

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTOPICO EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO, OCTUBRE 2018 – MARZO 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

Bach. CARRASCO FERRÉ JOSELUIS

ASESOR

Med. CHANAME CHANAME CARLOS

CHICLAYO, PERÚ

2020

II

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo amor a la mujer que me envolvió en sus brazos al segundo día de nacido, quien día a día me entregaba su cariño, confianza, disciplina y amor, principal cimiento para poder ser el hombre que soy en la actualidad.

Sabíamos desde el primer día que este camino no iba hacer corto mucho menos fácil, y a pesar de mis caídas y derrotas fuiste tú quién me ayudo a levantarme y seguir adelante, juré que lo iba a lograr.

Sé que ahí donde estés, nunca me faltará tu protección; eres mi ángel de la guarda, este logro es para ti.

SARA VIOLETA QUIÑONES CASTRO DE FERRÉ

III

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme día a día una nueva enseñanza permitirme cumplir mis sueños y terminar mi carrera con su bendición.

Ella es mi novia desde que me acuerdo, amor del bueno desde que la vi, no hay forma que me aleje de mi novia, si nunca hubo en sus labios un quizás, y aunque la analogía ya es tan obvia, sabrás que te hablo sólo a ti, mamá, Sussy M. Ferré Quiñones.

Llevo conmigo el amor y ejemplo de mis padres Jaime y Sussy, la paciencia, y apoyo incondicional de mis otras madres Edith y Liliana, los consejos y la disciplina de mis tíos Percy y Giovanni que a pesar de la distancia están pendientes de cada paso que doy, la complicidad y cariño especial de mi hermana Sara.

A todos los médicos asistentes, que desinteresadamente fueron parte de mi aprendizaje, aquellos que nos enseñaban desde el dialogo con el paciente hasta su tratamiento.

También a aquellos residentes, quienes nos guiaban y teníamos la complicidad para que el trabajo en equipo, de sus frutos.

IV

INDICE

	Paginas
II. DEDICATORIA	02
III. AGRADECIMIENTO	03
IV. INDICE	04
V. RESUMEN	05
VI. INTRODUCCIÓN	07
6.1. Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes Bibliográficos	10
c. Base Teórica	19
6.2 Problema	31
6.3 Hipótesis	31
6.4 Objetivos	32
6.5 Justificación de la Investigación	33
6.6 Variables: Operacionalización	34
VII. MATERIALES Y METODOS	39
7.1. Tipo de investigación	39
7.2. Diseño de contrastación	39
7.3. Población y muestra	39
7.4. Criterios de inclusión y exclusión	41
7.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
7.5. Procedimiento estadístico	43
VIII. RESULTADOS	44
IX. DISCUSIÓN	55
X. CONCLUSIONES	57
XI. RECOMENDACIONES	58
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
XIII. ANEXOS	64

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo general, determinar los factores de riesgos asociados a embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.

El estudio fue de tipo transversal, retrospectiva de nivel relacional. El diseño utilizado fue de casos y controles: 55 casos y 55 controles.

Los principales resultados fueron los siguientes:

1. De los factores sociodemográficos, se encontró que el estado civil constituye un factor de riesgo ($OR=3.97$) de que se presente un embarazo ectópico.
2. Los antecedentes quirúrgicos, constituyen un factor de riesgo ($OR=4.67$) de que se produzca un embarazo ectópico.
3. Los antecedentes patológicos, constituyen un factor de riesgo ($OR=3.10$) de que se produzca un embarazo ectópico.
4. El número de parejas sexuales presentan una probabilidad de casi 2 veces ($OR=1.52$) de que se presente un embarazo ectópico

V

ABSTRAC

The general objective of this study was to determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in pregnant women treated at the department of gynecology and obstetrics of the hospital regional docente las Mercedes, Chiclayo October 2018-March 2019. The study was a cross-sectional, retrospective, relationship-level study. The design used was of cases and controls: 55 cases and 55 controls. The main results were as follows:

1. Of the sociodemographic factors, marital status was found to be a risk factor ($OR=3.97$) for ectopic pregnancy.
2. A history of surgery is a risk factor ($OR=4.67$) for ectopic pregnancy.
3. The pathological history is a risk factor ($OR=3.10$) for the occurrence of an ectopic pregnancy.
4. The number of sexual partners has a nearly 2-fold probability ($OR=1.52$) of an ectopic pregnancy.

VI

INTRODUCCION

En los últimos 30 años hay un aumento importante del embarazo ectópico no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose este fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva.

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

Son múltiples los factores relacionados al embarazo ectópico y la prevalencia de tales factores está en aumento, lo que constituye en parte a una mayor frecuencia de la patología. La frecuencia de embarazo ectópico se correlaciona con historia de enfermedad de transmisión sexual, embarazo ectópico, cirugía tubaria, mujeres adultas y tabaco.³

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%.⁴

6.1 MARCO TEORICO

a) Situación Problemática:

El embarazo ectópico constituye la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en los primeros meses de la gestación. Afortunadamente, con la llegada de la ecografía transvaginal y las pruebas de la subunidad beta de hCG (hCG beta), disminuyeron las tasas de incidencia de rotura de las trompas de Falopio y las tasas de mortalidad. En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados. En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, lo que conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren un embarazo ectópico. Sin embargo, en las instituciones de salud pública de estos países, rara vez se dispone de ecografías transvaginales y pruebas de hCG beta. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia que con frecuencia incluye la salpingectomía.¹

El embarazo ectópico fue reconocido por primera vez en 1693 por Buseire durante el examen del cuerpo de una prisionera ejecutada en Paris Gilfor, de Inglaterra, hizo un informe más completo en 1731 cuando describió la condición de un óvulo fertilizado implantado fuera de la cavidad uterina.²

El embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando un hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser perecedero y limitar la vida reproductiva de la mujer.

La situación problemática del embarazo ectópico en Perú, más especialmente en la capital, Lima, es diferente en cada hospital. Por ejemplo, en el Hospital San

Bartolomé; de cada 767 madres embarazadas, 1 presenta un embarazo de esta índole; y así continua, por decir en el Hospital Rebagliati; de cada 303, 1 presenta este tipo de embarazo; Hospital María Auxiliadora; de cada 156 madres embarazadas, 1 tiene este tipo de embarazo; Hospital Cayetano Heredia; de cada 129 madres embarazadas, 1 muestra este tipo de embarazo; Hospital Arzobispo Loayza; de cada 75 madres embarazadas, 1 se le diagnostica este tipo de embarazo y en el Instituto Materno Perinatal de cada 303 madres embarazadas, 1 presenta el tipo de embarazo que en esta tesis se aborda.³

El Hospital Regional Docente las Mercedes es una de las instituciones de mayor importancia en la Región Lambayeque, ubicado en Av. Luis Gonzales 635 Departamento de Lambayeque, Provincia de Chiclayo, Distrito de Chiclayo. En el mencionado nosocomio realicé mis prácticas pre profesionales, rotando durante dos ciclos en el Departamento de Gineco Obstetricia, donde pude observar y presenciar los diferentes casos de embarazo ectópico, sus causas y consecuencias, el impacto en la vida de las pacientes por los riesgos que atentan contra su salud física ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo?

b) Nivel Observable del objeto de estudio:

Toda gestación en la que la implantación del óvulo fecundado se da fuera de la cavidad endometrial se considera embarazo ectópico (EE). Este se presenta en un rango que va del 1 al 2% de todos los embarazos. En México la incidencia varía de uno por cada 200/500 embarazos a 1.6 a 2 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos. Esta incidencia incrementa de manera significativa en el inicio de la vida sexual activa, a una edad más temprana y con la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Los datos obtenidos en la National Hospital Discharge Survey indican que, si bien la incidencia de EE prácticamente se cuadruplicó entre 1970 (4.5 por 1000 embarazos) y 1989 (16 por 1000), el riesgo de muerte relacionada con embarazos ectópicos disminuyó a 90% (de 35.5 a 3.8 muertes por 10 000) de gestaciones ectópicas.

Se ha descrito como causa principal la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio. Otras causas asociadas son el desequilibrio hormonal, las aberraciones de la motilidad tubaria, la obstrucción y estrechez de la luz de la trompa y en casos muy raros la translocación del huevo.⁵

c) Antecedentes:

INTERNACIONALES

Orellana R, Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de pro el año 2013 – 2015 – ECUADOR.

El presente es un estudio de tipo transversal tiene un enfoque cualitativo es de diseño no experimental, de corte transversal retrospectivo el método utilizado es de observación analítica, realizado en Hospital Materno-Infantil "Matilde Hidalgo de Procel" es una de los 2 hospitales materno infantil sin fines de lucro en Guayaquil que brinda atención a pacientes de bajos recursos en Ecuador.

Objetivo: Determinar la incidencia y los factores de riesgos del embarazo ectópico el, mediante un estudio retrospectivo, descriptivo por medio de la revisión estadística para contribuir con la prevención y diagnóstico oportuno para disminuir la mortalidad materna.

Resultados: De acuerdo a la edad, las mujeres de 25 a 30 años, tuvieron la mayor prevalencia (25%) de presentar un embarazo ectópico.

