

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana



“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO
LORENA, CUSCO 2018

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Melissa Diana Berrios Alvarez

ASESOR

Wilbert Segundo Cárdenas Alarcón

Cusco-Perú, 2019

DEDICATORIA

A Dios por guiarme y darme las fuerzas necesarias para seguir adelante en este camino y por la oportunidad de culminar esta etapa

Con especial cariño a mi madre que me brindo su incondicional apoyo motivación y amor constante, para lograr mis metas.

A mi hermana menor, quien también es mi amiga por creer en mí y acompañarme a lo largo de mi vida académica.

A mí abuela quien siempre me acompaña con sus oraciones ya que sin su apoyo incondicional no sería posible alcanzar mis metas profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero y profundo agradecimiento a mi alma mater y docentes, que permitieron mi formación académica, por transmitirme sus conocimientos y su apoyo día a día.

La vida es hermosa, y una de las principales características de esta hermosura es que la podamos compartir y disfrutar con quienes amamos, podemos ayudar y guiar a muchas personas, del mismo modo podemos ser ayudados y guiados durante nuestra vida; motivo por el cual agradezco la labor de todos aquellos que estuvieron presentes durante la realización y desarrollo de este trabajo de investigación.

CONTENIDO

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	III
CAPÍTULO 1: GENERALIDADES.....	1
1.1 Descripción de la Investigación	1
1.2 Problema de Investigación	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos	2
1.3 Hipótesis.....	2
1.4 Objetivo de la investigación.....	3
1.5.1 Objetivo general	3
1.5.2 Objetivos específicos.....	3
1.5 Justificación de la investigación.....	3
1.6 Limitaciones.....	4
1.7 Consideraciones éticas.....	4
CAPITULO 2: MARCO TEORICO - REFERENCIAL	5
2.1 Marco teórico	5
2.2 Marco referencial	16
2.2.1 Internacionales	16
2.2.2 Nacionales	19
2.2.3 Locales.....	22
2.3 Glosario de términos.....	23
CAPITULO 3. METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo de estudio	24
3.2 Universo y muestra.....	25
3.2.1. Universo.....	25
3.2.1. Muestra	25
3.3 Criterios de elegibilidad	27
3.3.1. Criterios de inclusión:	27
3.3.2. Criterios de exclusión:	27
3.4 Variables: dependiente, independiente e intervinientes	28
3.4.1. Variable dependiente:.....	28
3.4.2. Variables independientes	28

3.5 Operacionalización de variables.....	29
3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7 Secuencia metodológica	34
3.8 Manejo de la data	34
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	37
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
ANEXOS	56

RESUMEN

“Factores Asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018”

Objetivo: Determinar los factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2018.

Material y métodos: Se realizará un estudio analítico caso-control en una muestra 54 casos (embarazo ectópico) y 54 controles (embarazos normales). Se realizó un análisis univariado y bivariado obteniendo el Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico, en la investigación fueron: Tabaquismo que elevó el riesgo de presentar embarazo ectópico hasta 13 veces, corroborado por la literatura médica y antecedentes previos, el grado de instrucción superior duplica el riesgo de EE. El estado civil de conviviente para el estudio actúa como factor protector. El estudio confirma a los siguientes factores gineco-obstétricos asociados a embarazo ectópico, como factores de riesgo: así el uso de levonogestrel eleva el riesgo 6 veces, la cirugía abdomino-pélvica eleva el riesgo 7 veces, tener múltiples parejas sexuales eleva el riesgo 4 veces, el antecedente de aborto y/o legrado eleva el riesgo 4.6 veces, la enfermedad inflamatoria pélvica eleva el riesgo en 2.5 veces y el embarazo ectópico previo duplica el riesgo de presentar embarazo ectópico.

Conclusiones: El estudio determinó que los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en la investigación fueron: Tabaquismo, grado de instrucción superior; los factores gineco-obstétricos que actuaron como factores de riesgo fueron: Uso de levonogestrel, la cirugía abdomino-pélvica, tener múltiples parejas sexuales, el antecedente de aborto y/o legrado, la enfermedad inflamatoria pélvica y el embarazo ectópico previo.

Palabras claves: Embarazo ectópico, factores de riesgo, factores de protección.

BSTRACT

"Factors Associated with Ectopic Pregnancy in Patients Cared for at the Antonio Lorena Hospital, Cusco 2018"

Objective: To determine the factors associated with ectopic pregnancy in patients treated at the Antonio Lorena Hospital during the period between January and December 2018.

Material and methods: A case-control analytical study was conducted in a sample of 54 cases (ectopic pregnancy) and 54 controls (normal pregnancies). A univariate and bivariate analysis was performed, obtaining the Odds Ratio (OR) and the 95% confidence interval (95% CI).

Results: The sociodemographic factors associated with ectopic pregnancy, in the research were: Smoking that increased the risk of presenting ectopic pregnancy up to 13 times, corroborated by the medical literature and previous history, the degree of higher education doubles the risk of EE. The civil status of a partner for the study acts as a protective factor. The study confirms the following gynecological-obstetric factors associated with ectopic pregnancy, as risk factors: thus the use of levonogestrel raises the risk 6 times, abdomino-pelvic surgery raises the risk 7 times, having multiple sexual partners raises the risk 4. Sometimes, the antecedent of abortion and / or curettage increases the risk 4.6 times, the pelvic inflammatory disease increases the risk by 2.5 times and the previous ectopic pregnancy doubles the risk of presenting an ectopic pregnancy.

Conclusions: The study determined that the sociodemographic factors associated with ectopic pregnancy in the research were: Smoking, degree of higher education; The gynecological and obstetric factors that acted as risk factors were: Use of levonogestrel, abdominal-pelvic surgery, having multiple sexual partners, a history of abortion and / or curettage, pelvic inflammatory disease and previous ectopic pregnancy.

Key words: Ectopic pregnancy, risk factors, protective factors.

INTRODUCCIÓN

Se denomina embarazo ectópico a la implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina. La implantación puede tener distintas localizaciones: siendo la más frecuente la tubárica, en el 98% de los casos, dentro de esta la ampular. (1)

"Existe un aumento de la frecuencia del embarazo ectópico en el mundo, hasta 5 veces más si se compara con los años 70", según la literatura. (2)

Esta considerado que esta afección adquiere gran importancia, siendo la primera causa de mortalidad materna por hemorragia del primer trimestre de gestación, además disminuye significativamente las posibilidades de un embarazo posterior normal. Sin embargo, si su diagnóstico es precoz, mejora la supervivencia de la madre, del mismo modo, se conserva mejor su capacidad reproductiva. (3)

En el Perú, no existe estadísticas nacionales, sólo se cuenta con diversos estudios aislados como en el Hospital Rebagliati se reporta una incidencia de 1 en 183 embarazos (4), en el Instituto Materno Perinatal de Lima su incidencia fue 3,3 de cada 1 000 gestaciones. (5), en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 embarazos(6), en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se reporta una prevalencia de 11.9 por cada 1000 embarazos(7) , en el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé la incidencia fue 1 de cada 157 embarazos.(8)

A pesar de ser el embarazo ectópico una entidad bastante conocida y estudiada; actualmente a nivel mundial es una afección gineco-obstétrica cuya incidencia está en aumento, por lo tanto la mortalidad materna por complicaciones, constituyendo un problema de salud pública todavía sin resolver.(9)

Existen múltiples factores asociados al embarazo ectópico y su incidencia está en aumento, lo que lleva a una mayor incidencia de esta entidad clínica. (10)

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

1.1 Descripción de la Investigación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se considera al embarazo ectópico como un problema de salud, debido a que mundialmente la frecuencia es de 1 a 2.6% de todos los embarazos; la mortalidad es de 1 por 1.000 de todos los embarazos ectópicos, la tasa de recurrencia es del 12%, siendo un problema aún sin resolver. (9)

El embarazo ectópico es considerado la principal causa de muerte materna durante el primer trimestre de gestación (11), para un diagnóstico precoz, los exámenes complementarios como la ecografía transvaginal y dosaje de beta HCG (hormona gonadotropina coriónica) son importantes.(3)

"Existe un aumento de la frecuencia del embarazo ectópico en el mundo, hasta 5 veces más comparado con los años 70", según la literatura (2)

En Estados Unidos, representa el 1 a 2% de todos los embarazos en el primer trimestre. Este pequeño porcentaje causa una cifra desproporcionada del 6% de mortalidad materna.(3)

En el Perú, no existe estadísticas nacionales, sólo se cuenta con diversos estudios aislados como en el Hospital Rebagliati se reporta una incidencia de 1 en 183 embarazos entre 1998 y 2002 (4), en el año 2001 el Instituto Materno Perinatal de Lima su incidencia fue 3,3 de cada 1 000 gestaciones (5), en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos, durante el periodo de 2006-2010(6), en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (2008-2010) se reporta una prevalencia de 11.9 por cada 1000 embarazos, en el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, en el periodo mayo 2013 a abril 2014 la incidencia fue 1 de cada 157 partos.(8)

En Cusco la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena fue de 1.60% en el año 2010, 1.48% en el año 2011, 1.48% en el año 2012, 1.41% el año 2013, 1.48% el año 2014, del total de partos (12), la incidencia en los últimos años se mantuvo constante, constituyendo una afección gineco-obstétrica aún presente en nuestra localidad.

Existen múltiples factores asociados al embarazo ectópico y la incidencia de estos están en incremento, lo que conlleva a una mayor frecuencia de la esta entidad. Esta frecuencia está relacionada con historia de afección tubárica, embarazo ectópico previo, uso de dispositivo intrauterino normal, cirugía abdomino-pélvica, tabaquismo, enfermedad inflamatoria pélvica, entre otros (10)

1.2 Problema de Investigación

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, durante el período comprendido entre enero a diciembre del 2018?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018?
2. ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018?

1.3 Hipótesis

No se planteó hipótesis por ser un estudio analítico.

1.4 Objetivo de la investigación

1.5.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena durante el período comprendido entre el 01 enero al 31 de diciembre del 2018

1.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018
2. Identificar los factores gineco-obstétricos asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018

1.5 Justificación de la investigación

Trascendencia: El presente estudio nos permitirá crear conciencia en la población sobre los factores relacionados al embarazo ectópico, la cual podrá generar cambios en el estilo de vida de las mujeres y en su prevención. Además, se podrá crear nuevos proyectos y campañas de prevención; el presupuesto invertido en esta patología disminuirá si nos enfocamos en la prevención primaria comparado a si se tratamos la patología, las posibles complicaciones tanto médicas como quirúrgicas y la mortalidad.

Relevancia: En la ciudad de Cusco se cuenta con trabajos descriptivos de investigación acerca de características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de embarazo ectópico, mas no se encontró estudios de asociación entre las variables estudiadas, ahí la importancia de este estudio para determinar los factores asociados más importantes en el desarrollo de esta entidad clínica. El embarazo ectópico a nivel mundial es causa de morbimortalidad materna, conocer los factores asociados a esta afección permitirá poder prevenirla y disminuir su incidencia.

Aporte Científico: Este estudio servirá de punto de partida para nuevas investigaciones, así como referencia bibliográfica para otros investigadores.

1.6 Limitaciones

El Hospital Antonio Lorena cuenta con un archivo de historias clínicas organizado de manera que su búsqueda sea fácil, sin embargo, el control de calidad del llenado de datos no siempre es estricto.

1.7 Consideraciones éticas

La investigación científica en el área de la salud ha conducido a múltiples beneficios para el desarrollo de las diversas áreas en la medicina, siendo nuestro deber participar en la generación de nuevos conocimientos, debido a que toda investigación científica que genere nuevos conocimientos será de utilidad y aplicable en nuestro medio. Los resultados encontrados en esta investigación, servirán como base para desarrollar programas de prevención primaria para disminuir los factores de riesgo para embarazo ectópico o en la prevención de los factores modificables, además tendrá un alto impacto en la morbilidad materna asociada a esta patología.

El desarrollo de nuestro estudio fue basado en los “principios fundamentales de la ética: respeto por las personas, justicia y beneficencia”.

El estudio está acorde con los principios de la bioética y con las regulaciones internacionales: “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (última revisión año 2000), El Código de Núremberg, Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002, y las regulaciones nacionales relacionadas con investigación en seres humanos”.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO - REFERENCIAL.

2.1 Marco teórico

EMBARAZO ECTÓPICO

La fecundación del óvulo por el espermatozoide comúnmente se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa; el huevo o cigoto permanecerá unos días en esta, para luego, en la fase de blastocito, migre hacia el endometrio donde se implantará (9). Se denomina embarazo ectópico (EE) la implantación de huevo o cigoto fuera de la cavidad uterina (1). La implantación puede tener distintas localizaciones: La presentación tubárica se presenta en el 98% del total de los casos, dentro de esta la ampular es más frecuente. (13)

El embarazo ectópico es considerado como la primera causa de mortalidad materna producida por hemorragia del primer trimestre del embarazo, además disminuye las posibilidades de un posterior embarazo normal significativamente. Sin embargo, un diagnóstico precoz, mejorará la supervivencia de la madre, y podrá conservar mejor su capacidad reproductiva de la misma.(3)

ETIOLOGÍA

La etiología del embarazo ectópico sigue constituyendo un gran reto dentro del campo de la investigación científica. Se describió como causa principal la destrucción anatómica e histológica tubárica. Otras causas asociadas son las alteraciones hormonales, disfunción de la motilidad tubárica, la obstrucción y disminución de la luz de la trompa, en algunas ocasiones la translocación del huevo. (11)

Influirán además factores ovulares (exceso de volumen del huevo), factores tubáricos (malformaciones congénitas de las trompas y la disminución de la luz uterina) y factores extratubáricos (genitales, infecciones abdominales y la cirugía abdomino-pélvica). (14)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En casos de embarazo ectópico no complicado, las manifestaciones clínicas, tanto síntomas como signos, en el embarazo ectópico a menudo son sutiles, incluso en muchos casos no están presente. La mujer no sospecha un embarazo tubárico y asume que tiene un embarazo incipiente normal o que cursa con un aborto (3), siendo una de las causas del diagnóstico tardío.

