

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA  
FILIAL DOCENTE DE MORON  
POLICLINICO COMUNITARIO NORTE DE MORON**

**Intervención educativa sobre el embarazo ectópico en mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional.**

**Investigador Principal: Lic. Yania Martín Rodríguez.**

**Tutor: Dr. Julio Ángel Quintana González.**

**Asesor: Dr. Silvio Cepero Franco.**

**EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS.**

**CIUDAD DE MORÓN, 2009.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE AVILA  
FILIAL DOCENTE DE MORON  
POLICLINICO COMUNITARIO NORTE DE MORON**

**Intervención educativa sobre el embarazo ectópico en mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional.**

**Investigador Principal: Lic. Yania Martín Rodríguez.**

**Tutor: Dr. Julio Ángel Quintana González.  
Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia  
Master en Atención Integral a la Mujer  
Profesor Instructor.**

**Asesor: Dr. Silvio Cepero Franco.  
Especialista de Segundo Grado en Farmacología y Toxicología Clínica.  
Master en Toxicología Clínica. Profesor auxiliar.  
Investigador Agregado**

**EN OPCIÓN AL TITULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS.**

**CIUDAD DE MORÓN, 2009.**

### *Declaración jurada del autor*

Por medio de la presente declaro ante el comité académico de la maestría en Urgencias Médicas que la tesis titulada intervención educativa sobre el embarazo ectópico en mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional, es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otras personas que no haya sido referenciado debidamente en el texto, parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

---

Lic. Yania Martín Rodríguez.

## *AGRADECIMIENTOS*

Deseo dejar constancia de mi sincera gratitud a mi tutor Julio Quintana González, por apoyarme en este trabajo y brindarme sin escatimar ni un ápice de su conocimiento, tiempo y amistad, así como constancia y dedicación.

Al profesor Silvio Cepero Franco por asesorarme y cooperar para que este trabajo se presentara con la calidad y el rigor requerido.

Es justo agradecer también en este documento el amor y dedicación quienes nos evaluaron y nos apoyaron en los diferentes módulos de la maestría.

En general les agradezco a todas las personas que me ayudaron a la realización de este trabajo.

A todos mil gracias.

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio pre-experimental de intervención de tipo antes y después en el CMF 25 del policlínico norte de la ciudad de Morón en el período comprendido del 1 de Enero del 2008 al 30 de Diciembre del 2008 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo ectópico en la mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional. Mediante un curso de capacitación en bases a las necesidades de aprendizaje identificadas. Para la obtención de la información se aplicó una encuesta al inicio del estudio donde se estudiaron las variables como edad, ocupación, escolaridad, los conocimientos que tenían sobre el embarazo ectópico, los medios a través de los cuales adquirieron información, si conocían los factores epidemiológicos relacionados con el embarazo ectópico y los síntomas mas frecuentes. Lo anterior fue evaluado antes y después de aplicar un programa educativo según las necesidades encontradas y nuestra supervisión. Los datos se recogieron y determinaron según las clasificación de las variable, se utilizaron prueba de hipótesis para determinar si las deficiencias encontradas entre el antes y después de la intervención fueron significativas.

Todas las informaciones obtenidas fueron procesadas en la computadora Pentium como procesador de texto se utilizo el Microsoft Word mediante la ejecución de programa Microsoft office de Windows para cuyo análisis se confeccionaron en tablas empleándose el porcentaje como media de resumen.

Como dato relevante se observa que el mayor conocimiento estaba relacionado con los factores epidemiológicos y como aspecto menos conocidos los síntomas. Después de la intervención permitió que se elevara el nivel de conocimiento sobre el embarazo ectópico sobre todo al grupo de edades de las adolescentes y jóvenes.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico.

## INDICE

	Pág.
Resumen	
I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos específicos.....	3
III. Fundamentación Teórica.....	4
IV. Diseño Metodológico.....	18
4.1. Método.....	19
4.2 Técnica de recopilación de la información.....	20
4.3. Operacionalización de las variables.....	20
V. Análisis y discusión de los resultados.....	27
VI. Conclusiones.....	33
VII .Recomendaciones.....	34
VIII. Referencias Bibliográficas.....	35
IX. Bibliografía.....	37
X. Anexos.....	

## I. INTRODUCCION

Desde el siglo XI (año 1063 DC), Albucassi describe por primera vez el Embarazo Ectópico, pero hasta el siglo XIX no existe tratamiento exitoso para dicho problema y fue Lawson Taint quien practicó la primera salpingectomía por Embarazo Ectópico, con sobriedad de la madre, entonces Wynne, en 1919, siguiendo las indicaciones de L. Taint, sólo tuvo una mortalidad del 4.3 %. De esta entidad nosológica, se describe desde el siglo XI, sin embargo, hasta el siglo XIX no se logra controlar la muerte por ella; pero desde esa fecha hasta la actualidad se multiplica su prevalencia mundialmente. (1-2)

Es sabido por todos que el Embarazo Ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina, por eso es que todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, al ocurrir la fecundación en el tercio externo de la trompa, pero lo patológico está en que la implantación del huevo en un sitio impropio, que lo condena casi fatalmente a que sea imposible su desarrollo y viabilidad, no en la fecundación que nada tiene de anormal. Debido a esto, el 2% de todos los embarazos son ectópicos, (3,4) por ello se estima que aumente su frecuencia seis veces más.

En Cuba se eleva la tasa de Mortalidad Materna por dicha causa ( $5,8 \times 10\ 000$  nacidos vivos en el 2003) y en este hospital en el 2003 se reporta una incidencia de 1:30 nacimientos.

Es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia, pues constituye una causa frecuente de muerte en mujeres sanas en edad fértil, pero favorablemente su mortalidad ha disminuido por los avances diagnósticos y de tratamiento, evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia. (1-5)

A pesar de los conocimientos actuales, no son suficientes la atención y los recursos dedicados para su diagnóstico, ya que sigue siendo causa de muerte, no tan sólo en Cuba, sino en los países desarrollados, por lo que se debe seguir profundizando en el comportamiento del Embarazo Ectópico, sin considerarse un estudio innecesario, por tratarse de asuntos conocidos, ya que el incremento del mismo afirma lo contrario.

En tales circunstancias se considera como fundamento de la presente investigación la necesidad de desplazar el diagnóstico del embarazo ectópico ha etapas cada vez más temprana y la posibilidad de efectuar acciones de salud encaminadas a incrementar la percepción de riesgo, con un estudio de intervención educativa en las mujeres en edad fértil en el consultorio No 25 perteneciente al Policlínico Norte de Morón, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación. **¿Cómo elevar el nivel de conocimiento sobre Embarazo Ectópico en las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional?**

**HIPÓTESIS:** Si se efectúa un programa educativo basado en las necesidades de aprendizaje del conocimiento sobre el embarazo ectópico en las mujeres en edad fértil, posibilitará que se contribuya al diagnóstico precoz y presuntivo de dicha enfermedad.

## **II. OBJETIVOS**

### **General**

Elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo ectópico en las mujeres en edad fértil con riesgo preconcepcional del CMF 25 a través de un programa de intervención educativo.

### **Específicos**

1. Distribuir a las mujeres estudiadas según variable demográfica:
  - Grupos de edades, Ocupación, Nivel de escolaridad
2. Identificar el grado de conocimientos que sobre embarazo ectópico presentan las mujeres y conocer sus fuentes de información.
3. Diseñar un programa educativo en base a las necesidades identificada en nuestra encuesta.
4. Evaluar antes y después de la intervención educativa el nivel de conocimiento general sobre el embarazo ectópico.

