

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**ANTECEDENTE DE LEGRADO INTRAUTERINO
ASOCIADO A EMBARAZO ECTÓPICO.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: JOSÍAS ALCIDES BEJARANO FERNÁNDEZ

ASESOR:

DR. LEONCIO VENEGAS SAAVEDRA

Trujillo – Perú

2016

Antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectópico

POR:

Bejarano Fernández Josias Alcides

Estudiante de Medicina Humana

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. HERRERA GUTIERREZ, CESAR

PRESIDENTE

Dr. OLORTEGUI RISCO, JUAN

SECRETARIO

Dr. ROJAS RUIZ, JUAN

VOCAL

Dedicatoria

A Dios:

**A Dios por todas las bendiciones recibidas
y permitirme obtener un logro más en mi vida.**

A mi madre:

**Por ser mi ángel, por confiar en mí, por ser
mí respaldo incondicional a lo largo de mi vida**

A mi padre:

**La persona que me ha infundido el valor para
salir adelante, por tus consejos, tu amistad y tu ejemplo.**

**Gracias a todas las personas que estuvieron a mi lado en esta etapa de mi vida,
desde el inicio hasta el final, gracias por su amistad incondicional.**

I. GENERALIDADES

1. Título del Estudio

Antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectópico.

2. Personal investigador

2.1. Autor

Josías Alcides, Bejarano Fernández

Alumno del 7to año de la Escuela de Medicina Humana la Universidad Privada Antenor Orrego

2.2. Asesor:

Dr. Leoncio Venegas Saavedra

Docente Contratado–Universidad Privada Antenor Orrego

Médico Gineco – obstetra

Maestro en Educación Médica

Co-asesor:

Dr. Chaman Castillo Jose

Docente contratado de la Asignatura de ginecología–Universidad Privada Antenor Orrego

Medico Gineco – obstetra del Hospital Docente Belén de Trujillo

3. Tipo de investigación

Retrospectiva. Observacional, Analítico de Casos y controles.

4. Régimen de investigación

Libre

5. Departamento y Sección Académica

Facultad de Medicina Humana Área de Ciencias Clínicas.

6. Instituciones donde se desarrollará el proyecto

Hospital Belén de Trujillo

7. Duración total del proyecto

9 semanas.

8. Fecha probable de inicio y terminación

8.1. Fecha de inicio: 2016

8.2. Fecha de término: 2016

9. Cronograma del Proyecto

Nº	ACTIVIDADES	PERSONAS RESPONSABLES	ENERO				FEBRERO				MARZO			
			1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
1	Planificación y elaboración del proyecto	INVESTIGADOR ASESOR	X	X										
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR			X	X								
3	Recolección de Datos	INVESTIGADOR ASESOR					X	X	X	X				
4	Procesamiento y análisis	INVESTIGADOR ESTADÍSTICO									X	X		
5	Elaboración del Informe Final	INVESTIGADOR											X	X
DURACIÓN DEL PROYECTO			1s	2s	3s	4s	5s	6s	7s	8s	9s	10s	11s	12s
PERIODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR SEMANAS														

10. Horas dedicadas al proyecto

10.1. Autor: 20 horas semanales

10.2. Asesor: 4 horas semanales

11. Material y equipo

Material Bibliográfico

Historias clínicas

Material diseñado por el autor

Material de escritorio

Material de impresión y fotocopiadora

12. Locales

Ambientes de Instituciones de Gineco – Obstetricia

13. Presupuesto

12.1. Insumos para la investigación

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
	Papel Bullky	Millar	200	50	Propio
	Papel Bond A4	Millar	200	50	Propio
	Lapiceros	Unidad	30	30	Propio
	CD	Unidad	3	3	Propio
	Tinta compatible para impresora	Unidad	2	50	Propio
SUBTOTAL					

12.2. Servicios

Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.5.6.023	Asesoría estadística	Horas	30	200	Propio
1.5.3.003	Transporte y viáticos	Día	80	100	Propio
1.5.6.030	INTERNET	Horas	60	60	Propio
1.5.6.014	Encuadernación	Ejemplar	3	60	Propio
1.5.6.004	Fotocopiado	Páginas	100	100	Propio
1.5.6.023	Procesamiento automático de	Horas	90	90	Propio
SUBTOTAL			793		

12.2. Servicios

Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.5.6.023	Asesoría estadística	Horas	30	200	Propio
1.5.3.003	Transporte y viáticos	Día	80	100	Propio
1.5.6.030	INTERNET	Horas	60	60	Propio
1.5.6.014	Encuadernación	Ejemplar	3	60	Propio
1.5.6.004	Fotocopiado	Páginas	100	100	Propio
1.5.6.023	Procesamiento automático de	Horas	90	90	Propio
SUBTOTAL			793		

INSUMOS: S/. 793

SERVICIOS: S/. 80

TOTAL: S/. 873

14. FINANCIAMIENTO

El presente trabajo se ejecutará con recursos propios del autor.

RESUMEN

Objetivo: Demostrar al antecedente de legrado intrauterino como un factor asociado a embarazo ectópico.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. La muestra de la población de estudio estuvo constituida por 81 pacientes gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén De Trujillo en el periodo 2009-2015 según criterios de inclusión y exclusión, distribuidos en dos grupos: 27 casos con embarazo ectópico y 54 controles, sin embarazo ectópico.

Resultados: De manera general, la frecuencia de embarazo ectópico en las 22536 gestantes estudiadas durante 2009 a 2015 fue de 0.67%. El antecedente de legrado intrauterino en pacientes con embarazo ectópico registró 31.3%. La edad mostró una media de 30.15 ± 7.945 y 25.01 ± 7.005 para casos y controles respectivamente, el inicio de relaciones sexuales 16.41 ± 1.50 frente a 17.57 ± 2.559 ; las gestas 2.63 ± 1.275 frente a 2.17 ± 1.424 y el método anticonceptivo una frecuencia de 14.81% frente a 12.96% también respectivamente. El antecedente de legrado intrauterino en el grupo de casos se observó en 17 pacientes y en 6 de los controles. El *OR* fue 13.6, con $p=0.0000$ e $IC95\%=4.291-43.098$. La localización ampular fue predominante, con 51.85%.

Conclusiones: El antecedente de legrado intrauterino fue factor de riesgo para embarazo ectópico.

Palabras Clave: Legrado intrauterino, embarazo ectópico, factor de riesgo, gestación.

ABSTRAC

Objective: To demonstrate the history of intrauterine curettage as a factor associated with ectopic pregnancy.

Material and Methods: A retrospective, observational analytical study of cases and controls was carried out. The sample of the study population consisted of 81 pregnant patients according to inclusion and exclusion criteria, divided into two groups: 27 patients with ectopic pregnancy and 54 controls without ectopic pregnancy.

Results: In general, the frequency of ectopic pregnancy in 22536 pregnant women studied during 2009-2015 was 0.67%. The history of intrauterine curettage in patients with ectopic pregnancy recorded 31.3%. He showed a mean age of 30.15 ± 7.945 and 25.01 ± 7.005 for cases and controls, respectively, the onset of sex versus 16.41 ± 1.50 17.57 ± 2.559 ; the heroic deeds ± 2.63 versus 2.17 ± 1.275 and 1.424 contraceptive method at a frequency of 14.81% vs. 12.96% respectively also. The history of intrauterine curettage in the case group was observed in 17 patients and 6 controls. The OR was 13.6, with $p = 0.0000$ and 95% CI = 4291-43098. The ampullary localization was predominant, with 51.85%.

Conclusions: The history of intrauterine curettage is a risk factor for ectopic pregnancy.

Keywords: intrauterine curettage, ectopic pregnancy risk factor gestation.

I. INTRODUCCION

No hay duda de que una de las etapas de la vida de la mujer puede relacionarse con la posibilidad de llegar a concebir y la gestación con una culminación exitosa favorece un resultado obstétrico libre de riesgos tanto para la futura madre como para su producto. Sin embargo, existen situaciones poco deseadas como el embarazo ectópico que comprometen tanto el trabajo del médico como las esperanzas y expectativas de la mujer.