Dentro del EE complicado, la forma “clásica” de presentación se caracteriza por la tríada: Dolor pélvico, hemorragia anormal o metrorragia y amenorrea. Generalmente, cuando hay rotura existe dolor abdominal inferior intenso y dolor pélvico que a menudo se describe como agudo, penetrante o desgarrador. (3)

La sensibilidad esta aumentada a la palpación abdominal. La exploración pélvica bimanual, en particular el movimiento cervical, produce dolor intolerable. El fondo de saco vaginal posterior puede estar abultado por la sangre presente en el fondo de saco de Douglas, en ocasiones se puede percibir una masa sensible a un lado del útero, aunque al principio es mínima, más tarde la masa ectópica puede desplazar el útero hacia un lado. (3)

Las manifestaciones pueden aparecer de manera brusca o lenta, el dolor puede ser leve o severo, continuo o intermitente, sordo o agudo; generalmente no es tipo cólico. La rotura tubárica puede estar asociada con la aparición brusca de dolor severo, pero también puede haber rotura con dolor leve o intermitente. (8)

- **Dolor pélvico:**

Es el síntoma más frecuente, por el cual las pacientes acuden al servicio de emergencia. Aproximadamente el 95% de las mujeres con embarazo tubárico presentan dolor en región pélvica y abdominal.(15)

El dolor abdominal se presenta de manera súbita, intensa y unilateral pudiendo ser detectada en el 90%de los casos sintomáticos, presentando sensibilidad palpatoria y signo del rebote sobre todo en embarazo ectópico complicado. Las características del dolor abdominal van a dependen del momento evolutivo: 1) en las fases iniciales el dolor se localiza en la parte inferolateral y es no intenso; 2) al aumentar la edad gestacional por el ende el tamaño del cigoto, el dolor es más intenso y 3) cuando la rotura tubárica está presente, el dolor

correspondiente es agudo, severo (por la irritación peritoneal secundaria al hemoperitoneo), además puede presentarse una omalgia ocasional (por la irritación diafragmática).(16)

- **Hemorragia anormal.**

Las características del sangrado vaginal son variables, no hay un patrón de sangrado que sea patognomónica para el embarazo ectópico. El sangrado puede variar desde tinción marrón escasa hasta la hemorragia; que suele ser intermitente, en ocasiones puede presentarse como un episodio único o de forma continua.(16)

El sangrado vaginal asociado con el embarazo ectópico suele ser precedido por la amenorrea. Sin embargo, algunas mujeres pueden malinterpretarlo como una menstruación normal, sin notar que están embarazadas, pues los síntomas asociados con el embarazo ectópico aún no se instauraron. Esto suele suceder, sobre todo, en mujeres con menstruaciones irregulares o que no hacen un seguimiento adecuado de su ciclo catamenial. (17)

- **Estabilidad hemodinámica**

Las mujeres con embarazo ectópico pueden llegar a ser hemodinámicamente inestables si hay una ruptura de la estructura en la que se implanta el embarazo, por lo general la trompa de Falopio. Las mujeres jóvenes pueden no presentar inestabilidad de los signos vitales hasta que han perdido abundante cantidad de sangre. La ruptura se debe sospechar en las mujeres con un inicio repentino de dolor abdominal intenso y persistente, sangrado uterino súbito, síntomas de debilidad, o los signos vitales sugestivos de compromiso hemodinámico. Si se sospecha la ruptura tubárica, el paciente debe ser trasladado a un centro de atención aguda, donde se pueden proporcionar reanimación y tratamiento quirúrgico, por tratarse de un embarazo ectópico complicado. (17)

EXÁMENES AUXILIARES

Los antecedentes de las pacientes nos ayudan a buscar características que sean compatibles con un embarazo ectópico y como último punto, los exámenes complementarios como la ecografía transvaginal y la hormona gonadotropina coriónica, pudiendo confirmar con seguridad un embarazo ectópico. Existen otros exámenes auxiliares como la culdocentesis y el legrado biopsico que se utilizan ocasionalmente. Existe un método de diagnóstico más exacto de embarazo ectópico siendo el Gold estándar la laparoscopia. (18)

-Ecografía

Se refiere como un método de gran ayuda para el diagnóstico de embarazo ectópico, la cual, al facilitar el diagnóstico en las primeras fases evolutivas, sin llegar a la rotura tubárica, disminuye significativamente morbimortalidad por dicha afección, ya que puede.(16)

La ultrasonografía nos permite observar el saco gestacional intraútero a partir de la quinta semana de gestación, y una semana después de esta, el polo embrionario y la actividad cardíaca; también dicha técnica de imagen nos permite determinar la existencia o no de líquido en el fondo del saco de Douglas en un EE complicado. (17)

-Gonadotropina coriónica humana (B-HCG)

La b-hCG es una glucoproteína producida por el sincitiotrofoblasto placentario, siendo su función más conocida el mantenimiento del cuerpo lúteo. Sus valores séricos se elevan de forma progresiva hasta alcanzar un pico máximo entre los 60-80 días de gestación. Los test actuales con anticuerpos monoclonales para detectar dicha hormona en orina son muy sensibles, en un embarazo intrauterino normal los niveles de beta-hCG se duplican cada 48-72 h, por lo que si su elevación es menor del 65% en un intervalo temporal de 48h se considerará con alta probabilidad el diagnóstico de embarazo ectópico.(19)

Además, es importante conocer la existencia de la relación entre el dosaje de Beta-HCG y la ecografía transvaginal, ya que estas están asociadas. Cuando el valor de Beta-HCG en plasma se encuentra entre 1.500 y 2.000 UI/l, en la ecografía transvaginal se puede visualizar el saco gestacional. Por lo tanto, la ausencia de saco gestacional intrauterino con valores de B- HCG por encima del punto de corte, indica probabilidad de embarazo ectópico o una gestación

endouterina no evolutivo. Si los niveles de B-HCG se encuentran por debajo del punto de corte sugiere una gestación intrauterina inicial, embarazo ectópico o también una gestación intrauterina no evolutiva. (18)

- **Culdocentesis:**

La culdocentesis es la punción del fondo de saco de Douglas, siendo importante una técnica correcta para evitar los falsos positivos, así como los falsos negativos; debe emplearse una aguja gruesa (Nº 12, 14, o 16) y larga para introducirla al menos entre 3 y 5 cm. La aspiración se realiza con fuerza a través de una jeringuilla de 20 ml. En caso de que exista dudas o se sospeche una punción vaginal con resultado falso negativo, se debe hacer punciones abdominales en las fosas ilíacas para dejar bien establecido que no exista hemoperitoneo. La causa más frecuente de falsos negativos es el empleo de agujas finas, o cuando las pacientes tienen el fondo de saco de Douglas obliterado por salpingitis o peritonitis previas. (20)

La culdocentesis es compatible con el diagnóstico de hemoperitoneo debido a embarazo ectópico si la obtención de líquido contiene fragmentos de coágulos viejos, sangre que posteriormente no coagula, este método es de elección en pacientes hemodinámicamente inestables. (20)

FACTORES ASOCIADOS

Existen factores asociados al embarazo ectópico que conllevan a alteraciones anatómicas y a una disfunción tubárica. Se describen distintas características que se asocian a la presencia de embarazo ectópico(10).

Para el estudio los catalogaremos como factores sociodemográficos y gineco-obstétricos.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD MATERNA

La edad materna avanzada es “considerada un factor de riesgo no controlable para embarazo ectópico, la incidencia más elevada se encuentra en el grupo etario entre los 35-44 años de edad. En efecto, las mujeres de más de 35 años de edad tienen una tasa elevada de embarazo ectópico que es 8 veces mayor en comparación a pacientes más jóvenes. La incidencia de EE en las mujeres menores de 18 años es un tanto inconsistente, mientras que la mayor incidencia de embarazo ectópico en las mujeres mayores es constante en muchas poblaciones de diferentes países”. (21)

La edad avanzada no parece ser el agente más importante; se cree que la tasa elevada de embarazo ectópico en estas mujeres puede ser causado por los factores de riesgo acumulados a través del tiempo. “Otros criterios que debemos tener en cuenta, son los que tienen que ver con los fenómenos fisiológicos que se presentan en las pacientes mayores, tal vez los más importantes sean el aumento de las alteraciones cromosómicas, las modificaciones funcionales de las trompas de Falopio, lo que llevaría a alteraciones en el transporte de los óvulos, lo que contribuye a una implantación inadecuada”, (21). Algunos autores plantearon que: “A medida que la mujer envejece, existe una pérdida de la actividad mioeléctrica dentro de las trompas de Falopio, en estas condiciones el embrión podría terminar en la migración defectuosa y la implantación anormal en un sitio extrauterino”. (22)

ESTADO CIVIL

El estado civil fue analizado en diferentes estudios latinoamericanos, los que concluyeron que existe mayor riesgo en pacientes convivientes. (23)

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” (24). El Instituto Materno Perinatal de Lima: “encontró que las convivientes se presentaban en mayor frecuencia esta patología”. (5)

GRADO DE INSTRUCCIÓN

El grado de instrucción es una característica importante en el embarazo ectópico, pues se relaciona con el nivel del conocimiento general. En el Hospital María Auxiliadora encontró mayor frecuencia de instrucción secundaria entre las madres con embarazo ectópico (24). Sin embargo, otros estudios concluyeron que existe mayor riesgo en las mujeres con instrucción superior (21)

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO

El tabaquismo es un factor controlable, siendo además dosis dependiente, está asociado con: “el deterioro progresivo de la movilidad de las trompas de Falopio, alteraciones de la inmunidad e incluso retrasos de la ovulación. La movilidad anormal de las trompas puede retrasar el paso del embrión a medida que se desplaza a través de la trompa” (22). Las alteraciones inmunológicas predisponen a enfermedad pélvica inflamatoria y daños en las trompas probablemente; se cree que las mujeres con hábito tabáquico tienen un riesgo 3.5 veces mayor, que las no fumadoras. (22)

FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

PATOLOGIA TUBARICA

Un embarazo ectópico previo: “refleja la suma de todos los factores de riesgo conocidos y desconocidos. La patología tubárica es probablemente la vía común para un embarazo ectópico de novó o recurrente. Desarrollar un embarazo ectópico está asociada con infertilidad en el futuro, sin embargo, hay mujeres que logran quedar embarazadas, de las cuales hasta el 25% desarrollan otro embarazo ectópico. La elección del tratamiento para tratar esta condición modula riesgos generales, por ejemplo, las tasas de embarazo ectópico recurrente después de una dosis única de metotrexate, salpingectomía y salpingostomía lineal, son aproximadamente 8%, 9.8% y 15.4% respectivamente”. (22)

La alteración de la anatomía tubárica “está fuertemente asociada con el embarazo ectópico, siendo la infección la causa más probable. Otras causas son las anomalías congénitas, endometriosis y cirugía. La inflamación de las trompas está presente hasta en el 90% de las pacientes con embarazo ectópico y es 6 veces más común en las trompas afectadas, que en las trompas normales. La endometriosis tubárica y la miomatosis uterina especialmente en los cuernos, también puede causar obstrucción”. (22)

USO DE ANTICONCEPTIVOS

-Método de barrera y anticonceptivos orales combinados

Un metaanálisis realizado en la Universidad de Ámsterdam en 1995 concluyó que “el uso de métodos de barrera y/o anticonceptivos orales combinados, disminuían el riesgo de embarazo ectópico, por otro lado, el uso de dispositivo intrauterino y la esterilización tubárica aumenta el riesgo de presentar esta entidad clínica”. (25)

-Hormonal – progesterona pura

La concentración elevada de óxido nítrico y progesterona en las trompas de falopio, se ha relacionado con un incremento del riesgo de EE. “La sospecha de que la motilidad de las trompas está influenciada por el entorno hormonal, se apoya en el hecho de que se sabe que el EE puede ocurrir cuando existen alteraciones en los niveles de estrógenos o progesterona. Las concentraciones

de progesterona alteran la actividad del musculo circular de las trompas de Falopio. Una concentración elevada de progesterona, ya sea en las pacientes que usan anticonceptivos orales que solo contienen progesterona o dispositivo intrauterino con solo progesterona, en teoría pueden deteriorar el movimiento ciliar de las trompas y aumentar el riesgo de EE". (22)

-Dispositivo intrauterino

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces, la probabilidad de embarazo se reduce con el uso de este método. De tal modo la probabilidad de embarazo ectópico en mujeres que utilizan DIU es una décima parte de las mujeres que no usan ninguna forma de planificación, es decir, si una mujer se embaraza utilizando el DIU, la probabilidad de EE es generalmente más alta que en las mujeres que no usan anticonceptivos. Aunque la incidencia de embarazo ectópico con DIU es cercana al 14%, se ha encontrado que los dispositivos con progesterona aumentan el riesgo, respecto a los DIU de cobre que aparentemente tienen un riesgo mínimo. (22)

-Uso de método de anticoncepción de emergencia – levonogestrel.

Zhao et al(26), en su estudio han analizado la acción y morfología de los cilios después de la exposición levonogestrel in vitro y en vivo utilizando tanto microscopía óptica y electrónica. Hubo una significativa disminución del movimiento ciliar de las trompas de Falopio, con tendencia para disminuir la movilidad ciliar más en la ampolla que en el istmo. Según los análisis histológicos el levonogestrel reduce el movimiento ciliar sin dañar la morfología, esta disminución del movimiento ciliar puede justificar el papel patológico para levonogestrel en el transporte del óvulo y cigoto en la trompa de Falopio.

