la hospitalización y la del período de convalecencia.

Si la mujer quiere un embarazo en el futuro y está termodinámicamente estable, el tratamiento de elección es la salpingostomia lineal, un abordaje a lo largo de la cara antimesentérica de la trompa afectada con la subsecuente extracción de los productos de la concepción.

Los embarazos ectópicos ubicados en la ampolla tubárica se encuentran por lo general entre la luz de la trompa y la serosa, y por lo tanto son candidatos ideales para la salpingostomia lineal.

En algunos casos es preferible la resección del segmento de la trompa que contiene el producto de la gestación o una salpingectomía total y no una salpingostomia. Es el caso de pacientes con un embarazo ístmico o en pacientes con ruptura tubarica.

Eso depende de la claridad del diagnóstico, del tamaño del embrión y de las técnicas disponibles.

Si el embarazo es sin dudas ectópico y el embrión es aun relativamente pequeño, pueden administrarse el medicamento metotrexato. Este medicamento se inyecta intramuscularmente y llega hasta el embrión a través del torrente sanguíneo, y allí interrumpe el embarazo al impedir el crecimiento de las células de la placenta. (Con el tiempo, el pequeño embrión es reabsorbido por el cuerpo).

A medida que el medicamento comienza a hacer efecto puedes presentar retortijones o dolores abdominales y posiblemente náuseas, vómitos y diarrea.

Tendrás que evitar el alcohol, las actividades rigurosas, la luz del sol y las relaciones sexuales por un tiempo, al igual que cualquier tipo de multivitaminas o suplementos que contengan ácido fólico, ya que pueden interferir con la acción del metotrexato. También tendrás que evitar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, como por ejemplo ibuprofeno, aspirina y naproxeno.

Y necesitarás realizarte nuevos análisis de sangre para examinar el nivel de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG), para asegurarte de que el embarazo ectópico realmente haya terminado. Estos análisis continuarán hasta que los niveles de hCG lleguen a cero, lo que por lo regular toma unas cuantas semanas.

Si sientes cualquier indicio de ruptura de trompa (como fuertes dolores abdominales, dolor en los hombros, o hemorragias intensas) o signos de *shock* (como pulso débil, acelerado; piel pálida, sudorosa; y mareos o desmayos), llama al 911 de inmediato si vives en Estados Unidos o a tu número local de emergencias.

Si el embarazo ya está muy avanzado como para que tomes metotrexato, tienes dolores intensos o hemorragias internas, estás en el periodo de lactancia o tienes determinada enfermedad que hace que la medicación no sea una buena opción, necesitarás someterte a una cirugía. (Si tienes hemorragias intensas puede ser que además necesites una transfusión de sangre).

Si presentas un cuadro clínico estable y el embrión es lo suficientemente pequeño, puede extraerse a través de un procedimiento denominado **cirugía laparoscópica**: un obstetra o ginecóloga examina las trompas con una pequeña cámara que se introduce a través de un minúsculo corte en el ombligo y por lo general logra extraer el embrión o restos de tejido y a la vez conserva intacta la trompa. (Sin embargo, si la trompa ha sufrido mucho daño o tienes hemorragias intensas, puede ser necesario extirparla).

La cirugía laparoscópica requiere de anestesia general, equipos especiales y un cirujano especializado, y necesitarás alrededor de una semana para recuperarte.

En algunos casos —por ejemplo, si tienes mucho tejido cicatricial en el abdomen, hemorragias intensas o el embrión es demasiado grande— puede no resultar posible u oportuno utilizar tecnología laparoscópica. Si éste es el caso, necesitarás una cirugía abdominal mayor.¹⁵

Te darán anestesia general y un obstetra o ginecóloga abrirá tu abdomen y extraerá el embrión. (Al igual que con la cirugía laparoscópica, puede ser que conserven o quiten la trompa, lo cual dependerá de la situación).

Después necesitarás alrededor de seis semanas para recuperarte. Tal vez te sientas hinchada y tengas dolor abdominal o molestias mientras cicatriza la herida.