El embarazo ectópico constituye como ha de esperarse una emergencia que compromete al personal de salud de manera multidisciplinaria, desde la enfermera, médico de atención primaria y el médico especialista ya que combina una serie de factores tanto preventivos como intervencionistas propiamente dichos para preservar la salud y vida de la gestante.

Tomando en cuenta estos aspectos surge entonces la posibilidad de tomar medidas de prevención. Desafortunadamente el desconocimiento de las complicaciones del legrado intrauterino por parte de la mujer puede favorecer su práctica, con excepción del legrado ginecológico que puede ser justificable.

Surge así la idea de asociar el antecedente de legrado intrauterino con el embarazo ectópico que sumado a cierta evidencia encontrada en la literatura médica nos llevó a la propuesta de presentarlo como factor.

Consideramos que la identificación de la relación de este antecedente puede ser parte de estrategias sanitarias a nivel nacional.

Por ello, en el presente trabajo se estudia esta asociación, a lo que sumamos aspectos como determinación de la frecuencia del embarazo ectópico, estimación de frecuencia del antecedente de legrado en pacientes con esta eventualidad, características generales de las pacientes gestantes como son la edad, inicio de relaciones sexuales, número de gestaciones previas y antecedente de utilización de métodos anticonceptivos.

Los resultados encontrados nos permiten sugerir medidas encaminadas a prevenir el fenómeno estudiado y favorecer el desarrollo de mayores investigaciones.

1.1. Marco teórico:

La fecundación del óvulo por el espermatozoide normalmente se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa; el óvulo fecundado permanece unos días en ésta, para posteriormente, en la fase de blastocito, emigrar hacia el endometrio donde se implantará; toda anidación distinta a lo mencionado constituye una gestación extrauterina. Por ello, el embarazo ectópico (EE) es la anidación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad endometrial. Esta eventualidad fue descrita por primera vez en el siglo X por Abulcasis, médico de la ciudad de Córdoba considerado como padre de la cirugía moderna. La gestación extrauterina es una afección cuya frecuencia ha ido aumentando en las últimas dos décadas en el mundo occidental, pasando de un caso por cada 200-300 embarazos intrauterinos a uno de cada 25-30 de estos, por aumento de sus factores de riesgo y su mayor facilidad diagnóstica. (1)

En la actualidad, el embarazo ectópico constituye una de las afecciones ginecobstétricas de mayor frecuencia y contribuye al incremento de la mortalidad materna en un 10-15 % de los casos, con una incidencia que va en aumento considerable; se presenta actualmente entre el 0,8 y 2,0 % de todos los embarazos. (2)

La disponibilidad actual, de métodos de diagnóstico como el ultrasonido transvaginal, la determinación de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica y la laparoscopia exploradora, han contribuido al incremento de la incidencia, al diagnosticar pacientes con embarazo ectópico en etapa precoz que antes no se diagnosticaban y que podían tener una resolución espontánea. (3)(4)

Existen diferencias relacionadas con el nivel socioeconómico predominante. Así, ocurre en 1 de cada 400 embarazos en Inglaterra en relación de 1 de cada 28 en Jamaica. En el Perú 1 por cada 767 en el Hospital San Bartolomé, 1 por cada 553 en el Hospital Rebagliati de la seguridad social, 1 por cada 156 embarazos en el Hospital María Auxiliadora y por cada 129 en el Hospital Cayetano Heredia. (5)

En el Perú, según una investigación que data de 5 años atrás, que a su vez cita trabajos previos, el EE representa, aunque quizá no la principal, sí una de las principales causas de morbimortalidad materna. (6)(7)(8)

El EE constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte (9)(10). Por ello, el embarazo ectópico se considera una gestorragia, ya que el sangrado que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección propia de la gestación. (11)

Hay que tener presente que la literatura considera que las localizaciones del embarazo ectópico pueden ser tubáricas y extratubáricas. Dentro de la primera su ubicación puede ser ampular en 70%, ístmica en 12%, fímbrica en 11.1% e intersticial en 1.9%. Dentro de la segunda ubicación está la corteza ovárica en 3.2%, abdomen-superficie peritoneal en 1.3% y cérvix-canal cervical en 0.15%. (12) (13)(14)

Se debe tomar en cuenta que todas las situaciones predictoras de un EE poseen en común una lesión del epitelio tubárico y/o una interferencia en la movilidad de las trompas. Dentro de los factores de riesgo para esta entidad se encuentran enfermedad inflamatoria pélvica, que afecta al 11% de las mujeres en edad fértil y es la causa más frecuente, cirugía tubárica previa que eleva el riesgo de padecerlo en un 5-20%, antecedentes de cirugía pélvica o en el hemiabdomen inferior que incrementa el riesgo en un 0,92-3,8% debido a las adherencias posquirúrgicas, fallos en la anticoncepción por esterilización tubárica o con la implantación del dispositivo intrauterino liberador de progesterona, hábito tabáquico, endometriosis que es la segunda causa más importante de EE, inductores de ovulación, fecundación asistida por la presencia de altos niveles de estrógenos, aumento en el número de abortos provocados (1). Las infecciones genitales incrementan el riesgo (10). Se menciona que la alteración de la anatomía tubárica está fuertemente asociada con el embarazo ectópico y la infección es la causa más probable. (15)

Al respecto, en el trabajo publicado por Caján se cita referencias que permiten apreciar que el antecedente de aborto médico aumenta el riesgo de EE, ya que puede ocasionar inflamación y posibilidad de infección, por lo que hace hincapié de que la profilaxis con antibióticos en el momento del legrado por aspiración tiene un efecto protector de daño tubario inflamatorio. (17)

Un trabajo publicado en la década anterior por Molina indica que pacientes con enfermedad tubaria, donde la alteración o lesión de la mucosa de las trompas uterinas

impide el transporte normal del embrión puede relacionarse, entre otros factores, con antecedentes de aborto inducido. (18)

También en una investigación publicada por Rodríguez y cols., se discute que el uso indiscriminado del aborto como método para interrumpir un embarazo es uno de los factores más importante en la aparición de un futuro EE, ya que al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina, los cambios inflamatorios locales que se producen a este nivel, ya sea por la acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, puede ocasionar infección que a su vez puede propagarse y ascender a las trompas y producir cambios anatómo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y en el futuro un posible EE. (19)

De forma específica, el trabajo publicado por Castillo-Luna y cols. menciona que para el embarazo ectópico cervical, variedad que es de presentación rara, además de citar a los dispositivos intrauterinos, enfermedad pélvica inflamatoria, fertilización in vitro y cesárea como factores de riesgo, se incluyen antecedente de aborto terapéutico y legrado uterino. (20)

Tomando en cuenta los últimos aspectos comentados como factores para EE y considerando que los abortos pueden vincularse a la práctica del legrado, mismo que puede ocasionar complicaciones que tienen la posibilidad de fomentar anomalías en la nidación del óvulo fecundado, se plantea su práctica como factor a asociar.

Para ello, debemos recordar que el legrado uterino instrumental (LUI), de acuerdo con una guía de práctica clínica, es el procedimiento por el cual, a través del cérvix y del uso de una cureta de metal, se evacúan el interior del útero bajo anestesia general. (21)

La utilización de elementos para examinar la vagina y manipular el útero data de épocas muy antiguas. Durante el Siglo I en las ruinas de Pompeya, destruida en el año 79 de nuestra era, por la erupción del volcán Vesuvio, se hallaron espejos metálicos, de diseño no muy lejano al actual. Dentro de la evolución histórica de este procedimiento, en 1846 el cirujano y ginecólogo francés Joseph Claude Anthélme Recamier introduce la cureta con la forma con la cual se conoce actualmente, para el raspado de la cavidad uterina. (22)

Hay que considerar dos tipos de legrado, el obstétrico y el ginecológico. El primero se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea. El legrado ginecológico es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación. (23)

Se ha mencionado que dentro de las complicaciones más serias del LUI están la perforación uterina, lesión cervical, trauma intra abdominal, Síndrome de Asherman (adherencias endouterinas poslegrado, entre otros. (21)

La infección post-legrado o endometritis se asocia a la presencia de tejido placentario remanente o a la utilización de elementos no estériles durante el procedimiento. (22)