Varios factores afectan el movimiento de los cilios en la trompa de Falopio, incluyendo la progesterona (P4), AMPc, las prostaglandinas y adrenomedulina. De estos, la progesterona ha demostrado que regula la motilidad ciliar en las trompas, enlenteciendo dicho movimiento ciliar. En caso excepcionales produce una hiperactividad de los cilios, pudiendo conducir el cigoto hacia la trompa opuesta. (26)

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA Y OTRAS INFECCIONES

Las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* (principales agentes causantes de EPI) aumentan cuatro veces la probabilidad de embarazo extrauterino. Cada episodio sucesivo de enfermedad inflamatoria pélvica incrementa significativamente las posibilidades, debido “al daño que se produce en la acción de los cilios, la obstrucción de las trompas y las adherencias pélvicas. Según estudios analíticos el OR para embarazo ectópico después del segundo y tercero episodios de infección por *Chlamydia* fue de 2.1 y 4.5 respectivamente. Las infecciones por *Chlamydia* resultan en la producción de una proteína especial, PROKR2, con propiedades quimiotácticas que hacen que la implantación tenga mayores posibilidades de presentarse en las trompas de Falopio dañadas. Es de destacar que otras infecciones abdominales y pélvicas tales como apendicitis, pueden influir en la presencia del EE en el futuro”. (22)

ANTECEDENTE DE ABORTO

Las mujeres con antecedente de aborto espontáneo recurrente, las cuales tienen una mayor probabilidad de anomalías cromosómicas, son 4 veces más propensas a desarrollar EE, incluso después del ajuste por edad materna y paridad. Al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina (legrado), “existe una variabilidad inflamatoria local que se genera en esta ubicación, ya sea por la acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, al producirse la infección, esta puede diseminarse y empinarse a la trompa y provocar cambios anatomo-fisiológicos a nivel de la misma; conduciendo hacia enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y en el futuro un embarazo ectópico”. (22)

PARIEDAD

La paridad y múltiples parejas sexuales de las pacientes que presentaron EE, fueron analizadas por diversos investigadores latinoamericanos, los que concluyeron que las mujeres nulíparas tienen un riesgo elevado, la causa es desconocida. (23)

MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES

El poseer parejas sexuales múltiples incrementaría el riesgo de embarazo ectópico, aunque no se conocen las razones exactas, podría tener relación con la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica e infecciones de transmisión sexual (27). “El número de parejas sexuales a lo largo de la vida, se asocia con un incremento moderado del riesgo para EE; así mismo, el primer encuentro sexual antes de los 18 años de edad, amplía la probabilidad de múltiples parejas, y a su vez incrementa el riesgo de infección pélvica por Chlamydia, especialmente en mujeres menores de 25 años , incrementando las posibilidades de desarrollar EE”. (22)

2.2 Marco referencial

2.2.1 Internacionales

Escobar B., Pérez C. et Martínez H. (Tuxtla Gutiérrez-México, 2017) en su investigación denominada “ Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico” cuyo objetivo fue determinar las características clínicas y los factores de riesgo asociados a EE; es un estudio de tipo casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyeron dos grupos: los casos que incluyo 28 pacientes con diagnóstico de EE y controles, 56 pacientes puérperas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con univariante y bivariante mediante chi cuadrada de Pearson ($p < 0.05$), Odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC al 95%), obteniendo como resultados, el OR 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, el síntoma clínico más común fue el dolor pélvico abdominal con 57.1%, EE derecho 53.6%, embarazo tubárico 82.1%, EE no roto 60.7%, hemoperitoneo 60.7%. La edad gestacional para EE fue de 4-8 semanas (75%) y el tratamiento quirúrgico de 96.4%, concluyendo que la frecuencia de EE fue de 1 por cada 122 nacidos vivos. Conclusiones: 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. (11)

Hernández J., Valdés M. et Torres A. (La Habana-Cuba, 2013) en su estudio “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico”, cuyo objetivo fue identificar factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico. El estudio fue de casos y controles, escogiéndose una muestra al azar de 66 pacientes que constituyó el grupo estudio; se tuvo un grupo control en relación 1:1. Se analizaron los factores de riesgo sociodemográficos, ginecobstétricos y quirúrgicos, conducta sexual y hábito de fumar. Se empleó la media, desviación estándar, porcentaje, test de Student, estadígrafo chi cuadrado y Odds ratio. Los resultados fueron: El EE fue más frecuente en mujeres de color de piel blanca, entre 25 y 34 años de edad; el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, tres o más abortos provocados, así como la historia de infertilidad, embarazo ectópico previo, inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples compañeros sexuales y el empleo de dispositivos intrauterinos fueron factores predisponentes para el embarazo ectópico; sin embargo otros factores no

mostraron asociación: La escolaridad, ocupación, paridad, apendicectomía y cirugía tubárica previa, ni tabaquismo. Concluyendo que existen diferentes factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico y que contribuyen al incremento de la morbilidad materna, muchos de los cuales son susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud.(28)

Li C., Zhao W. et al. (Shanghai-China,2015) en su investigación denominada “Factores de riesgo de embarazo ectópico: estudio de casos y controles-multicéntrico”, cuyo objetivo fue evaluar los factores de riesgo de EE en Shanghai, China, fueron reclutados de cinco hospitales en Shanghai, China. Información sobre las características sociodemográficas; historia reproductiva, ginecológica y quirúrgica; y el uso previo y actual de anticonceptivos se recogió de todos los participantes, los resultados hallados en el estudio reveló que el riesgo de EE estaba asociado con los factores de riesgo tradicionales, incluido el EE anterior.(Proporción de probabilidades ajustadas [AOR] = 2.72, IC 95%: 1.83–4.05), infección previa por *Chlamydia trachomatis* (OR ajustada = 3.18, IC del 95%: 2,64, 3,84), infertilidad previa (AOR = 2,18; IC del 95%: 1,66–2,88), cirugía anexial previa (AOR = 2,09, 95% IC: 1.49–2.93), apendicectomía previa (AOR = 1.64, IC 95%: 1.13–2.37) y uso previo de dispositivos intrauterinos (DIU) (AOR = 1.72, IC 95%: 1.39–2.13). Además, el riesgo de EE se incrementó después del fracaso de la mayoría anticonceptivos utilizados en el ciclo actual, incluidos los DIU (AOR = 16.43, IC 95%: 10.42–25.89), píldoras anticonceptivas orales (AOR = 3.02, IC 95%: 1.16–7.86), anticoncepción de emergencia con levonogestrel (AOR = 4.75, IC 95%: 3.79–5.96), y esterilización femenina (AOR = 4.73, IC 95%: 1.04–21.52). El análisis estratificado mostró que la fertilización in vitro y el embrión la transferencia (IVF-ET) fue el principal factor de riesgo para EP en mujeres con infertilidad tubárica (AOR = 8.99, IC 95%: 1.98–40.84), aunque la FIV-ET no mostró asociación con el EP en mujeres con infertilidad no tubárica (AOR = 2.52, IC 95%: 0.14–44.67). Conclusión: Además de los factores de riesgo tradicionales, la FIV-ET y el uso actual del DIU desempeñan roles dominantes en la ocurrencia de EP. Se debe prestar atención a las mujeres con infertilidad tubárica que se hayan sometido a un tratamiento con FIV-ET.(29)

Mindjah Y, Essiben F. et al. (Camerún, 2018) en su investigación denominada “Factores de riesgo para el embarazo ectópico en una población de mujeres de Camerún: un estudio de casos y controles”, el objetivo fue identificar los factores de riesgo para el embarazo ectópico, se realizó un estudio pareado de casos y controles; 88 mujeres con EP diagnosticado, y 176 mujeres con embarazo intrauterino durante el primer trimestre, que se sometieron a cuestionarios. Los resultados fueron, de los quince factores de riesgo identificados, cuatro se asociaron de forma independiente con mayores probabilidades de EE: enfermedad inflamatoria pélvica previa (odds ratio ajustado [AOR] 13.18; IC 95% 6.19–27.42), seguido del uso actual de píldoras de levonogestrel solo para la anticoncepción de emergencia (AOR 10.15; IC del 95%: 2.21 a 46.56), uso previo de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AOR 3.01; IC 95% 1.04–8.69) y fumar en el momento de la concepción (AOR 2.68; IC 95% 1.12–6.40). Concluyendo en la gran variedad de factores de riesgo asociados a EE, por otra parte, algunos nuevos hallazgos, incluyendo el uso actual de levonogestrel, el uso previo de medroxiprogesterona de depósito, fumar en el momento de la concepción son dignos de mención. (30)

Durán DC, Moreno DE. (Bogotá - Colombia; 2014), en su estudio “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico”, tenía por objetivo analizar la asociación de los factores de riesgo en una institución de cuarto nivel. Se realizó un estudio de casos y controles (1:2), escogidos por medio de un muestreo aleatorio simple. Resultados: Los casos y controles fueron comparables. “La edad promedio de casos fue 29 años y de los controles 24.6 años; la mayoría estaba casada o en unión libre. Con respecto a los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos ($p < 0,000$) se encontró que existe un riesgo elevado 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 ($p=0,000$). Conclusión: 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 ($p=0,000$)”. (31)

2.2.2 Nacionales

Palomino W. (Lima, 2018) en su estudio denominado "Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015", su objetivo fue determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes del Hospital de Vitarte. Se realizó un estudio analítico caso-control en una muestra de 55 embarazos ectópicos y 55 embarazos normales apareados por edad gestacional. Los resultados fueron: 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: 2.643-44.446), 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). Concluyéndose que 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. (32)

Mercado W. (Lima, 2014) en su estudio "Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013"; cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. El estudio fue: "observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal. Se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontáneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual. Conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontáneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico; y aquellas con antecedente de uso de DIU y más de una pareja sexual, tienen un riesgo moderado".(33)

Rodríguez C. (Arequipa, 2017) en su estudio “Factores de riesgo, sintomatología, diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo, la sintomatología, métodos de diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico, el estudio es de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se hallaron 281 embarazos ectópicos, con una incidencia de 18.48 por cada 1000 partos. La edad promedio de las pacientes fue de 28.92 ± 7 años. El 45.9% tuvo educación secundaria completa. Predominaron las convivientes 49.5% y las solteras con 36.3%. El dolor abdominal fue el síntoma que se presentó con mayor frecuencia (100%), mientras que el sangrado vaginal y las náuseas/vómitos estuvieron presentes en el 77.2% y 21.0% respectivamente. La ecografía se realizó al 88.3% de pacientes, confirmándose el diagnóstico en el 94% de casos. El dosaje β -hCG y la culdocentesis se realizaron en el 61.9% y 8.4% de casos respectivamente. Se concluyó en que los principales factores de riesgo conexos al embarazo ectópico fueron las edades comprendidas entre los 20 y 39 años, ser conviviente o soltera, haber tenido más de una pareja sexual, el uso de la píldora de emergencia y haber presentado enfermedad inflamatoria pélvica. La ecografía transvaginal y el dosaje de β -hCG fueron los principales métodos de diagnóstico. (34)

Mamani A. (Puno, 2018) en su investigación “Factores de Riesgo Asociados al Embarazo Ectópico se las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017”, donde el objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, es un estudio de tipo observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo. La población de estudio fue de mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico y una muestra comparativa de mujeres con gestación normal. Se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza para embarazo ectópico: estado civil soltera ($X^2=6.206$ y valor de $p=0.006$) (OR: 10.333; IC 95%: 1.209 – 88.357); legrado uterino ($X^2=5.378$ y valor de $p=0.008$) (OR: 5.870; IC 95%: 1.156– 29.808); antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ($X^2=9.974$ y valor de $p=0.015$) (OR: 6.120; IC 95%: 1.879 – 19.914); antecedente de aborto espontáneo previo ($X^2=9.142$ y valor de $p=0.013$) (OR: 9.000; IC 95%: 1.818 – 44.532); inicio precoz de relaciones sexuales ($X^2=6.064$ y valor de $p=0.024$). (OR: 4.200; IC 95%: 1.289 – 13.692); y el dispositivo intrauterino ($X^2=4.720$ y valor de $p=0.011$) (OR: 4.392; IC 95%: 1.080 – 17.862), concluyéndose que los factores de riesgo relacionados con embarazo ectópico

son el estado civil soltera, antecedente de legrado uterino, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto espontáneo previo, inicio precoz de relaciones sexuales, y antecedentes de dispositivo intrauterino.(35)

Requena G. (Trujillo, 2014), en su estudio “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010”, cuyo objetivo fue establecer los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. Se realizó un estudio de casos y controles, evaluándose 63 gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico y 126 controles (gestantes con embarazo normal). Los resultados fueron: el grupo de casos tuvo un promedio de $29,41 \pm 7,14$ y en el grupo de los controles el promedio fue $27,59 \pm 7,92$ años de edad ($p < 0,05$). Con respecto al inicio precoz de relaciones sexuales, el promedio en los casos fue 42,86% y en los controles el promedio fue 38,89% ($p > 0,05$); el antecedente de cirugía tubárica, estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ($p < 0,01$); el antecedente de uso de DIU, esta estuvo presente en los casos en 28,57% y en los controles en 15,87% ($p < 0,05$); el antecedente de EPI, esta estuvo presente en los casos en 11,11% y en los controles en 6,35% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de embarazo ectópico, este estuvo presente en los casos en 9,52% y en los controles en 2,38% ($p < 0,05$); concluyendo que el antecedente de cirugía tubárica, de uso de dispositivo intrauterino y de embarazo ectópico constituyeron factores de riesgo para embarazo ectópico.(36)