### **III. Fundamentación Teórica.**

Desde el siglo XI (año 1063 DC), Albucassi describe por primera vez el Embarazo Ectópico, pero hasta el siglo XIX no existe tratamiento exitoso para dicho problema y fue Lawson Taint quien practicó la primera salpingectomía por Embarazo Ectópico, con sobrevivencia de la madre, entonces Wynne, en 1919, siguiendo las indicaciones de L. Taint, sólo tuvo una mortalidad del 4.3 %. De esta entidad nosológica, se escribe desde el siglo XI, sin embargo, hasta el siglo XIX no se logra controlar la muerte por ella; pero desde esa fecha hasta la actualidad, se multiplica su prevalencia mundialmente. (1-2).

Es sabido por todos que el Embarazo Ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina, (1-2) por eso es que todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, al ocurrir la fecundación en el tercio externo de la trompa, pero lo patológico está en que la implantación del huevo en un sitio impropio, que lo condena casi fatalmente a que sea imposible su desarrollo y viabilidad, no en la fecundación que nada tiene de anormal. Debido a esto, el 2% de todos los embarazos son ectópicos, (3-4) por ello se estima que aumente su frecuencia seis veces más.

En el momento actual se acepta que en el mundo ha ocurrido un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos atribuibles probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos, dispositivos intrauterinos, entre otros. En algunos lugares más del 1 % de todos los embarazos tienen una localización ectópica. Su aumento ha sido notable en las últimas décadas. (2)

Los reportes de incidencia de esta enfermedad son diferentes en varios países y poblaciones así por ejemplo, Finlandia notificó en 1973 una incidencia de 10,9

embarazos ectópicos por cada 1 000 embarazos diagnosticados (1 × 92 embarazos) y en 1982 aumentó al 20,9 × 1000 o sea 1 × 47 embarazos. (6).

Estados Unidos en 1975 reportó de los centros para el control de enfermedades una incidencia de 9,8 por 1 000 nacidos vivos; en 1980 aumentó a 14,5 por 1 000 embarazos y en el año 1992 reportaron cifras de 19,7 por 1 000 nacidos vivos.(7).

En Cuba también ha aumentado la incidencia estadística de embarazos ectópicos según el anuario estadístico del MINSAP de 2002. En el 2000 hubo 5 muertes maternas por embarazo ectópico para una tasa de 3,5 × 10 000 que se incrementó en el 2001 a 6 para una tasa de 4,3 × 10 000.

Después de un embarazo ectópico se incrementa a un nivel de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente. La posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubario es de 10 a 25 %; las pacientes restantes quedan estériles, generalmente.

En el mundo y en Cuba hay una alta incidencia de esta afección así como de los factores de riesgo que determinan su desarrollo. El embarazo ectópico es un objetivo priorizado del programa de atención materno infantil así como el riesgo de muerte materna que ella con lleva puede ser 10 veces mayor que la de un parto vaginal y 50 veces mayor que la de un aborto inducido. (3-4).

La localización ectópica de un embarazo, generalmente es en las trompas de Falopio, lo que en ocasiones provoca un sangramiento de tal magnitud que puede llevar a la muerte, y esto requiere ajustes en los servicios de salud para actuar en consecuencia. (8). El blastocisto se implanta normalmente en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. La implantación que ocurre en cualquier lugar fuera de este sitio es un embarazo ectópico.

Se han descrito embarazos ectópicos posthisterectomía, refieren que el esperma migró a través de una comunicación fistulosa en la cúpula vaginal. El embarazo ectópico ovárico es una gestación rara. Se han reportado de 17000 a 40000 embarazos. Es raro alcanzar las 28 semanas de este tipo de gestación. (9)

## ETIOLOGÍA

En la etiología se han involucrado muchos factores que se pueden agrupar en 2 grandes grupos. (2).

### FACTORES MECÁNICOS

Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

1. La salpingitis especialmente la endosalpingitis, que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubaria con estrechamiento de la luz o formación de bolsillos ciegos. Una reducción de la cantidad de cilios de la mucosa tubaria producida por una infección que puede contribuir a la implantación tubaria del cigoto.
2. Adherencias peritubarias: son secundarias a infecciones posparto o posaborto, apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.
3. Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos; orificios accesorios e hipoplasias.
4. Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15 % según diferentes autores. (10).
5. Operaciones previas de las trompas: sobre todo cirugía para reestablecer la permeabilidad.
6. Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo al aumentar la salpingitis.

7. Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores anexos.

8. Cesárea previa ha sido mencionada por algunos autores, para otros no pareció haber un riesgo aumentado. Sin embargo en la cistectomía del ovario si se ve incrementado el riesgo por la retracción cicatrizal peritubaria.

#### FACTORES FUNCIONALES. (8-9).

1. Migración externa del huevo: puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller, que da como resultado un hemiútero con un cuerno uterino rudimentario no comunicante.

2. Reflujo menstrual: ha surgido como una causa aunque hay pocos hechos que lo avalan.

3. Alteraciones de la movilidad tubaria: consecuente con cambios séricos en los niveles de estrógenos y progesterona. Alteraciones de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.

4. El hábito de fumar: aumenta el riesgo relativo de 2,5 en comparación con las no fumadoras porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubaria, de la actividad ciliar y de la implantación del blastocito, se relaciona con la ingestión de nicotina.

5. Empleo de anticonceptivos: los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. El uso de altas dosis de estrógenos solos posovulatorios para evitar el embarazo "Píldora del día siguiente".

#### REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Aumenta la incidencia del embarazo ectópico. Aumento de embarazo tubario después de la inducción de la ovulación, de la transferencia de gametos y de la fertilización in Vitro. El primer embarazo logrado por la fertilización in Vitro fue un ectópico tubario. (11).

## CUADRO CLÍNICO

Los síntomas del embarazo ectópico son desafortunadamente los más frecuentes en la clínica ginecológica: sangramiento (precedido de un trastorno menstrual) y dolor que constituyen el mayor motivo de consulta en todo cuerpo de guardia de ginecología; a estos síntomas se unen las masas palpables laterales al útero (anexiales) y los síntomas subjetivos de embarazo. Si se tienen en mente todos estos elementos, habrá que pensar en un ectópico en un alto número de las mujeres que asisten al cuerpo de guardia. (8).

## CONSIDERACIONES GENERALES

Puede pasar desde cuadros asintomático hasta las formas clínicas más floridas y llegar hasta un abdomen agudo. El médico debe realizar todos los esfuerzos razonables para diagnosticar el embarazo ectópico antes de que aparezcan las situaciones catastróficas pero es posible que la tarea no resulte sencilla.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

Dolor: se presenta con mayor frecuencia el dolor pelviano y abdominal en un 95 % de los casos; puede afectar cualquier parte del abdomen, si existe un hemoperitoneo grande puede aparecer dolor pleurítico en el tórax por irritación diafragmática. (12).

Amenorrea: la mujer puede confundir la hemorragia uterina con un período menstrual; por lo que debe detallarse momento de inicio, duración y cantidad. Por lo general la hemorragia se presenta de color marrón oscuro, escasa intermitente o continua.

Cambios uterinos: debido a las hormonas placentarias el útero aumenta de tamaño y toma las características de un útero grávido; puede estar desplazado lateralmente

por la masa anexial y puede expulsar en el 5-15 % un molde decidual acompañado de dolor en forma de cólicos.

Signos de shock o hipovolemia: aparece cuando el embarazo ectópico está complicado.