En una investigación realizada en Chile por Cabrera y cols., publicada en el año 2010 en 70 pacientes con EE se encontró, entre otros resultados, un promedio de edad materna de 30.6 años; el 78.6% eran multíparas, el 85.7% no tenían antecedentes de cirugías previas, el 5.7% tenía antecedentes de proceso inflamatorio pélvico, similar frecuencia por uso de dispositivo intrauterino, 18.5% tabaquismo, 14.3% embarazo ectópico anterior y 12,9% abortos previos. (23)

Por su parte, Rodríguez y col., en el año 2010 publicó una investigación sobre factores epidemiológicos en el EE, donde la muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica. Los resultados muestran que la mayor incidencia de embarazo ectópico estuvo en el grupo de edades de 20 a 29 años que representó el 51,5 %, el mayor porcentaje de embarazos ectópicos ocurrió en el grupo de pacientes que no fumaban, con 59,7%. El inicio temprano de las relaciones sexuales fue factor de riesgo y antes de los 18 años representó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1%, mientras que la enfermedad inflamatoria pélvica fue la más frecuente dentro de las afecciones previas con 38,2% de los casos. Como antecedentes obstétricos, el parto y el aborto provocado reportó el mayor número de casos con 35,7%. (19)

En el trabajo de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo publicado en 2011 y llevado a cabo en Perú por Yglesias en 215 pacientes del Servicio de Ginecología y

Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con diagnóstico de EE desde enero de 2008 a diciembre de 2010, se estableció una prevalencia de 11.9 por cada mil embarazos. La edad promedio de las pacientes fue 28.6 ± 6.5 años, 58.3% con grado de instrucción secundaria completa. El 20.7% de las pacientes refirió el consumo de bebidas alcohólicas, el 13.5% de tabaco y el 2.8% de drogas ilícitas. Desde la posición obstétrica, la edad promedio de menarquía fue 12.9 ± 1.4 años. El 24.6% de las pacientes tuvo su primera relación sexual a los 15 años o menos. El 53.5% reportó el antecedente de aborto y el 10.7% presentó un embarazo ectópico previo. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, el 6.7% tuvo una cirugía abdominal y el 30.7% una cirugía pelviana. El 40.2% de las pacientes empleaba al menos un método anticonceptivo. (6)

En un artículo publicado en el año 2012 por López y cols., en Cuba, se llevó a cabo una investigación retrospectiva en 931 pacientes, en las cuales fue diagnosticado y tratado un EE. Se encontró que el embarazo ectópico constituyó el $3,9 \times 100$, de frecuencia de aparición en la casuística estudiada, que representa 1 embarazo ectópico por cada 24,8 partos. El factor predisponente que más incidió fue la enfermedad inflamatoria pelviana, que apareció en 377 mujeres para el 40,5%, seguida por las que presentaron aborto inducido, un total de 338 que representaron el 36,4%. (24)

En un estudio retrospectivo de casos y controles publicado en Perú por Coloma en 2012 se estudiaron a 87 pacientes con embarazo ectópico, representando una incidencia promedio de 3.5 embarazos ectópicos por cada mil embarazos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. La edad de 31 a 40 años mostró un *OR* de 2.58 y el 55.2% de pacientes con embarazo ectópico eran multigestas mostrando un *OR* de 3.05 e *IC95%* de 1.63-5.72, mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal la mayoría eran nuligestas y primigestas. La endometriosis se identificó en 2.3% de mujeres con embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria en 11.5% de casos con embarazo ectópico y *OR* de 11.17 que fue significativo; el antecedente de LIU se documentó en 50.6% de los casos contra un 19.5% de los controles y un *OR* de 4.21 e *IC95%* de 2.14-8.29, la cirugía ginecológica también mostró diferencia significativa entre casos y controles, siendo de 9.2 y 1.1% respectivamente y *OR* de 8.71. (25)

En la tesis de tipo casos y controles publicada por Mercado en Lima, Perú, sobre factores de riesgo asociados a EE, se incluyó a pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico

en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz" durante el período 2013, que totalizaron 40 y una muestra comparativa de pacientes de embarazo normal atendidas durante el mismo periodo. La edad de ambos grupos tuvo una media de 30.26 ± 6.31 , para los casos de 30.43 ± 6.46 , mientras que para los controles de 30.1 ± 6.23 . Sobre localización de los embarazos ectópicos, el 57,5% fueron tubáricos y 42,5% ováricos. El antecedente de embarazo ectópico tuvo un *OR* de 14.7, el tabaquismo 4.2, el antecedente de cirugía abdomino-pélvica tuvo *OR* de 11, el antecedente de infección transmitida sexualmente 2.5 y el antecedente de aborto espontáneo 4.3. Dichos factores resultaron significativos mientras que la multiparidad, con *OR* de 2.2, el antecedente de uso de dispositivo intrauterino con 2.06, el antecedente de más de una pareja sexual con 1.8 y el antecedente de anticoncepción previa con 2.2 no mostraron asociación significativa. (7)

Una investigación cubana de casos y controles llevada a cabo por Hernández y cols., publicada en 2013 sobre factores de riesgo para embarazo ectópico en 66 casos y 66 controles, encontró que el antecedente de tres o más abortos provocados contribuyó al incremento del embarazo ectópico de forma significativa, con 26 pacientes correspondiente a 39.4% en el grupo de casos contra 12 pacientes, es decir 18.2 %, en el grupo control, mostrando un *OR* de 2,93 e *IC:95%* de 1.24 – 7.13; $p=0,0071$. También hubo diferencia significativa en las medidas descriptivas del número de abortos provocados previos entre ambos grupos, con 2 ± 1.4 abortos en las pacientes del grupo de estudio y 1 ± 1.2 abortos en las del grupo control (26)

En el trabajo de casos y controles realizado por Bhavna y cols. En la India, en un período de un año en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Estatal de Kamla Nehru para la madre y el niño, Indira Gandhi Medical College, a partir de marzo de 2011 a febrero de 2012. Encontraron 110 casos diagnosticados de EE. La incidencia global de EE fue de 18,62 por cada 1.000 partos en el presente estudio con una edad media 28,72 años. El número máximo de casos eran multíparas (80,90%). La mayoría de los factores de riesgo comunes fueron la infertilidad (23.60%), PID (22.70%), laparotomía anterior (22,72%), la ligadura de trompas (10%) y antecedentes de EE (10%) en el presente estudio. Se observó que 38 (34,54%) casos tenían antecedentes de aborto previo en el grupo de estudio y 20 (18,18%) casos en el grupo de control. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,005$). Valor de la prueba chi es de 3.03, $P 0,005$, *OR* 2.37. (27)

En un estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles. Publicado en el 2013 y llevado a cabo en Pakistan por Gynae B Ward en 225 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en el hospital docente de Abbottabad, a partir de enero 2003 a diciembre 2012. Se estableció una frecuencia de 1,01%. Siendo el principal factor predisponente para el embarazo ectópico la enfermedad pélvica inflamatoria (43,13%), mientras que 37,64% tenían abortos anteriores. La mayoría de los pacientes, 222 (82.73%) estaban en el grupo de edad de 21-30 años. (28)

1.2. Identificación del problema

La práctica de legrado continúa siendo un fenómeno presente en la sociedad y el Hospital Belén de Trujillo no escapa a esta realidad. Además de lo anterior, se identifican también la aparición de casos de embarazo ectópico, de ahí la necesidad de estudiar estas variables en nuestro lugar de estudio, el cual es una institución catalogada como Hospital Público Grado IV con internamiento y perteneciente a la red del Ministerio de Salud (MINSA) localizado en el centro de la ciudad de Trujillo, departamento de La Libertad, siendo un hospital de atención general. Esta institución cuenta con diferentes servicios y departamentos, dentro de ellos el departamento de Ginecología y Obstetricia, el cual constituye nuestro punto de interés específico.

El proyecto se realizó específicamente en dicha área, donde se reportan hasta el mes de diciembre del año pasado 151 casos de embarazo ectópico, mismos que han sido contabilizados del año 2009, aspecto que, como ya sabemos, se vincula con cifras de morbilidad materna.