- La prevalencia de embarazos ectópicos dentro del grupo de las adolescentes, que en nuestro estudio alcanzó el 17% del total de pacientes.
- Con respecto a la etnia el 93% de mujeres con embarazo ectópico fueron de raza mestiza. Mientras que afroecuatoriano un 3%.
- La procedencia urbana en pacientes con embarazo ectópico fue del 60%.
- La principal ocupación de la mujer diagnosticada de embarazo ectópico fueron los quehaceres domésticos con 51%.

- En el rango de 4.1 a 7 semanas de gestación fue donde más se presentaron casos de embarazo ectópico con un 53% y de 8-11 semanas un 26%.
- Dentro de la sintomatología, la metrorragia se encontró en un 36% de los casos y el dolor pélvico 32% siguen teniendo alto valor diagnóstico.
- La trompa de Falopio fue el lugar más preferente de implantación del ovulo fecundado (93%).
- La mayoría de casos la resolución fue quirúrgica (93%).
- El tratamiento con metrotexate (3%) y el expectante (1 %) son utilizados en pocas ocasiones.
- De las pocas complicaciones que existieron el aborto tubario se presentó en un 15% y la rotura de trompa en un 10%.⁸

Mogrovejo Ávila Andrea Rosana, Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador, 2014-2015.

Objetivo: Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico que acudieron al departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero del 2014 a junio del 2015, y conocer la opinión acerca del impacto que esta patología representa.

Materiales y Métodos: Se realizó una investigación cuali-cuantitativa. La cuantitativa fue en una población de 56 pacientes. Los datos se recolectaron por entrevista directa y se analizaron en el software SPSS versión 2015, y la cualitativa, en 6 pacientes con entrevistas, y se analizaron con el programa ATLAS.ti.

Resultados:

- La edad mínima fue 15 años, la máxima 45 y la mediana 26.
- Las gestas fluctuaron entre 1 y 6 y los partos, 1 y 5.
- La vida sexual inició desde los 13 años hasta los 25.

- Las parejas sexuales variaron entre 1 y 5. El 30,77% utilizaron alguna vez dispositivo intrauterino.
- El 4 % manifestaron antecedente de embarazo ectópico, y 89,31% con localización tubárica.
- El 37,50% de los hallazgos ecográficos fue líquido en el fondo de saco más masa anexial, y el 94,60% recibieron tratamiento quirúrgico.
- La mayoría de las pacientes tenían ansiedad, acompañado de dolor y sufrimiento, y deseaban que su embarazo culmine satisfactoriamente, y tenían miedo a que su embarazo ectópico se repita.

Conclusión: La mayoría de los resultados clínicos y epidemiológicos concuerdan con los reportados en la literatura, y se acompaña de sufrimiento, dolor y miedo a embarazarse.⁹

Escobar P, Pérez L, Martínez P. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico en el Hospital General de Zona 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas - México, 2016.

Introducción: el embarazo ectópico (EE) es la causa más frecuente de muerte materna en el primer trimestre de embarazo. Se buscó determinar las características clínicas y los factores de riesgo asociados a EE.

Métodos: estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyeron dos grupos: casos (28 pacientes) y controles (56 pacientes puérperas). Se hizo un análisis estadístico descriptivo con invariante y bivariante mediante chi cuadrada de Pearson ($p < 0.05$), con razones de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC al 95%).

Resultados:

- La RM del hábito tabáquico fue de 18.33, la del antecedente de EE de 11.96, uso de DIU: 11.9, cirugía abdominal: 5.87, ser multigesta: 3.80, tener dos o más parejas sexuales: 2.

- El síntoma clínico más común fue el dolor pélvico abdominal con 57.1% (16), EE derecho 53.6%, embarazo tubárico 82.1% (23), EE no roto 60.7% (17), hemoperitoneo 60.7% (17).
- La edad gestacional para EE fue de 4-8 semanas (75%) y el tratamiento quirúrgico de 96.4%.

Conclusión: la frecuencia de EE fue de 1 por cada 122 nacidos vivos. Los factores de riesgo para EE con valores estadísticos más altos fueron: consumir tabaco, tener dos o más parejas sexuales, ser multigesta, tener antecedente de EE, usar DIU antes de la concepción, haber sido sometida a cirugías abdominales. Las características clínicas más frecuentes fueron el dolor pélvico abdominal, EE derecho, embarazo tubárico, EE no roto, hemoperitoneo < 750 ml y una edad gestacional entre cuatro y ocho semanas.⁵

Durán D y Moreno D, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mayor Mederi Bogotá - Colombia D.C. 2014.

Introducción: El embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, y la realidad sociocultural de nuestro país indica que las mujeres están exponiéndose cada vez más a factores que aumentan el riesgo para embarazo ectópico. Se pretende evaluar la asociación de los factores de riesgo en una institución de cuarto nivel.

Metodología: Se realizó un estudio de casos y controles, con un caso por cada dos controles, escogidos por medio de un muestreo aleatorio simple.

Resultados: Se incluyó un total de 200 pacientes. Ambas poblaciones fueron comparables.

- La edad promedio de casos fue 29 años y de los controles 24.6 años; la mayoría estaban casadas o en unión libre.
- Con respecto a los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos ($p < 0,000$) se encontró que existe un mayor riesgo de

embarazo ectópico con edad entre 18-35 años, estrato socioeconómico bajo, presencia de ETS, estar casada, tener periodo intergenésico prolongado, haber tenido cirugías pélvicas previas, no usar anticonceptivos, tener endometriosis y tener antecedente de embarazo ectópico ($p=0,000$).

- El factor de riesgo más alto es el antecedente de un embarazo ectópico previo OR 66.2 IC95% 60.4 – 72.0 seguido de tener endometriosis con OR 20.2 IC95% 18.6 – 21.9. ($p 0,000$).

Discusión: Los factores de riesgo para embarazo ectópico en el presente estudio son concordantes con otros descritos en la literatura. Es importante conocer a fondo los datos presentados para mejorar los índices de esta patología a nivel nacional.¹⁰

NACIONALES

Guzmán G, Factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora en, Lima- Perú 2016.

Objetivo: Establecer los factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2016.

Metodología: Se tomó en cuenta las historias clínicas con diagnóstico de embarazos ectópicos durante enero a diciembre del 2016. Este trabajo es de tipo descriptivo y retrospectivo donde se incluyó 98 casos de embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años.

Resultados:

- Las edades predominantes para embarazo ectópico fueron entre 18-35 (82,7%); el 69,4% (68) nacieron en Lima; el 82,7% (81) tienen nivel de instrucción secundaria; el 50%(49) son convivientes y 99%(97) no fuman;

el 37,8% son primíparas; y el 57,1% tienen edad gestacional de 6 a 10 semanas.

- La localización del embarazo ectópico fue tubárica con el 99%(97).
- El 91,8%(90) tuvieron necesidad de cirugía y según evolución de la enfermedad el 88.8% (87) fue complicado; el 8,2%(8) requirió tratamiento médico.
- El 80,6% (79) inició actividad sexual antes de los 19 años; 78.6% (77) tuvieron más de dos parejas sexuales.
- El 98% (96) no tuvieron antecedentes de uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y el 38,8% tuvieron antecedentes de uso de anticonceptivos hormonales.
- El 37.8% fue primíparas, la edad gestacional promedio se mantiene entre 6 a 10 semanas 57.1% (56).
- Antecedente de embarazo ectópico previo fue de 92.9%(91); el 50%(49) tuvieron aborto previo, el 63.27%(60) presentó antecedente de cirugía abdomino-pélvica, de estos 70%(42) se realizaron un legrado uterino; del mismo modo, 99%(97) fueron las pacientes que no presentaron antecedente de enfermedad de transmisión sexual (ETS) y ningún paciente presento antecedente de infertilidad.

Conclusiones: El embarazo ectópico con mayor frecuencia se presentó en la edad de 18 a 30 años, localización tubárica, con necesidad de cirugía en condición complicado, inicio de vida sexual menor de 19, sin uso DIU, con antecedente de embarazo ectópico y sin presencia de ETS ni antecedente de infertilidad.¹¹

Palomino Z, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Vitarte, Lima – Perú, Enero - Diciembre 2015.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes del Hospital de Vitarte.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico caso-control en una muestra de 55 casos (embarazos ectópicos) y 55 controles (embarazos normales) apareados por edad gestacional.

Se evaluaron los factores sociodemográficos (edad, pareja y grado de instrucción materno), antecedentes (embarazo ectópico previo, cirugía tubárica previa, dispositivo intrauterino, enfermedad inflamatoria pélvica, aborto/legrado, hábito de fumar, infecundidad, fertilización in vitro, parejas sexuales > 3, inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, paridad) y factores clínicos (dolor pélvico, sangrado vaginal anormal, masa anexial).

Los datos fueron procesados en el programa SPSS.23. Se realizó un análisis bivariado obteniendo el Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%), y se obtuvo la potencia de los factores de riesgo independientes con significancia estadística $p < 0.05$ mediante el análisis de regresión logística binaria (ORc, IC95%c).