## FORMAS CLÍNICAS SEGÚN LAS LOCALIZACIONES DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Las localizaciones del embarazo ectópico se muestran en la figura 1

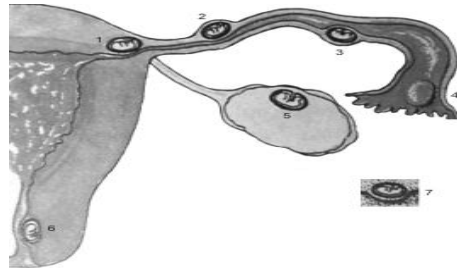


Fig.1.Localizaciones del embarazo ectópico.

Embarazo tubario. Este puede ser de 2 formas; el embarazo tubario no complicado es cuando el diagnóstico se realiza en el momento ideal antes de que ocurra alguna complicación, pues evita los riesgos de ruptura. La otra es el embarazo tubario complicado que a su vez hay que diferenciarlo en 2 grupos: cuando existe estabilidad hemodinámica es más intenso el dolor y puede irradiarse a otros sitios del abdomen o al hombro (signo de Laffon), se palpa una tumoración anexial muy dolorosa, en dependencia del tiempo de evolución del hemoperitoneo, se encontraran signos de irritación peritoneal.

El segundo grupo es cuando existen signos de descompensación hemodinámica; es cuando esta presente el shock, sudación, palidez, taquicardia, frialdad e hipotensión (13) (figura 2).



Fig. 2. Aborto tubario.

Embarazo intersticial: su localización es más peligrosa, el huevo fertilizado se implanta dentro del segmento de la trompa que penetra en la pared uterina, el también llamado cornual se presenta en el 3 % de todas las gestaciones tubarias. Debido al sitio de implantación hay asimetría variable del útero a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, la rotura puede ocurrir más tardíamente entre la 8va.y la 10ma.semana pero la hemorragia puede ser fatal por la cercanía de las arterias uterinas en su rama ascendente.

Embarazo intraligamentario: llamado también del ligamento ancho; es cuando el cigoto se implanta hacia el mesosalpin (14) y la rotura puede ocurrir en la porción de la trompa no cubierta inmediatamente por peritoneo y el contenido del saco gestacional es eliminado en el espacio formado entre las hojas del ligamento ancho.

Embarazo abdominal: pueden ser primarios o secundarios, su incidencia varia, uno por cada 372 y hasta 9 714 recién nacidos vivos. (9). El grupo de García Salvador R, publicó en 1997 un trabajo titulado: "Embarazo peritoneal secundario con feto vivo a termino". Los criterios diagnósticos para el embarazo abdominal son:

- Presencia de trompas y ovarios normales sin pruebas de embarazo previo reciente.

- No hay pruebas de fístula útero placentario.
- Presencia de embarazo que se relaciona exclusivamente con la superficie peritoneal sin posibilidad de implantación secundaria después de nívación tubaria primaria.

Embarazo ovárico: está confinado al ovario y representa del 0,5 al 1 % de todos los ectópicos. (15). Su incidencia varía de 1 × 40 000 nacidos. En 1978 Spiegelberg relacionó los criterios diagnósticos siguientes. (12).

- Debe estar intacta la trompa de Falopio en el lado afectado.
- El saco fetal debe ocupar la posición del ovario.
- El ovario debe estar conectado con el útero mediante el ligamento ovárico.
- Debe haber tejido ovárico en la pared del saco.

Embarazo cervical: afortunadamente es poco frecuente, su incidencia varía en los Estados Unidos entre 1: 2 400 y 1: 50 000 embarazos (7). Existen criterios clínicos para su diagnóstico, el útero que rodea al cuello distendido es más pequeño, no está dilatada la boca interna del cuello; el legrado de la cavidad endometrial no produce tejido placentario y la boca externa se abre con mayor prontitud que en el aborto espontáneo.

Según Barak y otros. (16), existen criterios ultrasonográficos para el diagnóstico del embarazo cervical:

- Cavidad uterina libre de ecos o presencia de solo un saco.
- Transformación decidua del endometrio con estructura densa de ecos.
- Estructura difusa de la pared uterina.
- Forma del útero en reloj de arena.
- Conducto cervical globoso.
- Saco gestacional en el endocervix.
- Tejido placentario en el conducto cervical.

- Boca interna cerrada.

Embarazo heterotópico: es cuando coexisten embarazos intrauterinos y ectópico. También puede presentarse pero con menos frecuencia el ectópico gemelar en diferentes localizaciones y combinaciones.

## DIAGNÓSTICO

Al embarazo ectópico se le ha denominado en muchas ocasiones "el gran simulador", siempre hay que pensar en él para poder diagnosticarlo.

El profesor Nelson Rodríguez (8) deja bien establecido la frecuencia diagnóstica: primero se debe diagnosticar que existe un embarazo; segundo, demostrar que no está en el interior del útero y tercero, conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico, y de ser así, valorar su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente.

Pruebas de laboratorio: dosificación de hemoglobina y hematocrito, después de una hemorragia pueden disminuir los niveles de estos y orientar en el diagnóstico.

Pruebas de embarazo: el ectópico no puede ser diagnosticado sólo por una prueba positiva pero las gonadotropinas coriónicas pueden ser detectadas en el suero, en concentraciones muchos más reducidas que en el embarazo normal.

Pruebas urinarias de embarazo: las más usadas son el portaobjeto de inhibición de la aglutinación de látex, con sensibilidad para la gonadotropina corionica del orden 500-800 m UI/mL. Las pruebas del tubo tienen una detección entre 150-250 m UI/mL (17) y solamente positivas entre el 80-95 %. Las pruebas que utilizan ensayos inmunoarborescentes ligados a enzimas (ELISA) son sensibles de 10-50 m UI/mL y positivas en el 90-96 %. La determinación cuantitativa de la subunidad b de la gonadotropina corionica (b- HCG) es la piedra angular para el diagnóstico, tiene una

sensibilidad de 25 m UI/ml. La prueba es positiva virtualmente en todos los ectópicos comprobados

La concentración de b- HCG se relaciona con la edad gestacional. Durante las primeras semanas de la amenorrea se incrementa de manera exponencial. Después de la sexta semana las concentraciones son > de 6 000 a 10 000 m UI/mL; el incremento es más lento e inconstante.

Diferentes autores han observado que en mujeres con embarazo normal la media del tiempo para duplicar la b-HCG en suero era de 48 h aproximadamente y el valor más bajo, normal para este aumento, era del 66 %. Calcular estas cifras restando el valor inicial de la b- HCG del valor de las 48 h y dividir el resultado por el valor inicial; el que se multiplica por 100 para obtener un porcentaje.

$$\frac{\beta\text{-HCG a las 48 h} - \beta\text{-HCG inicial}}{\beta\text{-HCG inicial}} \times 100$$

El tiempo de duplicación de la HCG puede distinguir entre embarazo ectópico e intrauterino: el incremento del 66 % en la b- HCG en 48 h (nivel de confianza de 85 %) representa el límite inferior de los valores normales para embarazos intrauterinos viables. La determinación única de la gonadotropina coriónica humana, tiene utilidad limitada porque se produce sobre posición considerable de los valores entre los embarazos normales y los anormales.

Progesterona sérica: la concentración sérica media de progesterona en el ectópico es más baja que en el embarazo intrauterino. Cerca del 70 % de las pacientes con embarazo intrauterino viable tienen concentraciones > 25 ng/mL; solo el 1,5 % de los ectópico pasan de estas cifras.