1.3. Justificación:

Esta investigación es conveniente porque primeramente ayuda a establecer la asociación propuesta entre el antecedente de legrado intrauterino y el embarazo ectópico. Confirmar o no este dato podría vincularse con mejores estrategias a futuro, con el fin de lograr que tanto el médico de atención primaria de salud como el especialista puedan contribuir a disminuir las cifras de una eventualidad que constituye un riesgo materno considerable.

Adicionalmente la investigación tiene relevancia social debido a que nuestros resultados, en el caso de verificación de la asociación entre legrado intrauterino y embarazo ectópico,

pueden impactar de manera importante al lograr una mejor conducta preventiva, lo cual trascenderá en la salud de la población en etapa reproductiva.

Nuestro trabajo tiene valor teórico debido a que nos permite incrementar los conocimientos adquiridos dentro de nuestra formación universitaria. El antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectópico causa controversia ya que la literatura revisada no lo considera un factor de riesgo para embarazo ectópico, sin embargo algunos trabajos en sus resultados lo muestran como un hallazgo importante en frecuencia. Por ello, este trabajo permite aclarar la duda que genera la revisión de la literatura. Al mismo tiempo, a nivel profesional, ya que el embarazo ectópico es una eventualidad de aparición relativamente común, su sospecha precoz por el médico de atención primaria y el ginecólogo es trascendental y nuestros resultados podrían mejorar el conocimiento sobre la aparición de este fenómeno.

1.4. Problema:

¿Es el antecedente de legrado intrauterino un factor asociado a embarazo ectópico?

1.5. Hipótesis:

H₀: El antecedente de legrado intrauterino no es un factor asociado a embarazo ectópico.

H_a: El antecedente de legrado intrauterino es un factor asociado a embarazo ectópico.

1.6. Objetivos:

1.6.1. Objetivo General:

Demostrar al antecedente de legrado intrauterino como un factor asociado a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2009-2015.

1.6.2. Objetivos Específicos

- Estimar la frecuencia de embarazo ectópico.
- Identificar la frecuencia de legrado intrauterino.
- Determinar la localización del embarazo ectópico en pacientes con antecedente de legrado intrauterino
- Identificar la edad de las pacientes en estudio.
- Identificar la edad en que las pacientes iniciaron sus relaciones sexuales.
- Establecer el antecedente de uso de métodos anticonceptivos.
- Establecer el antecedente de gestas en pacientes en estudio.

II.-MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Material:

Población diana:

Pacientes gestantes que acudieron a la atención hospitalaria.

Población de estudio:

Pacientes gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2009-2015.

Criterios de inclusión para casos:

Pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico cuyas historias clínicas de fueron registradas y pertenecían al periodo 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2015. Historias clínicas completas.

Criterios de inclusión para controles:

Pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico con historias clínicas registradas y pertenecientes al periodo 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2015. Historias clínicas completas.

Criterios de exclusión para casos y controles:

Historias clínicas mutiladas o deterioradas, no ubicables, con datos incompletos; que pertenezcan a pacientes referidos de otro hospital o centro de salud o similar. Historias clínicas de pacientes con antecedente de tabaquismo, endometriosis, cirugía obstétrica y/o abdominal, con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.

2.2. Muestra:

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico, de tipo aleatorio simple.

UNIDAD DE ANALISIS: Historia clínica de paciente gestante del Hospital Belén de Trujillo.

UNIDAD DE MUESTREO: Relación de historias clínicas de pacientes gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

TAMAÑO MUESTRAL: Para su determinación se utilizó fórmula para casos y controles: (29)

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Desarrollo:

$$P1 = 0.506 = 0.51 \quad (13)$$

$$P2 = 0.195 = 0.19 \quad (13)$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2} = \frac{0.51 + 0.19}{2} = 0.35$$

$$\frac{\left[(1.96) \sqrt{(2+1)(0.35)(1-0.35)} + (0.84) \sqrt{2(0.51)(1-0.51) + 0.19(1-0.19)} \right]^2}{2(0.19 - 0.51)^2}$$

$$\frac{\left[(1.96) \sqrt{(3)(0.35)(0.65)} + (0.84) \sqrt{2(0.51)(0.49) + 0.19(0.81)} \right]^2}{2(-0.32)^2}$$

$$n = \frac{[(1.96)(0.83) + (0.84)(0.81)]^2}{2(-0.32)^2}$$

$$n = \frac{5.33}{0.20} \cong 26.65$$

$$n = 27.$$

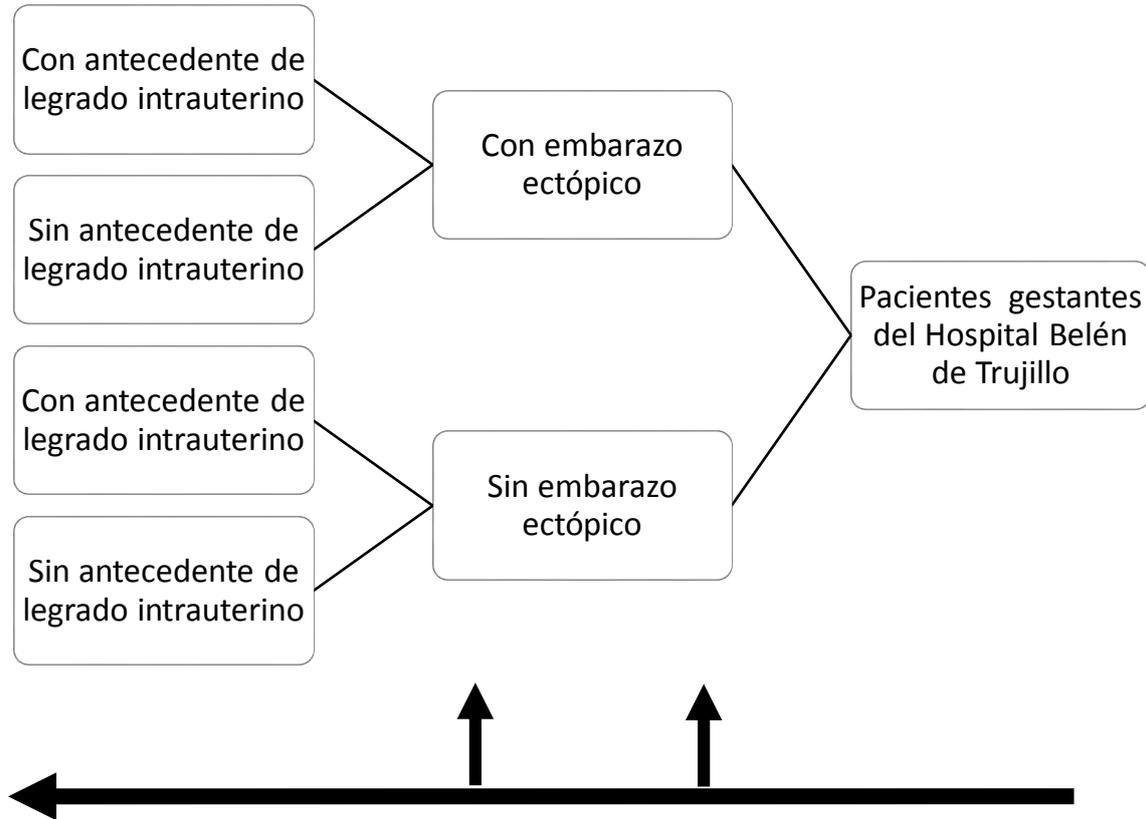
Se necesitaron 27 casos y 54 controles.

2.3. Diseño del estudio:

2.3.1. Tipo de estudio:

Estudio analítico, observacional, retrospectivo.

