



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre de alumno: Hector Mario  
Hernández Pérez**

**Nombre del profesor: Alejandro de  
Jesús Méndez López**

**Nombre del trabajo: Avance de tesis**

**Materia: Seminario de tesis**

**Grado: 8° Cuatrimestre**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Febrero de 2023

# **TEMA: PRINCIPALES ENFERMEDADES EN EL EMBARAZO QUE CONDUCEN A LA MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER, COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS.**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La problemática de la muerte materna está envuelta en un serie de condiciones que va más allá de lo estrictamente médico, pues el problema en el hospital se ha visto que no basta con la atención medica si no que en la atención de la salud influyen aspectos que derivan de las creencias, costumbres, prácticas y limites relacionados con el esquema cultural que repercuten en la salud de los sujetos por ello es importante contemplar y comprender la importancia de los factores socio-culturales para así tener una visión más completa en este problema, si no se llega a comprender los factores cualquier solución que se proponga será superficial, pues ya que no se destacan desde raíz, estas se sostienen en las concepciones que se tienen sobre maternidad y el papel social que juegan la mujeres.

Desde esta perspectiva podemos observar la necesidad de realizar la investigación retomando aspectos, como bien se sabe la muerte materna a la defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto a los 42 días siguientes a la terminación de la gestación por causas relacionadas o agravadas por esta.

Los riesgos asociados con la gestación se relacionan con antecedentes gineco-obstetricos de la mujer.

Por lo general se hace una distinción entre muerte directa que es el resultado de una complicación del embarazo parto o su manejo y muerte indirecta que es asociada al embarazo de una paciente con un problema de salud persistente o recién aparición.

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que expresa la inequidad y la exclusión social.

El costo de la mortalidad, materna se expresa en consecuencias familiares.

Los niños se ven incrementarse el riesgo de abandono, con sus consecuencias de desnutrición y deficiente educación. Los niños de un hogar que pierden a su madre se profundizan en el circulo vicioso de la pobreza más a un se ha descrito que solo uno de cada 10 recién nacidos que perdieron a su madre alcanza a cumplir su primer año de vida.

Todo esto nos lleva a que el embarazo en la actualidad ha presentado muchas enfermedades por diferentes causas, una de ellas es porque las mujeres

embarazadas, en especial en zonas rurales no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna, porque esta incluye el costo, temor maltrato recibido, el tiempo de espera, vergüenza, y distancia al centro asistencial.

Recordado que es importante para vigilar un signo o un síntoma de alarma que se presente de las enfermedades con mayor frecuencia complican el embarazo, como placenta previa, enfermedad hipertensa del embarazo, mola hidatiforme y embarazo ectópico.

La enfermedad hipertensiva si no se detecta a tiempo puede desencadenar la preeclampsia este es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria seguido de la eclampsia es cuando ya hay presencia de convulsiones o estado de coma.

La mola hidatiforme es una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo del embarazo. El embarazo ectópico es un embarazo que ocurre por fuera de la matriz es potencialmente mortal para la madre.

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior del útero. Por lo tanto según varias investigaciones nos dice que la enfermedad más frecuente es la enfermedad hipertensiva que desencadena la preeclampsia seguida de la eclampsia.

Los factores de riesgo para estas enfermedades son la obesidad la edad, gestación múltiple, nuliparidad, la pobreza, aborto de alto riesgo, historia familiar de preeclampsia entre otros.

Estas enfermedades se pueden prevenir detectando enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, fomentar el parto institucional, prever el evento del parto en un lugar donde pueda recibir atención de urgencia. Por lo que es necesario capacitar al personal de enfermería de primer nivel sobre la prevención y el manejo de estas enfermedades. Ya que son el personal de primer contacto que tienen las pacientes de zonas rurales que es donde hay más factores de riesgo

Viendo que en el hospital de la mujer ha ido en aumento la muerte materna surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las causas de contraer alguna de estas enfermedades en el embarazo?