## **OTROS MARCADORES ENDOCRÍNO-PROTEÍNICOS**

Su concentración es mucho más baja en los ectópicos cuando se comparan con los embarazos viables.

Concentración sérica materna de la creatinina. Son más elevadas en mujeres con embarazo tubario que en embarazos normales.

Proteína 1 de Schwangerschafts (SP1) conocida como proteína C relacionada con el embarazo (PCPRE) o glucoproteína B específica del embarazo, se produce en el sincitiotrofoblasto, se incrementa tardíamente en pacientes con embarazo no viable.

Relaxina: es una hormona proteica producida sólo por el cuerpo lúteo del embarazo, aparece en el suero materno entre la 4ta. y la 5ta. semana de gestación, llega a su máximo cerca de la 10ma. semana. Las concentraciones de relaxina son significativamente más bajas en los embarazos ectópicos, una sola concentración > 33 pg/mL excluye el diagnóstico de ectópico.

La CA 125 es una glucoproteína que aparece durante el embarazo cuyo origen no ha podido dilucidarse, aumenta solo en el 1er. trimestre. Los resultados en investigaciones han sido contradictorios.

Determinación de  $\alpha$ -feto proteínas (AFP). (5) En el embarazo ectópico están elevadas las mediciones. La combinación de AFP con otros marcadores  $\beta$ -HCG, progesterona y estradiol tienen una especificidad de 98,5 % y una precisión de 94,5 % para la predicción de embarazo ectópico.

La proteína C reactiva es una sustancia reactiva de fase aguda que se incrementa en caso de traumatismo e infección. Es más baja en pacientes con embarazo ectópico que en las que experimentan un proceso infeccioso ectópico

Ultrasonografía: los progresos de la ultrasonografía han generado un diagnóstico más oportuno del embarazo intrauterino y el ectópicos. La exploración completa debe incluir ultrasonografía transabdominal y transvaginal. Mediante el procedimiento transvaginal el diagnóstico del embarazo intrauterino se puede establecer una semana antes que con el transabdominal. La ecografía transvaginal sola puede dar como resultado el diagnóstico correcto en el 90 % de las pacientes. (18).



Fig.3. Imágenes ultrasonográficas del embarazo ectópico.

Ultrasonido transvaginal con Doppler pulsado color: la técnica consiste en identificar un sitio intrauterino o extrauterino de color vascular con la forma placentaria característica, el denominado "patrón en anillo de fuego" y un patrón continuado de alta velocidad y baja impedancia que es compatible con la perfusión placentaria. Si este patrón se ve fuera de la cavidad uterina el diagnóstico de ectópico es cierto. (9).

Determinación de  $\beta$ -HCG sérica cuantitativa más ecografía. *Kadar* y otros. En 1981 describieron las 4 posibilidades siguientes con la combinación de estas técnicas que han sido modificadas por *Zenteno*. (8).

1. Cuando el valor de  $\beta$ -HCG > 6000 mUI y se observa un saco gestacional intrauterino mediante ecografía, es prácticamente seguro que sea un embarazo normal.
2. Cuando el valor  $\beta$ -HCG > 6000 mUI (1 000-2 000 mUI/mL con ecografía transvaginal) y se visualiza cavidad uterina vacía es muy probable un embarazo ectópico.
3. Cuando el valor de  $\beta$ - HCG está por debajo de 6000 mUI/mL (1 000-2000 mUI/mL con ecografía transvaginal y se visualiza un saco intrauterino definido es probable un embarazo ectópico. La determinación de progesterona sérica puede ser de ayuda en estos casos.
4. Cuando el valor  $\beta$ -HCG > 6000 mUI (1 000-2 000 mUI/mL con ecografía transvaginal) y hay un útero vacío; no se puede hacer un diagnóstico definitivo de la falta de visualización de sacos gestacionales. (19). En estos casos hay un periodo de ventana de 20 días y puede ser que se produzca un aborto, continuar un embarazo normal o haber evidencias de un ectópico.

Finalmente una prueba positiva de  $\beta$ -HCG sérica puede confirmar un embarazo en una fase tan temprana como 8 días después de la fertilización. Culdocentesis. Se ha empleado con amplitud como técnica diagnóstica para el ectópico en lugares donde existen las dosificaciones de  $\beta$ -HCG y la ecografía transvaginal se usa menos. Su finalidad es identificar la presencia de sangre no hace referencia, en la importancia de que se realice correctamente la punción del saco de Douglas para evitar falsos positivos o falsos negativos, pues en ambos se adoptaría una conducta incorrecta (8).

Dilatación y legrado: en algunos lugares lo usan en el embarazo no viable donde no pueden determinar su localización por ultrasonografía. Es necesario confirmar la presencia de tejido trofoblástico. El tejido desidual no flota en solución salina y las vellosidades corionicas suelen identificarse por su aspecto frondoso y laxo característico.

## LAPAROSCOPIA: SE CONSIDERA EL "ESTÁNDAR DORADO" PARA EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

A través de ella se tienen 3 ventajas importantes como son: se visualizan los genitales internos con sus características y permite un diagnóstico de certeza, es una vía concurrente para eliminar la masa ectópica con el advenimiento de la cirugía de mínimo acceso y es una vía para inyectar agentes quimioterapéuticos en el interior de la masa del ectópico.

Para hacer un diagnóstico es importante un adecuado interrogatorio, antecedentes de la paciente, un correcto y minucioso examen físico en busca de los signos de la enfermedad y combinarlos con los métodos diagnósticos que estén disponibles, así como un adecuado diagnóstico diferencial de todos aquellos procesos que cursan con síndrome doloroso pélvico; con un síndrome hemorrágico y que pueden confundir el diagnóstico.

Laparotomía: si aun a pesar de todo existiera alguna duda debe realizarse una laparotomía exploradora. Un diagnóstico rápido y certero puede salvar la vida y cuanto más temprano se diagnostique, las posibilidades de un futuro embarazo serán mayores

En Cuba se ha logrado mantener los indicadores de morbimortalidad materna en cifras bajas y un aspecto que influye negativamente en dichos indicadores son los embarazos ectópicos, que traen aparejados los ingresos de estas pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos y la ocurrencia de muerte materna por esta causa

Dado el elevado incremento de los ingresos por embarazo ectópico ya analizados se hace necesaria la intervención educativa promocional con el fin de mejorar este indicador de salud que es capaz de promover un aumento en la cifra de morbimortalidad, no tan solo en nuestra área dispensarizada sino a nivel nacional.

#### **IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio pre - experimental (tipo antes y después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre el embarazo ectópico en las mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional del CMF 25 del policlínico norte de la ciudad de Morón en el periodo comprendido del 1 de Enero del 2008 al 30 de Diciembre del 2008.

El universo estuvo constituido por 267 mujeres en edad fértil dispensarizadas en el consultorio antes mencionado. Se tomó una muestra intencional de 134 mujeres teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión exclusión.

##### Criterios de inclusión

- Residir y permanecer físicamente en el área dispensarizadas del consultorio durante el período de la investigación.
- Ser aptas físicas y mentalmente para comprender la encuesta y los programas educativos.
- No tener realizada una esterilización quirúrgica o que no presente órganos genitales internos por intervención media quirúrgica

##### Criterios de exclusión

- No satisfacer los criterios de inclusión.