Los factores confusores fueron controlados en el diseño y en el análisis.

Resultados:

- Los factores de riesgo independientes para embarazo ectópico con significancia estadística ($p < 0.05$) fueron: embarazo ectópico previo (ORc= 14.603; IC95%c: 2.123-100.433), dolor pélvico (ORc= 10.839; IC95%c: 2.64344.446), masa anexial palpable (ORc= 10.611; IC95%c: 1.949-57.763), aborto/legrado (ORc= 7.542; IC95%c: 1.492-38.137), edad materna > 35 años (ORc= 6.928; IC95%c: 1.355-35.432), sangrado vaginal anormal (ORc= 4.197; IC95%c: 1.170-15.050) y enfermedad inflamatoria pélvica (ORc= 3.556; IC95%c: 1.024-12.356).

Conclusiones: Los principales factores de riesgo para embarazo ectópico en las gestantes del Hospital Vitarte son: embarazo ectópico previo, dolor pélvico, masa anexial palpable, aborto/legrado, edad materna > 35 años, sangrado vaginal anormal y enfermedad inflamatoria pélvica.¹²

Herrera A y Cáceres G, Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años en el servicio de Obstetricia en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014-2015.

Los objetivos propuestos son precisar los factores de riesgo del embarazo ectópico e identificar el factor de riesgo de mayor predominancia en mujeres de 35 a 45 años.

Material y métodos: La investigación corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo explicativo de corte transversal, tomando información de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico entre noviembre del 2014 a noviembre del 2015.

La técnica que se usó fue la observación y como instrumento la ficha de observación estructurada para la recolección de datos tomando en cuenta el marco teórico como base para su elaboración. La información fue organizada, tabulada y sistematizada en base de datos para su análisis e interpretación.

Conclusiones:

- La mayoría de la población de estudio está entre 35 a 45 años, son convivientes, secundaria completa y la mayoría son amas de casa.
- El factor Biológico de mayor riesgo fueron los Embarazos Ectópicos anteriores, multíparas, número de abortos, número de parejas sexuales, presencia de Enfermedad pélvica inflamatoria, tipo de cirugía tubárica y los hábitos nocivos de consumo de tabaco, alcohol, café o té.
- El factor de riesgo de mayor predisponencia es el tipo de cirugía tubárica de Embarazo Ectópico anterior seguido de complicaciones en el

embarazo ectópico, número de embarazos ectópicos anteriores, multíparas y abortos anteriores.¹³

Mamani V. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno durante el periodo de enero a diciembre en el año 2017.

Materiales y Métodos: Es un estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo. Se revisaron 32 historias clínicas del servicio de ginecología de enero a diciembre del 2017.

La población de estudio fue de pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico y una muestra comparativa de 32 pacientes con embarazo normal.

El proceso de los datos fue con el paquete estadístico SPSS Versión 23, se analizó descriptivamente con variables dicotómicas, para luego determinar la asociación con la prueba X² e IC 95%, y para determinar la ocurrencia de la probabilidad se lo estableció con el valor de OR y su respectivo IC95%.

Resultados: Se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza para embarazo ectópico: estado civil soltera (X²=6.206 y valor de p=0.006) (OR: 10.333; IC 95%: 1.209 – 88.357); legrado uterino (X²=5.378 y valor de p=0.008) (OR: 5.870; IC 95%: 1.156 – 29.808); antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (X²=9.974 y valor de p=0.015) (OR: 6.120; IC 95%: 1.879 – 19.914); antecedente de aborto espontáneo previo (X²=9.142 y valor de p=0.013) (OR: 9.000; IC 95%: 1.818 – 44.532); inicio precoz de relaciones sexuales (X²=6.064 y valor de p=0.024). (OR: 4.200; IC 95%:1.289 – 13.692); y el dispositivo intrauterino (X²=4.720 y valor de p=0.011) (OR: 4.392; IC 95%:1.080 – 17.862).¹⁴

d) Base Teórica:

DEFINICIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO:

En condiciones normales el ovulo fecundado (blastocito) se implanta en la túnica endometrial de la cavidad uterina. La implantación en cualquier otro sitio constituye un embarazo ectópico. En estados Unidos casi dos de cada 100 embarazos son ectópicos y casi cerca del 95% de los embarazos ectópicos se produce en una trompa de Falopio. Otros tipos de embarazo ectópico son los que ocurren cuando la implantación del trofoblasto tiene lugar en el cuello uterino (embarazo cervical) o el ovario (embarazo ovárico). Se presenta un embarazo abdominal cuando la placenta que crece dentro de la trompa de Falopio rompe dicha trompa y cae a la cavidad peritoneal para implantarse en una estructura pélvica como el útero, el intestino o la pared lateral de la pelvis.⁷

La ruptura del embarazo ectópico viene a hacer un enorme riesgo para la vida y la salud ya que conduce a una hemorragia interna, y a pesar de que su incidencia está aumentando, la tasa de supervivencia también. La principal causa de mortalidad es el fracaso de la paciente por no acudir a una atención médica temprana, por lo que sigue siendo una de las primeras causas de muerte dentro del primer trimestre de gestación.¹⁵

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS

En EE.UU, se reconoce un incremento de su incidencia, que de 0,45% en 1970 aumentó a 1,97% en 1992, y esta se ha incrementado progresivamente en los últimos 20 años, siendo la primera causa de muerte materna del primer trimestre del embarazo (80 a 90%).¹⁶

En el Perú, no hay estadísticas nacionales, sólo se tienen reportes aislados en diversos centros hospitalarios como en el Hospital San Bartolomé donde se reporta una incidencia de 1 en 767 embarazos, en el Hospital Rebagliati se reporta una incidencia de 1 en 183 embarazos, en el Hospital María Auxiliadora una incidencia de 1 en 156 embarazos, en el Hospital Cayetano Heredia de 1 en

126 embarazos, en el Hospital Hipólito Unanue se presenta 1 en cada 130 embarazos, y en el Instituto Materno Perinatal de Lima su incidencia fue 3,3 de cada 1 000 gestaciones.³

ETIOLOGÍA

1. Factores que dificultan el camino del huevo: Este se implanta allí donde se encuentra en el 6º-7º día post fecundación.

a) Procesos inflamatorios, causa más frecuente de embarazo ectópico. Las salpingitis deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica. Hay otros procesos inflamatorios, como, apendicitis que afectan secundariamente a las trompas, con producción de adherencias y acodaduras.

b) Alteraciones de la motilidad tubárica, como ocurre con la administración de gestágenos a bajas dosis de forma continua (minipildora) o el empleo de contracepción postcoital con estrógenos.

c) DIUs, 9-17% de embarazos en portadoras de DIU son ectópicos, lo que se explica porque el DIU protege más eficazmente frente a la gestación intrauterina (99'5% de seguridad) que frente al tubárico (95% de seguridad) con lo que aumenta el riesgo relativo de E.E.

d) Tratamientos de esterilidad, sobre todo los quirúrgicos, cirugía conservadora de E.E tubáricos, ligadura tubárica o técnicas de fecundación asistida (in vitro y transferencia embrionaria intrauterina).

2. Factores que favorecen la nidación en la trompa: endometriosis tubárica, por un cierto quimio tactismo del endometrio ectópico, así como, por la estenosis y adherencias que se producen incluso con órganos vecinos.

- 3. Factores dependientes del propio huevo:** Las anomalías genéticas del huevo, mediante alteración en el momento de implantación, o quizá por un mayor volumen, puede favorecer la anidación ectópica.¹⁷

FISIOPATOLOGÍA

El embarazo ectópico más frecuente es el tubárico. Se ha descrito que muchos casos de embarazo ectópico se dieron por interrupción precoz de la migración del óvulo fecundado los que se resuelven por reabsorción espontánea, sin presentar la sintomatología típica de un embarazo ectópico, sin embargo, esto no es lo más frecuente. Lo más común es que el embarazo continúe hasta llegar al segundo o tercer mes, observándose una implantación del huevo en diversas localizaciones como en nivel de la trompa de Falopio, las vellosidades invadirán el endosálpinx, en la pared tubárica hasta alcanzar la región peritoneal, esto se acompaña de una proliferación vascular y de hematosálpinx que puede afectar la trompa contralateral y llegar hasta la parte más distal de la trompa, exactamente entre la pared y la serosa.¹⁴

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO

A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- Edad:

A mayor edad materna, existe mayor riesgo de un embarazo ectópico. Así, las mujeres con edades entre 35-44 años aumenta 3 a 4 veces el riesgo de un embarazo ectópico frente a las mujeres con edades entre 15-24 años, se considera que esto se debería a la pérdida de la actividad mioeléctrica de la trompa de Falopio responsable de la motilidad de las trompas.¹⁸

- **Estado Civil:**

Herrera C. y Cáceres N. reportan que el embarazo ectópico en el Perú se presenta mayormente en gestantes convivientes, ya que en más de la mitad de su serie se encontró la presencia de este factor, aunque tenían edades entre 35 a 45 años.¹³