2.2.3 Locales

Mamani R. (Cusco, 2015) en su estudio "Características epidemiológicas, clínicas, y quirúrgicas del embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2010-2014", cuyo objetivo fue determinar las características epidemiológicas, clínicas, y quirúrgicas del embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena en el periodo 2010 al 2014. Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo. Se estudió 156 pacientes con edades entre 14 y 44 años donde la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena fue de 1.60% en el año 2010, 1.48% en el año 2011, 1.48% en el año 2012, 1.41% el año 2013, 1.48% el año 2014, respecto al número total de partos. El embarazo ectópico es más frecuente en mujeres de 21 a 30 años de edad, con grado de instrucción secundaria, residentes en área urbana, convivientes. El síntoma más frecuente fue el dolor pélvico (94.9%), la edad gestacional fue menor o igual a 5 semanas (31.4%). Respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales fue frecuente en menores de 19 años de edad, la mayoría de las pacientes fue multigesta. Antecedente de EPI estuvo presente en 3%, no usaban ningún anticonceptivo el 75%, antecedente de aborto 34%, antecedente de ETS presente en 1.3%, antecedente de embarazo ectópico presente en 3%, antecedente de cirugía pélvica presente en 11%, de implantación del embarazo ectópico fue frecuente en la trompa con 93.6% en región ampular, la afección lateral más frecuente fue el lado derecho. El hallazgo quirúrgico fue el embarazo ectópico complicado más frecuente (90%), y el tratamiento realizado más frecuente fue la salpinguectomía.(12)

2.3 Glosario de términos.

- **Embarazo ectópico:** Es un embarazo implantado fuera de la cavidad uterina, la implantación puede tener distintas localizaciones. (1)
- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. (37)
- **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- **Grado de instrucción:** Es el grado más elevado de estudios realizado o en curso, sin tener en cuenta si ha terminado o están provisional o definitivamente incompletos. (38)
- **Antecedente de embarazo ectópico:** Historia clínica previa de haber tenido un embarazo ectópico que se define cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial.(1)
- **Cirugía tubárica previa:** Se define como una cirugía previa realizado a nivel tubárico.(1)
- **Método anticonceptivo:** Los anticonceptivos son un conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales. Existiendo diversos tipos: hormonales o mecánicos. (3)
- **Enfermedad pélvica inflamatoria:** Es la infección del útero, trompas de Falopio y estructuras pélvicas adyacentes, no asociadas con cirugía o embarazo. (3)
- **Antecedente de aborto más legrado uterino:** Antecedente de interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y con un consecuente legrado uterino. (3)
- **Tabaquismo:** Acción habitual de fumar que consiste en quemar tabaco e inhalar parte del humo que se genera por la combustión. (39)
- **Número de parejas sexuales:** Es el número de parejas sexuales que ha mantenido una persona. (3)
- **Paridad:** Se define como cantidad de embarazos viables, clasificado por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 20 semanas. (3)
- **Dolor pélvico:** Es el dolor en el área pélvica puede ser agudo o crónico si tiene duración más de 6 meses. (15)
- **Sangrado anormal:** es aquel sangrado que se encuentra entre periodos, después de tener relaciones sexuales y luego de la menopausia. El sangrado anormal tiene distintas patologías gineco- obstétricas a las que puede estar asociada, como en el embarazo ectópico.

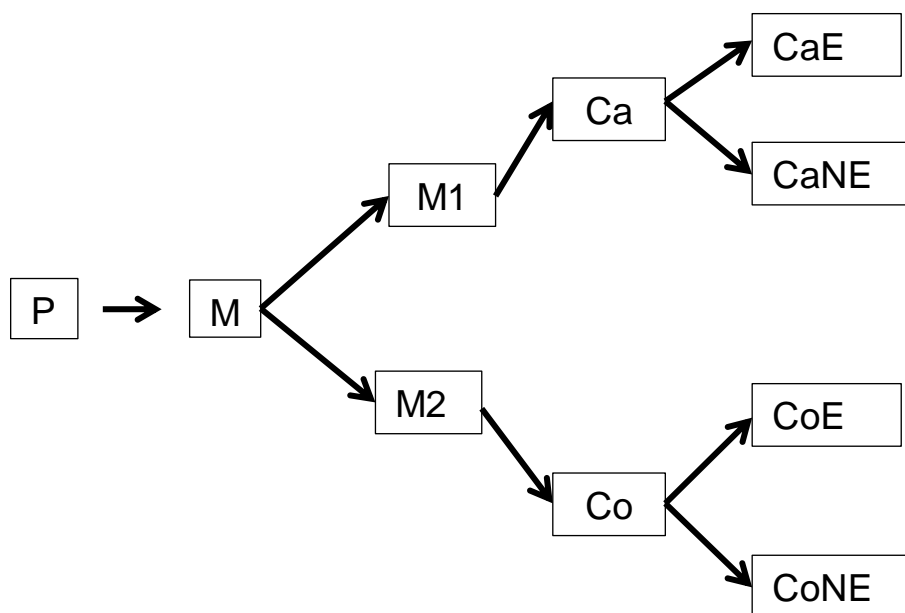
CAPITULO 3. METODOLOGIA.

3.1 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo, transversal y de casos y controles

- ✓ Observacional, puesto que no existe intervención. Es decir, no hubo manipulación de variables, solo se las observaron.
- ✓ Analítico: ya que se estudió y analizó la relación o asociación entre las dos variables en el estudio.
- ✓ Retrospectivo, ya que el tiempo en que se recogió y analizó la información fue en el presente, pero con datos del pasado.
- ✓ Transversal pues la observación de las variables se realizó en un solo momento del tiempo.

Corresponde al tipo casos y controles como se muestra a continuación:



Donde:

P = Población

M = Muestra de la investigación

M1 = Muestra de los casos

M2 = Muestra de los controles

Ca = Casos (personas afectadas por la enfermedad)

Co = Controles (personas que no tienen la enfermedad pero que estuvieron expuestos al factor)

CaE = Casos expuestos al factor

CaNE = Casos no expuesto al factor
 CoE = Controles expuestos al factor
 CoNE = Controles no expuestos al factor

Mediante este diseño se hizo la comparación de dos grupos de personas: uno de ellos afectado por embarazos ectópicos (casos) y otro formado por personas que no padecen embarazos ectópicos (controles), pero estuvieron expuestos al factor que posiblemente esté asociado causalmente con los embarazos ectópicos.

3.2 Universo y muestra

3.2.1. Universo

Todas las pacientes gestantes atendidas en el "Hospital Antonio Lorena" durante el período comprendido entre enero-diciembre del 2018".

3.2.1. Muestra

La muestra fue constituida por pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en Hospital Antonio Lorena, durante el período comprendido entre enero-diciembre del 2018 y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas durante el mismo período seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple probabilístico.

Para determinar la cantidad de la muestra se toma en consideración el tipo de diseño de investigación (caso – control) mediante la expresión siguiente:

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

Además,

$$p = \frac{(p_1+p_2)}{2} \quad ; \quad p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2}$$

Donde:

p1= La frecuencia de la exposición en los casos

p2 = La frecuencia de la exposición entre los controles, para el estudio será de 32.97%

w = Odds ratio previsto para la investigación será de 3

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nivel de seguridad para la investigación será de 95% cuyo valor Z es 1.96

$Z_{(1-\beta)}$ = Poder estadístico, para la investigación será de 80%, cuyo valor Z es de 0.84

Calculando la frecuencia de exposición de los casos (p_1) para un Odds = 3

$$p_1 = \frac{3(0.3297)}{(1 - 0.3297) + 3(0.3297)}$$

$$p_1 = 0.596059$$

$$\text{Luego } p = (0.596059 + 0.3297) / 2$$

$$p = 0.46288$$

Reemplazando los valores para la ecuación del tamaño de la muestra se tiene:

$$n = \frac{\left(1.96\sqrt{2 \times 0.46288(1 - 0.46288)} + 0.84\sqrt{0.596059(1 - 0.596059) + 0.3297(1 - 0.3297)}\right)^2}{(0.596059 - 0.3297)^2}$$

$$n = 53.705 \quad \equiv \quad n = 54$$

Por tanto, se necesitará $n = 54$ casos (pacientes con embarazos ectópicos) y $m = 1 \times 54 = 54$ controles para llevar a cabo la investigación

3.3 Criterios de elegibilidad

3.3.1. Criterios de inclusión:

CASOS:

- Pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena" durante el período comprendido entre enero-diciembre del 2018, teniéndose como criterios diagnósticos el cuadro clínico, ecografía, valor de beta HCG.
- Historia clínica accesible e información requerida completa.

CONTROLES:

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

3.3.2. Criterios de exclusión:

CASOS:

- Historia clínica de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico inaccesible o incompleta.

CONTROLES

- Gestación gemelar para los controles
- Mujeres con enfermedades previas como neoplasias en tratamiento, DM tipo II no controlada, etc.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

3.4 Variables: dependiente, independiente e intervinientes

3.4.1. Variable dependiente:

- Embarazo ectópico

3.4.2. Variables independientes

Factores sociodemográficos

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Tabaquismo

Factores gineco-obstétricos

- Paridad
- Número de parejas sexuales
- Embarazo ectópico previo
- Antecedente de Aborto más legrado uterino
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica
- Antecedente de cirugía abdomino-pélvica
- Uso de métodos anticonceptivos

3.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCEDIMIENTO DE LA MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL
Embarazo ectópico	Es un embarazo implantado fuera de la cavidad uterina, la implantación puede tener distintas localizaciones.	Cualitativa	Directa	Diagnóstico de embarazo ectópico	Nominal	La variable embarazo ectópico se evaluará mediante el diagnóstico de la paciente, consignado en su historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable embarazo ectópico, se expresará: <ul style="list-style-type: none"> • Con diagnóstico de embarazo ectópico • Sin diagnóstico de embarazo ectópico
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Cuantitativa	Directa	Años cronológicos	De razón	La variable edad se medirá consignando el tiempo de vida de la paciente hasta el momento del ingreso al hospital, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable edad se expresará: <ul style="list-style-type: none"> • < 20 años • 20-30 años • 31-40 años • >40 años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa	Directa	Condición de la paciente según el registro civil	Nominal	La variable estado civil se medirá consignando la condición de la paciente según el registro civil, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable estado civil se expresará como: <ol style="list-style-type: none"> a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada
Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizado o en curso, sin tener en cuenta si ha terminado o están provisional o definitivamente incompletos	Cualitativa	Directa	Máximo nivel académico alcanzado	Ordinal	La variable grado de instrucción se medirá consignando el máximo nivel académico alcanzado, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable grado de instrucción se expresará como: <ol style="list-style-type: none"> a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Superior

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCEDIMIENTO DE LA MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL
Paridad	Se define como cantidad de embarazos viables, clasificado por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 20 semanas	Cualitativa	Directa	Formula obstétrica	Nominal	La variable paridad se medirá mediante la evaluación de la formula obstétrica en la hoja CLAP de las gestantes y registradas en la ficha de recolección de datos.	La variable paridad, se expresará: a) Nulípara b) Primípara c) Multípara
Número de parejas sexuales	Es el número de parejas sexuales que ha mantenido una persona.	Cuantitativa	Directa	Antecedente consignado en la historia clínica	Discreta	La variable número de parejas sexuales se medirá como antecedente consignado en la historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable número de parejas sexuales, se expresará: a) 1 pareja b) 2 parejas c) 3 parejas a más
Embarazo ectópico previo	Historia clínica previa de haber tenido un embarazo ectópico	Cualitativa	Directa	Diagnóstico de embarazo ectópico previo como antecedente	Nominal	La variable embarazo ectópico previo se evaluará mediante el diagnóstico previo de EE en la paciente, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable embarazo ectópico previo se expresará como: a) Si b) No
Cirugía abdomino-pélvica previa	Se define como una cirugía realizada a nivel abdominal y/o pélvica	Cualitativa	Directa	Antecedente consignado en la historia clínica	Nominal	La variable cirugía abdomino-pélvica previa se medirá como antecedente consignado en la historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable cirugía abdomino-pélvica previa, se expresará como: a) Si b) No

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PROCEDIMIENTO DE LA MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL
Enfermedad inflamatoria pélvica	Es la infección del útero, trompas de Falopio y estructuras pélvicas adyacentes, no asociadas con cirugía o embarazo	Cualitativa	Directa	Antecedente consignado en la historia clínica	Nominal	La variable enfermedad inflamatoria pélvica se medirá como antecedente consignado en la historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable enfermedad inflamatoria pélvica, se expresará: a) Si b) No
Tabaquismo	Acción habitual de fumar que consiste en quemar tabaco e inhalar parte del humo que se genera por la combustión	Cuantitativa	Directa	Antecedente consignado en la historia clínica	Nominal	La variable tabaquismo se medirá como antecedente consignado en la historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable tabaquismo se expresará: c) Si d) No
Aborto y/o legrado uterino	Interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, con un consecuente legrado uterino.	Cualitativa	Directa	Antecedente consignado en la historia clínica	Nominal	La variable historia de aborto y/o legrado uterino se medirá como antecedente consignado en la historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable historia de aborto y/o legrado uterino se expresará como: a) Si b) No
Uso de método anticonceptivo	Los anticonceptivos son un conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales. Existiendo diversos tipos: hormonales o mecánicos	Cualitativa	Directa	Antecedente consignado en la historia clínica	Nominal	La variable uso de método anticonceptivo, se medirá como antecedente consignado en la historia clínica, lo cual se registrará en la ficha de recolección de datos.	La variable uso de método anticonceptivo se expresará como: a) ninguno b) Barrera c) Hormonal combinado d) Solo progesterona e) Dispositivo intrauterino f) levonogestrel

3.6 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se reviso 108 historias clínicas en total , 54 de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 54 de pacientes con diagnóstico de embrazo normal, que cumplieron con los criterios de elegibilidad, para lo cual se utilizó una ficha de recolección de datos, en la que se plantearon 15 ítems, separado en tres partes: la primera incluye la filiación (nombre, historia clínica y edad), la segunda parte consta de las características generales (estado civil y grado de instrucción) y por último la tercera parte incluye los antecedentes de la paciente relacionados a embarazo ectópico, diseñada a partir de estudios previos.

El instrumento de recolección fue validado mediante el criterio de expertos y método de distancia de punto medio. (Anexo II-III)

La siguiente tabla indica la puntuación que los expertos le otorgaron a cada ítem.