#### **4.1 Métodos aplicados durante la investigación fueron:**

##### Métodos teóricos:

- Análisis-síntesis: permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía realizada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico lógico: se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el cursar de su historia, por lo que se emplea a indagar sobre los factores epidemiológicos del embarazo ectópico.
- Inducción-deducción: se establece generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis
- Hipotético-deductivo: deduce una hipótesis como respuesta al problema.

##### Métodos empíricos:

- La observación: mediante la misma se conoce la realidad del proceso, el riesgo de las mujeres de presentar afecciones de el aparato genital femenino y no ser detectadas tempranamente, de esta forma diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención educativa que logre resolver el objeto de la investigación.

#### **4.2 Técnica de recolección de la información:**

Para el desarrollo de esta investigación, se aplicó una encuesta con 7 ítems antes y después de la intervención educativa, que constituyó el sustento informativo de todo

el trabajo. En estas se recogieron todas las variables de interés para la información, la cual tuvo preguntas cerradas dicotómicas y politómicas. (Anexo 2)

### **4.3. Conceptualización y operacionalización de las variables.**

Variable dependiente.

Conocimiento. La adquisición a través de la superación de la mujeres en temas relacionados con el embarazo ectópico.

Variable independiente.

Intervención educativa: sistema de actividades educativas para lograr cambios de comportamientos específicos y sostenidos en las mujeres.

Métodos educativos: son las vías y los modelos de la actividad conjunta entre los sujetos para lograr los objetivos propuestos.

#### **El trabajo se desarrollo en tres etapas**

- a). Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.
- b). De intervención educativa.
- c). Nivel de conocimiento después de la intervención.

#### **a). Nivel de conocimiento al inicio de la investigación.**

En esta etapa se identificó el nivel de conocimiento sobre el embarazo ectópico en las féminas seleccionadas para la investigación, para ella se realizó una encuesta (anexo 2), dicha encuesta contó con 7 ítems que evaluaron variables de interés. Los cuales se categorizaron de la siguiente manera:

**1. Edad:** Variable cuantitativa continua, expresada en años cumplidos.

**2. Ocupación:** Labor que realiza

- Estudiante: Cursa estudios.
- Trabajadora: Con centro de trabajo.
- Ama de casa: sin vínculo laboral ni estudiantil.

**3. Escolaridad:** expresado en nivel culminado

1. Primaria. Hasta 6 grado.
2. Secundaria: hasta 9 no grado.
3. Preuniversitaria: hasta 12mo grado.
4. Universitaria: nivel superior terminado.

**4. Conocimiento sobre el embarazo ectópico**

Se respondió dicotómicamente con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuesta: Si ( ) o No ( ). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa.

**5. Medios a través de los cuales adquieren información.**

- Radio.
- Televisión
- Prensa.
- CMF
- Otras vías.

Se respondió politómicamente con una o más cruces según correspondió en las posibilidades de respuestas. Todas las posibilidades de respuestas son adecuadas.

**6. Conoce usted los factores epidemiológicos relacionados con el embarazo ectópico? Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_**

De ser afirmativa marque con una x los factores que reconoce

- a) \_\_\_ abortos provocados
- b) \_\_\_ operaciones ginecológicas previas
- c) \_\_\_ promiscuidad
- d) \_\_\_ antecedente de infecciones pélvicas
- e) \_\_\_ regulaciones menstruales
- f) \_\_\_ esterilidad
- g) \_\_\_ antecedentes de embarazo ectópico.
- h) \_\_\_ uso de dispositivos intrauterinos
- i) \_\_\_ fumadoras

Si marco 4 o más factores se dio como conocedora mientras que las que no lo marcaron se dio como no conocedora de los factores epidemiológicos

#### **7. ¿Cuales son los posibles síntomas del embarazo ectópicos?**

- a) \_\_\_ Falta menstrual
- b) \_\_\_ Sangramiento en mancha o metrorragia
- c) \_\_\_ Dolor bajo vientre
- d) \_\_\_ Náuseas y vómitos
- e) \_\_\_ No los conoce

Si respondió colocando una cruz, y se reconoció como conocimiento correcto sí se marcaron los incisos a), b), c) y d) e incorrecto el e).

#### **b). Intervención educativa.**

Después de aplicada la encuesta a las mujeres de la muestra se desarrollo un programa educativo de 6 sesiones de trabajo, de 30 minutos de duración, con dos frecuencias semanales. Los encuentros se efectuaron según la conveniencia en lugares para ellas pertinentes, siempre dentro de la comunidad en estudio. Cada actividad educativa al inicio se reforzó con recuento somero de los aspectos tratados en el encuentro anterior, mediante el empleo de diversas técnicas participativas. Para

llevar a cabo estas actividades se dividió la muestra en 4 grupos de 33 y 34 personas respectivamente. (anexo 3)

## **Programa Educativo.**

### **Actividad # 1.**

Tema: Introducción.

Objetivos:

- Presentación del estudio y sus objetivos.
- Interrelación y presentación de las mujeres que participan.
- Aplicación inicial del cuestionario.

Técnica aplicada:

- Presentación grupal.
- Lluvia de ideas. Medios utilizados:
  - Cartulina
  - Plumón.

Tiempo: 30 minutos.

### **Actividad # 2.**

Tema: Recuento fisio-anatómico del aparato reproductor femenino.

Definición de conceptos relacionados con la reproducción y el acto sexual.

Objetivos: Brindar información general acerca de la anatomía y fisiología del aparato genital femenino

Técnica aplicada

- Charla educativa.

Medios utilizados:

- Pancartas y láminas.

Tiempo: 30 minutos.

### **Actividad # 3.**

Tema: Embarazo ectópico. Factores de riesgo.

Objetivos:

- Concepto de Embarazo Ectópico.
- Mencionar los diferentes factores de riesgo.
- Explicar el mecanismo por el cual estos factores de riesgos son capaces de producir el embarazo ectópico.

Técnica aplicada:

- Charla educativa.

Medios utilizados:

- Material retro, DIU inyectables, video

Tiempo: 30 minutos

### **Actividad # 4.**

Tema: Embarazo ectópico. Síntomas y complicaciones.

Objetivos:

- Mencionar los síntomas y signos.
- Conocer las complicaciones mas frecuentes del embarazo ectópico

Técnica aplicada:

- Charla educativa.

Medios utilizados:

- Videos, pancarta.

Tiempo: 30 minutos.

### **Actividad # 5.**

Tema: Salud reproductiva. Alternativas de las mujeres para disminuir los riesgos epidemiológicos.

Objetivos:

- Conceptualizar salud reproductiva.
- Explicar su importancia.

Técnica aplicada:

- Charla educativa

Medios utilizados:

- Televisor, video y cassette.

Tiempo: 30 minutos.

### **Actividad # 6.**

Tema: Resumen sobre embarazo ectópico.

Objetivos:

- Reaplicar cuestionario para evaluar los resultados.
- Valorar o no la satisfacción o no de las necesidades de aprendizaje de las mujeres mediante la representación de diferentes situaciones donde las mujeres dan solución a diferentes problemáticas.

Técnica aplicada:

- PNI.

Medios utilizados:

- Cuestionario y hoja de papel.

Tiempo: 30 minutos

### **C). Nivel de conocimiento después de la intervención.**

Después de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial a la misma muestra de mujeres. Para su valoración se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de nivel de conocimientos al inicio de la investigación con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

## **Procesamiento de la información.**

Una vez concluida la recopilación del dato primario se procedió al recuento individual de cada unidad de información a través de una computadora Pentium, mediante la ejecución de programas del Microsoft Office de Windows, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencias, empleándose el porcentaje como medida de resumen, los textos se procesaron en el programa Microsoft Word, que permitieron a su vez la elaboración de conclusiones y recomendaciones al efecto.