Así mismo, en el Hospital María Auxiliadora, el embarazo ectópico se presentó en el 72,9% de gestantes con estado civil de convivientes. Es probable que la razón sea la inestabilidad de las parejas ante un compromiso. En el Instituto Materno Perinatal de Lima, se encontró que las convivientes se presentaban en mayor porcentaje de esta patología.¹²

- **Grado de Instrucción:**

El grado de instrucción es una característica importante en el embarazo ectópico que se relaciona con el nivel del conocimiento general. Moreno P, encontró que, Siendo la población de estudio del área urbana, la mayoría de ellas tenía estudios del nivel secundario (56 equivalente al 80%). Un alto porcentaje de pacientes no usaba anticonceptivos (70%) mientras que las usuarias de anticonceptivos solo fueron 21 (30%) siendo el método anticonceptivo más frecuente el inyectable intramuscular mensual (17.14%). En este grupo de estudio ninguna de las pacientes utilizó dispositivo intrauterino.¹⁹

Mogrovejo A. concluyo que el nivel de instrucción estuvo representado por la secundaria 46,40% seguida de la primaria 37,50%. Y en relación a la ocupación la mayoría de las pacientes se dedicaban a quehaceres domésticos 55,40%

Aunque, no se conoce con exactitud el grado de asociación entre instrucción y embarazo ectópico, es probable que esto tenga que ver con los hábitos higiénicos y deficiente atención de salud en el diagnóstico y manejo de enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, promiscuidad sexual, inicio precoz de relaciones sexuales y múltiples parejas por bajo nivel educativo.⁹

- **Procedencia:**

Aunque, no es un factor convencional, la procedencia fue valorada en algunos estudios como el de Pacheco, que, en el Instituto Materno Perinatal de Lima, reporta que el 45,7% de su muestra eran procedentes del cono este (34). En otro estudio realizado, en el Hospital Arzobispo Loayza se reporta que 26,2% de la serie procedía del Cercado de Lima. La procedencia podría ser una ayuda para el abordaje de pacientes con antecedente de embarazo ectópico en quienes puede realizarse acciones preventivas y evitar un nuevo episodio.¹⁴

B. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cirugía Tubárica Previa

La cirugía tubárica realizada anteriormente es el principal factor de riesgo para un embarazo ectópico, originado por la interrupción anatómica de la trompa de Falopio por complicaciones como una cirugía inadecuadamente desarrollada, infección, anomalía congénita o tumores. La disrupción anatómica puede producir un empeoramiento de la actividad ciliar tubárica.¹²

Además, el 76% de los embarazos post esterilización laparoscópica son embarazo ectópico.²⁰

Un embarazo ectópico es más probable que se presente posteriormente de una cirugía tubárica de reconstrucción, lo que genera, a su vez, de la condición anterior de la trompa y el tipo de técnica usada. La microcirugía reduce el riesgo de embarazo ectópico en 50%.²⁰

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

Es un cuerpo extraño situado en la cavidad uterina que condiciona una inflamación local en el endometrio, el que puede extenderse a otros órganos sexuales originando cambios en su morfología e inducir afecciones pelvianas; generalmente se asocia a infecciones cervico vaginales o de transmisión sexual

no diagnosticada. Representando entonces, un obstáculo al transporte del cigoto y su nidación en el útero.

Se describe que una permanencia mayor de dos años del DIU aumenta 2,6 veces el riesgo de un embarazo ectópico. Es probable que la relación entre el DIU y la enfermedad pélvica inflamatoria crónica incrementa el riesgo de embarazo ectópico, y a su vez, esta tendría relación con la promiscuidad sexual.¹²

Antecedente de Aborto más legrado uterino.

Cuando se realiza un raspado o aspiración de la cavidad uterina, la variabilidad inflamatoria local que se genera en esta ubicación, ya sea por hecho físico o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede distenderse y empujarse a la trompa y provocar cambios anatomo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y en el futuro un E.E. En el Instituto Materno Perinatal se encontró fuerte asociación entre embarazo ectópico y aborto previo con legrado uterino. En el Hospital Belén de Trujillo, Bejarano señaló que un legrado intrauterino previo aumentar el riesgo de embarazo ectópico hasta 13,6 veces más.²¹

Fertilización in Vitro (FIV)

La American Fertility Society indica que la reproducción asistida aumenta el riesgo de embarazo ectópico, por lo que este procedimiento genera entre 5 a 7% embarazo ectópico superiores en las estudiadas en las gestaciones espontáneas.²²

Se describe también un embarazo heterotópico por cada 100 embarazos logrados por fertilización in vitro.¹²

Esta asociación se debería en realidad a las causas de la esterilidad y no a la técnica de reproducción asistida, aunque algunas acciones técnicas podrían contribuir como la inducción de la ovulación que origina sobre estimulación, y la

transferencia embrionaria, en la que puede influir el volumen del medio de cultivo (si este es excesivo pasa fácilmente a la trompa) y el emplazamiento del embrión en el fondo uterino o en la mitad de cavidad uterina.²²

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Antecedente de Embarazo Ectópico

Después de un embarazo ectópico previo, existe aproximadamente un 10% de tener otro.⁸

Con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye el número de embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos, el número relativo de embarazos ectópicos aumenta. El uso de dispositivos intrauterinos (DIU), es un método anticonceptivo altamente efectivo, sin embargo, su falla y consecuente embarazo puede ocurrir en aproximadamente 2 de cada 100 mujeres por año de uso del DIU. Los embarazos generalmente ocurren durante el primer año.²³

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

La EPI en ocasiones afecta a las trompas y provocar considerables efectos, tanto anatómicos como funcionales, y si estas se asocian a infecciones pélvicas crónicas que alteren la función tubárica, así como, también originar obstrucción y adherencias.²²

Las salpingitis crónicas y aun las que fueron tratadas pueden originar fibrosis y diversos grados de lesión en las trompas en forma bilateral (constricciones, dilataciones saculares, alteraciones de la actividad ciliar y muscular) que originan alteración funcional en el transporte tubárico. Se describe que una EPI está presente en más de la tercera parte de los pacientes con embarazo ectópico. Existe mayor evidencia que las infecciones de transmisión sexual por *Chlamydia trachomatis* incrementan el riesgo de embarazo ectópico.¹²

Infertilidad

En pacientes con problemas de fertilidad, hay mayor incidencia de embarazo ectópico porque se detecta precozmente, en especial si la gestante ha recibido tratamiento hormonal con presencia de generadores de ovulación o con gonadotropinas como el citrato de clomifeno.²⁵

D. FACTORES PREDISPONENTES

Número de parejas sexuales

Las enfermedades de transmisión sexual, con el pasar del tiempo han ido en aumento debido a la promiscuidad y mayor precocidad para el inicio de vida sexual activa.

Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de una mujer de infecciones pélvicas, lo que produce un mayor chance de embarazo ectópico.¹¹

Inicio de vida sexual y ETS

Si bien existe una mayor incidencia de embarazos ectópicos en mujeres mayores, existe también un número nada despreciable de adolescentes que se embarazan y presentan embarazos ectópicos. Se cree que esto se debe a la falta de madurez de los órganos reproductores de la adolescente, los cuales no transportan el ovulo fecundado a tiempo para implantarse en el endometrio y terminan implantándose fuera del útero. Morales y Nagua señalan que el coito antes de los 18 años se observa con una prevalencia de 0,40% en su serie de gestantes con embarazo ectópico.²³

Tabaquismo

Un reciente meta – análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecida. Ciertamente, existe evidencia de que las trompas de Falopio son un objeto del humo del cigarrillo. Con

probabilidad, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero reduciendo la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas. A pesar de que existen estudios respecto a este mecanismo sus resultados no fueron concluyentes.²³

Solano S y Col. En su estudio Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Encontraron que El desarrollo de embarazo ectópico se encuentra fuertemente influenciado por la exposición del tabaquismo, el cual representa un riesgo hasta 3.8 veces mayor en pacientes fumadoras en comparación con las no fumadoras.²⁴

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cuadro clínico de un embarazo tubárico diverge sobre todo por la presencia de una ruptura, por lo general los signos vitales son normales antes de una ruptura tubárica, en caso de hemorragia moderada habrá una respuesta generalmente con signos vitales sin cambios, presentará aumento discreto de la presión arterial o una respuesta vaso vagal con bradicardia e hipotensión.²⁷

Generalmente las pacientes no sospechan que tienen un embarazo ectópico y cree que es una gestación normal o que está presentando un aborto. Comúnmente los síntomas y signos de un embarazo tubario son leves o inexistentes. La evolución de esta patología se caracteriza principalmente por amenorrea seguida de hemorragia leve o manchado vaginal. Si se presenta ruptura tubaria el dolor es acentuado tanto en el abdomen bajo y en la pelvis que puede describirse como dolor agudo, insoportable.²⁷ Las principales manifestaciones clínicas que caracterizan esta enfermedad son:

Dolor pélvico.