### **Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las principales enfermedades en el embarazo que conducen a la mortalidad materna en el hospital de la mujer de Comitán de Domínguez Chiapas?

¿Cuáles son las causas para que dichas enfermedades se hagan presentes?

¿Qué información preventiva puede brindar el personal de enfermería del hospital materno de Comitán Chiapas respecto a la prevención de las enfermedades en el embarazo?

## **JUSTIFICACION**

La intensión de esta investigación es orientar a la población de mujeres embarazadas que asistan al control de embarazo en el hospital de la mujer de Comitán; para que puedan prevenir las enfermedades en el embarazo y así evitar la muerte materna.

La reducción de mortalidad materna es un reto ético de salud y de equidad de género en la medida que la mujer continúe muriendo innecesariamente, cuando estas pueden ser prevenibles y por lo tanto injustas está a su vez refleja un estado de desigualdad y de acceso a los servicios de salud. Es por eso que la intensión de esta investigación es dar a conocer estrategias de cómo prevenir las enfermedades en el embarazo y así evitar una muerte materna.

Así mismo este estudio sirva como guía para el personal de enfermería que labora en el hospital de la mujer de Comitán para orientar adecuadamente a las mujeres que estén llevando este control de su embarazo

## **OBJETIVO GENERAL**

Formular una guía práctica para capacitar al personal de enfermería que labora en el hospital materno, sobre el tema enfermedades en el embarazo

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el conocimiento general que tienen las mujeres embarazadas que acuden a control al hospital materno, sobre las principales enfermedades del embarazo que ha sido causantes de la mortalidad materna en el hospital de la mujer de Comitán de Domínguez Chiapas
- Identificar y conocer la causas principales que influyen para que las mujeres desarrollen enfermedades del embarazo
- Crear un programa de orientación en las mujeres embarazadas que se atienden en el hospital de la mujer de Comitán de Domínguez Chiapas para concientizar sobre todos los riesgos que se pueden presentar durante el embarazo

## HIPOTESIS

Lo que esta investigación quiere como finalidad es reducir las muertes en el embarazo, así como a disminuir el riesgo de contraer algunas enfermedades y que las madres embarazadas pase con bien su embarazo sin riesgo de **nada**

## MARCO TEORICO

### Hospital de la mujer

HM Hospitales aspira, como uno de sus axiomas fundamentales, a brindar a sus pacientes la mejor oferta asistencial posible. Sin género de dudas eso implica **cubrir las nuevas necesidades de salud** que paulatinamente van siendo demandadas por la sociedad. Es innegable que en el momento actual existe una tendencia que sitúa a la **mujer** como protagonista en todos los ámbitos de la vida. Como no podía ser de otra forma, la Sanidad no es ajena a esta realidad. Inspirados en esta ola imparable el Grupo ha puesto en marcha un nuevo modelo asistencial denominado **‘Salud en Femenino’** y que se ha hecho tangible en el concepto **‘Hospital de la Mujer’**, ubicado en el [Hospital Universitario HM Nuevo Belén](#), situado en el centro de Madrid en la calle José Silva 7.

El objetivo con el que nace el ‘Hospital de la Mujer’ es dar una **cobertura de salud integral a las patologías de la mujer en todas las etapas de la vida**. Este novedoso concepto pretende concentrar en un mismo centro hospitalario una atención sanitaria basada en ofrecer **diagnóstico, tratamiento y atención quirúrgica** a las patologías de la mujer de una forma global. De esta forma, HM Nuevo Belén ha ampliado su actividad tradicional, más allá de la **Maternidad**, la **Ginecología** y la **Obstetricia** que le caracterizaban, para adaptar sus instalaciones y ofrecer nuevas especialidades médicas.

### Placenta previa

La placenta previa es un trastorno que se produce durante el embarazo en el que la placenta cubre total o parcialmente la abertura del útero (cuello del útero).