## **APORTES:**

- Aporte teórico: Aumentar el nivel de conocimiento sobre embarazo ectópico en mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional.
- Aporte práctico: Diseñar un programa educativo a las mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional del CMF 25 del policlínico norte sobre el embarazo ectópico.
- Aporte social: Disminuir la incidencia de embarazo ectópico, para evitar la reducción de su capacidad reproductiva, sin olvidarse de las complicaciones y el riesgo de mortalidad, lo que proporciona una reproducción eficaz.
- Aporte económico: Los costos, las pacientes reducen su estadía hospitalaria, disminuyen las complicaciones al brindar una adecuada conducta desde los primeros momentos y los gastos por concepto de medicamentos, personal y otros recursos.
- Aporte científico: Elevar el nivel de conocimiento sobre embarazo ectópico.

## V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

**Tabla 1. Distribución según grupos de edad y ocupación de las mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional del CMF 25 policlínico norte de Morón durante el año 2008.**

Edad	Ocupación						Total	
	Estudiante		Trabajadora		Ama de Casa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
15-20	10	40.0	-	-	-	-	10	7.5
21-25	9	36.0	4	6.2	20	45.5	33	24.6
26-30	5	20.0	15	23.1	10	22.7	30	22.4
31-35	1	4.0	6	9.2	-	-	7	5.2
36-40	-	-	5	7.7	-	-	10	7.5
41-45	-	-	20	30.7	8	18.2	28	20.9
46-49	-	-	15	23.1	6	13.6	21	15.7
TOTAL	25	100	65	100	44	100	134	100

Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se aprecia que el 24.6% y 22.4% de las mujeres estaban comprendidas en los rangos de edades de 21-25 y 26-30 años corresponde con la edad de mayor fertilidad de la mujer. De 25 estudiantes el 96.0% estudiaba y oscilaban en las edades de 15 hasta 30 años, El 20.9% corresponden a trabajadora y ama de casa, de 65 trabajadoras el 30.7% y el 18.2% de ama de casa se encontraba en el grupo de edad de 41-45 años.

Es importante considerar que el embarazo ectópico aparece en los años de mayor actividad sexual y reproductiva de la mujer, desde hace unos años se está reportando en la literatura que la adolescencia debido a las características fisiológicas y conductas sexuales de riesgo característicos a esa edad, a pasado a ser uno de los factores más importantes, por el aumento de su incidencia lo que se crea la propuesta de intervención para proponer una intervención educativa a nivel de APS, creando un medio de capacitación basándose en el elevar el nivel de conocimiento sobre esta afección.

Una situación similar a este estudio se reporta en los trabajos realizados de Olade y Martínez (2,24) donde el gran número de adolescentes y jóvenes (15-24) años presentaron embarazo ectópico mientras después de los 30 años se reduce considerablemente (2). En Nigeria en edad temprana de comienzo de relaciones sexuales aumentó el riesgo de embarazo ectópico casi dos veces.

Esto con lleva a que una población de mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional conozcan acerca de esta afección para no traer consigo como consecuencia en el futuro la reducción de su capacidad reproductiva, sin olvidarse el riesgo de mortalidad siempre presente en esta afección.

**Tabla 2. Distribución de las mujeres según escolaridad.**

<b>Escolaridad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Primaria	8	5.9
Secundaria	25	18.7
Preuniversitaria	58	43.3
Universitaria	43	32.1
Total	134	100.00

Fuente: Encuesta

Con respecto a la distribución de las mujeres encuestadas según la escolaridad, el 43.3% culminaron los estudios Preuniversitario y el 32.1% los estudios universitarios. Es de destacar que el 5.9% y el 18.7% respectivamente corresponden a la primaria y secundaria.

Es de resaltar que el mayor trabajo educativo debe estar encaminado a los grupos de mujeres de menor nivel de escolaridad en preparación en este tema.

Contrario a este estudio en el trabajo de Cuero- Vidal (21) correspondió que el mayor por ciento del nivel de escolaridad fue la Secundaria Básica.

**Tabla 3. Distribución de las mujeres según información que poseen sobre el embarazo ectópico**

<b>Información</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Conocen	32	23.9
No conocen	102	76.1
Total	134	100.00

Fuente: Encuesta

En la tabla No3 se muestra la distribución de las mujeres según la información que poseen sobre el embarazo ectópico donde solo un 23.9% tenían información mientras que el resto resultó (76.1%) no poseían información.

Estos resultados demuestran la poca información existente sobre el embarazo ectópico, por lo que con este trabajo se contribuyó a elevar el nivel de conocimiento sobre el tema; que conozca la incidencia actual y sintomatología, aspecto que permite disminuir su incidencia, pues esta es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia pues constituye una causa frecuente de muerte en mujeres sanas en edad fértil.

**Tabla 4. Distribución de las mujeres según el medio por el cual adquirió información.**

n=134

Medios	No. de Mujeres	%
Radio	-	-
Televisión	3	2.2
Prensa	10	7.5
CMF	10	7.5
Otras vías	9	6.7

Fuente. Encuesta

Según el medio por el cual adquirió información se observa, que solo un pequeño porcentaje de mujeres 7.5% adquirió información a través del consultorio Médico de Familia y en la prensa.

Se debe enfatizar más en los medios de información para que las mujeres puedan tener conocimiento acerca del embarazo ectópico, pues suele llamarse el gran simulador en ginecología, sus síntomas son desafortunadamente lo más frecuente en la clínica ginecológica y su entidad se a hecho popular en la practica clínica.

**Tabla 5, Distribución de las mujeres según los factores epidemiológicos conocidos.**

Factores epidemiológicos	Antes N=134		Después N=134	
	No.	%	No.	%
Abortos provocados	15	11.2	131	97.8
Operaciones ginecológicas previas	7	5.3	99	73.9
Promiscuidad	10	7.5	128	95.5
Antecedentes de inflaciones pélvicas	33	24.6	132	98.5

Regulaciones menstruales	25	18.7	126	94.0
Esterilidad	4	2.9	120	89.6
Antecedentes de embarazo ectópico	18	13.4	124	92.5
Uso de dispositivos intrauterinos	22	16.4	130	97.0
Fumadoras	-	-	90	67.2

Fuente: Encuesta

La tabla No 5 se aprecia los factores epidemiológicos conocidos antes y después de la intervención. Al inicio la inflamación pélvica constituyó el factor más conocido con 24.6% seguido a las regulaciones menstruales con el 18.7% y el uso del dispositivo intrauterino (DIU) representó 16.4% y en cuarto lugar conocían como factor el antecedente de EE 13.4%. Lográndose después de la intervención educativa elevar el nivel de conocimiento sobre los factores epidemiológicos, el más significativo es 98.5% de antecedentes de inflamaciones pélvicas, el 97,8% abortos provocados y el 97% de uso de dispositivos intrauterinos, no se logró un 100% debido al nivel de escolaridad que algunas tienen estudios vencidos primarios y secundarios y otras que se ausentaron por problemas personales a algunas actividades.

No se encontró bibliográficas para poder comparar los resultados de la intervención sobre este tema pero si se revisó las referencias bibliografías de algunos autores consultados como Rigor (1) y Silva (23) coinciden en que los abortos provocados, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), infecciones de transmisión sexual (ITS) y la cirugía pélvica constituyen factores epidemiológicos del EE. Otros como Hick (25) señalan que el DIU aumentan 4 veces el riesgo del EE. Ankun (26) en un metanálisis realizado demuestra una gran relación entre riesgo de EE y el haber tenido previamente un EE.