Nota: Si tienes sangre Rh negativo, necesitarás una inyección de inmunoglobulina de Rh después de haber sido tratada por un embarazo extrauterino (a menos que el padre del bebé también sea Rh negativo).

El embarazo ectópico es potencialmente mortal y no puede continuar hasta el nacimiento (a término). Se tienen que extraer las células en desarrollo para salvar la vida de la madre.

Usted necesitará ayuda médica urgente si el área del embarazo ectópico presenta ruptura (se rompe), lo cual puede llevar a que se presente sangrado y

¹⁵ L. Cabero D. Saldivar E. Cabrillo
Obstetricia y medicina —materno fetal—
J. Zamarriego
Edición PANAMERICANA 2007

shock, que es una situación de emergencia. El tratamiento para el *shock* puede incluir:

- Transfusión sanguínea
- Líquidos por vía intravenosa
- Mantenerse caliente
- Oxígeno
- Elevar las piernas

Si hay una ruptura, se lleva a cabo una cirugía para detener la pérdida de sangre y extraer el embarazo. En algunos casos, es posible que el médico tenga que extraer la trompa de Falopio.

Esta cirugía también se hace para:

- Confirmar un embarazo ectópico
- Extraer el embarazo anormal
- Reparar cualquier daño a los tejidos

Si el embarazo ectópico no ha presentado ruptura, el tratamiento puede incluir:

- Cirugía
- Un medicamento que termine el embarazo y vigilancia cuidadosa por parte del médico.

Expectativas (pronóstico)

Una de cada tres mujeres que ha tenido un embarazo ectópico puede más adelante tener un bebé. Es más probable que se presente otro embarazo ectópico. Algunas mujeres no vuelven a quedar embarazadas de nuevo.

La probabilidad de un embarazo exitoso después de un embarazo ectópico depende de:

- La edad de la mujer.
- Si ya ha tenido hijos.
- La razón por la cual se presentó el primer embarazo ectópico.

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame al médico o al personal de enfermería si presenta:

- Sangrado vaginal anormal
- Dolor pélvico o abdominal bajo

Un embarazo ectópico puede ocurrir incluso si emplea anticonceptivos.

Prevención

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las trompas de Falopio no sean prevenibles. Sin embargo, un embarazo tubárico puede en algunos casos prevenirse, evitando afecciones que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio. Lo siguiente puede reducir el riesgo:

- Practicar las relaciones sexuales con precaución, tomando medidas antes y durante el coito, lo cual puede evitar que usted contraiga una infección.
- Obtener diagnóstico y tratamiento oportunos de todas las infecciones causadas por relaciones sexuales (ETS).
- Dejar de fumar.
- Use protección al tener relaciones sexuales para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), que pueden ocasionar daños en las trompas de Falopio y en los ovarios.
- Tener un diagnóstico temprano y tratamiento para las ETS¹⁶

Entre 50 y 85% de las mujeres que han tenido un embarazo ectópico, más adelante pueden llegar a tener un embarazo normal. La posibilidad de un nuevo embarazo ectópico es de entre 10 y 20%.

Un porcentaje elevado de las mujeres que tuvieron un embarazo ectópico presentan infertilidad. En general, estas mujeres pueden recibir la ayuda de un especialista en infertilidad.

La tasa de mortalidad materna debido a un embarazo ectópico en los Estados Unidos ha disminuido en los últimos 30 años a menos del 0,1%.

Existen dos tratamientos posibles para un embarazo ectópico: administración de medicamentos (metotrexato) o cirugía. Si el médico cree que no existe riesgo de ruptura y el embrión es pequeño (menor de 4 centímetros) puede administrar a la mujer metotrexato, que sirve para detener el

¹⁶ Anatomía y Ginecológica TORTORA
F. Bonilla- Callen
Editorial PANAMERICANA

crecimiento celular; el embrión muere y es absorbido por el cuerpo en unas semanas.