La placenta es un órgano que se desarrolla dentro del útero durante el embarazo.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-previa/symptoms-causes/syc-20352768#:~:text=La%20placenta%20previa%20es%20un,del%20%C3%BAtero%20durante%20el%20embarazo.>

**La placenta previa es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno. Por lo general, se manifiesta como sangrado vaginal indoloro después de las 20 semanas de edad gestacional; la fuente de sangrado en la placenta previa es materna. El diagnóstico se realiza con una ecografía. El tratamiento consiste en actividad modificada para el sangrado vaginal menor antes de las 36 semanas de edad gestacional, y cesárea entre las 36 y las 37 semanas 6 días. Si el sangrado es grave o refractario o si el estado fetal es anormal, está indicada la cesárea inmediata.**

<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>

La placenta previa está definida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia como el tejido placentario sobre o cerca del orificio cervical interno después de la semana 20 de gestación.[3] Debe sospecharse de placenta previa en cualquier mujer embarazada que haya pasado 20 semanas de gestación y que presenta sangrado transvaginal.[4] Está asociado con un alto riesgo de complicaciones maternas como la hemorragia e histerectomía obstétrica y complicaciones fetales-neonatales consecuencia directa de la hemorragia materna. En aproximadamente un tercio de los embarazos con placenta previa, presenta episodio inicial de sangrado antes de las 30 semanas de gestación; este grupo tiene más probabilidades de requerir transfusiones de hemoderivados y está en mayor riesgo de parto prematuro y mortalidad perinatal contra las mujeres cuyo sangrado comienza más tarde en la gestación. A continuación, se describen las

características de cada uno de los defectos en la placentación mencionados previamente: -Placenta previa total Se considera placenta previa total, cuando la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno. [16] Caracterizada por la fijación a la pared anterior cubriendo la cicatriz uterina. [17] La prevalencia de placenta con implantación anterior son más propensas a asociarse con hemorragia que aquellas de predominio posterior o previas laterales.[8] -Placenta previa parcial Se considera placenta previa parcial, cuando la placenta cubre en parte el orificio cervical interno.[16] -Placenta previa marginal 17 Se considera placenta previa marginal, cuando ésta se encuentra de lado del orificio cervical interno sin cubrirlo aproximadamente a menos 2 cm de este

<http://eprints.uanl.mx/20596/1/Tesis%20Dra.%20Mericia%20Rodriguez%20Final.pdf>

La Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (MedlinePlus, 2016) manifiesta que: “La placenta previa es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta. La placenta crece durante el embarazo y alimenta al feto. El cuello uterino es la abertura hacia la vía del parto”.

Según la red de atención pediátrica y obstétrica (Stanford Children’s Health, 2018) refiere que: La placenta previa se presenta aproximadamente en uno de cada 200 partos de niños vivos, convirtiéndose en una de las principales causas de hemorragias en el tercer trimestre del embarazo ocasionando una alta morbilidad tanto para la madre como para el bebé.

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4454/E-UTB-FCS-ENF-000049.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

DESIGNA A UNA SERIE DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS QUE SE CARACTERIZAN POR TENER EN COMÚN LA EXISTENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL

EMBARAZO SE DEFINE COMO UNA TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA MAYOR O IGUAL A 140MMHG, O TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA MAYOR O IGUAL A 90MMHG, Ó UNA PRESIÓN ARTERIAL MEDIA (PAM) DE 105MMHG, EN DOS TOMAS CON UN INTERVALO DE 6 HORAS O UNA SOLA TOMA DE 160/110MMHG A PARTIR DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN. CLASIFICACION ESTOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS HAN SIDO AGRUPADOS DENTRO DE UN TÉRMINO DENOMINADO SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, QUE ABARCA FUNDAMENTALMENTE CUATRO CATEGORÍAS: • PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA. • HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO O HIPERTENSIÓN GESTACIONAL. • HIPERTENSIÓN CRÓNICA. • HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBRE-AGREGADA.