Rusell (27) considera que los abortos inducidos pueden ser uno de los varios factores de riesgo de embarazos ectópicos

**Tabla No. 6. Nivel de conocimientos sobre los síntomas del embarazo ectópico.**

Conocimiento	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
conocen	50	37.3	128	95.5
No conocen	84	62.7	6	4.5
Total	134	100.00	134	100.

Fuente: Encuesta

Antes de la intervención el 62.7% no conocían sobre los síntomas del embarazo ectópico lográndose después de la intervención que los resultados fueran mejores el 95.5% lo conocieran.

Dato similar a nuestro estudio se encontraron en los trabajos de las autoras Fernández Arena y Guerra Castro (22).

Es de señalar que el embarazo ectópico es considerado una verdadera urgencia médica que presenta complicaciones graves, de ahí el interés de saber su compartimiento en cada caso, así como también las diferentes formas clínicas. En la actualidad es un verdadero problema de salud, puede dejar secuelas importantes en la mujer. Además de ser una emergencia médica cuyo diagnóstico posee gran importancia por sus complicaciones.

## VI. CONCLUSIONES

- El Embarazo Ectópico se considera frecuente en la edad fértil de la mujer con tendencia a elevarse en las jóvenes y adolescentes esto se debe al desconocimiento acerca de la entidad como se observa en este estudio.
- La intervención educativa permitió elevar el nivel de conocimiento del embarazo ectópico a las mujeres de edad fértil con riesgo preconcepcional.
- Lo referente a los factores epidemiológicos resultó ser el aspecto mejor conocido, están relacionados con interrupciones del embarazo, el uso del dispositivo, antecedente de EE, sin considerar las inflamaciones pélvicas como el factor más conocido.
- La insuficiencia del conocimiento estuvo relacionado con los síntomas que de un 37.3% se logró después el 95.5%.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Incrementar la divulgación a través de los medios de trabajo educativos llevándolo el médico y la enfermera de la comunidad.
- Continuar impartiendo cursos de capacitación a las mujeres de edad fértil para seguir elevando el nivel de conocimiento dicha afección.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
2. Olalde Cancio R. Embarazo Ectópico: Factores Relacionados Y otras consideraciones. Medicentro. 2004;8(4)
3. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud en Cuba. La Habana: MINSAP; 2004.
4. Estadísticas de salud en Cuba. Infomed. Internet. Ministerio de [Salud Publica](#) Marzo del 2003.
5. Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González N. Tendencias actuales en el tratamiento del embarazo ectópico. Rev. cuba obstet ginecol 2003; 29(3).
6. Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. *Katz: Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby;2007
7. National Center for Health Statistics. Annual Summary of Births, Marriage; Divorces and Deaths. United States. MD: US Department of Health and Human Services; Public Health Serv 1993; 38(13):23.
8. Zenteno G. Fisiopatología del embarazo ectópico. Ginecol Obst Mex 2002; 70(1):36-47
9. Alberto Suazo CR. Salpingectomía videolaparoscópica por embarazo ectópico. Presentación de 2 casos y revisión de la literatura. Rev Med Honduras 2001; 69 (3):107-11
10. Brenner PF, Ray S, Mishell DR. Ectopic pregnancy: a study of 300 consecutive surgically treated cases. JAMA 1980; 243: 273
11. Balmaceda JP, Bernandini L, Asch RH, Stone SC. Early primary abdominal pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. J Assist Reprod Genet 1993; 10:317.
12. Mol BW, van der Veen F, Bossuyt PM. Symptom-free women at increased risk of ectopic pregnancy: should we screen? Acta Obstet Gynecol Scand. 2002, 81:661-72.
13. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Embarazo Ectópico. Orientaciones Metodológicas para el manejo y control en todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo ectópico y todas sus complicaciones. Ciudad de la Habana. Diciembre 2002.
14. Rodríguez HN. Embarazo ectópico. Rev Cubana de Obstet y Ginec 1995;21(1-2); 3-7.
15. Al-Meshari A, Chowdhury N, Adelusi B. Ovarian pregnancy. Int J Gynecol Obstet 1993; 41:269.
16. Barak S, Oettinger M, Perri A, Cohen HI, Barenboym R, Ophir E. Frozen section examination of endometrial curettings in the diagnosis of ectopic pregnancy. Acta obstet gynecol scand 2005; 84 (1):43-7
17. López Artze O, Almaguer Almaguer JA, Granado Martínez O. Cirugía de mínimo acceso en el tratamiento del factor tubo-peritoneal. Rev Cubana Obst Ginecol. 2005;31(3)

18. Lozeau AM Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. USA: University of Wisconsin Medica; 2005.
19. Brennan DF, Kwatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. J emerg med 2000; 19 (4):249 -54.
20. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta obstet gynecol scand 2005; 84 (2):184-8.
21. Cuero- Vidal. OL. Descripción del Embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, entre el 2005y el 2006. Revista Colombia de obstetricia y ginecología Vol. 59 No 4 2008(304-309)
22. Fernández Arenas .C, Guerra Castro M. Estrategia Educativa para gestión del conocimiento sobre embarazo ectópico en Atención primaria de Salud. Revista Medica Electrónica 2009; 31(2).
23. Silva Solovera S. Revisión Bibliográfica de Embarazo Ectópico. Santiago de Chile: Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Sótero del Río; 1992-2003.
24. Martínez J, Basáez E, Rodríguez P. Embarazo ectópico. Rev Méd Santiago.2000 Jul;3(12)
25. Hicks JL, Rodgerson JD, Heegaard WG, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. Am J Emerg Med. 2001; 19:488 -91.
26. Ankum WM, Mol Bw, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy:a meta-analysis. Fertil Steril. 1996; 65:1093-9.
27. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy Hum Retrad 1995; 10(7).

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García M. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital Provincial ginecobstétrico "Mariana Grajales". Villa Clara. Medicentro. 2002;6(3)
2. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de Conductas. Madrid; Salvat; 1994.p.330-49.
3. Levin AA, Shoendaum SC, Stubble Field PG, Zimilki. Ectopic pregnancy and prior induced abortion. Am J Public Health 1982;72: 253-6.
4. Williams. Éxito y fracaso reproductivo. Embarazo ectópico. Obstetricia. 20 Ed. New York: Appleton Century Crofts; 1998: 569-89.
5. Wanerman J, Wulwick R. Segmental absence of the fallopian tube. Fertil Steril 1986; 46:525-7.
6. Ectopic pregnancy. En: Williams. Textbook of Endocrinology. 20 ed. USA: Saunders; 2003.
7. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecobstétrico Hospital Ginecobstétrico "A. Arias". Ciudad de La Habana. Rev cuba enferm 2003; 19 (3):23-
8. Coste J, Bouyer J, Ughetto S, Gerbaud L, Fernández H. Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France (1992-2002). Hum reprod 2004; 19 (9): 201-8.
9. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta obstet gynecol scand 2005; 84 (2):184-8.
10. Fernández C., Guerra M., Soler S. Comportamiento del embarazo ectópico. Matanzas. 2004. Archivos de Medicina © - <http://archivosdemedicina.com>
11. Jian Z, Linan C. Ectopic gestation following emergency contraception with levonorgestrel. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003 Dec;8(4):225-8.
12. Santin Vilariño C et al. Conocimiento y utilización de métodos Anticonceptivos y su relación con la Prevención de Enfermedades de Transmisión sexual en jóvenes. Anales de Psicología 2003; 19:81-9.
13. González L, Cabrera C, Jiménez J, Crossl J. Embarazo Ectópico ovárico con dispositivo intrauterino in situ: caso clínico, Rev. Obstet Ginecol Venez 2005; 65: 203-6.
14. Luglio JM, Díaz L, Cáceres E, Características clínico-patológicos de acientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002 Rev Med Hered 2005; 16: 26-30.
15. Heather M, Hanadi B. Trevor Bardell and Togas Tulandi. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ. 2005;173 (8)
16. Nkyekyer K. Ectopic Pregnancy in Ghana-Time for Change. Ghana Med J. 2006; 40(1):1-2.
17. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Sal Públ.2006; 32(1)