Es el síntoma más habitual, por el cual acuden a emergencia las pacientes. Aproximadamente el 95% de las mujeres con embarazo tubario presentan dolor en región pélvica y abdominal. Cuando en la gestación se encuentra avanzado, son más constantes los síntomas gastrointestinales (80%) y el mareo (58%). En caso de ruptura, el dolor se localiza en cualquier área del abdomen.²⁷

Sangrado anormal

Son de poca intensidad en un 50 a 80% de casos²². Mayormente se antecede de un retraso menstrual que no va más de 2 a 3 semanas, del 75 al 90% de casos, las pacientes confunden este hecho con la menstruación.

Es producto de la detención del proceso de la decidua por las siguientes causas: la disminución de secreción de la progesterona en el cuerpo lúteo no adecuadamente estimulada por la insuficiente cantidad de B-HCG producida en el trofoblasto. En ocasiones suele simular un aborto debido a que se desprende y expulsa toda la decidua.²⁸

Tiempo de amenorrea

La amenorrea se manifiesta entre el 75 y 95% de casos, generalmente dura pocas semanas. Se realizó un estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso por Mogrovejo, manifiesta haber encontrado mayor frecuencia en un tiempo de amenorrea de 6-10 semanas 9, (7) también Carbajal refiere el promedio de tiempo de amenorrea ser entre $6,8 \pm 2,1$ semanas.²⁶

Masa anexial palpable

Cuando se realiza el tacto vagino abdominal se puede detectarse una masa yxutauterina de consistencia blanda, ubicada en el fondo de saco de Douglas o en la zona anexial. La realización de esta exploración se debe ejecutar con delicadeza ya que puede resultar incomoda, dolorosa y puede generar la ruptura tubárica.¹²

EXÁMENES AUXILIARES

Con respecto al diagnóstico, este se genera en 3 partes importantes, el cuadro clínico “clásico” de dolor pélvico o abdominal, sangrado vaginal anormal, y masa anexial palpable que nos permiten sospechar de un probable embarazo ectópico.

Los antecedentes personales de la paciente nos ayudan a buscar características compatibles con un embarazo ectópico y como último punto, los exámenes auxiliares como la B-HCG y la ecografía transvaginal que para mayor seguridad esta puede confirmar con seguridad un embarazo ectópico. Existen otros exámenes auxiliares como la culdocentesis y el legrado biopsia que utilizan poco. Existe un método de diagnóstico más exacto de embarazo ectópico siendo este la laparoscopia.²⁸

Ecografía transvaginal

Se refiere como un método de gran ayuda para el diagnóstico de embarazo ectópico. La ecografía transvaginal necesariamente se inicia por el estudio del útero, en el que se debe hallar la ausencia del saco gestacional, a no ser que sea un embarazo heterotópico.²⁸

Se mencionan los principales hallazgos en este procedimiento siendo los siguientes:

- El Anillo tubárico, se caracteriza por presentar una estructura extra ováricouterina redondeada con medidas aproximadas 20 a 40 mm de diámetro y que se estructura de un anillo concéntrico ecogénico alrededor de un centro hipoecogénico; este anillo solo es visible cuando la trompa se encuentra indemne.
- La presencia de líquido en el fondo de saco.

De igual manera se puede hallar un embrión dentro de un anillo tubárico y permite identificar con mayor claridad un pseudo saco. Los signos como la vesícula vitelina, el embrión y el latido cardíaco, estos pueden encontrarse entre la 3-4 semanas y son signos patognomónicos, que van a evidenciar la presencia de un embarazo, a menudo solo se detecta en 4% de las pacientes; por otro lado, el hallazgo de una masa no quística en la trompa tiene una alta especificidad (99%) y una sensibilidad más alta (85%) que la imagen tubárica en anillo.²⁸

En cuanto al embarazo ectópico situado en el ovario se implantan criterios según Spiegelber para el oportuno diagnóstico, la trompa del lado afectado debe

permanecer intacta, el saco gestacional debe ocupar la posición del ovario, el ovario debe estar conectado al útero por el ligamento ovárico y debe haber tejido ovárico en la pared del saco.¹²

Gonadotropina Coriónica Humana (B-HCG)

Es de suma importancia establecer la presencia de embarazo con celeridad y precisión para valorar si la paciente manifiesta signos y síntomas que sugieren un embarazo ectópico.

Se confirma que un 85% de las gestaciones viables, la concentración de BHCG se va a intensificar al menos en un 66% cada 48 horas durante los primeros 40 días de embarazo. Mientras tanto, otra literatura, refiere que en el embarazo ectópico los niveles de B-HCG no generan esta intensificación de B-HCG ya descritos. La insuficiencia de aumento normal de los niveles de B-HCG en el embarazo causa sospechas de la existencia de un embarazo ectópico.

Se realizó un estudio en 263 pacientes con embarazo ectópico se dedujo que la relación de B-HCG en culdocentesis y a nivel sérico del B-HCG puede ser usado para verificar un embarazo ectópico a nivel tubárico, para lo cual se requirió medir la cantidad de B-HCG a nivel sérico y en fluido peritoneal obtenido mediante punción en el saco de Douglas, lo cual se podría usar como método diagnóstico para embarazos ectópicos de localización tubárica de una manera más rápida. (30) También es importante conocer la existencia de una combinación entre determinación de B-HCG y la ecografía transvaginal, hallándose una zona discriminadora basada en una correlación que se basa entre la visibilidad del saco gestacional y la concentración de B-HCG.

Cuando, el valor de B-HCG en plasma se encuentra entre 1.500 y 2.000 UI/l, debe visualizarse el saco gestacional en la ecografía transvaginal. Por lo tanto, la ausencia de saco gestacional intrauterino con concentraciones de BHCG por encima de la zona discriminadora sugiere un embarazo ectópico probable o una gestación endouterina no viable. Si los niveles de B-HCG se encuentran por debajo de la zona discriminadora sugiere una gestación intrauterina incipiente, un embarazo ectópico o también una gestación intrauterina no viable.¹²

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aborto intrauterino:

Normalmente, la ecografía nos ayuda en el diagnóstico diferencial. En caso de duda, determinaremos la B-HCG en un período superior a 48 h, apoyándonos en sucesivas ecografías, así como determinaciones de progesterona.¹⁷

Mola Hidatiforme:

La imagen ecográfica es muy característica (en copos de nieve). Además, los niveles de B-HCG son muy elevados para la edad gestacional.¹⁷

Abdomen agudo:

Bajo este epígrafe se encuentran todas las situaciones que clínicamente pueden parecer un ectópico: torsión de quiste ovárico; apendicitis; rotura folicular, tanto la ecografía, como la B-HCG (que será negativa), nos ayudan a diferenciarlo.¹⁷

6.2 PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019?

6.3 HIPOTESIS

a) Hipótesis General:

Las características sociodemográficas, antecedentes quirúrgicos, antecedentes patológicos, son factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.

6.4 OBJETIVOS

a) Objetivo General:

- Determinar los factores de riesgos asociados a embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.

b) Objetivos Específicos:

- Determinar si las características socio demográficas son factores de riesgo de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.
- Identificar si los antecedentes quirúrgicos son factores de riesgo de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.
- Identificar si los antecedentes patológicos son factores de riesgo de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.
- Determinar si el número de parejas sexuales son factores de riesgo en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.

6.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos.⁶

El embarazo ectópico se define como la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial. Su frecuencia a nivel mundial se estima en 2% de los embarazos, la cual ha ido en aumento debido a un diagnóstico más precoz del embarazo, aumento de las infecciones de transmisión sexual, diagnóstico precoz de enfermedad inflamatoria pélvica produciéndose daño tubario y al aumento de embarazos como resultado de procedimientos de reproducción asistida.

Aproximadamente 1% de los óvulos fecundados se implanta fuera de la cavidad uterina y se convierte en un embarazo extrauterino, conocido como embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos pueden ocurrir en cualquier sitio a lo largo del sistema reproductivo, aunque el sitio más frecuente es la trompa de Falopio. Un embarazo ectópico en la trompa de Falopio, si no se trata, puede provocar muchas complicaciones como rotura tubaria o hemorragia intraabdominal.⁷

Se establece con esta investigación mejorar, proteger y asegurar la calidad de vida de las pacientes que tienen embarazo ectópico y esto permitirá observar los factores de riesgo a los cuales están expuestos los pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.

Este estudio sirve para establecer elementos que servirán para nuevas investigaciones del embarazo ectópico y también servirá de beneficio para la sociedad.