2.3.2. Diseño específico: Casos y controles



2.4. VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INDICE
(DEPENDIENTE) Embarazo ectópico	Cualitativa	Nominal	Registro de gestación extrauterina identificada en historia clínica	Sí No
(INDEPENDIENTE) Antecedente de legrado intrauterino	Cualitativa	Nominal	Registro de practica de evacuación del interior del útero identificada en historia clínica	Sí No

COVARIABLES				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Registro del tiempo de vida identificado en historia clínica	En años
Inicio de relaciones sexuales	Cuantitativa	Discreta	Registro de la edad en la que inició la vida sexual indicado en historia clínica	En años
Localización del embarazo ectópico	Cualitativa	Nominal	Registro de la ubicación de la gestación extrauterina identificada en historia clínica	Tubárica (ampular, ístmica, fímbrica, intersticial)/extratubárica (corteza ovárica, abdomen, cérvix)
Gestas	Cuantitativa	Discreta	Registro del número de gestaciones previas identificado en historia clínica	En números enteros
Método anticonceptivo	Cualitativa	Nominal	Registro de cualquier medio reconocido para evitar la concepción identificado en historia clínica	Sí No

2.5. Definición operacional de variables

Embarazo ectópico: Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal en pacientes del Hospital Belén de Trujillo indicado en la historia clínica (30)(31)(32)

Antecedente de legrado intrauterino: Historia de procedimiento que consiste en el raspado de la mucosa o membrana interior del útero (endometrio). Consiste en la extracción de tejido de la membrana interna del útero común instrumento en forma de cuchara, la legra en pacientes del Hospital Belén de Trujillo indicado en la historia clínica. (33)

Edad: Tiempo de vida de la paciente del Hospital Belén de Trujillo desde su nacimiento hasta el momento de la atención hospitalaria registrado en su historia clínica. (34)

Inicio de relaciones sexuales: Edad referida por la paciente del Hospital Belén de Trujillo que marcó el inicio de su vida sexual, registrado en historia clínica. (35)

Localización del embarazo ectópico: Ubicación específica del desarrollo del embarazo ectópico indicada en la historia clínica de las pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

Gestas: Número de veces que la paciente fue embarazada de acuerdo al reporte de la historia clínica de nuestro lugar de estudio.(36)

Método anticonceptivo: Antecedente de cualquier medio recomendado médicamente para evitar el embarazo indicado por la paciente del hospital estudiado y registrado en la historia clínica. (37)(38)

2.6 . Método:

Antes de iniciar la recolección de datos se gestionó la autorización respectiva a la dirección del Hospital Belén de Trujillo, para obtener el permiso de utilización de las historias clínicas de los pacientes (anexo 1), paralelamente se coordinó en el servicio de interés los horarios donde se podía hacer uso de dichas historias, mismas que se encontraban en el almacén del hospital, las que se analizaron para obtener los datos necesarios del estudio.

Obtenido el permiso y habiendo coordinado los aspectos anteriores se ubicaron las historias de interés y se aplicaron las técnicas de observación directa y revisión documental. Así, los datos fueron registrados en el instrumento de recolección de datos que fue una ficha elaborada por el investigador (anexo 2). Posterior a ello se entregaron dichas historias al mencionado servicio del nosocomio para su archivamiento.

Nuestro instrumento de recolección de datos constó de cuatro partes donde se consideraron datos generales del paciente, así como la variable dependiente e

independiente e información adicional de las covariables. En general, el tipo de pregunta u opción de respuesta fue abierto y cerrado.

Los datos obtenidos se vaciaron en un archivo Excel 2013 para su posterior análisis estadístico y con ello se generaron los resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

2.7 . Análisis e interpretación de la información:

Una vez recolectados los datos en nuestro instrumento de recolección se aplicó el programa estadístico SPSS v 23.0. Se utilizó una computadora con Windows 10. Los datos obtenidos desde las encuestas se analizaron en base a Estadística descriptiva y analítica.

2.7.1. Estadística descriptiva:

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva, haciendo uso del cálculo de frecuencias. Adicionalmente se aplicaron las medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión como la desviación estándar.

Las herramientas para la presentación final de los resultados también fueron parte de la estadística descriptiva, a base de representaciones tabulares y gráficas de pastel.

2.7.2. Estadística analítica:

La estadística inferencial se utilizó para establecer diferencias significativas, por lo que se propuso el uso de pruebas no paramétricas en base a *chi cuadrado*, estableciendo asociación significativa si p era menor a 0.5.

Estadígrafo:

Se hizo uso del *Odds Ratio* (OR).

2.8 Consideraciones éticas:

Aunque los principios éticos para investigación médica son propuestos en el caso de experimentos, nuestro trabajo, a pesar de no ser de este tipo, toma en cuenta y a pesar de las limitaciones del diseño, aquellos establecidos en la Declaración de Helsinki. El investigador estuvo comprometido en el mantenimiento de la confidencialidad de los datos recolectados durante el transcurso del estudio así como al final de éste, conservando de esta manera el anonimato de los pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas.

El presente proyecto no realizó ningún experimento en seres humanos, ni animales. Por lo tanto no se utilizó un consentimiento informado para realizarlo, ya que la investigación sólo se basó en observar y recolectar datos. (39)

Fue necesario contar con el permiso de la autoridad correspondiente donde se llevó a cabo el estudio para la consulta de las historias clínicas. Así también, el trabajo de investigación fue sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela profesional de medicina humana a la que pertenece el investigador.

Por otro lado, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 86 considera que atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de investigaciones médicas, por lo que fue otro de los aspectos a considerar por el investigador, limitándose a comunicar lo observado en los resultados sin ningún tipo de alteración o intención de obtener algún beneficio personal. (40)

III.- RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de 22687 historias clínicas de pacientes gestantes del Hospital Belén de Trujillo, pertenecientes al período 2009 - 2015. De éstas, 151 registraron embarazo ectópico y 20 de ellas estuvieron incompletas, por lo que de 131 disponibles se eligieron probabilísticamente los 27 casos. Adicionalmente, de las 131 historias, 41 presentaron el antecedente de legrado uterino. Por otro lado, de las restantes 22536 historias se seleccionaron, también probabilísticamente, los 54 controles.

La frecuencia de embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de Trujillo pertenecientes al periodo 2009-2015, se presenta a continuación en el Cuadro 01.

Cuadro 01:

FRECUENCIA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO

EMBARAZO ECTÓPICO	N° DE CASOS	FRECUENCIA
SÍ	151	0.67%
NO	22536	99.33%
TOTAL	22687	100.0%

Fuente: Archivo clínico del Hospital Belén de Trujillo. Periodo 2009 - 2015.

Durante el periodo del 1 de enero de 2009 a 31 de diciembre de 2015 la frecuencia total de casos de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestro lugar de estudio fue de 151 que equivale al 0.67% del total de gestantes o una prevalencia de 6.7 por cada 1000.

De acuerdo con los objetivos de nuestro trabajo, se precisó la frecuencia de legrado intrauterino en las pacientes con embarazo ectópico del Hospital Belén de Trujillo, la cual se presenta en el Cuadro 02.

Cuadro 02:

FRECUENCIA DE LEGRADO INTRAUTERINO EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO

LEGRADO INTRAUTERINO	N° DE CASOS	FRECUENCIA
SI	41	31.3%
NO	90	68.7%
TOTAL	131	100.0%

Fuente: Archivo clínico del Hospital Belén de Trujillo. Periodo 2009 - 2015.

Se observa que 31.3% del total de pacientes gestantes del hospital Belén con embarazo ectópico se sometieron a legrado intrauterino, mientras que el restante 68.7% no.

Establecida nuestra muestra en base a 81 pacientes, divididos en 27 casos con embarazo ectópico y 54 controles sin embarazo ectópico, identificamos sus características generales, que se presentan en el siguiente Cuadro 03:

CUADRO 03:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO

CARACTERÍSTICAS GENERALES	SIN EMBARAZO ECTÓPICO			CON EMBARAZO ECTÓPICO			Valor <i>p</i>	IC95%
	Media	Desviación estándar	Rango	Media	Desviación estándar	Rango		
Edad	25.01	±7.005	12-40	30.15	±7.945	17-48	0.0039	1.702-8.578
Inicio de relaciones sexuales	17.57	±2.559	12-25	16.41	±1.500	14-19	0.0123	0.259-2.061
Gestas	2.17	±1.424	1-7	2.63	±1.275	1-5	0.1603	-0.186-1.106
Método anticonceptivo	Nº de casos Porcentaje		Nº de casos Porcentaje					
	7 12.96%		4 14.81%					

Fuente: Archivo clínico del Hospital Belén de Trujillo. Periodo 2009 - 2015.