Ítem	1°	2°	3°	4°	5°	x-y
1	5	5	5	5	5	0
2	5	4	5	4	5	1
3	5	5	4	5	4	1
4	5	5	5	5	5	0
5	5	5	5	5	5	0
6	4	5	5	5	4	1
7	5	5	4	5	4	1
8	5	4	5	4	5	1
9	5	4	5	5	4	1

Donde:

- x= valor máximo de la escala para cada ítem
- y=valor mínimo de la escala para cada ítem

Se halló la distancia de los puntos múltiples, con la siguiente fórmula:

$$DPP = \sqrt{(x_1 - y_1)^2 + (x_2 - y_2)^2 + \dots + (x_9 - y_9)^2}$$

$$DPP = \sqrt{6} = 2.45$$

Posteriormente se calculó la Distancia máxima:

$$D_{\text{máx}} = \sqrt{((x_1-1)^2 + (x_2-1)^2 + \dots + (x_9-1)^2)} = \sqrt{144} = 12$$

La distancia máxima se divide entre el máximo valor de escala, es decir 12/5, obteniéndose un valor de 2.4, con el cual se construye una escala valorativa desde el cero hasta la $D_{\text{máx}}$, dividiendo valores iguales entre sí, designándolos en zonas.

INTERVALOS	ZONA	ADECUACION
0 - 2.4	A	Total
2.4 - 4.8	B	Total
4.8 - 7.2	C	Promedio
7.2 - 9.6	D	Escasa
9.6 - 12	E	Inadecuación

La distancia de punto medio fue 2.45, cayendo en la “zona B”, lo cual significa una adecuación total del instrumento; pudiendo ser aplicada para fines de este estudio.

3.7 Secuencia metodológica

Para la realización del presente trabajo de investigación se procedió de la siguiente manera:

Con la autorización del Hospital Antonio Lorena y del Jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia, se procedió a la búsqueda de historias clínicas de aquellas pacientes incluidas en el periodo de estudio, se utilizó para esto la información estadística que nos proporcionó el hospital, con lo que se logró seleccionar a los pacientes (casos y controles).

Se solicitó también permiso y autorización del jefe de Estadística y Unidad de Archivo de historias clínicas del Hospital Antonio Lorena, para la búsqueda de las historias clínicas y así poder recolectar los datos para la ficha respectiva.

La información fue obtenida en función de las variables de estudio, en fichas estructuradas y destinadas a la recolección de datos de acuerdo a los objetivos del estudio. La recolección de datos fue realizada por el mismo investigador.

Los datos obtenidos serán ingresados a una hoja de datos en un programa estadístico para el procesamiento y análisis respectivo.

No es necesario obtener el consentimiento informado y se respetará la anonimidad y confidencialidad de las fuentes.

3.8 Manejo de la data

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se trató de la siguiente manera:

1er paso: Categorización analítica de los datos: los datos se clasificaron y codificaron para lograr una interpretación de los hechos obtenidos. Se procesó la información a partir de la ficha de recolección; se organizó y se procedió a su ordenamiento.

2do paso: Descripción de los datos: Se presentó mediante tablas de frecuencias, mostrándose los estadísticos descriptivos con sus respectivas interpretaciones según las dimensiones de cada variable en estudio.

3er paso: Análisis e integración de los datos: Luego del análisis descriptivo de todas las variables según la escala de medición. La verificación de los objetivos se realizó mediante las tablas de contingencia en donde la variable embarazo ectópico estará consignada en las columnas y en las filas la

información de las otras variables factor (las filas y columnas delimitaran las celdas donde se recogerá la información de las variables analizadas) que para los casos de dos variables el cuadro fue el siguiente:

Factor de riesgo	Embarazos ectópicos		Total
	Si	No	
Expuestos (caso)	A	B	a + b
No expuestos (control)	C	D	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

Luego se procedió a calcular las medidas de asociación: Odds Ratio (OR)

El ratio OR determinó la fuerza de asociación entre el factor en estudio y el embarazo ectopico e indicará la frecuencia relativa de la exposición entre los casos y los controles

$$\text{Razón de Odds (OR)} = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)} = \frac{a \cdot d}{b \cdot c}$$

El OR expresa cuantas veces es mayor, o menor; si la exposición actúa como un factor protector o de riesgo, la probabilidad de los casos que han estado expuestos al factor en estudio en comparación con los controles: $0 \leq \text{OR} < \infty$

OR = 1 Indica que la exposición analizada no se asocia con la enfermedad

OR < 1 La exposición disminuye la probabilidad de desarrollar el evento

OR > 1 La exposición aumenta la probabilidad de desarrollar el evento

El Odds ratio es una estimación puntual de la magnitud de asociación entre un determinado factor y el embarazo ectópico, para encontrar una medida de variabilidad de la estimación se recurrirá al intervalo de confianza, tomando en cuenta que cuanto mas amplio sea el intervalo de confianza menor es la precisión de la estimación, un intervalo de confianza que incluya el valor 1 indicara que la asociación no es significativa. Los análisis se realizarán a 95% de probabilidades.

Para la interpretación del valor de odds ratio (OR) se usó la siguiente tabla:

Valor de odds ratio (OR)	Intervalo de Confianza		Tipo de Riesgo
	Inferior	Superior	
1			No evidencia asociación
Mayor de 1	>1	>1	Significativa, factor de riesgo
Mayor de 1	<1	>1	No significativa
Menor de 1	<1	<1	Significativa, factor de protección
Menor de 1	<1	>1	No significativa

Finalmente, el procesamiento de la información de las tablas de frecuencia y gráficos fue mediante el uso del estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions) para Windows Versión 25 y la redacción mediante el software Word y Excel, las conclusiones se interpretarán dando respuesta a los objetivos planteados y los resultados obtenidos de acuerdo a los estadísticos encontrados.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

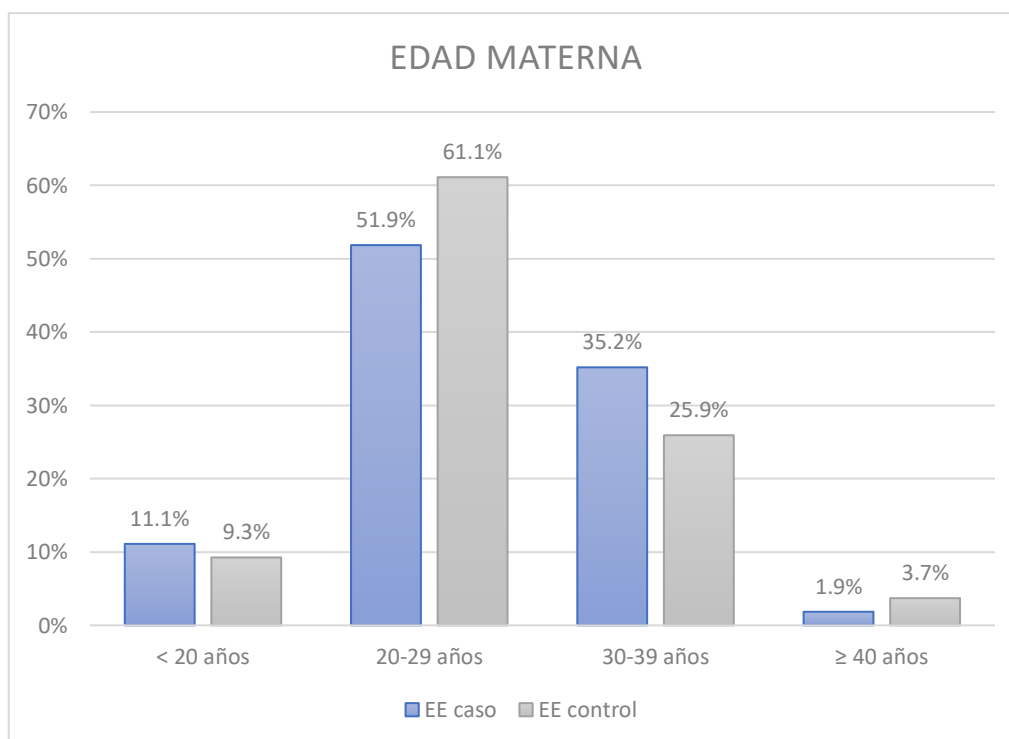
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

El estudio fue realizado durante el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2018, en total se revisaron 108 historias clínicas (54 casos y 54 controles) de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Regional de Cusco.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

En el presente estudio respecto a la edad materna se encontró que las edades oscilaron entre 14 y 41 años, siendo la edad promedio 27 ± 6.5 años. Predominaron las gestantes entre 20-29 años, tanto en embarazo ectópico (caso) como en gestaciones normales (controles); 51.9% y 61.1% respectivamente, seguidas de las gestantes de edades entre 30-39 años.

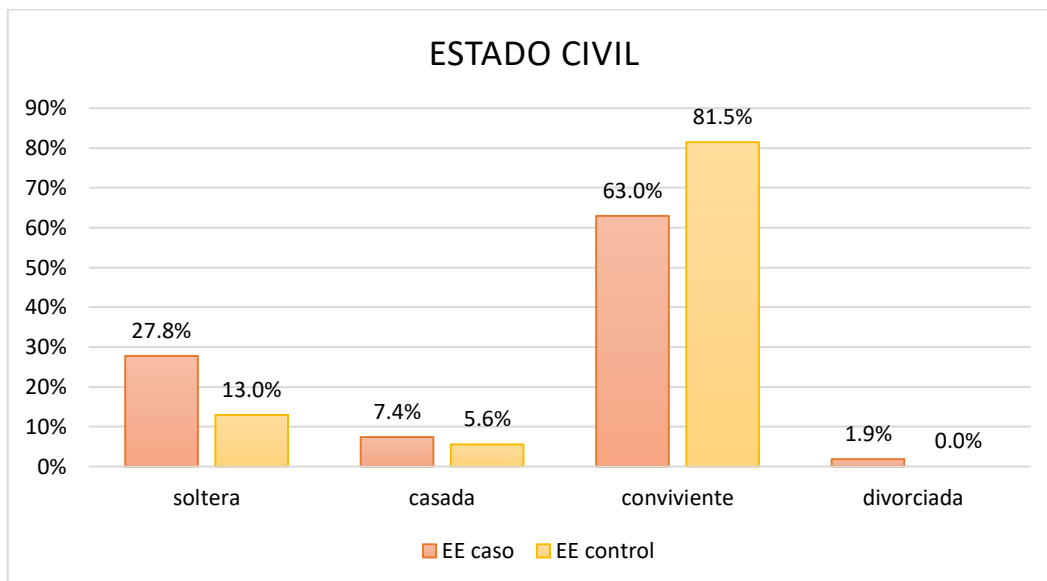
Gráfico 01: Edad materna y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

Sobre el estado civil se reporta que el 63% de los embarazos ectópicos son convivientes, seguidos de 27,8% en solteras. Sólo se reporto una paciente (1.9%) divorciada.

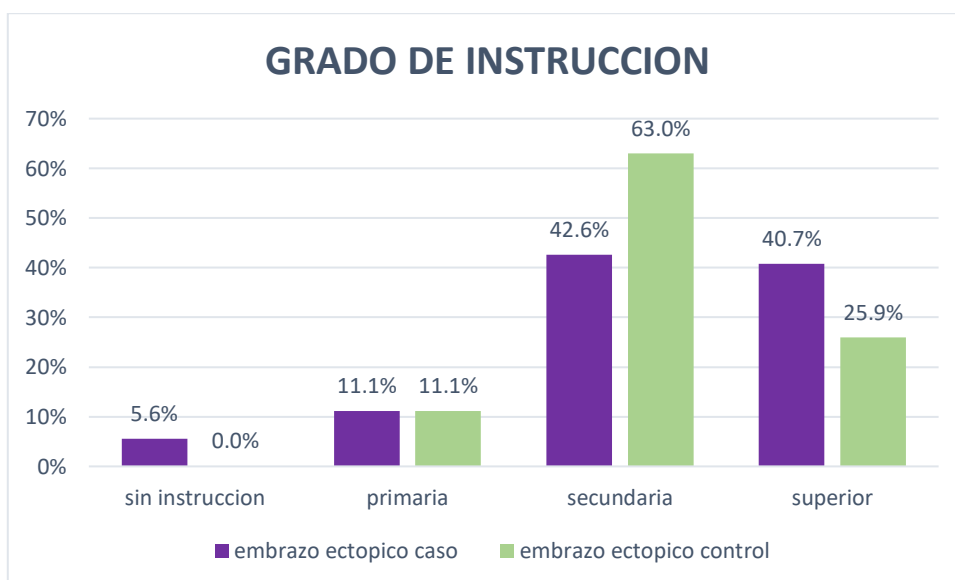
Gráfico 02: Estado civil y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

La mayor frecuencia de embarazo ectópico se presentó en las pacientes con grado de instrucción superior (40.7%); sin embargo, en los controles represento un porcentaje menor (25.9%), el mayor porcentaje en este grupo se presentó en las pacientes que cursaron estudios secundarios (68.5%).

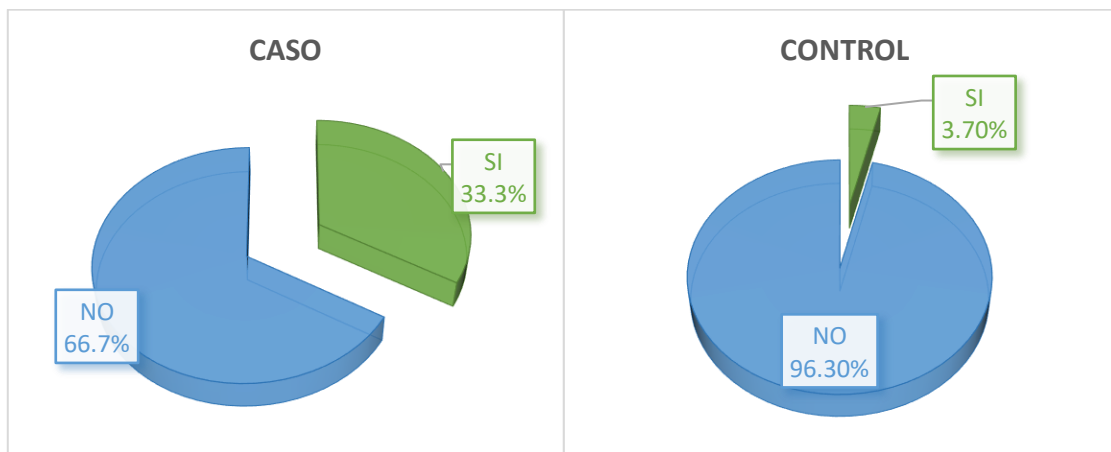
Gráfico 03: Grado de instrucción y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

Las pacientes con hábito tabáquico se presentaron en mayor porcentaje en los embarazos ectópicos, representando el 33.3%; en comparación a las gestantes con embarazos normales, quienes solo el 3.7% son fumadoras.