6.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Escala medición	Instrumento de medición
Factores de riesgo	Perfil socio demográfico de una población que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de personas, tales como: Edad, Estado civil, Nivel de Instrucción, Ocupación, lugar de residencia, Etc.	Filiación de la gestante de acuerdo a su Edad, Estado civil, Nivel de instrucción, ocupación y lugar de residencia, datos tomados de las historias clínicas correspondientes en el hospital	Factor Sócio demográfico	Edad	<20 21 – 35 >35	Intervalo	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
				Estado civil	Soltera Casada Conviviente Separada	Nominal	
				Nivel de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico Sup. No Univ. Sup. Univ.	Nominal	

				Procedencia	Zona urbana Zona rural	Nominal	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
	Características quirúrgicas antecedentes y de una gestante.	Obtención de las características quirúrgicas de la gestante, registradas en su historia clínica correspondiente, durante su atención en el hospital.	Antecedente Quirúrgico	Cirugia tubárica previa	Si No	Nominal	
				Dispositivos intrauterinos DIU	Si No	Nominal	
				Antecedentes de aborto	Si No	Nominal	
				Antecedentes de Legrado Uterino	Si No	Nominal	
				Fertilización in vitro FIV	Si No	Nominal	

	Características patológicas y antecedentes de una gestante.	Obtención de las características patológicas de la gestante, registradas en su historia clínica correspondiente, durante su atención en el hospital.	Antecedente Patológico	Embarazo Ectópico previo	Si No	Nominal	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
				Enfermedad pélvica inflamatoria EPI	Si No	Nominal	
				Historia de Infertilidad	Si No	Nominal	
	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Obtención de características que evidencien un factor de riesgo, registrado en la historia clínica de la paciente, durante su atención en el hospital.	Factores pre disponibles	Número de parejas sexuales	1 De 1 a 3 >3	Intervalo	
				Inicio de relaciones sexuales	< 18 > 18	Intervalo	

				Antecedentes de ETS.	Si No	Nominal	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
				Tabaquismo	No consume < 1 año De 1-5 años >5 años	Intervalo	

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Sub indicador	Escala medición	Instrumento de medición
Embarazo Ectópico	Implantación del huevo fuera de la cavidad endometrial.	Presencia o ausencia de gestación para considerar un embarazo ectópico	Cuadro Clínico	Dolor pélvico, sangrado anormal, amenorrea, masa axial palpable.	Si No	Nominal	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
			Niveles de HCG	HCG cuantificable, beta positiva	Concentración aumentada Concentración disminuida	Nominal	
			Ecografía transvaginal	Anillo tubárico, liquido en fondo de saco, latidos cardiacos.	Si No	Nominal	

VII. MATERIALES Y METODOS

7.1 Tipo y nivel de Investigación:

El tipo de investigación es transversal, retrospectiva de nivel relacional

7.2 Diseño de Investigación:

Diseño no experimental de casos y controles.

7.3 Población:

La totalidad de pacientes gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018 – Marzo 2019.

7.4 Muestra:

La muestra se obtuvo aplicando la fórmula para estudios casos y controles

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2) + wp_2}$$

p_1 = Frecuencia de exposición entre los casos

$p_2 = 0.35$: Frecuencia de exposición entre los controles, que se plantea que cerca del 35% de madres con embarazo ectópico

w es una estimación del valor aproximado del OR que se desea estimar, para el estudio se desea encontrar un OR de 3 veces más riesgo de embarazo ectópico en madres con factor de riesgo.

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$Z\alpha = 1.96$ que ayudará a obtener la seguridad con la que se desea trabajar o riesgo de cometer un error de tipo I. Generalmente se trabaja con una seguridad del 95%

$Z\beta = 0.84$ es decir, un poder del 80% que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II

$$p_1 = \frac{3 \times 0.35}{(1 - 0.35) + 3 \times 0.35}$$

$$p_1 = 0.62$$

$$p = \frac{(0.35 + 0.62)}{2}$$

$$p = 0.49$$

Teniendo en cuenta la fórmula para caso-control en relación 1:1, tenemos:

$$n = \frac{\left[1.96 \times \sqrt{2 \times 0.49(1 - 0.49)} + 0.84 \times \sqrt{0.62 \times (1 - 0.62) + 0.35 \times (1 - 0.35)} \right]^2}{(0.62 - 0.35)^2}$$

$$n = 55$$

Se tomaron: 55 casos y 55 controles

7.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **CASOS:**

Gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en el departamento de Gineco–Obstetricia del Hospital Regional Docente de Lambayeque en el periodo octubre 2018-marzo 2019.

- **CONTROLES**

Gestantes sin diagnóstico de embarazo ectópico en el mismo período de tiempo. Historia clínica accesible e información requerida completa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **CASOS:**

Historia clínica de gestante con diagnóstico de embarazo ectópico que no sea accesible o esté incompletas.

- **CONTROLES**

Gestación gemelar, mujeres con enfermedades mórbidas como neoplasias en tratamiento, DM tipo II no controlada, etc. Adolescentes, Historia clínica no disponible y / o con información requerida incompleta

7.6 Técnicas de recolección:

Para inicio del desarrollo de la investigación se solicitó la autorización del Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, ya que se inició la búsqueda de historias clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de (E.E) durante el periodo de estudio, utilizando el libro de registros del departamento de Gineco - Obstetricia, así se logró ordenar aquellas historias clínicas por medio de una lista detallada para su uso - desarrollo y así obtener los datos para el análisis respectivo de la investigación. Los datos fueron recolectados en función de las variables de la investigación realizada, en fichas elaboradas para la obtención de información según los objetivos de la investigación. Las fichas de datos se llenaron por el investigador y la recolección de datos se planificó por medio de la autorización del jefe de Departamento de la institución donde se realizó el estudio Por ende, la duración de la recolección de la información para cada historia fue de 10 a 20 minutos aproximadamente, ya que esta se llevó acabo en el periodo de Octubre 2018 – Marzo 2019.

7.7 Instrumentos de recolección de datos:

Ficha de Recolección de datos

Se revisará los registros históricos de embarazos ectópicos y toda la documentación relacionada con este tipo de gestaciones, con el fin de describir los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo. Durante el periodo comprendido en Octubre 2018 – Marzo 2019.

7.8. Procedimientos Estadísticos:

Los datos han sido consolidados en tablas de estadísticas 2x2 y el análisis de ha realizado a través de cifras porcentuales. Los factores de riesgo fueron calculados a través del ODDS Ratio (OR). Donde

$$OR=(a \times d) / (b \times c)$$

Para la interpretación del valor de odds ratio se usó la tabla:

Valor odds ratio	Intervalo de confianza		Tipo de riesgo
	Inferior	Superior	
1			No evidencia de asociación
Mayor de 1	>1	>1	Significativa, factor de riesgo
Mayor de 1	< 1	> 1	No significativa
Menor de 1	< de 1	< de 1	Significativa, factor de protección
Menor de 1	< de 1	> de 1	No significativa

VIII. RESULTADOS

CUADRO N° 1

**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES**

**LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO:
CASOS Y CONTROLES**

EDAD	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
<20 y >35	33	60.00	25	45.45
21 - 35	22	40.00	30	54.55
TOTAL	55	100.00	55	100.0

$$X^2_c = 2.33$$

$$x^2_t = 3.84$$

$$p > 0.05$$

$$OR = 1.8$$

Intervalo de confianza (IC): $0.85 < OR < 3.84$

De los casos, el 60% de las madres con edades menores de 20 años y mayores de 35 años presentaron embarazo ectópico, mientras que un menor porcentaje (40.00%) de madres con edades de 21 a 35 años registraron embarazo ectópico.

De los controles, el 45.45% de las madres son menores de 20 años y mayores de 35 años, mientras que un 54.55% de madres con edades de 21 a 35 años.

No se encontró asociación estadística entre la edad y el en embarazo ectópico ($p > 0.05$). Sin embargo, existe una probabilidad de casi 2 veces de tener embarazo ectópico en gestantes con edades menores de 20 años y mayores de 35.

CUADRO N° 2

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

ESTADO CIVIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
Soltera	18	32.73	6	10.91
Casada/conviviente/ separada	37	67.27	49	89.09
TOTAL	55	100.00	55	100.0

$$X^2_c = 7.67 \quad x^2_t = 3.84 \quad p < 0.05$$

$$OR = 3.97$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 1.44 < OR < 10.99$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 32.73% son solteras y el 67.27% son casadas, convivientes o separadas

De los controles, el 10.91% son solteras y el 89.09 % son casadas, convivientes o separadas.

Se encontró asociación estadística entre el estado civil y el embarazo ectópico ($p < 0.05$). Existe una probabilidad de casi 4 veces ($OR = 3.97$) de tener embarazo ectópico en gestantes solteras, con un riesgo que varía entre 1.44 y 10.99.

CUADRO N° 3

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

GRADO DE INSTRUCCION COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
Primaria/ Secundaria	41	74.55	46	83.64
Superior no Universitaria/ Superior Universitaria	14	25.45	9	16.36
TOTAL	55	100.00	55	100.0

$$X^2_c = 1.37 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 0.57$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.22 < OR < 1.46$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 74.55% tienen primaria o secundaria y el 25.45% tienen instrucción superior no universitaria o superior universitaria.

De los controles, el 83.64% tienen primaria o secundaria y el 16.36% tienen superior no universitaria o superior universitaria

No se encontró asociación estadística entre el grado de instrucción de las gestantes con el embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Existe una probabilidad muy baja ($OR = 0.57$) de que el grado de instrucción sea un factor de riesgo para tener embarazo ectópico.

CUADRO N° 4

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

PROCEDENCIA COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

PROCEDENCIA	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
ZONA RURAL	3	5.45	5	9.09
ZONA URBANO MRGINAL	52	94.51	50	90.91
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 0.54 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 0.58$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.13 < OR < 2.54$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 5.45% proceden de la zona rural y el 94.51% de la zona urbano marginal.

De los controles, el 9.09% proceden de la zona rural y el 90.91% de la zona urbano marginal.

No se encontró asociación estadística entre la zona de procedencia y la presencia de embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Existe una probabilidad muy baja ($OR = 0.58$) de que la zona de procedencia sea un factor de riesgo para tener embarazo ectópico.

CUADRO N° 5

**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES**

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS COMO FACTOR DE RIESGO DEL
EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES**

ANTECEDENTES QUIRURGICOS	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
CON ANTECEDENTES QUIRURGICOS	35	63.64	15	27.27
SIN ANTECEDENTES QUIRURGICOS	20	36.36	40	72.73
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 14.67 \quad x^2_t = 3.84 \quad p < 0.05$$

$$OR = 4.67$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 2.08 < OR < 10.48$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 63.64% registraron antecedentes quirúrgicos y el 36.36% no registraron antecedentes quirúrgicos.

De los controles, el 27.27% registraron antecedentes quirúrgicos y el 72.73 % no registraron.

Se encontró asociación estadística entre los antecedentes quirúrgicos y el embarazo ectópico ($p < 0.05$). Existe una probabilidad de casi 5 veces ($OR = 4.67$) de tener embarazo ectópico en gestantes con antecedentes quirúrgicos, con un riesgo que varía entre 2.08 y 10.48.

CUADRO N° 6

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	19	34.55	8	14.55
SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	36	65.45	47	85.45
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 5.94 \quad x^2_t = 3.84 \quad p < 0.05$$

$$OR = 3.10$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 1.22 < OR < 7.88$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 34.55% registraron antecedentes patológicos y el 65.45% no registraron antecedentes patológicos.

De los controles, el 14.55% registraron antecedentes patológicos y el 85.45 % no registraron.

Se encontró asociación estadística entre los antecedentes patológicos y el embarazo ectópico ($p < 0.05$). Existe una probabilidad de 3 veces ($OR = 3.10$) de tener embarazo ectópico en gestantes con antecedentes patológicos, con un riesgo que varía entre 1.22 y 7.88.

CUADRO N° 7

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

ANTECEDENTES DE ETS COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

ANTECEDENTES DE ETS	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
CON ANTECEDENTES DE ETS	2	3.64	3	5.45
SIN ANTECEDENTES DE ETS	53	96.36	52	94.55
TOTAL	55	100.00	55	100.0

$$X^2_c = 0.21 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 0.65$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.11 < OR < 4.08$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 3.64% tuvieron antecedentes de ETS y un 96.36% no tuvieron

De los controles, el 5.45% tuvieron ETS y un 94.55% no tuvieron.

No se encontró asociación estadística entre ETS y la presencia de embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Existe una probabilidad muy baja ($OR = 0.65$) de que las ETS sea un factor de riesgo para tener embarazo ectópico.

CUADRO N° 8

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
DE 1 A 3	48	87.27	45	81.82
MAS DE 3	7	12.73	10	18.18
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 0.63 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 1.52$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.53 < OR < 4.35$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 87.27% tuvieron de 1 a 3 parejas sexuales y el 12.73% tuvieron más de tres parejas sexuales

De los controles, el 81.82% tuvieron de 1 a 3 parejas sexuales y un 18.18% tuvieron más de tres parejas sexuales.

No se encontró asociación estadística entre el número de parejas sexuales y la presencia de embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Sin embargo existe una probabilidad de casi 2 veces ($OR = 1.52$) de que el número de parejas sexuales sea un factor de riesgo para que se presente un embarazo ectópico.

CUADRO N° 9

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
ANTES DE LOS 18 AÑOS	45	81.82	40	72.73
DESPUES DE LOS 18 AÑOS	10	18.18	15	27.27
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 1.29 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 1.69$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.68 < OR < 4.18$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 81.82% tuvieron un inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años y el 18.18% tuvieron después de los 18 años

De los controles, el 72.73% tuvieron un inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y un 27.27% tuvieron sexuales después de los 18 años.

No se encontró asociación estadística entre el inicio de las relaciones sexuales y la presencia de embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Sin embargo existe una probabilidad de casi 2 veces ($OR = 1.69$) de que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años sea un factor de riesgo para que se presente un embarazo ectópico.

CUADRO N° 10

**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES**

**TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓTICO:
CASOS Y CONTROLES**

TABAUQUISMO	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
CONSUME	12	21.82	6	10.91
NO CONSUME	43	78.18	49	89.09
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 2.39 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 2.28$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.79 < OR < 6.59$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 21.82% consumieron tabaco y el 78.18% no consumieron.

De los controles, el 10.91% consumieron tabaco y un 89.09% no consumieron.

No se encontró asociación estadística entre el consumo de tabaco y la presencia de embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Sin embargo existe una probabilidad de más de 2 veces ($OR = 2.28$) de que el consumo de tabaco sea un factor de riesgo para que se presente un embarazo ectópico.

IC ($0.79 < OR < 6.59$).

CUADRO N° 11

**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES**

**REGIMEN CATAMENIAL COMO FACTOR DE RIESGO DEL EMBARAZO
ECTÓTICO: CASOS Y CONTROLES**

REGIMEN CATAMENIAL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
IRREGULAR	34	61.82	27	49.09
REGULAR	21	38.18	28	50.91
TOTAL	55	100.0	55	100.0

$$X^2_c = 1.80 \quad x^2_t = 3.84 \quad p > 0.05$$

$$OR = 1.68$$

$$\text{Intervalo de confianza (IC): } 0.79 < OR < 3.59$$

De las gestantes con embarazo ectópico, el 61.82% tuvieron un régimen catamenial irregular y el 38.18% tuvieron un régimen catamenial regular.

De los controles, el 49.09% tuvieron un régimen catamenial irregular y un 50.91% tuvieron un régimen catamenial regular

No se encontró asociación estadística entre el régimen catamenial y la presencia de embarazo ectópico con ($p > 0.05$). Sin embargo existe una probabilidad de casi 2 veces ($OR = 1.68$) de que el régimen catamenial sea un factor de riesgo para que se presente un embarazo ectópico.

IX. DISCUSIONES

El presente trabajo representa un estudio importante sobre el embarazo ectópico como problema de salud en nuestro medio, ya que patología afecta a toda mujer en edad fértil. Esto nos permitirá tener una idea más profunda y exacta de dicho problema en la salud a nivel local; contribuyendo a la disminución del riesgo de morbi mortalidad materna en nuestra sociedad. Con los resultados de esta investigación se espera se contribuya a fomentar la buena salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Sobre el factor de riesgo quirúrgico se tiene que, registraron antecedentes quirúrgicos el 63.64 % (OR = 4.67) de 55 casos, de los cuales 22 presentaron antecedente de aborto y 17 antecedente de DIU, 07 antecedente de legrado y ningún caso con antecedentes de cirugía tubarica o FIV. Esta investigación concuerda con los resultados del autor Mamani V. 2017, donde del total de 32 casos encontró que presentaron antecedentes de aborto espontaneo OR = 9.0, dispositivo intrauterino OR = 4.39 y legrado OR = 5.8.

Sobre el factor de riesgo patológico, se encontró que registraron antecedentes patológicos, el 34.55 % (OR = 3.10) de 55 casos, de los cuales se registraron 14 con antecedente de Embarazo Ectópico Previo, 04 con antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria, resultados semejantes al estudio de Mamani V. 2017, quien encontró en su estudio de 32 casos, presentaron antecedente de embarazo ectópico previo OR = 14.60 y enfermedad inflamatoria pélvica OR = 3.55.

Dentro de los factores de riesgo predisponentes, se encontró que, de los 55 casos, la probabilidad de que los antecedentes de ETS es muy baja (OR = 0.65), el 81. 82 % de casos (OR = 1.69) iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, lo que significa que hay una doble posibilidad de presentar un embarazo ectópico con esta condición, de igual forma el antecedente de tabaquismo fue de 21.82 % (OR = 2.28), el antecedente de régimen catamenial 61.82 % de los 55 casos (OR = 1.68) de los cuales 33 casos fueron con régimen irregular y el antecedente

de número de parejas sexuales fue de 87.27 % (OR = 1.52) , estos datos contraponen al estudio de Mamani V. 2017, quien en sus estudio no encontró estas condiciones como factores de riesgo para embarazo ectópico.

Así, la investigación evidencia que el factor de riesgo sociodemográficos para el embarazo ectópico fue confirmado como factor de riesgo la edad materna menores de 20 años y mayores de 35 años con 60 % (OR= 1.8) de los 55 casos, convirtiendo este rango en una doble probabilidad para embarazo ectópico, resultado semejante al estudio de Mamani V. 2017, quien en la serie que las gestantes con más de 35 años tendrían un factor de riesgo importante (OR = 6.928)

En la serie, no se encontró asociación del grado de instrucción, ni la procedencia materna con la presencia de embarazo ectópico.

El estado civil tuvo un factor de riesgo para embarazo ectópico, presentando un 67.27 % (OR = 3.97) de los cuales 20 casos tuvieron la condición de convivientes, 19 de solteras, 14 de casadas.