18. Capote Arce R, Carrillo Bermúdez L, Guzmán Parrado R, Varona J, Mohamed Abdelaziz M. Embarazo ectópico cervical. Presentación de un caso. Rev Cubana Obst Ginecol. 2007;33 (1)

19. Acién Álvarez P. Tratado de Obstetricia. Williams. 21da ed. La Habana: Científico Médica; 2007.

## **XI. ANEXOS**

### **Anexo 1.**

Acta de consentimiento informado.

Yo \_\_\_\_\_ estos en la entera disposición para participar en el desarrollo de un Programa Educativo que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre la prevención del Embarazo Ectópico, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos de la Mujer

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Lic. en Enfermería

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Anexo 2.**

Cuestionario.

Mediante la aplicación del cuestionario se conocerá el grado de información sobre los diferentes factores de riesgos que conllevan a que la paciente pueda padecer de un Embarazo Ectópico, será utilizada solo para el estudio de forma anónima y agradecemos su cooperación. Muchas gracias.

### **1. Edad:**

\_\_\_ 15-19

\_\_\_ 20-25

\_\_\_ 26-30

\_\_\_ 31-35

\_\_\_ 36-40

\_\_\_ 41-45

\_\_\_ 45-49

### **2. Ocupación.**

\_\_\_ Estudiante. \_\_\_ Trabajadora \_\_\_ Ama de casa

### **3. Escolaridad.**

\_\_\_ Primaria. \_\_\_ Secundaria. \_\_\_ Preuniversitaria. \_\_\_ Universitaria

### **4. Tiene usted información sobre el embarazo ectópico?**

Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **5. A través de que medios adquiere usted información sobre el embarazo ectópico?**

\_\_\_ Radio.

\_\_\_ Televisión

\_\_\_ Prensa.

\_\_\_ CMF

\_\_\_ Otras vías. Cuales? \_\_\_\_\_

**6. Conoce usted los factores epidemiológicos relacionados con el embarazo ectópico?**

Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_

De ser afirmativa marque con una x los factores que reconoce

- a) \_\_\_ abortos provocados
- b) \_\_\_ operaciones ginecológicas previas
- c) \_\_\_ promiscuidad
- d) \_\_\_ antecedente de infecciones pélvicas
- e) \_\_\_ regulaciones menstruales
- f) \_\_\_ esterilidad
- g) \_\_\_ antecedentes de embarazo ectópico.
- h) \_\_\_ uso de dispositivos intrauterinos
- i) \_\_\_ fumadoras

**7. ¿Cuales son los posibles síntomas del embarazo ectópicos?**

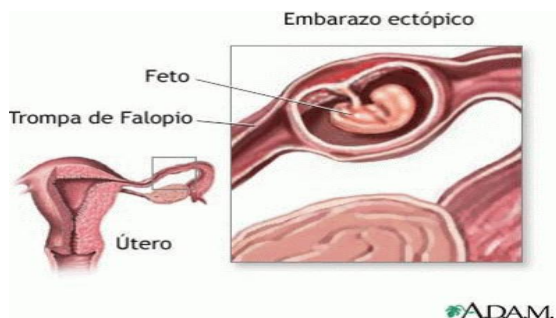
- a) \_\_\_ Falta menstrual
- b) \_\_\_ Sangramiento en mancha o metrorragia
- c) \_\_\_ Dolor bajo vientre
- d) \_\_\_ Náuseas y vómitos
- e) \_\_\_ No los conoce

## ANEXO 3

# Lo que usted debe saber del Embarazo Ectópico

### **Concepto de Embarazo Ectópico.**

- Se considera embarazo ectópico la implantación del blastocisto fuera del de su lugar normal.

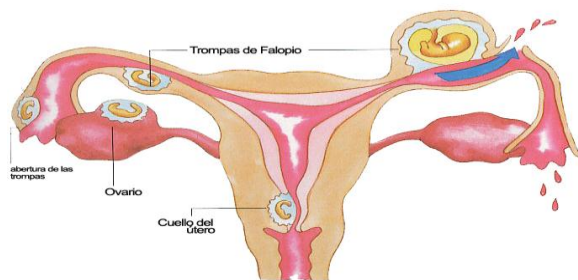


### **Factores de Riesgo.**

- Antecedentes de inflamaciones pélvicas, sobre todo a clamidia trachomatis y Neisseria Gonorrea..
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Tomadoras de anticonceptivos por vía oral.
- Abortos provocados.
- Promiscuidad.
- Esterilización tubárica.
- Uso de dispositivo intrauterinos.
- Fumadoras.

### **Clasificación.**

- Abdominal.
- Ectópico ovárico superficial o profundo.
- Fímbrico, ampular, ístmico, o intersticial.
- Cervical.



### ***¿Cuáles son los síntomas y signos?***

- Retraso o irregularidad menstrual.
- Síntoma subjetivo de embarazo
- Dolor.
- Tumoración anexial.
- Útero con signo de gravidez.

### ***Diagnóstico diferencial.***

- Aborto
- Folículo persistente o hemorrágico
- Quiste del cuerpo amarillo
- Inflamación pélvica aguda
- Endometriosis
- Embarazo intrauterino asociado a otra afección
- Apendicitis aguda
- Miomas complicados

### ***Complicaciones más frecuentes.***

- Dolor agudo intenso
- La hemorragia interna es mas grave y se añade signo de shock:
  - ✓ Palidez marcada
  - ✓ Sudoración profusa
  - ✓ Frialdades las extremidades
  - ✓ Respiración superficial
  - ✓ Pulso incontable con hipotensión o sin tensión

### ***¿Cual es el tratamiento?***

- Todo embarazo ectópico complicado o no debe de ser operado inmediatamente. Es necesario restablecer la volemia normal antes de la intervención o simultáneamente, mediante la transfusión de sangre total.

### ***Recomendaciones.***

- La educación sexual para adolescentes y jóvenes, para ello se recomienda las charlas educativas en escuelas, programas de radio y televisión,
- Educar a la población para que conozca los síntomas precoces y acuda al medico inmediatamente para esta manera prevenir las complicaciones inmediatas y tardías.

## **Anexo 4.**

### **Proyecto de evaluación para el cuestionario**

- Dentro del cuestionario hay un número de 5 preguntas, caracterizan la totalidad del universo según variable e informaciones generales.
- Las preguntas 4, 5, 6 y 7 del modelo de encuesta (ver anexo2), son las de valor numérico que evalúan el nivel de conocimientos. Se evaluaron de bien, regular y mal.
- Bien: Todas las respuestas fueron correctas.
- Regular: Uno o dos de los incisos se marcaron incorrectamente.
- Mal: Tres o mas incisos incorrectos.

Las respuestas de las preguntas se encuentran en las tabas 3, 4, 5 y 6.

Finalmente se evaluó el cuestionario.