Si la trompa de Falopio no se ha roto (normalmente el embarazo ectópico se diagnostica en las primeras ocho semanas, antes de que la trompa se rompa), también se puede extraer el embrión mediante laparotomía (cirugía para abrir y explorar el abdomen) o laparoscopia (es menos traumática para la paciente y requiere de una estancia menor en el hospital, por lo que suele ser la técnica elegida siempre que sea posible).

Si hay rotura y sangrado interno, la mujer puede presentar un shock hipovolémico acompañado de dolor abdominal agudo. En este caso la intervención quirúrgica es urgente para detener la pérdida de sangre, extirpar el embrión, y reparar los daños causados en los órganos afectados. En ocasiones, el médico tendrá que extraer también la trompa.

La mayoría de los embarazos ectópicos (alrededor del 95%) se sitúan en las trompas de Falopio. La prevención, por tanto, se centra en tomar medidas para proteger las trompas, como: evitar los factores de riesgo de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y de cualquier enfermedad de transmisión sexual (ETS). En caso de contraer cualquier enfermedad de este tipo, se debe realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de las mismas.

¿Es posible tener un embarazo exitoso después de uno ectópico?

Cuanto antes interrumpas un embarazo ectópico, menos daño sufrirá la trompa y más posibilidades tendrás de llegar a término con otro embarazo. E incluso si llegaras a perder una de las trompas, todavía puedes tener un embarazo normal, sin la necesidad de recurrir a tratamientos de fertilidad, mientras la otra esté en buenas condiciones.

Sin embargo, si tu primer embarazo ectópico fue el resultado de daños en la trompa causados por una infección, la ligadura de las trompas o la exposición al fármaco DES, hay más probabilidad de que la otra trompa también esté dañada. Esto puede reducir la posibilidad de concebir un hijo y aumentar la probabilidad de otro embarazo ectópico.

Si, por otro lado, no logras quedar embarazada debido a daños en las trompas, puedes ser una excelente candidata para tratamientos de fertilización como la fertilización in vitro (FIV¹⁷)

¿Qué puedo hacer para sobrellevar la pérdida de un embarazo?

Perder un embarazo es algo muy duro y es normal sentirse triste y desanimada.

Tal vez también te estés recuperando de una cirugía mayor, que quizás te haya dejado extenuada y con pérdida de sensibilidad, o estés sufriendo altibajos hormonales que te dejan deprimida y vulnerable.

Necesitarás tiempo para recuperarte emocional y físicamente antes de intentar quedar embarazada de nuevo.

La mayoría de los médicos te aconsejarán esperar al menos tres meses después de una cirugía abdominal importante para que tu cuerpo cicatrice. (El riesgo de tener otro embarazo ectópico es también mayor mientras esté cicatrizándose la herida).

¹⁷ J. Lombardía M. Fernández
Ginecología y Obstetricia
2da Edición

Quizás estés ansiosa por probar nuevamente o bien tengas miedo y seas precavida.

Hablar de tus sentimientos con tus familiares o amigas cercanas puede ayudarte a sobrellevarlos. Aun si hubieras perdido el bebé muy temprano en el embarazo, el dolor va a estar ahí y necesitarás la comprensión y el apoyo de tus seres queridos. Quizás estés ansiosa por intentar quedar embarazada de nuevo o es probable que tengas miedo y prefieras ser cautelosa.

Tu pareja también puede sentirse triste o impotente, o tener dificultad para expresar esos sentimientos o para mostrarse comprensivo. Esta experiencia puede acercarlos o crear tensión en la relación. Es perfectamente normal que busques apoyo psicológico si piensas que les ayudará a ti o a tu pareja a recuperarse (le puedes pedir a tu doctor que te recomiende a un terapeuta si no conoces ninguno).

X. CONCEPTUALIZACION

1. Embarazo:

- Estado fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

A la mujer embarazada le podemos llamar paciente porque el embarazo es capaz de desencadenar patología que pone en peligro la vida de la mujer.