Gráfico 04: Tabaquismo y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

ANALISIS BIVARIADO

Al realizar un análisis bivariado entre el embarazo ectópico y los factores sociodemográficos (Tabla 1), en búsqueda de Odds ratio (OR) y una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 > 0.384$, $p < 0,05$); se encontró que se comportaron como factores de riesgo: Grado de instrucción superior (OR=2.688; IC 95%= 1.141-6.327) y tabaquismo (OR=13.0; IC 95%= 2.839-59.524); los que se comportaron como factores protectores fueron: Convivientes (OR=0.386; IC 95%= 0.160-0.933) y grado de instrucción secundaria (OR=0.341, IC 95%= 0.155-0.750).

No se encontró una asociación significativa entre edad materna y embarazo ectópico, a pesar de que en algunas series (<20 años y 30-39 años) el OR fue superior a la unidad, el intervalo de confianza contuvo a la unidad, por lo que tuvo un comportamiento ambiguo.

Tabla 1
Factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico, HAL-2018

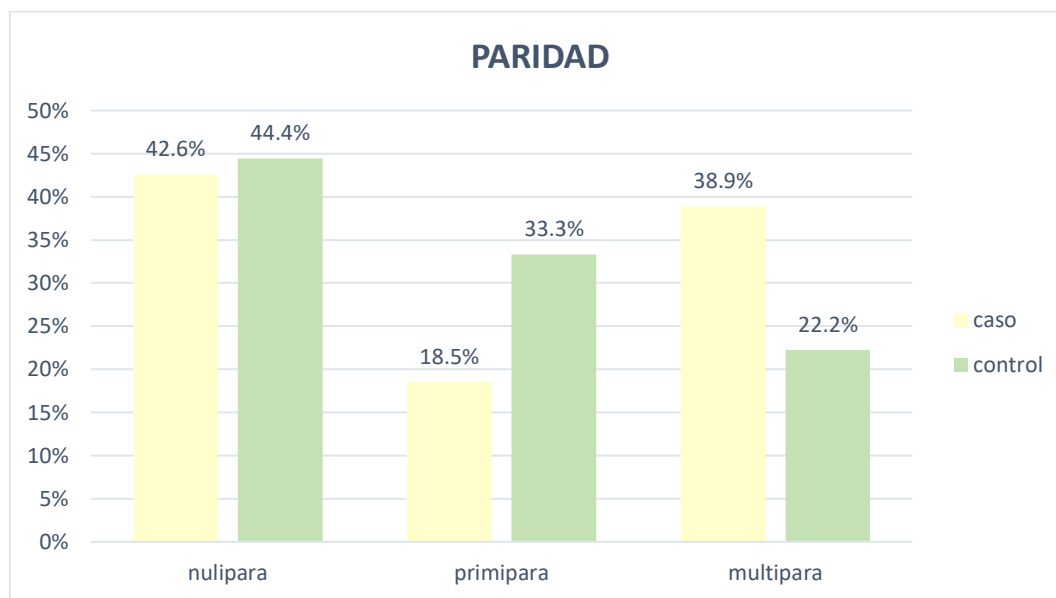
FACTORES ASOCIADOS	CASOS		CONTROLES		OR	IC (95%)	x ²	P
	N°	%	N°	%				
EDAD MATERNA								
< 20 años	6	11.1	5	9,3	1.225	0.350-4.283	NS	NS
20-29 años	28	51.9	33	61.1	0.685	0.319-1.472	0.942	NS
30-39 años	19	35.2	14	25.9	1.551	0.679-3.543	1.091	NS
>40 años	1	1.9	2	3.7	0.0491	0.043-5.576	NS	NS
ESTADO CIVIL								
Soltera	15	27.8	7	13.0	2.582	0.957-6.967	3.653	NS
Casada	4	7.4	3	5.6	1.360	0.290-6.388	NS	NS
Conviviente	34	63.0	44	81.5	0.386	0.160-0.933	4.615	0.032
Divorciada	1	1.9	0	0	----	----	1.009	NS
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Sin instrucción	3	5.6	0	0	----	----	3.086	NS
Primaria	6	11.1	6	11.1	1	0.301-3.321	NS	NS
Secundaria	23	42.6	37	68.5	0.341	0.155-0.750	7.350	0.007
Superior	22	40.7	11	20.4	2.688	1.141-6.327	5.280	0.022
TABAQUISMO								
Si	18	33.3	2	3.7	13.0	2.839-59.524	15.709	0.000
No	36	66.7	52	96.3				

Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

Respecto a la paridad, las pacientes multíparas representan la mayor proporción de los casos, siendo un 38,9%. Por otro lado, en los controles la mayor frecuencia se presentó en las nulíparas (44,4%).

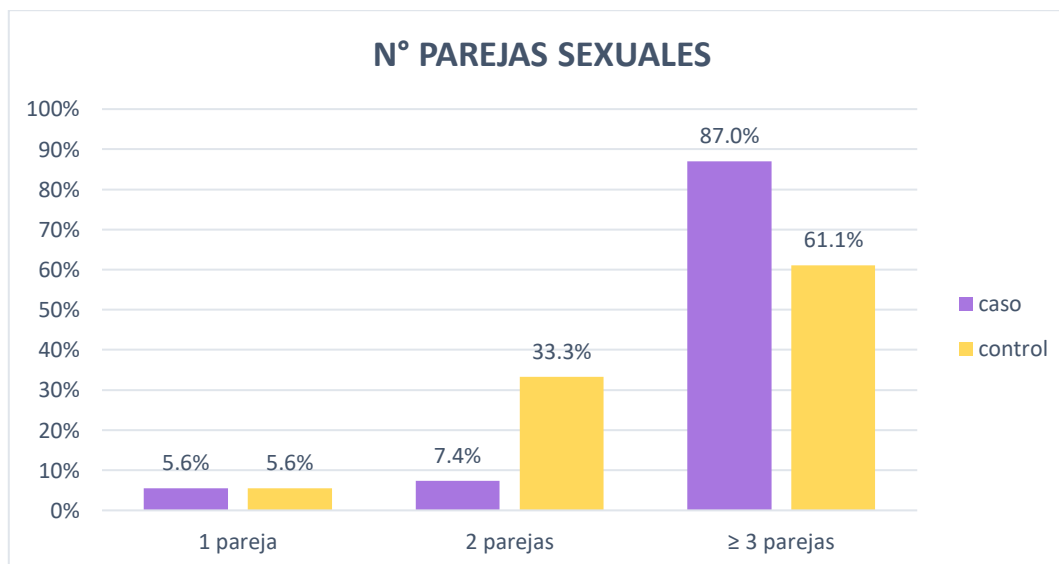
Gráfico 05: Paridad y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

Con respecto al número de parejas sexuales, el mayor porcentaje tanto en casos como controles se presentó en el grupo con mayor o igual a 3 parejas sexuales; siendo un 87% y un 61,1% respectivamente.

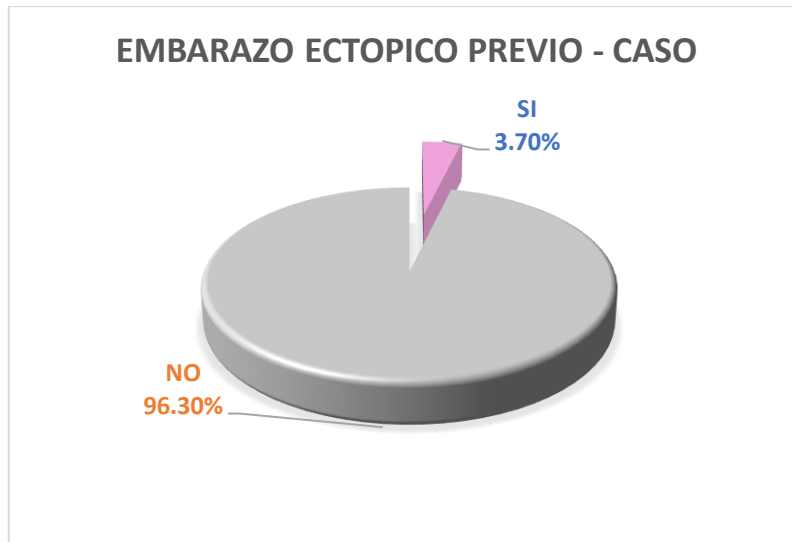
Gráfico 06: Número de parejas sexuales y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

Respecto al embarazo ectópico previo el 3.7% de los casos presentaron un nuevo episodio de EE, no se reporto gestantes con embarazos normales con este antecedente.

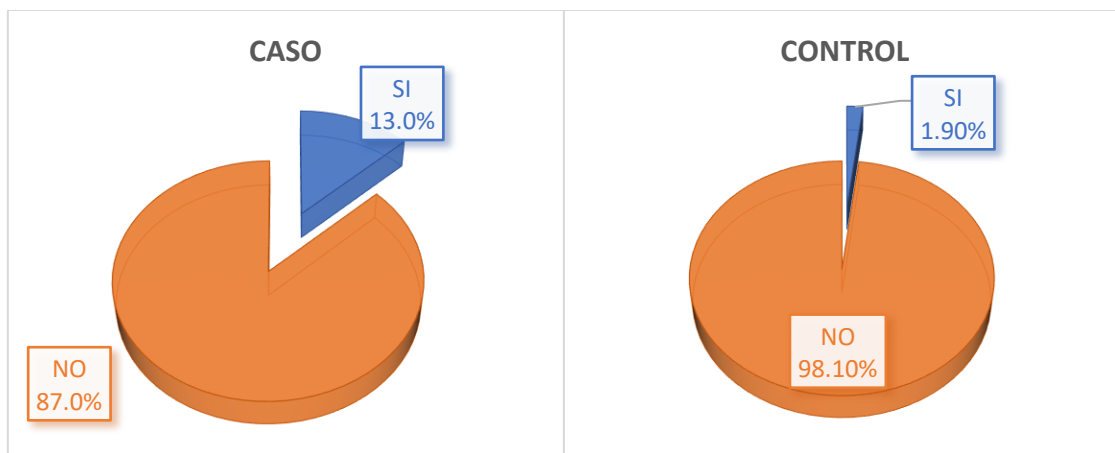
Gráfico 07: Embarazo ectópico previo y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

En los pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el estudio, el 13% tuvo antecedente de cirugía abdomino-pélvica, mientras que en los controles dicho antecedente solo se presentó en el 1.9%.

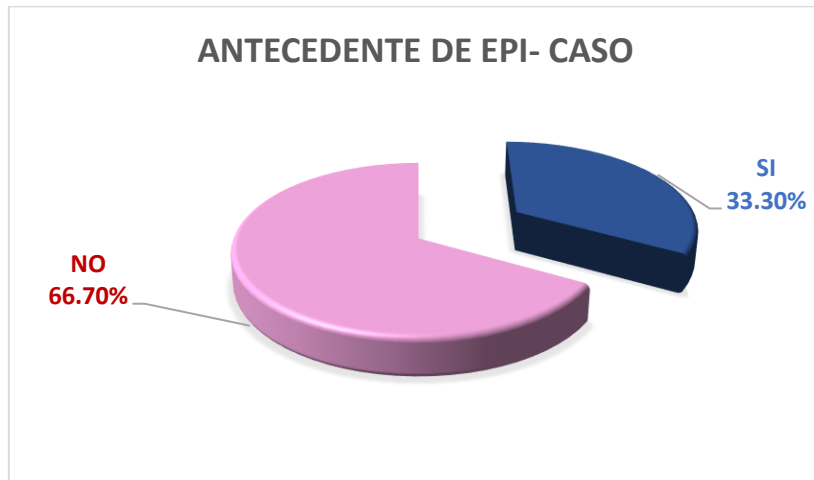
Gráfico 08: Antecedente de cirugía abdomino-pélvica y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

El antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica se presentó en el 33,3% de los embarazos ectópicos, sin embargo, ninguna paciente del grupo control tuvo dicho antecedente.

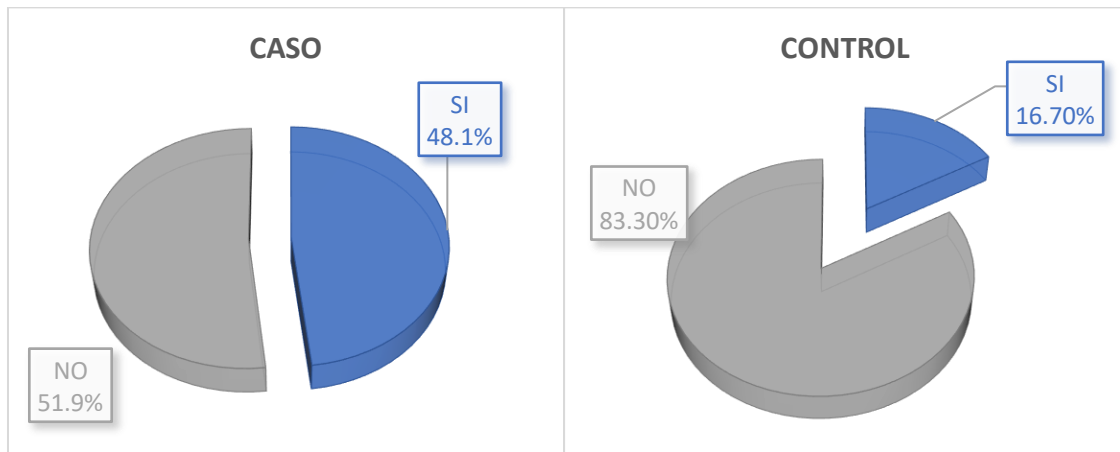
Gráfico 09: Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico, HAL 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

Se observa que el antecedente de aborto y/o legrado se presentó en el 48.1% de los casos y en el 16.7% de los controles.