<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Adriana.pdf>

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) constituyen un grupo de síndromes diferenciados cuyo denominador común es la presencia de presión arterial elevada durante el embarazo, parte de él y/o en la etapa posnatal. Dichos síndromes son frecuentes y constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal. El estado hipertensivo del embarazo incluye un espectro amplio de condiciones cuyo rango oscila entre aumentos leves de la tensión arterial hasta la hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave riesgo de morbilidad materno-fetal (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Materno Infancia, 2010). Dichos trastornos se manifiestan como un conjunto sintomático en la madre: hipertensión y evidencia clínica de daño de órgano blanco por lesión endotelial sistémica; y/o un síndrome fetal: restricción del crecimiento intrauterino, reducción del líquido amniótico e hipoxia fetal

<https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/2177/Tesis%20Petrella.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave

morbilidad materno-fetal. La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia. Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>

### **mola hidatiforme**

**Un embarazo molar (mola hidatidiforme) y otros tipos de enfermedad trofoblástica gestacional corresponden al crecimiento de un óvulo fecundado anormal o al crecimiento excesivo de tejido de la placenta.**

- Las mujeres con un embarazo molar parecen estar embarazadas, pero el útero se agranda mucho más rápidamente que en un embarazo normal.
- La mayoría de las mujeres sufren náuseas y vómitos intensos y sangrado vaginal, y algunas presentan presión arterial muy elevada.
- Se realiza una ecografía y un análisis de sangre para medir la gonadotropina coriónica humana (que se produce en las fases iniciales del embarazo).
- Los embarazos molares se tratan mediante dilatación y curetaje (más comúnmente legrado) (D y C).
- Si la enfermedad persiste, es necesario el tratamiento con quimioterapia.

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/c%C3%A1nceres-del-aparato-reproductor-femenino/embarazo-molar>

Desde la antigüedad distintos autores han propuesto diversas teorías para explicar la etiología de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional entre los que se puede mencionar: Hipócrates hace más de 2 500 años fundamentó su teoría de los cuatro humores, describió que la mola hidatiforme como una hidropesía o retención de líquidos en el útero y se la atribuyó al agua insalubre. 39 Hertig A y Edmonds H, citado por Gomez J, en su revista denominada: Enfermedad Trofoblástica Gestacional quienes sugieren que la enfermedad trofoblástica gestacional es causada por insuficiencia vascular del tejido placentario la cual provoca la muerte del embrión, junto con la actividad secretora continuada del trofoblasto lo cual ocasiona acumulación de fluidos dentro de las vellosidades puesto que ha desaparecido la circulación embrionaria e hiperplasia del trofoblasto distendido

Mola Hidatiforme Completa Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia y Oróstegui S, Arenas Y, Galindo L, la mola completa es resultado de una fertilización del ovocito vacío por un espermatozoide haploide que duplica sus propios cromosomas después de la meiosis, dando como resultado una composición cromosómica 46XX. Este proceso es conocido como androgénesis y se da en el 85% de las molas hidatiformes completas. En ocasiones la 18 presentación cromosómica de la mola completa puede ser 46XY que es dada por la fecundación de un ovocito vacío por dos espermatozoides, fenómeno llamado fecundación dispérmica. 4, 15. 2.3.2.

Mola Hidatiforme parcial Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia cromosómicamente, la mola parcial porta una dotación triploide con un componente materno y generalmente dos componentes paternos, lo que le da un cariotipo 69XYY o 69XXY. Puede producirse por 3 mecanismos: 1)

Polispermia: el ovocito es fertilizado por 2 espermatozoides es la forma más frecuente, 2) Ovocito fertilizado por un espermatozoide diploide, por un defecto en la primera división meiótica, el cual es muy infrecuente, 3) fertilización de un ovocito diploide, por defecto en la primera división meiótica, muy infrecuente. Este tipo tiene un comportamiento benigno en la mayoría de los casos y el riesgo de malignidad es alrededor del 4%