La especie humana está programada genéticamente para tener un solo producto por cada embarazo.

Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

2. Ectópico:

Ectópico/a. Adjetivo derivado del sustantivo griego ectopia, referente a:

1) hueso dislocado o luxado

2) órgano, principalmente víscera, en ubicación anómala.

La palabra está constituida por la preposición «ek»: fuera, el sustantivo «topos»: lugar, y la desinencia «iko/a»: relativo a.

3. **Atención en enfermería:**

El término enfermería permite hacer referencia a distintos conceptos relacionados con la salud y los sistemas sanitarios. Una enfermería es una dependencia o un local para enfermos o heridos.

Enfermería también es la profesión de la persona que se encarga del cuidado y la atención de los heridos y los enfermos bajo criterios clínicos.

XI. CRONOGRAMA

Se realiza encuesta a mujeres en edad fértil de una edad aproximadamente de 20 a 25 años que tengan el interés y que estén en la mejor disposición para tener los conocimientos necesarios y así con el paso del tiempo proporcionar información a toda la población que les haga una interrogante acerca de este tema o algo referente a ello.

Se aplica dicho cuestionario desde el 22 de Septiembre de 2013 hasta el 22 de Noviembre de 2013.

Actividad	Inicio	Terminación	Observaciones
Investigación documental	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de fichas bibliográficas	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de fichas de trabajo	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
investigación de campo	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de marco teórico	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de tema	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de variables	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de subtema	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de tema	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Aplicación de cuestionario	Agosto de 2013	Diciembre 2013	
Recolección de información	Agosto de 2013	Diciembre 2013	

XII. BIBLIOGRAFIA

1. J. Lombardía M. Fernández
Ginecología y Obstetricia
2da Edición
2. Callen
Ecografía y Obstetricia
Quinta edición
3. F. Bonilla- Mosoules A. Pellicer
Obstetricia, reproducción y ginecología básicas
Editorial medica PANAMERICANAS
4. Rafael Comino Delgado – Guillermo López García
Obstetricia y Ginecología
Edición Ariel
Segunda Edición
5. J. González Merlo
J. L. Lailla Vicens
E. Fabre Gonzalez
E. Gonzalez Bosquet
Masson S.A
6. Obstetricia y Ginecologia
Texto integrado
7ma edicion
7. L. Cabero D. Saldivar E. Cabrillo
Obstetricia y medicina —materno fetal”
J. Zamarriego
Edicion PANAMERICANA 2007
8. Ginecologia y Obstetricia
Séptima Edicion
Libro ilustrado
9. Anatomía y Ginecológica TORTORA

F. Bonilla- Callen
Editorial PANAMERICANA

10. Ginecología y Obstetricia para estudiantes
Chirlei Aparecida Ferreira
Editorial Maternn 2008
11. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Organización académica 1980- 1981
Dr. Guillermo Soberon Acevedo
Fernando Pérez Correa
12. Ginecología y Obstetricia
Tercera Edición (Segunda edición en español)
Mark I. Evans
Impreso en México
13. Manual de Obstetricia
José Rabago
Editorial Porrúa, S.A Argentina numero 15
México, 1965
14. Biblioteca Nacional de Ginecología y Obstetricia, Douglas- Strome
Edward J. Quilligan, Frederick Zuspan
Volumen 4
Editorial Quilligan Zuspan
15. Maniobras y operaciones Obstétricas
Ernesto Mariscal
Ediciones científicas
La prensa medica mexicana, S.A
16. Programa Guía Obstetricia II
Sistema Universidad Abierta
17. Obstetricia I
México D.F Julio del 2008
18. Obstetricia
José Rabago
Nueva Edición con grabados tomo II
Edito Francisco Méndez Oteo

Venezuela 26
México D.F

19. Biblioteca del doctorado en medicina
P. Carnot y F. Rathery
47 tomos en octavo mayor. De 400 a 700 pág. ilustrados