Los resultados permiten apreciar que la edad promedio de las gestantes con embarazo ectópico fue mayor a la de gestantes que no lo presentaron y la diferencia fue significativa. La edad de inicio de relaciones sexuales también lo fue por aproximadamente un año sin significancia estadística y, el número de gestas, fue similar en ambos grupos. La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos fue ligeramente mayor en el grupo de casos

En el siguiente Cuadro 04 se presenta la asociación del antecedente de legrado intrauterino según aparición de embarazo ectópico en las gestantes, de acuerdo a nuestra muestra calculada:

Cuadro 04:

ANTECEDENTE DE LEGRADO INTRAUTERINO EN ASOCIACION CON EMBARAZO ECTÓPICO

ANTECEDENTE DE LEGRADO INTRAUTERINO	EMBARAZO ECTÓPICO	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	17	6
NO	10	48
TOTAL	27	54

$Chi^2 = 23.80$

$p = 0.0000$

$OR = 13.6$

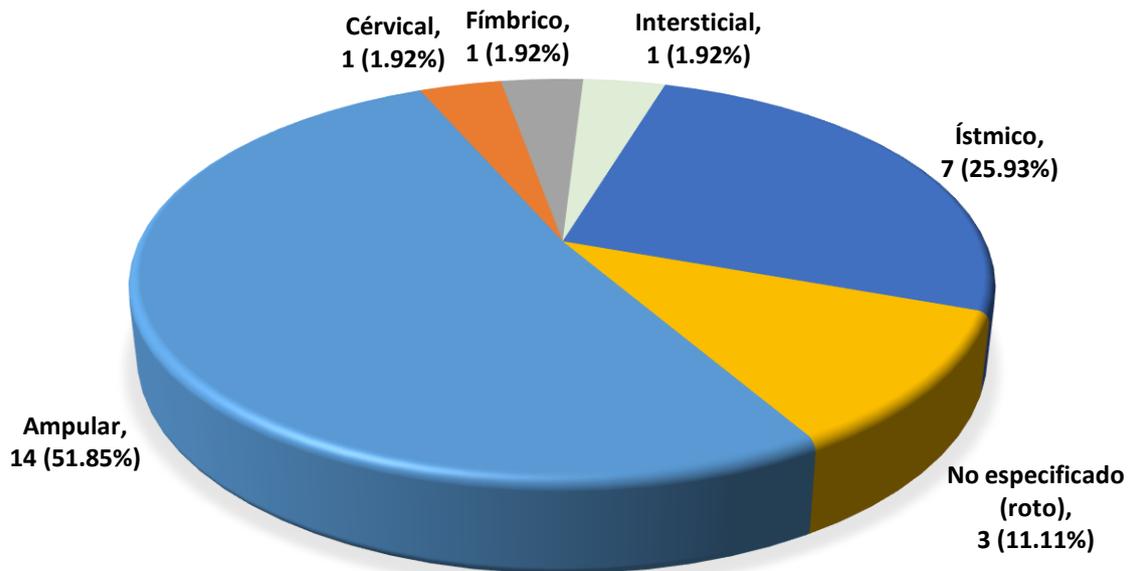
$IC (95.0\%) = 4.291 - 43.098$

Fuente: Archivo clínico del Hospital Belén de Trujillo. Periodo 2009 - 2015.

Se puede apreciar asociación altamente significativa entre el antecedente de legrado intrauterino y la presencia de embarazo ectópico.

El Gráfico 01 muestra el establecimiento de la localización del embarazo ectópico en casos de legrado intrauterino.

GRÁFICO N° 1. LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE LEGRADO INTRAUTERINO



Fuente: Archivo clínico del Hospital Belén de Trujillo. Periodo 2009 - 2015.

Observamos que, en el grupo de casos, las pacientes con localización ampular fueron las más numerosas, seguidas de las ístmicas.

IV. DISCUSIÓN

Nuestra investigación estableció al antecedente de legrado intrauterino como un factor asociado a embarazo ectópico en gestantes del Hospital Belén de Trujillo. Se debe precisar que, para alcanzar el objetivo, fue necesario obtener información a base de revisión de historias clínicas de 22687 pacientes gestantes que se presentaron en el periodo 2009 a 2015, registradas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, lo cual nos permitió la identificación de 151 pacientes con embarazo ectópico. Sin embargo, al momento de su localización, en 20 de ellas no se logró dicho propósito ya que no cumplían con los criterios de inclusión, por lo que finalmente tuvimos 131 historias potenciales para elegir al grupo de casos, que finalmente se reflejó en 27 historias investigadas de acuerdo con el tamaño muestral calculado. Por otro lado, la elección de los controles, es decir pacientes sin embarazo ectópico, se llevó a cabo en las restantes 22536 lo cual no presentó inconvenientes debido al número considerable de historias disponibles y permitió seleccionar aleatoriamente a 54 de éstas.

Con los datos previamente mencionados se pudo establecer la frecuencia de embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de Trujillo pertenecientes al periodo 2009-2015. Así, el Cuadro 01 nos permitió apreciar el 0.67% o 6.7 por cada mil correspondiente a dicha condición dentro de las 22687 gestantes que acudieron al hospital, lo cual se traduce también en 1 caso cada 150 gestaciones aproximadamente, cifra muy cercana a lo observado en el texto de Pacheco (2) publicado en 2014, sobre algunos hospitales en el Perú. Este autor menciona 1 caso de embarazo ectópico por cada 156 embarazos normales en el Hospital María Auxiliadora y por cada 129 en el Hospital Cayetano Heredia. Al mismo tiempo, no deja de preocupar que en otras instituciones como el Hospital Rebagliati de la seguridad social la frecuencia sea menor, al presentarse en cada 553 embarazos y mucho más en relación al Hospital San Bartolomé, donde se reporta uno en cada 767. También nuestro resultado puede ser comparado con el establecido por Coloma (16) en 2012 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, quien señaló una incidencia de 3.5 embarazos ectópicos por cada mil embarazos normales, cifra inferior a la nuestra aunque debemos especificar que dicho autor solo consideró casos nuevos a diferencia de nuestro estudio.

En el Cuadro 02 precisamos la frecuencia de legrado intrauterino en las pacientes con embarazo ectópico del Hospital Belén de Trujillo para el periodo correspondiente al 1 de

enero de 2009 al 31 de diciembre de 2015, mostrando un 31.3%. Debemos indicar que este objetivo fue calculado en base al total de pacientes con embarazo ectópico disponibles al momento de la ejecución de nuestro proyecto de investigación que, como se mencionó previamente, no permitió contar con 20 historias de pacientes adicionales, de ahí que nuestra cifra obtenida fuera a base de 131 embarazos ectópicos y no de 151. El resultado obtenido no deja de ser importante tomando en cuenta que la gran mayoría de historias clínicas con esta eventualidad fueron revisadas, además de mantener la óptica que la práctica de legrado intrauterino puede producir cambios inflamatorios locales, ya sea por la acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, según lo que plantea Rodríguez y col. (10) Adicionalmente podemos mencionar que nuestra cifra no estuvo tan distante de la reportado por López y cols. (24) en un estudio cubano del 2012 quien identificó que el 36.4% de pacientes presentaron aborto inducido, que podemos vincular a la práctica de legrado. Por Bhavna y cols. (27) en un estudio Hindú quien identifico que el 34.5% presentaron antecedente de aborto previo (LEI). Y por Gynae B y cols. (28) en un estudio pakistaní del 2013 quien identifico que el 37,6% tenían abortos anteriores (LIU).