Gráfico 10: Antecedente de aborto y/o legrado y embarazo ectópico, HAL 2018



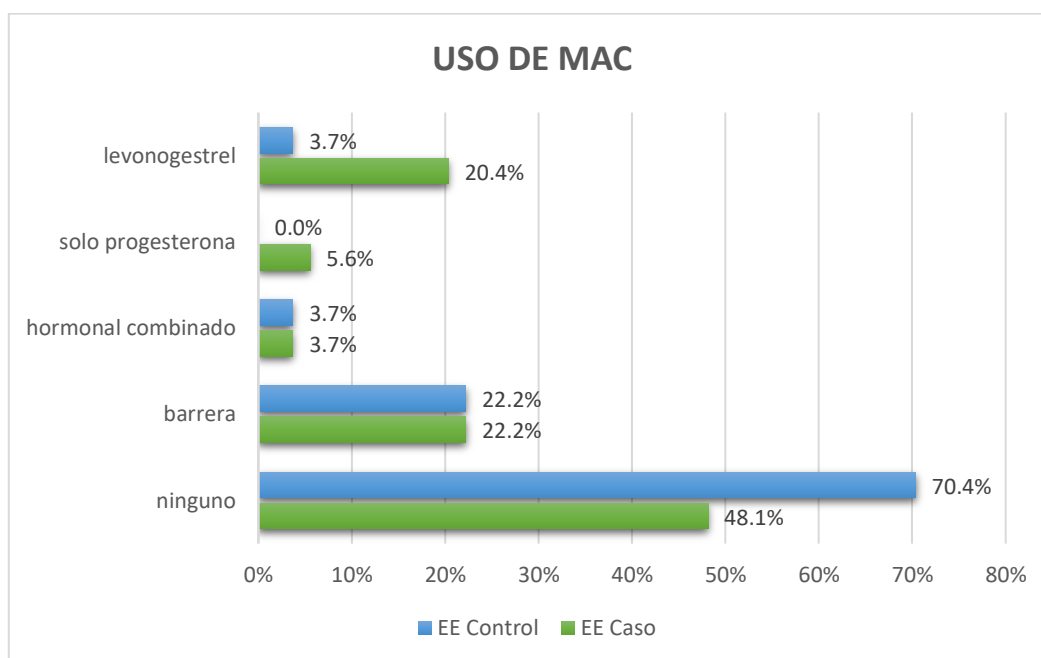
Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

En uso de métodos anticonceptivos, el uso de levonogestrel como método de anticoncepción de emergencia, se presentó en mayor porcentaje en el grupo con diagnóstico de embarazo ectópico (29,6%), en comparación a los controles (3,7%). El uso de ningún método anticonceptivo representa la mayor frecuencia tanto en casos, como en controles.

En la investigación no se encontró pacientes usuarias de dispositivo intrauterino.

Gráfico 11: Uso de métodos anticonceptivos y embarazo ectópico, HAL 2018

Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena



ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizó un análisis bivariado entre el embarazo ectópico y los factores gineco-obstétricos (Tabla 2), en búsqueda de Odds ratio (OR) y una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2 > 0.384$, $p < 0,05$); encontrándose como factores de riesgo: fueron: múltiples parejas sexuales (OR=4.273; IC 95%= 1.629-11.207), embarazo ectópico previo (OR=2.03; IC 95%= 1.679-2.475), cirugía abdomino-pélvica (OR=7.894, IC 95%= 1.285-66.542), enfermedad inflamatoria pélvica (OR= 2.5; IC 95%= 1.941-3.220), aborto/legrado (OR= 4.643; IC95%= 1.901-11.338), uso de levonogestrel (OR=6.65, IC 95%= 1.39-31.64).

Existieron factores en los que a pesar de tener un OR superior a la unidad, su intervalo de confianza (95%) contiene a la unidad, por lo que, tienen un comportamiento ambiguo; entre estos encontramos a multiparidad (OR= 2.227; IC95%= 0.959-5.176), este factor no tiene significancia estadística.

Tabla 02

Factores Gineco-Obstétricos asociados a embarazo ectópico, HAL-2018

FACTORES ASOCIADOS	CASOS		CONTROLES		OR	IC (95%)	x ²	p
	N°	%	N°	%				
PARIDAD								
Nulípara	23	42.6	24	44.4	0.927	0.433-1.985	NS	NS
Primípara	10	18.5	18	33.3	0.455	0.187-1.107	3.086	NS
Múltipara	21	38.9	12	22.2	2.227	0.959-5.176	3.535	NS
N° PAREJAS SEXUALES								
1 pareja	3	5.6	3	5.6	1	0.193-5-190	NS	NS
2 parejas	4	7.4	18	33.3	0.160	0.050-0.513	11.188	0.001
≥ 3 parejas	47	87.0	33	61.1	4.273	1.629-11.207	9.450	0.002
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO								
Si	2	3.7	0	0	2.03	1.679-2.475	2.038	0.153
No	52	96.3	54	100				
CIRUGIA ABDOMINO-PELVICA								
Si	7	13.0	1	1.9	7.894	1.285-66.542	4.860	0.027
No	47	87.0	53	98.1				
EPI								
Si	18	33.3	0	0	2.5	1.941-3.220	21.600	0.000
No	36	66.7	54	100				
ABORTO/LEGRADO								
Si	26	48.1	9	16.7	4.643	1.901-11.338	12.216	0.000
No	28	51.9	45	83.3				
USO DE MAC								
Ninguno	26	48.1	38	59.3	0.391	0.177-0.863	5.523	0.019
Barrera	12	22.2	12	22.2	0.901	0.368-2.205	NS	NS
Hormonal combinado	2	3.7	2	3.7	0.654	0.105-4.078	NS	NS
Progesterona pura	3	5.6	0	2.8	4.240	0.458-39.239	NS	NS
DIU	--	--	--	--	----	----	--	--
Levonogestrel	11	20.4	2	3.7	6.651	1.398-31.647	7.083	0.008

Fuente: Ficha de recolección de datos. Servicio de Ginecología- Obstetricia, Hospital Antonio Lorena

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

Los embarazos ectópicos previos complicados o rotos ponen en peligro la vida de la gestante, por lo que, identificar los factores asociados a esta entidad clínica permitirá orientar las estrategias de prevención sobre los factores prevenibles y modificables.

Por lo que, el mejor diseño de investigación para lograr este objetivo es el estudio tipo caso-control.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

En la investigación al analizar el embarazo ectópico según los grupos etarios, se encontró el mayor porcentaje en el grupo de edad 20 – 29 años (51.9%), seguido del grupo de 30 a 39 años (35.2%), obteniendo resultados semejantes a Mamani R. (12), Cusco 2010-2014, quien encontró mayor frecuencia en mujeres de 21-30 años de edad.

El estudio no encontró asociación significativa entre edad materna y embarazo ectópico, entrando en contrariedad con Hernández et al. (28) quienes reporto mayor frecuencia entre 25-34 años, elevando el riesgo de embarazo ectópico 4 veces; Rodríguez (34), Arequipa 2010-2016, encuentra como factor de riesgo edades comprendidas entre 20-39 años; para Duran y Moreno (31) la edad materna entre 18-35 años eleva cinco veces el riesgo de embarazo ectópico. Por otro lado, en el estudio de Palomino (31), Lima 2015, la edad materna >35 años eleva el riesgo 6 veces y para Mercado (33) la mayor frecuencia de embarazo ectópico, ocurrió en el grupo de edades comprendidas entre 35-39 años.

Se cree que la elevada tasa de embarazo ectópico en estas mujeres puede “ser el reflejo de los factores de riesgo acumulados durante el tiempo; así como los fenómenos fisiológicos que se presentan en las pacientes mayores, como el incremento de las alteraciones cromosómicas, las modificaciones funcionales de las trompas de Falopio y por ende, las alteraciones en el transporte de los óvulos” (21), sin embargo, estas teorías aún no han sido probadas. Esta falta de asociación estaría en relación a las diferencias étnicas, culturales y grado de maduración física de las gestantes en nuestra localidad.

En la investigación, respecto al estado civil se encontró que 63% de pacientes con embarazo ectópico eran convivientes, resultados similares se reportaron en estudios nacionales, en el Instituto Materno Perinatal de Lima(5) y en el Instituto Materno Perinatal de Lima (23) . El estado civil de conviviente se comporta como factor de protección (OR= 0.386; IC95%=1.160-0.933), entrando en contrariedad con estudios previos; Duran y Moreno (31) reportó que existe mayor riesgo de EE en casadas,

mientras Rodríguez (34) y Mamani A.(35) reporta que ser conviviente o soltera incrementa el riesgo. Siendo justificada debido a que la mayor parte de nuestra población en estudio fue conviviente, no sintiendo la necesidad de formalizar su hogar.

Dentro del grado de instrucción se reportó que la mayor frecuencia de embarazo ectópico se presentó en las pacientes con grado de instrucción superior (40.7%); Duran y Moreno (31) encontraron una frecuencia de 47.9%; Palomino (32) reportó una frecuencia de 41.8%. Al realizar un análisis bivariado se encontró que tener grado superior eleva el riesgo 2.8 veces (OR=2.69, IC 95%= 1.141-6.327), esta característica está relacionada con el nivel del conocimiento general.

Según la literatura médica, el tabaquismo se asocia con el deterioro progresivo de la movilidad de las trompas de Falopio, alteraciones de la inmunidad e incluso retrasos de la ovulación(22). La investigación evidencia que eleva trece veces (OR=13.0, IC 95%=2.84-6.33), el riesgo de embarazo ectópico, esta asociación es corroborada por Escobar B. et al(11), México 2017, donde encontró que el hábito tabáquico eleva 18 veces el riesgo; Mindjah et al(30), Camerún 2018, reporta un riesgo de 2.6 veces mayor frente a pacientes no fumadoras; así mismo Mercado(33) en su estudio en el Hospital Nacional PNP "Luis N. Sáenz", Lima 2013, encuentra que el hábito tabáquico eleva 4 veces el riesgo de embarazo ectópico. Contradictoriamente otros estudios no muestran asociación significativa entre las variables mencionadas. (28)

FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

En el análisis binario se demostró como factores de riesgo para embarazo ectópico con significancia estadística ($p < 0.05$) en orden de potencia fueron: La cirugía abdomino-pélvica que eleva el riesgo de EE 7 veces el riesgo (OR= 7.89, IC 95%= 1.29-66.54), el uso de levonogestrel que eleva el riesgo 6 veces (OR=6.651, IC 95%=1.39-31.64), el antecedente de aborto y/o legrado que eleva el riesgo 4.6 veces (OR=4.64, IC 95%= 1.90-11.33), las múltiples parejas sexuales que elevan 4 veces el riesgo (OR=4.27;IC 95%=1.62-11.21), la enfermedad inflamatoria pélvica que eleva el riesgo 2.5 veces (OR= 2.5, IC95%=1.94-3.22) y el embarazo ectópico previo que eleva 2 veces el riesgo de embarazo ectópico (OR=2.03, IC 95%=1.67-2.47).

Respecto a la cirugía abdomino-pélvica el estudio reportó una frecuencia de 13% en pacientes con EE, encontrando similitud con Mamani R. (12) en un estudio local en el mismo hospital, quien reporta una frecuencia de 11%; para Requena (35) el antecedente de cirugía tubárica estuvo presente en el 17.46% de los casos.

Se encontró asociación entre el antecedente de cirugía abdomino-pélvica y embarazo ectópico incrementando su riesgo siete veces; coincidiendo con Escobar B. et al (11) quien demostró que la cirugía abdominal aumenta 5 veces el riesgo; Mercado (33) reportó un incremento del riesgo de padecer de embarazo ectópico hasta 11 veces (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75) en pacientes con cirugía abdomino-pélvica; Li C. et al. (29) en su estudio encontró que la cirugía anexial previa eleva el riesgo 2 veces (AOR = 2,09, 95% IC: 1.49–2.93) y la apendicectomía previa eleva el riesgo 1.6 veces (AOR = 1.64, IC 95%: 1.13–2.37); las cirugías pélvicas previas es considerado también por Duran y Moreno (31) como factor de riesgo. La revisión médica muestra que la alteración de la anatomía tubárica que está fuertemente asociada con el embarazo ectópico, además de una posible infección en el sitio operatorio siendo la causa más probable para dicha alteración (22), lo que originaría obstrucción y síndrome adherencial, lo cual explicaría el aumento del riesgo asociada a esta entidad clínica.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, se reportó que el 20.4% de las pacientes que desarrollaron EE, usaron levonogestrel como anticonceptivo de emergencia, quedando embarazadas por el fracaso de este método, relacionado principalmente con el uso inadecuado. El resultado encontrado en la investigación concuerda con el estudio de Rodríguez (34), donde se encontró que la píldora del día siguiente fue el método anticonceptivo más utilizado en la pacientes con EE (13.2%).