<https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2018/062.pdf>

. Marco teórico La mola hidatiforme es una proliferación del trofoblasto de la placenta humana, tiene influencia genética del padre y ocasionalmente de la madre. Se puede clasificar, en: completa y parcial.<sup>8-9</sup> Las manifestaciones clínicas están relacionadas con la hipersecreción de la hormona Gonadotropina coriónica humana (B-GCH) es un marcador sensible que se relaciona con la persistencia de esta enfermedad, está hiperplasia trofoblástica se identifica adquiriendo la morfología de bandas y cúmulos de vesículas, con degeneración hidrópica de las vellosidades coriales que confieren el tipo de aspecto de “racimos de uvas”, (proliferación del cito- y sincitiotrofoblasto) ausencia de vascularización y de elementos fetales.<sup>10-11</sup> Una de las principales formas para detectar la hormona Gonadotropina coriónica humana en la mola hidatiforme es a través de los exámenes en sangre y orina, siendo el principal marcador biológico para el diagnóstico, control y seguimiento. La mola hidatiforme es sensible a la quimioterapia, pudiendo reducir la posibilidad de que se desarrolle una neoplasia posterior. Otras de las recomendaciones que refiere la literatura médica para el manejo es la extirpación del útero y hacer una observación constante de los niveles séricos de gonadotropina

[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8012/1/REP\\_AMARESH.TALLEDO DELIA.VICENTE CARACTERISTICAS.EPIDEMIOLOGICAS.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8012/1/REP_AMARESH.TALLEDO DELIA.VICENTE CARACTERISTICAS.EPIDEMIOLOGICAS.pdf)

La Mola Hidatiforme Completa y Parcial, la Invasora y el Coriocarcinoma exhiben la proliferación de las células citotrofoblásticas como de las sinciotrofoblásticas, las

que mantienen la secreción de gonadotropina coriónica. En contraste, el Tumor del Sitio de Implantación es derivado de las células trofoblásticas intermedias y usualmente, produce bajos niveles de gonadotropina coriónica y lactógeno placentario humano. (6) "Nuestra experiencia en el consultorio especializado en Enfermedad Trofoblástica Gestacional" 7 El análisis citogenético de la mola hidatiforme completa demuestra que posee un cariotipo diploide pero con todo el ADN cromosomal de origen paterno (diplopía diándrica). Se han elaborado tres probables mecanismos de producción de diplopía diándrica: 1. Endoreplicación. 2. Fertilización por espermatozoide diploide. 3. Dispermia. (2) La Mola hidatiforme parcial presenta un cariotipo poliploide, generalmente triploide: 69 XXX, 69 XXY, o 69 XYY, con un tercio del ADN cromosomal de origen materno y tres cuarto de origen paterno (triplopía diándrica). Debido a que la formación del embrión requiere la presencia de material cromosómico materno, la mola hidatiforme parcial siempre presenta estructuras embrionarias mientras que la completa solo excepcionalmente. El análisis citogenético de la mola hidatiforme completa demuestra que posee un cariotipo diploide pero con todo el ADN cromosomal de origen paterno (diplopía diándrica). Se han elaborado tres probables mecanismos de producción de diplopía diándrica: 1. Endoreplicación. 2. Fertilización por espermatozoide diploide. 3. Dispermia

<https://www.colmed9.com.ar/Varios/ETG.pdf>

embarazo ectopico

Históricamente el embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo X por Abulcasis (936-1013) médico de la ciudad de Córdoba y considerado como el padre de la cirugía moderna hasta mediados del siglo XIII. El embarazo ectópico era considerado como una enfermedad mortal en la mayoría de las mujeres, afectación que se daba universalmente. La primera noticia de un ectópico sin romper surge al final del siglo XVII en una autopsia hecha a una prisionera condenada a muerte (6). El inicio de la cirugía en el embarazo ectópico se dio en el siglo XIX por Robert

Lawson Tait (1845-1899) quien dio a conocer el tratamiento exitoso del embarazo ectópico a nivel de las trompas de Falopio en el que se realizó la Salpingectomía dándose en el año comprendido de 1884. Iniciándose una era de extirpación del embarazo ectópico (7). A partir del siglo XX el diagnóstico del embarazo ectópico mejoro gracias a la tecnología y a la creación de nuevos abordajes quirúrgicos, disminuyendo la tasa de infertilidad en la mujer, hasta lograr implementarse tratamiento farmacológico (Metotrexate) dependiendo del diagnóstico temprano oportuno.

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36313/1/CD%202755-%20MORALES%20BALDEON%20MARJA.pdf>

El embarazo ectópico o embarazo extrauterino, (ectópico aceptado del griego “ektopos”) que significa fuera de lugar (1), es aquel en el que el blastocisto se implanta fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina (2). Actualmente el embarazo ectópico es la causa más frecuente de muerte materna durante el primer trimestre de embarazo, con un índice de mortalidad materna de alrededor del 9%. Es de vital importancia conocer tanto los factores de riesgo asociados, así como los síntomas clínicos de esta patología, los cuales al momento de integrarlos, facilitarían la sospecha diagnóstica, lo que llevaría a un tratamiento oportuno y a una menor morbimortalidad. Los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico encontrados en la población de estudio fueron tabaquismo, el antecedente de embarazo ectópico y el uso de DIU; obtuvimos porcentajes bajos para EPI y las TRA asociadas a embarazo ectópico; Las características clínicas más importantes encontradas en orden de frecuencia fueron: dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado transvaginal. El embarazo ectópico también forma parte de una causa importante de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva, y por tratarse de un embarazo, de mortalidad materna.

<http://eprints.uanl.mx/20513/1/Dr.%20Jaime%20Eduardo%20Del%20Angel%20Ramos.pdf>

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación.

Representa

una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%).

El hecho del aumento de embarazo ectópico es debido a que hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, y al aumento también de una serie de factores de riesgo, entre ellos: el aumento del número de pacientes que se sometan a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, el aumento de la enfermedad inflamatoria pélvica, pacientes con embarazos ectópicos previos, pacientes con cirugía abdominal previa, especialmente tubarica, esterilidad, endometriosis, o tabaquismo, etc. En la población femenina, el embarazo ectópico constituye un verdadero problema de salud en los momentos actuales, pues las tasas de incidencia afectan indicadores importantes en los registros diarios a nivel mundial.

Se ha reconocido el papel fundamental de la medicina de urgencia y de los servicios para tal fin. Esta es una entidad sumamente peligrosa, pues si no se establece a tiempo su diagnóstico y tratamiento, puede causar la muerte. La incidencia de estos embarazos está aumentando en el mundo

<https://www.monografias.com/trabajos92/el-embarazo-ectopico/el-embarazo-ectopico>

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado fuera del endometrio, es más frecuente en la trompa uterina. Se presenta clínicamente en el primer trimestre, puede ser peligroso al evolucionar a una ruptura tubárica, por ello es fundamental el diagnóstico temprano. Esto convierte de una manera importante conocer los factores que involucran a esta patología y por ende a los profesionales

involucrados que deben brindar información para así prevenirlo, ya que a nivel mundial en el año 2016 se reportó un aumento, en el cual se consideró el 10% como causa de mortalidad materna, convirtiéndolo en un problema de salud pública en el mundo (16). Entre los factores predisponentes está el daño a la trompa tubárica por infección pélvica y cirugía tubárica anterior, influye al tener más embarazos ectópicos. Se carece de información actualizada y no es muy investigada, sin embargo es una valiosa investigación porque pone en peligro la vida de la mujer. El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina en el endometrio. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa conformada por ampolla 70%, istmo 12%, fimbria 11%, intersticial 3%. Las formas no tubáricas incluyen el embarazo cervical. El aumento de embarazo ectópico es debido a que hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, y al aumento también de una serie de factores, la epidemiología en Lima considera sospechar en casos de cirugía pélvica previa y embarazo ectópico previo (14). También se considera, el inicio temprano relaciones sexuales, enfermedad pélvica inflamatoria, como el aumento del número de pacientes que se someten a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, esterilidad, endometriosis, o tabaquismo, etc.

<https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/316/Tesis%20final%20LESLY-FABIOLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>