En el Cuadro 03 se consideró apropiado conocer las características generales de las gestantes atendidas en nuestro lugar del estudio. Debemos indicar que los datos obtenidos se calcularon en base al establecimiento previo de los casos y los controles, que totalizaron 81 pacientes. De acuerdo a esta división observamos que los casos presentaron un promedio de edad superior al de los controles, es decir 25.01 ± 7.005 frente a 30.15 ± 7.945 respectivamente. Llama la atención que se hayan reportado pacientes de 12, 15 y 16 años en el grupo de controles, es decir sin embarazo ectópico y que en el grupo de casos la edad mínima fue de 17 años, aunque para el primer grupo dichas edades solo agruparon a cuatro pacientes y en el segundo un caso. Por otro lado, si bien es cierto que la paciente con mayor edad tuvo 48 años en el grupo de embarazo ectópico, solo se trató también de un caso. En el caso del grupo de controles la paciente con mayor edad alcanzó los 40 años. Nuestros resultados muestran un promedio de edad que coinciden con respecto al reportado por Yglesias (3) en 2011 en un estudio en el Hospital Daniel Alcides Carrión, que estableció una edad de 28.6 ± 6.5 años y a lo reportado por Bhavna (28) en 2014 en un estudio en el Hospital Estatal de Kamla Nehru para la madre y el niño, que estableció una edad media de 28,72 años.

En cuanto al inicio de relaciones sexuales, si bien es cierto que el grupo de casos presentó una media de edad menor, su diferencia con el grupo de controles fue de alrededor de un año, siendo ambas edades no recomendables para la gestación aunque la desviación estándar discute en parte esta observación, siendo éstas de 16.41 ± 1.5 y 17.57 ± 2.559 para casos y controles respectivamente. En el grupo de casos, seis pacientes reportaron un inicio entre los 14 y 15 años y si tomamos en cuenta que dicho grupo consistió en 27 pacientes, el rango de edad indicado correspondería a alrededor de 22%. Nuestro resultado coincide con lo encontrado por Yglesias (3), al indicar que el 24.6% de las pacientes tuvo su primera relación sexual a los 15 años o menos.

En cuanto al número de gestas podemos observar que ambos grupos estuvieron alrededor de dos, con 2.63 ± 1.275 y rango de 1-5 frente a 2.17 ± 1.424 y rango de 1-7 para casos y controles, respectivamente. Llamó la atención que dos pacientes presentaron 7 gestaciones en el grupo de controles, mientras que en el grupo de casos solo una registró el antecedente de 5 gestaciones. En general, catorce pacientes del grupo de casos registraron tres o más gestaciones, es decir alrededor del 52% de ellas, dato parecido al encontrado en la investigación de Coloma (16), donde el 55.2% de pacientes con embarazo ectópico eran multigestas.

Debemos considerar también la identificación del antecedente de uso de métodos anticonceptivos, con 14.81 y 12.96% para casos y controles respectivamente, cifras bajas a nuestro entender, por lo que tomando en cuenta que un porcentaje importante de mujeres inician relaciones sexuales a temprana edad debería favorecerse su utilización. Nuevamente podemos mencionar el trabajo de Yglesias (3), al indicar que el 40.2% de las pacientes empleaba al menos un método anticonceptivo, resultado que dista considerablemente del nuestro.

En el Cuadro 04 se estableció la asociación entre el antecedente de legrado y embarazo ectópico, aspecto fundamental de nuestra investigación. Dentro de los casos de embarazo ectópico, 17 de 27 registraron antecedente de legrado intrauterino, lo que da una frecuencia de 62.96%, mientras que 6 de 54 pacientes sin embarazo ectópico mostraron antecedente de legrado intrauterino, es decir 11.1%. Nuestros datos permitieron obtener un *OR* de 13.6 que junto al valor de *p* confirmaron asociación altamente significativa, la cual también estuvo corroborada por el *IC al 95%* de 4.291- 43.098.

Dentro de nuestra literatura documentada no hay reportes de trabajos que muestren resultados de la asociación con embarazo ectópico bajo el término de legrado intrauterino propiamente dicho, por lo que revisamos el término de aborto provocado o inducido, el cual mostró frecuencias como la reportada por Rodríguez y col. (10) donde en su muestra de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica, el aborto provocado reportó el mayor número de casos con 35,7% aunque este dato fue únicamente descriptivo. El estudio de Coloma (16), citado también previamente, estableció como antecedente de embarazo ectópico al antecedente de aborto, sin especificar si fue inducido o provocado, documentándose en 50.6% de los casos contra un 19.5% de los controles y un OR de 4.21 con IC al 95% de 2.14-8.29, estableciendo diferencia estadística significativa, que guarda relación con nuestros datos aunque tomando en consideración que no especifica el tipo de aborto. También podríamos tomar en cuenta el trabajo de caso y controles llevado a cabo en Cuba por Hernández y cols., publicado en 2013 sobre factores de riesgo para embarazo ectópico en 66 casos y 66 controles, quien encontró que el antecedente de tres o más abortos provocados contribuyó al incremento del embarazo ectópico de forma significativa, con 26 pacientes correspondiente a 39.4% en el grupo de casos contra 12 pacientes, es decir 18.2 %, en el grupo control, mostrando diferencia significativa, aunque en nuestro caso sólo nos limitamos a establecer el antecedente de legrado más no el número de ellos . Un estudio analítico de casos y controles realizado en Pakistán por Gyna B y cols, (27), donde en su muestra con 110 pacientes con embarazo ectópico, reportó el antecedente de aborto (LIU) en 38 pacientes que corresponde 34.54% de casos y contra 20 pacientes, es decir 18.18% controles con un OR 2.87 y $p= 0.005$ y recordando nuevamente que nuestra variable propiamente dicha no fue citada en alguno de los estudios que conforman esta parte de la discusión. (17)

Finalmente, el Gráfico 01 permitió mostrar la localización del embarazo ectópico en casos de legrado intrauterino, como un objetivo adicional a nuestra investigación. Al respecto, la mayoría de casos, es decir 51.85% fueron ampulares, seguidos de los ístmicos en 25.93% y otras localizaciones en mucho menor frecuencia. Cabe aclarar que en la documentación de la historia todos los pacientes del grupo de casos mostraban el diagnóstico confirmado de embarazo ectópico sin embargo tres de ellos, que representaron el 11.11% no indicaron la localización específica, encontrándonos con el término de embarazo ectópico roto. Se conoce que al ingresar pacientes por emergencia

que demandan prontitud en la atención dicha situación dificulta la especificación de la localización, lo que podría explicar lo observado en nuestros resultados. Llama la atención también el reporte de un caso de localización cervical, al ser considerado raro. La tesis publicada por Mercado (4) en Perú sobre factores de riesgo asociados a embarazo ectópico encontró que el 57,5% fueron tubáricos y 42,5% ováricos y, como ya sabemos, los ampulares y los ístmicos corresponden a localización tubárica según la revisión de la literatura (6), siendo los ampulares hasta del 70% e ístmicos 12%, por lo que nuestro resultado guarda relación con lo documentado previamente en nuestras fuentes de información.

V. CONCLUSIONES

1. El antecedente de legrado intrauterino es un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico. Se obtuvo un *OR* de 13.6
2. La frecuencia total de casos de embarazo ectópico fue de 0.67% o 6.7 por cada 1000.
3. La localización del embarazo ectópico más frecuente es el tubarico, obteniendo el ampular 51.85%, seguido del ístmicos en 25.93%.
4. De las 27 pacientes estudiadas con embarazo ectópico, el legrado intrauterino se documentó en 31.3%.
5. El promedio de edad del grupo de casos fue mayor en 5 años que el número de controles, 30.15 ± 7.945 frente a 25.01 ± 7.005 respectivamente.
6. El inicio de relaciones sexuales fue menor en 1 año en el número de casos, 16.41 ± 1.5 frente a 17.57 ± 2.559 .
7. El método anticonceptivo fue empleado con leve ventaja por el grupo de casos, 14.81% frente a 12.96%, ambos con baja frecuencia.
8. El promedio del número de gestas en ambos grupos giró en torno a 2, con leve ventaja para los casos, 2.63 ± 1.275 frente a 2.17 ± 1.424