X. CONCLUSIONES

Sobre el embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, durante el periodo de octubre 2018 a marzo 2019, se tiene que influyen los mismos factores de riesgo que se han descrito a nivel internacional.

1. De los factores sociodemográficos, se encontró que el estado civil constituye un factor de riesgo ($OR=3.97$) de que se presente un embarazo ectópico.
2. Los antecedentes quirúrgicos, constituyen un factor de riesgo ($OR= 4.67$) de que se produzca un embarazo ectópico.
3. Los antecedentes patológicos, constituyen un factor de riesgo ($OR= 3.10$) de que se produzca un embarazo ectópico.
4. El número de parejas sexuales presentan una probabilidad de casi 2 veces ($OR= 1.52$) de que se presente un embarazo ectópico

XI. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a jefatura del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, elaborar esquemas de evaluación de los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, basados en las características de nuestra población, para ser utilizados en la consulta pre concepcional, con lo cual se reducirán las complicaciones que acarrea esta patología, y con ello la mortalidad materna.
2. Capacitación de profesionales sobre los métodos diagnóstico de embarazo ectópico, así como, fomentar la sospecha de embarazo ectópico en mujeres que presenten cuadros de dolor abdominal con antecedente de vida sexual activa.
3. Implementar estrategias que permitan concientizar a la población de gestantes, el riesgo y la posibilidad de embarazo ectópico dependiendo sus factores de riesgo.
4. Implementar medidas para el control y seguimiento a mujeres con posibilidades de un futuro embarazo ectópico para prevenir las complicaciones, según los factores de riesgo principalmente encontrados en el estudio.
5. Incidir en programas de información, educación sexual y comunicación dirigida a la sociedad en general, para así disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1) World Health Organization – The Who Reproductive Health Library, Mignini L. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico; Comentario de la BSR (última revisión: 26 de septiembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/node/76048>
- 2) Revista Archivo Médico de Camagüey, Diagnóstico del embarazo ectópico, AMC vol.7 no.3 Camagüey mayo.-jun. 2003 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000300013
- 3) Mercado M. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Tesis de Grado. Lima – Perú. 2014.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Temas de salud materna y neonatal: Mortalidad materna. Sitio web de Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
- 5) Escobar P, Pérez L, Martínez P. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico en el Hospital General de Zona 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas - México, 2016.
- 6) MINSA Boletín Epidemiológico, Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 4, Lima – Perú, Enero 2016. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>

- 7) Zaldaña C. Comparación de resultados clínicos del tratamiento médico con metrotexate o tratamiento quirúrgico en el embarazo ectópico tubarico no roto de enero de 2013 a diciembre de 2013 en el Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolan. Tesis de Especialidad, San Salvador, Julio 2015
- 8) Orellana R, Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Pro, 2013 – 2015. Tesis de Grado. Guayaquil – Ecuador 2015 – 2016.
- 9) Mogrovejo A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador, 2014-2015. Tesis de Especialidad, Cuenca – Ecuador 2016.
- 10) Durán D y Moreno D, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mayor Mederi, Tesis de Grado, Bogotá - Colombia D.C. 2014.
- 11) Guzmán G, Factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora en, Lima- Perú 2016.
- 12) Palomino Z, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Vitarte, Lima – Perú, Tesis de Grado, Enero - Diciembre 2015.
- 13) Herrera A y Cáceres G, Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años en el servicio de Obstetricia en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014-2015. Tesis de Grado, Arequipa 2016.

- 14) Mamani V. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- puno. Tesis de Grado, Puno – Perú 2018.
- 15) Yglesias E. “Embarazo ectópico en Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao Perú, 2008- 2010” Perú 2011.
- 16) Algunos aspectos demográficos asociados con el embarazo ectópico, Ginecol Obstet Mex 2014; 82:83-92. Volumen 82, Núm. 2, febrero, 2014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2014/gom142c.pdf>
- 17) Manual de Urgencia y Emergencias Embarazo Ectópico, González G, Sola M, Gutiérrez G, Málaga – España. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto2.pdf>
- 18) López Verastegui A, Vargas Matamoros S, y Col. Embarazo ectópico. Revista Médica de Nuestros Hospitales **ISSN 1390-7530**(revista en internet) Vol. 17 - N° 2, 2012. Guayaquil – Ecuador. Disponible en: <https://www.revistamedica.org.ec/vol17no2/542-embarazo-ectopico>
- 19) Moreno P. Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado Hospital María Auxiliadora 2014. Tesis de Especialidad, Lima – Perú 2015.
- 20) Instituto Nacional Materno Perinatal – Maternidad de Lima, Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal Volumen 2 número 1 – 2013. ISSN 2304-3887.
- 21) Bejarano J. Antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectópico, Universidad Privada Antenor Orrego. Tesis de Grado – Trujillo – Perú 2016.

- 22)González-Merlo J. Obstetricia, 6ª. Edición, Masson, México, reimpresión 2013. ISBN:9788445823767 Año de edición:2014.Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-obstetricia-6-ed/9788445823767/2258300>
- 23)Morales Z, Nagua B, Características clínicas y factores de riesgo del Embarazo Ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, durante del periodo 2008 – 2012. Cuenca – Ecuador 2014.
- 24)Solano S, Maldonado M, Buen A. Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC. Artículo por internet ANALES MEDICOS - HOSPITAL ABC. Vol. 50, Núm. 2 Abr. - Jun. 2005 pp. 58 – 61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc052b.pdf>
- 25)De la Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes conembarazo ectópico en el instituto materno perinatal, enero – diciembre Lima - 2001. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima; 2001.
- 26)Carbajal G. Embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015. Tesis de Grado, Arequipa - Perú 2016.
- 27)F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Jeanne S. Sheffield, Williams. Obstetricia, 24e. ISBN: 978-607-15-1277-2.
- 28)Addi M, Artacho JC, Navarro JA. Embarazo ectópico. Rev Elect Medynet. [citado 2017 Febrero 10]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
- 29)Vara A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, en pacientes que acuden al servicio de emergencia, de Gineco – obstetricia del hospital

II-2 Santa Rosa – Piura, en el periodo Enero - Agosto 2015. Tesis de Grado, Piura – Perú 2017.

30) Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors
CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 55 / NUMBER
2 / JUNE 2012.

31) Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion The Practice
Committee of The American Society for Reproductive Medicine American
Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama VOLUME 3
JULY 23 of 2012.

32). Methotrexate: The Pharmacology Behind Medical Treatment for Ectopic
Pregnancy CATHERINE S. STIKA, MD Department of Obstetrics &
Gynecology, Northwest CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
Volumen 55, Number 2, 433–439r 2012, Lippincott Williams & Wilkins.

33) Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao,
Perú. 2008-2010 - Edwin Yglesias Cánova. Artículo por internet,
disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2031/203122771009/>

34) Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management
of pregnancy of unknown location E. Kirk^{1,2,*}, C. Bottomley³, and T.
Bourne^{2,4} Submitted on April 10, 2013; resubmitted on July 31, 2013;
accepted on August 15, 2013. Human Reproduction Update, Vol.20, No.2
pp. 250–261, 2014.

XIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO.

OBJETIVO:

Esta Ficha de Recolección de Datos sirve para verificar los registros históricos de embarazos ectópicos y toda la documentación relacionada con este tipo de gestaciones, con el fin de describir los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo. Durante el periodo comprendido en Octubre 2018 – Marzo 2019.

DATOS DE FILIACIÓN:

Número de historia clínica:

Fecha

G: P: ///

1.- FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

1.1. SOCIODEMOGRÁFICOS

A. Edad:

1. < 20 años ()
2. 21 a 35 años ()
3. > 35 años ()

B. Estado civil:

1. Soltera ()
2. Casada ()
3. Conviviente ()
4. Separada ()

C. Grado de instrucción:

1. Sin instrucción ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Técnico ()
5. Sup. No Univ. ()
6. Sup. Univ. ()

D. Procedencia:

1. Zona urbana ()
2. Zona rural ()

1.2. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

- | | | |
|------------------------------------|--------|--------|
| 1. Cirugía tubárica previa | SI () | NO () |
| 2. Dispositivos intrauterinos DIU | SI () | NO () |
| 3. Antecedentes de aborto | SI () | NO () |
| 4. Antecedentes de Legrado Uterino | SI () | NO () |
| 5. Fertilización in vitro FIV | SI () | NO () |

1.3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. Embarazo Ectópico previo | SI () | NO () |
| 2. Enfermedad pélvica inflamatoria EPI | SI () | NO () |
| 3. Historia de Infertilidad | SI () | NO () |

1.4. FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES:

1. Antecedentes de ETS. SI () NO ()

2. Número de parejas sexuales:

- 1 ()
- De 1 a 3 ()
- > 3 ()

3. Inicio de relaciones sexuales:

- Antes de los 18 ()
- Después de los 18 ()

4. Tabaquismo:

- No consume ()
- < 1 año ()
- De 1-5 años ()
- >5 años ()

5. Régimen Catamenial:

- Regular ()
- Irregular ()