El estudio demuestra que el uso de levonogestrel eleva el riesgo de embarazo ectópico seis veces, en el Hospital Antonio Lorena, pudiendo ser justificado ya que el levonogestrel reduce el movimiento ciliar sin dañar la morfología, dicha disminución del movimiento ciliar puede indicar un papel patológico en el transporte del óvulo y cigoto en la trompa de Falopio (24). La investigación muestra que este factor es el segundo más importante. Así Li C. et al. (29), China 2015, reporta que la anticoncepción de emergencia con levonogestrel incrementa 4 veces el riesgo de embarazo ectópico (ORc=4,75; IC95%c= 3.79-5.96); para Mindjah et al (30) la píldora de levonogestrel eleva el riesgo de EE 10 veces.

Por otra parte el antecedente de aborto y/o legrado se reportó en el 48.1% de los casos, porcentaje por encima de Mamani R. (12) que encontró una frecuencia de 34%. Se encontró que se comportó como factor de riesgo, elevando el riesgo de EE hasta 4.6 veces; confirmando lo encontrado en la literatura (22) que india que las mujeres con historial de aborto espontaneo recurrente, son 4 veces más proclives a desarrollar EE. Del mismo modo para Mercado (32) el riesgo se eleva hasta 4.3 veces (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); para Mamani A. (35) el riesgo se eleva hasta 9 veces (OR: 9.000; IC

95%: 1.818 –44.532); para Hernández et al. (28) el EE fue más frecuente en las pacientes con tres o más abortos, corroborando dicha asociación. Cuando se realiza un raspado o aspiración de la cavidad uterina, existe variabilidad inflamatoria local, ya sea por hecho físico o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, la infección puede diseminarse y empinarse hacia la trompa provocando modificaciones anatómo-fisiológicas a nivel de la misma (22), como por ejemplo es el síndrome adherencial, conduciendo a la obstrucción de trompa, con la consecuente implantación anómala del huevo.

En relación a las múltiples parejas sexuales se reportó que el 87% de casos desarrollo embarazo ectópico, elevando el riesgo 4 veces; Escobar B. et al (11) y Hernández et al. (28) en sus investigaciones concluyeron que tener múltiples compañeros sexuales es factor de riesgo para EE. Aunque no se conocen las razones exactas, podría tener relación con la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica e infecciones de transmisión sexual. (27)

Al analizar la enfermedad inflamatoria pélvica, nuestro estudio encontró que de los casos de embarazo ectópico el 33,3% presento enfermedad inflamatoria pélvica, al análisis bivariado la variable enfermedad inflamatoria pélvica obtuvo un OR= 2.5 (IC 95%= 1.941-3.220) lo cual nos dice que tener esta patología aumenta el riesgo de padecer embarazo ectópico en 2,5 veces, estos resultados coinciden con Palomino (32) en la ciudad de Lima que encontró un (ORc= 3.556 IC95%c: 1.024-12.356). y Mamani .(35) en Puno que reporta un (OR: 6.120; IC 95%: 1.879 – 19.914), esto va de acuerdo a la bibliografía que dice que las infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, las que son consideradas como principales agentes de EPI, aumentan cuatro veces las posibilidades de embarazo extrauterino y según estudios el OR para embarazo ectópico después del segundo y tercero episodios de infección por *Chlamydia* fue de 2.1 y 4.5 respectivamente.(22) esto se explica ya que las infecciones producen alteraciones en la anatomía de las trompas de Falopio lo que aumenta el riesgo de embarazo ectópico.

Con respecto al embarazo ectópico previo, el 3.7% de los casos presentaron antecedente de episodio de EE, en embarazos normales no se reportó este antecedente, en el análisis bivariado la variable embarazo ectópico previo obtuvo un OR=2.03 (IC 95%= 1.679-2.475), lo cual dice que esta condición aumenta en dos veces el riesgo de tener un nuevo embarazo ectópico, Palomino (32) y Mercado (33) en la ciudad de Lima reportan un ORc=14.603; IC95%c:2.123-100.433) y un OR:14.7 (95% IC:1.80–121.13) respectivamente lo cual es muy por encima de nuestros resultados.

nuestros hallazgos van acorde a la teoría que refiere que de las mujeres que tienen esta patología, la cuarta parte (25%) vuelve a presentar esta entidad a lo largo de los años (22), esto se puede explicar debido a que es considerado un factor no modificable, es decir aunque las mujeres con alteraciones en las trompas por más que cambien su estilo de vida y traten de eliminar factores de riesgo, por su condición anatómica son más proclives a repetir este cuadro.

En la investigación, de los casos de embarazo ectópico el 38.9% fueron multíparas; en un estudio descriptivo en el mismo hospital hace 5 años, Mamani R. (12) reportó que la mayoría de las pacientes con EE fueron multíparas. A pesar de que Escobar B. et al (11) reportaron que la multiparidad incrementa el riesgo 3.8 veces, nuestro estudio no encontró asociación significativa con EE. Por otro lado diferentes estudios latinoamericanos donde la paridad fue analizada, concluyeron que hay mayor riesgo en mujeres nulíparas (23).

De esta manera, se puede concluir que, algunos factores de riesgo para embarazo ectópico descritos por la literatura médica fueron confirmados como factores de riesgo, mientras que otros factores de riesgo reconocidos en otros estudios no presentaron relación causal con el embarazo ectópico entre las pacientes del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena.

CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena el año 2018, en la investigación fueron: Tabaquismo que elevó el riesgo de presentar embarazo ectópico hasta 13 veces, corroborado por la literatura médica y antecedentes previos, el grado de instrucción superior duplica el riesgo de EE. El estado civil de conviviente para el estudio actúa como factor protector.
2. El estudio confirma a los siguientes factores gineco-obstétricos asociados a embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena el año 2018, como factores de riesgo: así el uso de levonogestrel eleva el riesgo 6 veces, la cirugía abdomino-pélvica eleva el riesgo 7 veces, tener múltiples parejas sexuales eleva el riesgo 4 veces, el antecedente de aborto y/o legrado eleva el riesgo 4.6 veces, la enfermedad inflamatoria pélvica eleva el riesgo en 2.5 veces y el embarazo ectópico previo duplica el riesgo de presentar embarazo ectópico.

RECOMENDACIONES

1. Con los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionando un mejor conocimiento de la enfermedad en nuestro medio y contribuyendo a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
2. El presente estudio es un paso importante en relación al embarazo ectópico como problema de salud pública en nuestro medio, ya que esta patología afecta a toda mujer en edad fértil. Esto nos permitirá tener una idea más profunda y exacta de dicho problema en la salud; disminuyendo el riesgo de morbilidad materna en nuestra sociedad.
3. Se recomienda incidir en programas de educación sexual e información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, como el uso levonogestrel como anticonceptivo de emergencia, para así disminuir el riesgo para embarazo ectópico.
4. Se sugiere a los centros de primer nivel de atención de salud reforzar la adecuada valoración de los factores asociados y su adecuado registro en la Historia Clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Capmas P, Bouyer J, Fernandez H. Embarazo ectópico. EMC - Tratado Med. 1 de septiembre de 2017;21(3):1-5.
2. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cuba Obstet Ginecol. marzo de 2011;37(1):84-99.
3. Cunningham, F. Gary. Williams: obstetrica (23a. ed.). McGraw Hill Mexico; 2011. 1404 p.
4. Luglio Villanueva JM, Díaz Ledesma L, Cáceres Chu E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. Rev Medica Hered. enero de 2005;16(1):26-30.
5. Pacheco G de la C. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectopico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2001. 2002.
6. Martínez Guadalupe Ál, Mascaro Rivera YS, Méjico Mendoza SW, Mere del Castillo JF. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Peru Ginecol Obstet. julio de 2013;59(3):171-6.
7. Yglesias Cánova E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(3).
8. Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev Peru Ginecol Obstet. enero de 2015;61(1):27-32.
9. Mortalidad materna [Internet]. [citado 10 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Barnhart K, van Mello NM, Bourne T, Kirk E, Van Calster B, Bottomley C, et al. Pregnancy of unknown location: A consensus statement of nomenclature, definitions and outcome. Fertil Steril. 1 de marzo de 2011;95(3):857-66.
11. Escobar-Padilla B, Perez-López CA, Martínez-Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico*. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 55(3):278-85.
12. Roxana Mamani. Características epidemiológicas, clínicas, y quirúrgicas del embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2010-2014. [Cusco]: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco; 2015.
13. Ectopic Pregnancy - ACOG [Internet]. [citado 3 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Ectopic-Pregnancy>
14. Guevara- Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2010;56(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=323428195003>

15. Valera Valero C, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. *Rev Arch Méd Camagüey*. junio de 2003;7(3):365-84.
16. López-Luque PR, Bergal-Mateo GJ, López-Olivares MC. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de mayo de 2014;40(4):211-7.
17. Togas. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Embarazo%20ect%C3%B3pico:%20Manifestaciones%20Cl%C3%ADnicas%20y%20Diagn%C3%B3stico.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
18. Merlo JG, Vicens JML, González EF, Bosquet EG. *Obstetricia*. 6.^a ed. Elsevier España; 2013. 2005 p.
19. Morse CB, Sammel MD, Shaunik A, Allen-Taylor L, Oberfoell NL, Takacs P, et al. Performance of human chorionic gonadotropin curves in women at risk for ectopic pregnancy: exceptions to the rules. *Fertil Steril*. enero de 2012;97(1):101-106.e2.
20. Valera Valero C, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. *Rev Arch Méd Camagüey*. junio de 2003;7(3):365-84.
21. Kashanian M, Baradaran HR, Mousavi SS, Sheikhsari N, BararPour F. Risk factors in ectopic pregnancy and differences between adults and adolescents, is consanguinity important? *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. octubre de 2016;36(7):935-9.
22. Marion LL, Meeks GR. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*. junio de 2012;55(2):376-86.
23. Urrutia S MT, Poupin B L, Alarcón A P, Rodríguez C M, Stiven R L. Embarazo ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72(3):154-9.
24. Martínez M, Ricardo P. *Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado*. Hospital María Auxiliadora, 2014. Univ San Martín Porres – USMP. 2015;
25. Mol BW, Ankum WM, Bossuyt PM, Van der Veen F. Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Contraception*. diciembre de 1995;52(6):337-41.
26. Zhao. Levonorgestrel decreases cilia beat frequency of human fallopian tubes and rat oviducts without changing morphological structure [Internet]. 2015. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1440-1681.12337>
27. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. marzo de 2010;36(1):36-43.
28. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Torres Chávez A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *MediSur*. diciembre de 2013;11(6):647-55.

29. Li C, Zhao W-H, Zhu Q, Cao S-J, Ping H, Xi X, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 de agosto de 2015;15(1):187.
30. Mindjah YAA, Essiben F, Foumane P, Dohbit JS, Mboudou ET. Risk factors for ectopic pregnancy in a population of Cameroonian women: A case-control study. *PLOS ONE*. 12 de diciembre de 2018;13(12):e0207699.
31. Moreno Moreno DE, Durán Acero DC. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico [Internet] [bachelorThesis]. Universidad del Rosario; 2014. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/8362>
32. Zevallos P, Zelmira W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo Enero-Diciembre del 2015. Univ Ricardo Palma. 2018;
33. Medrano M, Moisés W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. «Luis N. Sáenz», Lima 2013. Univ Nac Mayor San Marcos. 2014;
34. Núñez R, Manuel C. Factores de Riesgo, Sintomatología, Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el Periodo Enero 2010 a Diciembre del 2016. Univ Católica St María - UCSM. 21 de marzo de 2018;
35. Barboza M, Vladimir A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno. Univ Nac Altiplano. 10 de septiembre de 2018;
36. Requena Frías. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010. Univ Priv Antenor Orrego - UPAO. 2014;
37. ASALE R-. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
38. Definición Nivel de instrucción [Internet]. [citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
39. Definición de fumar - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. [citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/fumar/>

ANEXOS

ANEXO I

FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FICHA N°.....

EMBARAZO ECTÓPICO: SI () NO ()

I.- FILIACION:

1. Nombre:
2. H.CL: N°.....
3. Edad: años.

II.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:

4. Estado civil:
a. Soltera b. Casada c. conviviente d. Divorciada
5. Grado de instrucción:
a. Sin instrucción b. Primaria c. Secundaria d. Superior

III.- ANTECEDENTES:

6. Paridad:
a. Nulípara b. Primípara c. Multípara
7. N° parejas sexuales
a) 1 pareja b) 2 parejas c) 3 parejas d) 4 a más
8. Embarazo ectópico previo: ... SI () NO ()
9. Cirugía abdomino-pélvica SI () NO ()
10. Enfermedad inflamatoria pélvica: SI () NO ()
11. Tabaquismo: SI () NO ()
12. Aborto y/o legrado uterino SI () NO ()

13. Uso de anticonceptivos
a. Ninguno
b. Barrera
c. Hormonal combinado
d. Solo progesterona
e. Dispositivo intrauterino
f. Levonogestrel

ANEXO II

VALIDACION DE INSTRUMENTO POR MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

INSTRUCCIONES

El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas acerca del tema:

“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2018”, para la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación del instrumento se plantearon 15 ítems, separado en tres partes: la primera incluye la filiación (nombre, historia clínica y edad), la segunda parte consta de las características generales (estado civil y grado de instrucción) y por último la tercera parte incluye los antecedentes de la paciente relacionados a embarazo ectópico, diseñada a partir de estudios previos.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figurara en cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

ANEXO III

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE
"FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2018"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---


9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
Lenin Manuel Gutiérrez Valencia	

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE
"FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2018"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

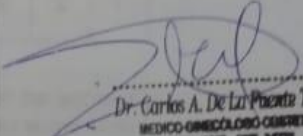
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
Dr. Carlos De La Fuente Torres	 Dr. Carlos A. De La Fuente Torres MEDICO GINECOLOGO OBSTETRA CER. 4228 (RSE 3475)

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE
“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2018”

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?


1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
Mendel Riva Paredo	

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE
"FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2018"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---


9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
Wilbert S. Cárdenas Alarcón	

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE
"FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO 2018"

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

5. ¿Considera Ud. que, los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---

8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------

9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
.....

AGRADEZCO ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FIRMA Y SELLO
Wilbert Pozo Reynoso	