VI. SUGERENCIAS

1. Se sugiere la aplicación de estrategias dirigidas a la población femenina en edad reproductiva encaminadas a la conducta sexual responsable que eviten embarazos a edades tempranas como punto preventivo al riesgo de exponerse a legrado intrauterino.
2. La necesidad de informar a la población sobre los probables riesgos de la práctica de legrado y las complicaciones a las que se exponen las pacientes podría evitar que recurran a éste cuando se trata de legrado obstétrico, al mismo tiempo favoreciendo medidas de anticoncepción seguras.
3. La posibilidad de su asociación con embarazo ectópico debe motivar a la generación de advertencia por parte del personal de salud hacia la población femenina, identificándolo como una causa importante de morbilidad materna y una verdadera emergencia médica.
4. Se sugiere también la realización de estudios analíticos más amplios, no solamente para abarcar una población mayor sino para favorecer la identificación de variables adicionales como el número de abortos previos en su probable asociación con embarazo ectópico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Luque P, Bergal-Mateo G y López-Olivares M. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Semergen 2014; 40(4):211-217.
2. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2012 Mar 29]; 36(1): 36-43. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000100006&lng=es.
3. Marrero E, Quinde T, Peraza C, Lugones M. Embarazo ectópico intersticial: A propósito de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2007 Dic [citado 2012 Abr 29] ; 33(3):. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2007000300005&lng=es.
4. Plaza T, Suero M, Montano J, Almora C. Diagnóstico ultrasonográfico del embarazo ectópico como urgencia ginecobstétrica. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2012 Abr 29] ; 15(3): 73-80. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942011000300008&lng=es.
5. Pacheco R. ginecología, obstetricia y reproducción, 2 edición, 2014; 1034
6. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Revista Peruana de Epidemiología 2011; 15(3): 1-6.
7. Nazario C, Ventura J, Flores É et al. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo: actualización. An. Fac. med. [online]. jul./set. 2011, vol.72, no.3 [citado 29 Abril 2012], p.211-215. Disponible en la World Wide Web: . ISSN 1025-5583.
8. Nazario C, Ventura J, Flores É et al. La importancia de la ecografía a las 11+0 a 13+6 semanas de embarazo: actualización. An. Fac. med. [online]. jul./set. 2011,

vol.72, no.3 [citado 29 Abril 2012], p.211-215. Disponible en la World Wide Web: . ISSN 1025-5583.

9. Ezcurra R., Lamberto N y Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. Anales Sis San Navarra [revista en la Internet]. [citado 2012 Abr 29]. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200006&lng=es.
10. Mercado W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013. [tesis de especialidad]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
11. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2011; 30(1)84-99
12. Céspedes A. Embarazo ectópico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica 2010; 48 (591) 65-68.
13. Altunaga, M. Manejo del embarazo ectópico; Medico cubana. Obstetricia y ginecología 2011 [citado el 12 de enero 2013] : 513-23
14. Moya, C. Comportamiento del embarazo ectópico; Medico cubana. Obstetricia y ginecología 2013;vol 39 no 3.
15. Ruiz, I. obstetricia integral siglo XXI. Cap 2, editorial Machill, Embarazo Ectópico 2013.
16. Durán C, Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. [tesis de especialidad]. Colombia. Universidad del Rosario-Hospital Universitario Mayor Mederi; 2014.
17. Caján F. Estudio comparativo del tratamiento quirúrgico laparoscópico del embarazo ectópico en relación al tratamiento convencional en el Hospital III ESSALUD Puno de enero del 2001 a diciembre del 2011. [tesis de pregrado]. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.

18. Molina A. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(9):539-48.
19. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010; 36(1) 36-43.
20. Castillo-Luna R, Zea-Prado F, Torres-Valdez E. Pinzamiento de arterias uterinas por vía vaginal previo a legrado cervical en embarazo ectópico cervical: reporte de tres casos y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83:648-655.
21. León W, González-Andrade F, Yépez E, Aguinaga G, Jijón-Letort A, Raza X. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. *Guía de Práctica Clínica (GPC). Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. 2013.
22. Alarcón M. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. *Médicas UIS* 2007; 20: 151-156.
23. Cabrera I, Perales I, Romero G. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de los Ángeles. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(2): 96 – 100.
24. López S, Pila R, Páez H. Pérez I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. Ectopic pregnancy, its behavior in the years 2000-2010. *MEDICIEGO* 2012; 18(2):1-7.
25. Coloma C. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011. [tesis de pregrado]. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna; 2012.
26. Hernández J, Valdés M, Torres A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur* 2013; 11 (6): 647-655.

27. Bhavna , Gupta k., Pathania k., Jindal M. Los factores de riesgo para el embarazo ectópico: un estudio caso control en el centro del cuidado terciario. Risk Factors For Ectopic Pregnancy : A Case Control Study In Tertiary Care Centre. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861. Volume 13, Issue 3 Ver. IV. (Mar. 2014), PP 23-27
28. Khan B, Deeba F, Khan W. A 10 Year Review of 255 cases of Ectopic Pregnancy. J Androl Gynaecol. 2013;1(2): 4.
29. Pértegas S, Pita S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 148-150.
30. Céspedes A. Embarazo ectopico. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica Ginecol [revista en la internet]. 2010 [citado 2012 Abr. 04]; (591) 65-68. Disponible en URL: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/art11.pdf>
31. Aguilar M, Vázquez Y , Areces G, De la Fuente M y Tamayo T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Abr 29] ; 38(1): 80- 85. Disponible en URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000100009&lng=es)
32. Pérez Salazar JL. Consideraciones sobre algunos aspectos del embarazo ectópico. Ginecol Obstet Mex 2011;79:389- 401.
33. Cahuana P. Diagnostico y Tratamiento del aborto espontaneo, diferido y recurrente. Ministerio de salud de Colombia 2012.
34. Gutierrez, C. Epidemiologia; Definición operacional de variables. Instituto nacional Daniel Alcides Carrión.
35. Pernalet M. Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años. [Tesis de Pregrado] Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Julio 2012. Colombia.

36. Schwarcz, R. Obstetricia. 6 edición, editorial Ateneo 2005, pag 564
37. Organización mundial de la salud. Planificación Familiar, nota descriptiva N 351, Mayo 2015. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
38. Perez, E. Métodos anticonceptivos (Bases fisiológicas-manejo clínico); 2008, editorial MccHil, 1ra edición.
39. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para la Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. acta bioeth. [online]. 2000, vol.6, n.2[citado 2016-01-29]
Disponible en URL: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
40. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [citado 28 Ene 2016]
Disponible en: URL: http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cmp.org.pe%2Fdoc_norm%2Fcodigo_etica_cmp.pdf&ei=NXe0VPTyF8yzggSeuIPACA&usg=AFQjCNGfOfjDSFeCtxVq2BIPHBVIVEjRvA

ANEXO N°1

Asunto: SOLICITO PERMISO PARA ACCEDER A HISTORIAS CLÍNICAS

Señor Dr.

Dr: Ytalo Lino González

Director del Hospital Belén Trujillo

Josías Alcides Bejarano Fernández, alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, identificado con ID: 000090365 y DNI 46083350 con el debido respeto me presento a usted y expongo lo siguiente:

Que, teniendo la necesidad de llevar a cabo mi tesis profesional titulada “ANTECEDENTE DE LEGRADO ASOCIADO A EMBARAZO ECTÓPICO”, como requisito indispensable para mi titulación y donde se eligió como población a las pacientes que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, acudo a su digno despacho a fin de que se me brinde el permiso correspondiente para revisar las historias clínicas de los pacientes en mención.

Por lo expuesto es de justicia que espero alcanzar.

Trujillo, 29 de enero del 2016

.....
Josías Alcides Bejarano Fernández

ID: 000090365

DNI: 46083350

Adjunto: copia del trabajo de investigación

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

- N° de ficha:
- N° de historia clínica:.....
- Iniciales
- Edad (en años):

II. DATOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO (VARIABLE DEPENDIENTE)

- SI ()
- NO ()

III. ANTECEDENTE DE LEGRADO (VARIABLE INDEPENDIENTE):

- SI ()
- NO ()

IV. DATOS COMPLEMENTARIOS (CO-VARIABLES):

- LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO:
 - TUBARICO ()
 - Ampular ()
 - Istmica ()
 - Fimbrica ()
 - Intersticial ()
 - EXTRATUBARICO ()
 - Corteza ovárica ()
 - Abdomen ()
 - Cérvix ()
 - NO ESPECIFICADO ()
- ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA:
 - SI ()
 - NO ()
- INICIO DE RELACION SEXUALES:
- GESTAS:
- METODO ANTICONCEPTIVO: