

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



---

**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**

---

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO  
CIRUJANO**

**AUTOR:**

**GERARDO MARTÍN REQUENA FRÍAS**

**ASESOR:**

**DR. ORLANDO SALAZAR CRUZADO**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2014**

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

POR:

**Gerardo Martín Requena Frías**

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. URTEAGA VARGAS, PATRICIA  
**VOCAL**

**ASESOR:**

**Dr. SALAZAR CRUZADO, ORLANDO**

## Dedicatoria

A mis abuelos:

Por ser mis protectores, mis guías, mi ejemplo,  
continúan siéndolo aunque no estén conmigo.

A mi madre:

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

A mi padre:

La persona más brillante que he conocido en mi vida,  
por tus consejos, tu amistad, tu ejemplo.

A mi hermana:

Mi amiga, mi compañera de toda la vida, gracias por estar  
siempre ahí.

Este logro es para ustedes, todo lo que soy es por ustedes, mi eterno agradecimiento y la promesa que  
nunca los defraudare

## Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento a la Escuela de  
Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego

por permitirme realizar mi sueño, a su plana  
docente, por sus grandes enseñanzas y amistad.

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.

A mi asesor y a las personas que hicieron posible que  
este trabajo viera la luz.

A los pacientes de los distintos hospitales donde pude estar  
presente, mi eterno agradecimiento por su paciencia y  
confianza, nada de esto hubiera sido posible sin ustedes

## **TABLA DE CONTENIDOS**

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN .....7

ABSTRACT .....8

INTRODUCCIÓN .....9

MATERIAL Y MÉTODOS .....22

RESULTADOS .....	29
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES .....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
ANEXOS .....	42

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período 2004 - 2010.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, evaluándose 189 gestantes, distribuidas en dos grupos, casos (63 gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico) y controles (126 gestantes con embarazo normal).

**Resultados:** En relación a la edad de las pacientes, 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 el grupo de casos fue 42,86% y en el grupo de los controles el promedio fue 38,89% ( $p > 0,05$ ). En lo que respecta al antecedente de cirugía tubárica, esta estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ( $p < 0,01$ ). En lo que respecta al

antecedente de uso de DIU, esta estuvo presente en los casos en 28,57% y en los controles en 15,87% ( $p < 0,05$ ). En lo que respecta al 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% ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El antecedente de cirugía tubárica, de uso de dispositivo intrauterino y de embarazo ectópico constituyeron factores de riesgo para embarazo ectópico.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in patients treated at the gynecology service of Regional Hospital of Trujillo in the period 2004-2010.

**Methods:** We conducted a case-control study, evaluated 189 pregnant women, divided into two groups, cases (63 pregnant women diagnosed with ectopic pregnancy) and controls (126 pregnant women with normal pregnancy).

**Results:** In relation to the age of patients, the case group had an average of  $29.41 \pm 7.14$  and in the group of controls was  $27.59 \pm$  average 7.92 years of age ( $p < 0, 05$ ). With respect to early onset of sexual intercourse, the average in the case group was 42.86 % and in the group of controls, the average was 38.89 % ( $p > 0.05$ ). With respect to the

history of tubaric surgery, this was present in cases 17.46% and 3.97% in controls ( $p < 0.01$ ). With respect to the history of using the IUD this was present in cases 28.57% and 15.87% in controls ( $p < 0.05$ ). With respect to the background of EPI, this was present in cases 11.11% and 6.35% controls ( $p > 0.05$ ). With respect to the history of ectopic pregnancy, this was present in 9.52% of cases and controls by 2.38 % ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** A history of tubal surgery, IUD use and ectopic pregnancy were risk factors for ectopic pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es la implantación y desarrollo del saco gestacional fuera de la cavidad uterina (a nivel del orificio cervical interno (OCI) o por debajo del mismo). Si bien el EE se conoce desde el siglo XVII, su frecuencia se incrementó en la última década debido a los diferentes factores de riesgo que posteriormente se irán mencionando.<sup>1, 19</sup>

La incidencia en los Estados Unidos ha ido en aumento durante las últimas décadas hasta un estimado de 19,7 casos por cada 1000 embarazos. Debido al riesgo de muerte que representa esta enfermedad es que se hace importante el adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno. El EE constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %), provocando un sangramiento interno de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser percedero y limitar la vida reproductiva de esa mujer.<sup>1,5</sup>



La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado considerablemente, se estima un incremento de alrededor de seis veces en los últimos años, como consecuencia del incremento de casos de enfermedad inflamatoria pélvica, de la aplicación de técnicas de reproducción asistida, el uso de inductores de la ovulación, la cirugía tubaria, mayor uso de dispositivos intrauterinos, y el incremento del hábito de fumar, entre otras causas. Además, 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.<sup>10</sup>

Sin embargo; a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando, a nivel mundial, un problema en morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. En el Hospital Dr. Sótero del Río, de Santiago de Chile, en los últimos 3 años se ha presentado un promedio de 108 casos anuales. En los países desarrollados la incidencia aumentó tres a cuatro veces en los últimos 20 años.<sup>2</sup>

Todo embarazo en sus inicios se localiza fuera de la cavidad uterina, ya que la fecundación del óvulo se produce en el tercio externo de la trompa de Falopio, comenzando entonces la migración del mismo, hasta llegar a la cavidad uterina e implantarse. Recordemos que la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en que la implantación del huevo se produzca en un lugar impropio viéndose comprometido el desarrollo normal del embarazo y a su vez la vida de la paciente.<sup>3</sup>

El trofoblasto del EE, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo. Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues "la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio", pero muy pronto, ante una la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer.

Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubarios y ovulares que ocasionen: Retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo o anticipación de la capacidad de implantación del huevo.<sup>5</sup>

En relación con el factor tubario, los autores *Silva* y *Zenteno*, consideran que la causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio pélvico de tipo inespecífico, ya sea por infecciones de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como: apendicitis, actinomicosis, tuberculosis o peritonitis no ginecológica. En cualquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis con disminución de los cilios, que compromete toda la estructura de la trompa (generalmente bilateral), obstruyéndolas parcial o totalmente, con formación de adherencias a estructuras vecinas, cuya causa más frecuente y peligrosa, es la infección por *Chlamidia trachomatis*, transmitida sexualmente de forma asintomática en un 30 %.

3,5

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos post ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea. En relación con el factor ovular se cita el crecimiento demasiado rápido de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura prematura de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocisto, los fenómenos de transmigración interna uterina y externa abdominal, que necesitan mayor tiempo, por lo tanto el cigoto queda atrapado al llegar a esa trompa. También puede ocurrir la fecundación precoz del óvulo, antes de su llegada a la trompa.<sup>5</sup>

A pesar de todo ello, las causas de un embarazo ectópico siguen siendo un reto en el campo de la investigación científica. Como causa principal se invoca la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio, también por desequilibrios hormonales, aberraciones de la motilidad tubaria, obstrucción y estrechez de la luz de la

trompa y en casos muy raros puede originarlo la translocación del huevo. En Cuba el embarazo ectópico continúa aportando casos que aumentan las cifras de muerte materna, se reporta que en el período comprendido entre los años 1985 y 1991 del total de muertes maternas, el 33 % fue por hemorragia y el primer lugar lo ocupó el embarazo ectópico complicado representando el 37 % de este grupo. En el período del 1992 al 2001 embarazo ectópico fue el responsable del 11 % de las muertes maternas en el país y en los años del 2005 al 2007, el EE representó el 13,7 % de las muertes maternas.<sup>3,5</sup>

Entre los factores de riesgo descritos están la cirugía previa tubárica que incrementa el riesgo hasta en cinco veces. Cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica, el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%, hasta 10 veces más que en la población general. La cirugía pélvica o abdominal que no afecta a las trompas de Falopio, como cesárea, cirugía ovárica, apendicectomía (sin rotura) e interrupción programada de un embarazo, generalmente no aumenta el riesgo.<sup>3,4</sup>

El riesgo de embarazo ectópico se triplica como mínimo en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada. En la mayoría de los casos, la lesión tubárica es consecuencia de infecciones de transmisión sexual, entre las que la gonococia y las clamidias son las más frecuentes. Tras un episodio de infección tubárica, el riesgo de embarazo ectópico es de alrededor de 10% y aumenta de forma progresiva con cada infección posterior.<sup>1,4</sup>

El riesgo de embarazo ectópico se quintuplica aproximadamente en las mujeres con exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES). Las anomalías observadas son acortamiento y circunvolución de las trompas, constricción de las franjas y quistes paratubáricos, pero se desconoce si tales anomalías guardan relación directa con el mayor riesgo de embarazo ectópico. El riesgo de embarazo ectópico se duplica aproximadamente en las mujeres estériles. La asociación entre esterilidad e infección pélvica y enfermedad tubárica previa ofrece una explicación evidente. Los fármacos inductores de la ovulación involucran un mayor riesgo, aunque se desconoce si la

responsabilidad depende de factores tubáricos coexistentes no identificados o de las características endocrinas alteradas de los ciclos estimulados.<sup>4</sup>

La edad precoz en el momento del primer coito y el número de parejas sexuales durante toda la vida se asocian con riesgo ligeramente mayor de embarazo ectópico, debido a la mayor probabilidad de exposición a infecciones de transmisión sexual. Numerosos estudios han revelado asociación entre la ducha vaginal y el embarazo ectópico. El inicio de las relaciones sexuales tempranas expone a la mujer a una serie de afecciones dentro de las cuales se incluye el EE Al comenzar tempranamente la actividad sexual, las mujeres están expuestas precozmente y por más tiempo a afecciones producidas por gérmenes que se transmiten por el contacto sexual y que son los responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas con su consiguiente afección estructural a nivel de la anatomía y funcional de las trompas de Falopio.<sup>3,4</sup>

La incidencia del riesgo absoluto de embarazo ectópico se reduce con todos los métodos anticonceptivos. Los anticonceptivos orales se asocian con incidencia absoluta más baja de embarazo ectópico. Las tasas siguen siendo muy bajas, pero casi 60 veces mayores con la esterilización tubárica (0.32/1,000 mujeres/año) y 200 veces mayores con el dispositivo intrauterino (DIU). La mayor tasa de embarazos ectópicos asociadas a DIU sigue siendo menor de la mitad en comparación con las mujeres que no emplean anticoncepción.<sup>4</sup>

En el caso de los DIU, por tratarse de un cuerpo extraño colocado en la cavidad uterina se produce una reacción inflamatoria a nivel local en el endometrio, que puede propagarse al resto de los órganos genitales con el consiguiente cambio en la morfofisiología de los mismos, e inducir afecciones pelvianas; esta infección generalmente se propaga o asciende en el momento de la inserción del DIU y casi siempre hay asociada infecciones cervicovaginales o de transmisión sexual no diagnosticada. Además constituye un obstáculo que se opone al transporte del huevo y a la nidación en el útero sin impedir la ovulación y la fecundación, pudiendo conllevar a la nidación ectópica. La duración del DIU incrementa 2,6 veces más el riesgo de sufrir EE sobre todo cuando su uso es mayor de 2 años.<sup>3,4,5</sup>

Durante los últimos 25 años, la incidencia de embarazo ectópico se ha incrementado progresivamente, mientras la morbilidad y mortalidad asociada ha disminuido sustancialmente. Esto es debido principalmente al diagnóstico temprano y la evidencia a favor de manejos mínimamente invasivos (i.e. laparoscopia) o no invasivos (i.e. manejo expectante, manejo médico). La ecografía entre las 11+0 y 13+6 semanas nos permite confirmar la presencia del embarazo intrauterino o determinar su localización en caso de tratarse de un embarazo ectópico. Si bien la ecografía transvaginal convencional puede detectar confiablemente un embarazo viable intrauterino a las 6 y 7 semanas, no debe ser realizada en forma rutinaria para tamizar embarazo ectópico a esta edad gestacional, por el alto número de falsos positivos que requerirán después evaluaciones innecesarias y porque definitivamente no ha demostrado ser costo efectiva. Dado que la forma común de presentación de un embarazo ectópico es sangrado vaginal o dolor abdominal, la ecografía temprana solo debe ser realizada ante este escenario clínico o tras la identificación de otros factores de riesgo.<sup>13</sup>

A partir de su descripción, por primera vez, por *Albucasis*, en 1863; el EE es hoy un verdadero problema de salud, una emergencia médica cuyo diagnóstico posee una gran importancia por sus complicaciones, de hecho se le imputa del 5 al 12 % de las muertes maternas. Por otro lado es evidente su incremento en Cuba y a escala mundial. La secuencia diagnóstica para el EE está bien establecida, en primer lugar, se debe aclarar la existencia de un embarazo, después que éste no se encuentre en el útero y por último que se trate de un EE.<sup>14</sup>

Como ya se ha mencionado anteriormente dentro de la presentación clínica la historia típica incluye una mujer en edad reproductiva que consulta por dolor abdominal, sangrado vaginal y entre seis y siete semanas de amenorrea; aunque puede ocurrir más tarde. Puede presentarse desde asintomático hasta shock hipovolémico y muerte. Un EE debe ser sospechado en cualquier mujer en edad reproductiva con estos síntomas, especialmente con factores de riesgo, para poder tratar de forma menos agresiva (aproximadamente la mitad pasan desapercibidos en la primera visita)<sup>1,15</sup>

Un útero normal o ligeramente aumentado de tamaño, sangrado vaginal, dolor pélvico con la manipulación del cérvix y masa anexial palpable aumenta la probabilidad de un embarazo ectópico. El dolor abdominal importante sugiere ruptura del embarazo ectópico, especialmente en pacientes con hipotensión y que presentan defensa muscular y dolor de rebote. A pesar de la importancia que representa los datos clínicos a la hora de la valoración, esta no es diagnóstica debido a que muchas pacientes con embarazos ectópicos se presentan sin síntomas importantes como sangrado vaginal o masa en los anexos. Así es que, la probabilidad global de embarazo ectópico es de un 39% en una paciente con dolor abdominal y sangrado vaginal, pero sin factores de riesgo. La probabilidad de embarazo ectópico aumenta a 54% si la paciente presenta factores de riesgo.<sup>1</sup>

Gracias a las actuales técnicas ecográficas, el embarazo ectópico cervical se puede diagnosticar en las primeras etapas de su evolución al identificar un saco gestacional en el cuello uterino, y puede instaurarse un tratamiento conservador que permite preservar la fertilidad. Hace casi 2 décadas, el embarazo cervical a menudo se diagnosticaba erróneamente como un aborto incompleto y se trataba mediante dilatación y legrado, lo que después ocasionaba graves hemorragias. La histerectomía era el tratamiento de elección para salvar la vida a la paciente. Pero definitivamente en la actualidad, a menudo se utiliza el tratamiento conservador en este trastorno. Por ejemplo, methotrexate (MTX) y embolización de la arteria uterina, que dan como resultado la expulsión espontánea tardía del embarazo ectópico cervical.<sup>2,19</sup>

El ultrasonido vaginal y las determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica humana  $\beta$  ( $\beta$ -hCG) son actualmente, los métodos más usados para el diagnóstico de embarazo ectópico. Esta combinación brinda una sensibilidad de 96% y una especificidad de 97% para realizar el diagnóstico. Sin embargo se ha documentado la utilización de nuevos marcadores para la detección temprana que incluyen Progesterona, CA-125, Proteína A plasmática Asociada al Embarazo (PAPP-A), Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (VEGF) y la CreatinKinasa sérica. Es indudable la importancia de la detección de embarazo en la paciente con sangrado vaginal y dolor pélvico.<sup>1</sup>

El diagnóstico de EE no complicado está basado en la sospecha clínica, apoyado en la ultrasonografía transvaginal (USTV) y la cuantificación de los niveles plasmáticos de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG). El diagnóstico mediante USTV se realiza al visualizar un saco gestacional extrauterino que contenga el saco vitelino o al embrión, sin embargo, estos hallazgos solamente se presentan en una proporción menor de EE.<sup>5</sup> La tasa de muerte materna directa por EE en Cuba se eleva progresivamente en los últimos años, alcanzando en el año 2000, la cifra de 3,5 por 100 000 nacidos vivos y asciende en el 2003 a 5,8 por 100 000 nacidos vivos, según el anuario estadístico nacional.<sup>1,9</sup>

En el servicio de emergencias se logra por medio de la cuantificación urinaria o sérica de la  $\beta$ -hCG, sin embargo una sola medición de la concentración de  $\beta$ -hCG no puede determinar si el saco gestacional se encuentra en el útero o fuera de él. Se sospecha de un embarazo anormal cuando las cuantificaciones séricas de  $\beta$ -hCG caen o no aumentan adecuadamente. Aunque las mujeres con un embarazo ectópico tienden a tener menores niveles de  $\beta$ -hCG que los que tienen un embarazo intrauterino, existe un considerable solapamiento y por lo tanto su ausencia no puede excluir el diagnóstico. No existe una relación exacta entre la cuantificación de  $\beta$ -hCG y el riesgo de ruptura tubárica. En la práctica clínica, la progesterona no puede ser usado como una prueba de diagnóstico adicional, ya que una sola medición no puede discriminar entre embarazo normal y el embarazo ectópico.<sup>9</sup>

Aunque las concentraciones de PAPP-A, CreatinKinasa sérica, y CA 125 pueden ser de utilidad para el diagnóstico diferencial del embarazo ectópico, no representan métodos de elección. El VEGF es un marcador prometedor para el diagnóstico de embarazo ectópico. Algunos estudios han demostrado que la medición del VEGF, como un valor único o en combinación con otros marcadores, puede diferenciar de manera significativa entre el embarazo ectópico y el embarazo normal durante las primeras semanas de gestación. Con el creciente interés en el tratamiento conservador no quirúrgico del embarazo ectópico, la ecografía transvaginal puede tener un papel tanto en la selección

y el seguimiento de estas pacientes. El embarazo ectópico intersticial es uno de los casos más complicados para realizar el diagnóstico.<sup>1</sup>

## 1.2 Antecedentes

**Rodríguez Y et al, (Cuba; 2010)**<sup>3</sup> determinaron la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico, para lo cual realizaron un estudio clínico en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández". La muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica, encontrando una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %. Las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %. El grupo de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años y la enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos.

**Cabrera I et al (Chile 2010)**<sup>6</sup> se propuso conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con EE desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico y obstétrico, para lo cual realizaron un estudio observacional analítico. La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico consecutivo, obteniendo una muestra final de 70 pacientes. El promedio de edad materna fue 30,6 años; el 78,6% fueron multíparas y 90% no usaban ningún método anticonceptivo. El 85,7% no tuvieron antecedentes de cirugías previas y el 91,4% no presentó antecedentes mórbidos. El 5,7% tuvieron antecedentes de proceso inflamatorio pélvico, 18,5% tabaquismo, 12,9% abortos previos, 14,3% embarazo ectópico anterior. El manejo fue quirúrgico en 95,7%. El 78,6% presentó alguna complicación asociada, siendo la más frecuente el hematosalpinx.



**Faneite P et al, (Venezuela, 2008)** <sup>18</sup> se propusieron identificar aspectos de interés del embarazo ectópico, su frecuencia, características maternas, obstétricas, diagnóstico y tratamiento. El método utilizado en el estudio fue retrospectivo y descriptivo de 179 embarazos ectópicos; para el análisis de variables se incluyeron las historias clínicas respectivas. Los resultados fueron que la frecuencia media global en el período fue 7,77 por 1 000 embarazos, 1 embarazo ectópico por cada 128 embarazos. Fue predominante en el grupo etario de 20 a 29 años (54,69 %), gestaciones de II- V (75,52 %), edad de gestación 5-8 semanas (75,52 %). La clínica más llamativa fue dolor pelviano y amenorrea (47,48 %), amenorrea, dolor y sangrado genital (20,67 %). El diagnóstico de embarazo ectópico al ingreso se hizo en el 80,73 %, combinado a otra patología 15,08 %, no se sospechó en 4,17 %; los métodos diagnósticos importantes fueron la clínica (55,73 %) y ecografía (27,60 %). El embarazo estuvo roto en 79,33 %, localizado en las trompas 94,42 %, ovario 2,79 % y resuelto mediante salpingectomía 67,05 %; la morbilidad destacada fue la anemia 77,1 %, no hubo muerte materna, concluyendo que el embarazo ectópico mantuvo una incidencia elevada.

**García A et al, (Bolivia 2007)** <sup>7</sup> realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de pacientes con embarazo ectópico, confirmando su diagnóstico por clínica y exámenes complementarios. De las 102 pacientes (100%) afectadas, el grupo etario más comprometido estuvo entre los 20 - 29 años (56,4%), la paridad de las mismas correspondieron a primigestas y segundigestas 43 casos (42,15%). Los factores asociados a EE fueron cesáreas y abortos previos en 12,7% (13 casos), pacientes usuarias del D.I.U. (22 casos) (21,56%), las múltiples parejas sexuales (entre 2 y 3) 47 casos (46,04%) y los niveles de instrucción intermedia 45 (44,11%) presentaron mayor incidencia de embarazo ectópico. Todas las pacientes (100%) 102 casos fueron sometidas a una laparotomía, 77 casos resueltos por salpingectomía (75,49%), 5 casos (4,9%) salpingostomía, y otras variantes de la cirugía tubaria. Con estos resultados obtenidos, la incidencia de embarazo ectópico en nuestro Hospital fue del 0,52%.

**Luglio J et al, (Perú, 2005)** <sup>11</sup> se propusieron determinar las características clínicas y patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), para lo cual realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, incluyendo 203 casos de embarazo ectópico, encontrando una

frecuencia de 0,55%. El mayor porcentaje de pacientes presentó una edad entre 25 - 39 años (89,17%), menarquia entre 9 – 13 años (66,50%), edad gestacional entre 6 – 8sem (48,77%). Los factores asociados a EE fueron la cirugía abdominopélvica (50,24%), el método anticonceptivo más usado fue el DIU (22,16%). Se registraron 197 (97,04%) embarazos tubáricos: 47,72% ampulares, 29,44% ítmicos, 7,11% intersticiales, 4,06% fímbricos y en 11,67% casos no se precisó su localización. Se registraron 6 (2,96%) embarazos extratubáricos: 3 (1,48%) casos a nivel ovárico, 2 (0,99%) casos a nivel cervical y 1 (0,49%) caso abdominal. La frecuencia del embarazo ectópico fue 0,55%.

### **1.3 Limitación del estudio**

Dada la naturaleza del presente trabajo de ser realizado con historias clínicas no ha sido posible garantizar el pareamiento de la muestra.

#### **1.4. Justificación:**

A muchas mujeres así como a sus parejas les preocupa tener problemas durante el embarazo, el embarazo ectópico es uno de ellos, sobre todo si hay una demora en su oportuno diagnóstico y su adecuado manejo terapéutico, lo cual lo vuelve una amenaza inmediata a la vida de la mujer.

Si bien es cierto pocas mujeres conocen acerca del embarazo ectópico, la ignorancia con respecto a este tema puede ser peligrosa e incluso fatal; por esta razón todas las mujeres en edad fértil (especialmente cuando se esta tratando de quedar embarazada) deben estar familiarizadas con esta patología y ser conscientes de las señales de advertencia.

El embarazo ectópico continúa siendo una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad materna pues el número de casos ha aumentado de manera notable durante las últimas décadas según lo revisado en distintas bibliografías a pesar incluso de las mejoras y actualizaciones en su diagnóstico. Esta entidad permanece como la causa principal de mortalidad materna en los Estados Unidos y es la causa más frecuente de mortalidad materna en el primer trimestre.

Como sabemos la muerte materna es un indicador del desarrollo económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y sobre todo la respuesta del sistema de salud, es por esto que el embarazo ectópico al aumentar su incidencia y ser una entidad que pone en riesgo la vida de las mujeres, constituye un reto para el sistema de salud, de modo que este se perfeccione cada día más.

Es por lo expuesto que el presente trabajo permitirá establecer algunos factores de riesgo relativo estimado significativos, que revelan las características de la población susceptible de desarrollar dicha patología en nuestro país, ya que es en el nivel de atención primaria donde como personal de la salud debemos de enfocarnos más y de acuerdo a ello poder trabajar en la prevención de esta patología, pues la preocupación se centra en evitar las secuelas físicas y psicológicas en la mujer así como en los altos costos económicos que el EE representa para el sector salud.

### **1.5 Formulación del problema científico:**

¿Cuáles son los 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?

### **1.6 Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Establecer los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período 2004 - 2010.

#### **Objetivos Específicos:**

Identificar la edad que con más frecuencia presentó embarazo ectópico

Determinar si el antecedente de cirugía tubárica previa constituye factor de riesgo asociado a embarazo ectópico.

Determinar si el uso de dispositivos intrauterinos constituye factor de riesgo asociado a embarazo ectópico.

Determinar si la enfermedad pélvica inflamatoria constituye factor de riesgo asociado a embarazo ectópico.

Determinar si el inicio precoz de las relaciones sexuales constituye factor de riesgo asociado a embarazo ectópico.

Determinar si el antecedente de embarazo ectópico previo constituye factor de riesgo asociado a embarazo ectópico.

## **1.7 Hipótesis**

¿Son el uso de dispositivo intrauterino, el antecedente de cirugía tubárica previa, la enfermedad pélvica inflamatoria, el inicio precoz de las relaciones sexuales y el antecedente de embarazo ectópico previo factores de riesgo asociados al embarazo ectópico?

## **CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1 MATERIAL:**

#### **Población Universo:**

Pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2004 - 2010.

#### **Poblaciones de Estudio:**

Pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2004 – 2010 y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

#### **Criterios de Inclusión**

##### **Casos:**

1. Mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico ultrasonográfico.
2. Diagnóstico de embarazo ectópico confirmado durante la cirugía.
3. Historia clínica con datos completos

##### **Controles:**

Estuvo constituida por las gestantes que han cursado con un embarazo no ectópico y que han tenido su parto en el periodo de estudio comprendido entre Enero del 2004 a Diciembre del 2010 en el Servicio de en el Servicio de Ginecología del HRDT y que cuenten con los siguientes criterios:

1. Mujeres gestantes sin embarazo ectópico.
2. Mujeres gestantes sometidas a parto vaginal u operación cesárea.
3. Historia clínica con datos completos.

#### **Criterios de Exclusión**

1. Pacientes con historia clínica incompleta.

## 2.2. MUESTRA:

### Unidad de Análisis

Estará constituida por todas las mujeres gestantes que hayan tenido diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo de estudio comprendido entre Enero del 2004 a Diciembre del 2010 en el Servicio de Ginecología del HRDT.

### Unidad de Muestreo

Estará constituida por las historias clínicas de las pacientes diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo de estudio comprendido entre Enero del 2004 a Diciembre del 2010 en el Servicio de Ginecología del HRDT.

### Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para casos y controles:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1-P)(r+1)}{d^2 r}$$

Dónde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

$p_1$  = Proporción de controles que estuvieron expuestos

$p_2$  = Proporción de casos que estuvieron expuestos

$r$  = Razón de número de controles por caso

$n$  = Número de casos

$d$  = Valor nulo de las diferencias en proporciones =  $p_1 - p_2$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$  para  $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$  para  $\beta = 0.20$

$$P1 = 28\%$$

$$P2 = 10\%$$

$$R =$$

Remplazando los valores, se tiene:

$$P = \frac{10 + 2(28)}{1 + 2} = 22$$

$$n = \frac{(1,96 + 0,84)^2 \cdot 22(100 - 22) (2 + 1)}{(18)^2 \cdot 2}$$
$$n = 63$$

Datos obtenidos del trabajo realizado por *Urrutia M et al*, que refiere a la cirugía abdominopélvica como factor de riesgo para la presencia de embarazo ectópico, encontrando este antecedente en los casos en el 28% y en los controles en 10% <sup>4</sup>.

Muestra II: (Controles) = 126 pacientes

Muestra I: (Casos) = 63 pacientes.

### 2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES:

#### **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. <sup>1, 3, 19</sup>

#### **Cirugía tubárica:**

Toda intervención quirúrgica realizada en una o ambas trompas de Falopio<sup>10</sup>.



**Dispositivo Intrauterino (DIU):**

Método anticonceptivo que consiste en un dispositivo pequeño y flexible en su mayoría de plástico que se introduce en la cavidad uterina evitando la fecundación, pueden ser de cobre o liberador de hormonas<sup>6,15</sup>.

**Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI):**

Es una infección de útero, trompas y ovarios debida a una infección bacteriana ascendente desde el tracto genital inferior, los gérmenes penetran por la vagina y ascienden hacia la pelvis<sup>3,15</sup>.

**Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:**

Cuando aún no se ha alcanzado la edad necesaria en la cual se tiene la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, siendo esta según el ordenamiento jurídico los 18 años de edad<sup>14</sup>.

**2.4. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Codificación	Escala de medición
<b>Embarazo ectópico</b>	Embarazo con implantación y desarrollo del saco gestacional fuera de la cavidad uterina.	Diagnóstico realizado en la hoja de epicrisis.	1 = si 2 = no	Cualitativa nominal –
<b>Factores de riesgo</b>	Se refiere a las condiciones que al estar presentes en una enfermedad incrementan la probabilidad de presentarla que en aquellas que no poseen dicha	Edad  - Antecedente de cirugía tubárica previa		

	condición.	- uso de dispositivos intrauterinos	< 30 años = 1 >30 años = 2	Cualitativa nominal	—
		Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria	si = 2; no = 1	Cualitativa nominal	—
		- Inicio precoz de relaciones sexuales	si = 2; no = 1	Cualitativa nominal	—
		Antecedentes de Embarazo ectópico	si = 2; no = 1	Cualitativa nominal	—
			14-18 años= 1 >18 años= 2	Cualitativa nominal	—
			Si= 2 No= 1	Cualitativa-nominal	—

## 2.5 PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Ingresarán al estudio las pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, que hayan sido registradas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de estudio comprendido entre el periodo 2004 - 2010. Como controles se considerarán a pacientes internadas en el servicio de ginecología sin diagnóstico de embarazo ectópico.

1. Una vez que han sido identificados las pacientes que tuvieron embarazo ectópico, se hará un listado de todos ellos y luego en forma aleatoria se seleccionará los que ingresarán definitivamente al estudio.
2. De cada historia clínica seleccionada se tomarán los datos pertinentes para el estudio, para lo cual se construyó una hoja de recolección de datos previamente diseñada para tal efecto (ANEXO 1).
3. Se recogerá la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

## **2.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 20.0, los que luego serán presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

### **Estadística Descriptiva:**

En cuanto a las medidas de tendencia central se calculará la media, mediana y en las medidas de dispersión la desviación estándar, el rango. También se obtendrán datos de distribución de frecuencias.

### **Estadística Analítica:**

En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi Cuadrado ( $X^2$ ), Test exacto de Fisher para variables categóricas y la prueba t de student para variables cuantitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0.05$ ).

### **Estadígrafos según el estudio:**

Calcularemos en cada asociación significativa entre la variables dicotómica factor de riesgo y la variable de presencia de embarazo ectópico el Odds ratio (OR).

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS:**

El estudio será realizado tomando en cuenta los principios de investigación con seres humanos de la Declaración de Helsinki II y contará con el permiso del Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo. Por la naturaleza del estudio no requiere consentimiento informado.

### **III.- RESULTADOS**

En el presente trabajo se estudiaron 189 pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo comprendido entre los años 2004 al 2010; las cuales fueron distribuidas en dos grupos: Casos (63 gestantes que tuvieron diagnóstico de embarazo ectópico) y Controles (126 gestantes Gestantes sin diagnóstico de embarazo ectópico).

#### **CUADRO 1**

##### **DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y GRUPOS DE ESTUDIO**

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. 2004 - 2010

<b>CARACTERISTICAS GENERALES</b>	<b>GRUPO DE ESTUDIO</b>		<b>P</b>
	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>	
<b>EDAD</b>	<b>29,41 ± 7,14</b>	<b>27,59 ± 7,92</b>	<b>&gt; 0,05</b>

t student

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional Docente de Trujillo

**CUADRO 2****DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y GRUPOS DE ESTUDIO**

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO. 2004 - 2010

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>GRUPO DE ESTUDIO</b>		<b>*p</b>	<b>OR (IC 95%)</b>
	<b>CASOS</b>	<b>CONTROLES</b>		
<b>INICIO PRECOZ DE RELACIONES SEXUALES (Si/T)</b>	<b>27/63 (42,86%)</b>	<b>49/126 (38,89%)</b>	<b>&gt; 0,05</b>	<b>1,18 [0,64 – 2,18]</b>
<b>ANTECEDENTES DE QX TUBARICA (Si/T)</b>	<b>11/63 (17,46%)</b>	<b>5/126 (3,97%)</b>	<b>&lt; 0,01</b>	<b>5,12 [1,69 – 5,47]</b>
<b>ANTECEDENTES DE USO DE DIU (Si/T)</b>	<b>18/63 (28,57%)</b>	<b>20/126 (15,87%)</b>	<b>&lt; 0,05</b>	<b>2,12 [1,03 – 4,38]</b>
<b>ANTECEDENTES DE EPI (Si/T)</b>	<b>7/63 (11,11%)</b>	<b>8/126 (6,35%)</b>	<b>&gt; 0,05</b>	<b>1,84 [0,64 – 5,34]</b>
<b>ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO (Si/T)</b>	<b>6/63 (9,52%)</b>	<b>3/126 (2,38%)</b>	<b>&lt; 0,05</b>	<b>4,32 [1,04 – 7,87]</b>

\*  $\chi^2$ 

Fuente: Historias clínicas del Hospital Regional Docente de Trujillo

En relación a la edad materna, 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 ( $p > 0,05$ ) (Cuadro 1).

Con respecto al inicio precoz de relaciones sexuales, el promedio en el grupo de casos fue 42,86% y en el grupo de los controles el promedio fue 38,89% ( $p > 0,05$ ) con un OR = 1,18 IC 95% [0,64 – 2,18] (Cuadro 2).

En lo que respecta al antecedente de cirugía tubárica esta estuvo presente en los casos en el 17,46% y en los controles en el 3,97% ( $p < 0,01$ ), con un OR = 5,12 IC 95% [1,69 – 15,47] (Cuadro 2).

Con respecto al antecedente de uso de DIU esta estuvo presente en los casos en el 28,57% y en los controles en el 15,87% ( $p < 0,05$ ), con un OR = 2,12 IC 95% [1,03 – 4,38] (Cuadro 2).

En relación al antecedente de EPI esta estuvo presente en los casos en el 11,11% y en los controles en el 6,35% ( $p > 0,05$ ), con un OR = 1,84 IC 95% [0,64 – 5,34] (Cuadro 2).

En lo referente al antecedente de embarazo ectópico esta estuvo presente en los casos en el 9,52% y en los controles en el 2,38% ( $p < 0,05$ ), con un OR = 4,32 IC 95% [1,04 – 17,87] (Cuadro 2).

#### IV. DISCUSIÓN

Embarazo ectópico (EE) es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina, es una de las principales causas de muerte materna en el mundo, muchas veces liderando como la primera causa<sup>1</sup>.

El EE constituye actualmente un problema de salud pública. Diversa evidencia publicada permite concluir que en la patogénesis confluyen todos los niveles de organización del sistema de la personalidad: desde el plano ultraestructural, pasando por el plano estructural y finalmente involucrando la naturaleza social de la mujer en la que acontece el EE. Prueba de esta razón multisistémica es que se reconozca que en los últimos 40 años se viene produciendo un incremento en la incidencia, sobre todo en países poco desarrollados. Al ritmo que esto acontece, en países desarrollados, la investigación en torno al EE se vuelve un proceso cada vez más natural y biólogo: estudios de orden molecular, desarrollo de modelos en ratones son características de las publicaciones más recientes.<sup>3</sup>

En los últimos 20 años se ha incrementado su frecuencia alrededor de seis veces, con leve tendencia a disminuir en algunos países en los cuales se han implementado medidas para impedir enfermedades de transmisión sexual, especialmente por Clamidia, junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un aumento del consumo de anticonceptivos hormonales.<sup>5</sup>

La incidencia es variable de un lugar geográfico a otro, ello se explica por los múltiples factores de riesgo involucrados que se expresan en forma diferente en cada país o lugar estudiado. El EE tiene una incidencia de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los nacimientos o bien 100 a 175 por 100 000 mujeres entre 15 a 44 años. Si bien es cierto que la tendencia general del EE es a aumentar en el mundo, su mortalidad es cada vez menor debido a la implementación de métodos de diagnóstico precoz que disminuyen la probabilidad que se complique evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia<sup>6</sup>.



Aun cuando no se conoce de modo definitivo los mecanismos subyacentes al inicio y al establecimiento del EE, a la luz de lo publicado se puede reconocer ya múltiples factores de riesgo que predisponen o contribuyen al desarrollo. El principal de todos parece ser el daño de las trompas de Falopio debido a una enfermedad pélvica inflamatoria, al respecto se plantea que los procesos pélvicos inflamatorios crónicos tienden a producir alteraciones a nivel estructural y ultraestructural en las trompas de Falopio los cuales impiden una función adecuada de transporte.<sup>9</sup>

Otros factores de riesgo reportados son: uso de tabaco, aproximadamente más de 20 cigarrillos por día; historia de embarazo ectópico previo, edad mayor a 35 años, varias parejas sexuales; historia de cirugía pélvica o intra-abdominal, uso de dispositivos intrauterinos (DIU), antecedente de aborto; inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años y antecedente de infecciones de transmisión sexual, destacando aquí las debidas a *Chlamydia trachomatis* (primera causa de enfermedad pélvica inflamatoria en Norteamérica y en el Reino Unido).<sup>10</sup>

En lo que respecta a el promedio de edades de presentación de embarazo ectopico **Rodríguez Y et al, (Cuba; 2010)**<sup>3</sup> realizaron un estudio que constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica, encontrando una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5%, **Faneite P et al, (Venezuela, 2008)**<sup>18</sup> en un estudio retrospectivo y descriptivo de 179 embarazos ectópicos los resultados fueron predominante en el grupo etario de 20 a 29 años (54,69 %), **García A et al, (Bolivia 2007)**<sup>7</sup> realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de pacientes con embarazo ectópico de las 102 pacientes (100%) afectadas, el grupo etario más comprometido estuvo entre los 20 - 29 años (56,4%), así mismo **Luglio J et al, (Perú, 2005)**<sup>11</sup> en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) en un estudio descriptivo retrospectivo encontró un mayor porcentaje de pacientes presentó una edad entre 25 - 39 años (89,17%), resultados comparables con los encontrados en el presente estudio en el cual la edad de las pacientes tuvo un promedio de  $29,41 \pm 7,14$  años de edad.

**Rodríguez Y et al, (Cuba; 2010)**<sup>3</sup> determinaron la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico, para lo cual realizaron un estudio clínico en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" en el cual las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %; sin embargo esta asociación no se encontró en nuestro estudio.-

En el 17,46% de las pacientes se encontró antecedentes de cirugía tubárica resultados que coinciden con los de **Luglio J et al, (Perú, 2005)**<sup>11</sup> quien determino como factor de riesgo asociado a la cirugía abdominopélvica encontrando este en un 50,24%.

El antecedente de uso de DIU estuvo presente en las pacientes en un 28,57% resultados similares encontrados en los estudios de **Rodríguez Y et al, (Cuba; 2010)**<sup>3</sup> donde se encontró en un 28,4%, **García A et al, (Bolivia 2007)**<sup>7</sup> en un 21,56% y **Luglio J et al, (Perú, 2005)**<sup>11</sup> donde el porcentaje fue de 22,16%.

**Rodríguez Y et al, (Cuba; 2010)**<sup>3</sup> en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" determinaron que la enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 % de los casos; **Cabrera I et al (Chile 2010)**<sup>6</sup> se propuso conocer la incidencia y caracterizar el perfil de las pacientes con EE desde el punto de vista clínico, médico, quirúrgico y obstétrico, para lo cual realizaron un estudio observacional analítico. La muestra fue obtenida a través de un muestreo no probabilístico consecutivo, obteniendo una muestra final de 70 pacientes donde el 5,7% tuvieron antecedentes de proceso inflamatorio pélvico; sin embargo estos resultados no pudieron ser verificados en nuestro estudio

El antecedente de embarazo ectópico se presenta como otro factor de riesgo en el desarrollo de un nuevo embarazo ectópico, en este estudio el 9,52% de pacientes presente dicho antecedente, siendo demostrado además por el trabajos de **Cabrera I et al (Chile 2010)**<sup>6</sup> donde el 14,3% presento embarazo ectópico anterior.

En el Perú, como país en vías de desarrollo, el EE representa, aunque quizá no la principal, sí una de las principales causas de morbilidad materna. Así, mientras en la práctica médica se busca un diagnóstico certero y una intervención adecuada, estudios de corte epidemiológico sirven para situar el perfil de la mujer con EE, a fin de contribuir en torno a la precisión del diagnóstico, y sobre todo llevando a cabo la ejecución de medidas de prevención, puesto que a nadie resulta extraño la naturaleza social ligada a la pobreza en la que existe y persiste el EE.<sup>9</sup>

## V. CONCLUSIONES

La edad que con más frecuencia presento embarazo ectópico fue  $29,41 \pm 7,14$  años de edad.

El inicio precoz de relaciones sexuales no constituyó factor de riesgo asociado a embarazo ectópico

El antecedente de cirugía tubárica previa constituyó un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico, incrementando la probabilidad de ocurrencia en 5,12 veces más.

El uso de dispositivos intrauterinos constituyó factor de riesgo asociado a embarazo ectópico, incrementando la probabilidad de ocurrencia en 2,12 veces más.

La enfermedad pélvica inflamatoria no constituyó factor de riesgo asociado a embarazo ectópico.

El antecedente de embarazo ectópico previo constituyó factor de riesgo asociado a embarazo ectópico, incrementando la probabilidad de ocurrencia en 4,32 veces más.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Capacitar al personal de los primeros niveles de atención sobre los factores de riesgos de esta enfermedad y así disminuir la incidencia creciente.

Insistir en la importancia de la consulta preconcepcional para determinar así factores de riesgo en pacientes

Incidir en programas de información, educación sexual y comunicación dirigida a la sociedad en general, para así disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico.

Futuros estudios deberán realizarse de manera prospectiva, donde se apliquen adecuados diseños de investigación que conlleven a una buena obtención de datos. Así mismo dar la debida importancia a la Historia Clínica para evitar el sub-registro de información.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Céspedes A. EMBARAZO ECTÓPICO. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica Ginecol [revista en la internet]. 2010 [citado 2012 Abr. 04]; (591) 65-68. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/art11.pdf>
2. Urrutia M, Poupin L, Alarcón A, Rodríguez M, Stiven L. EMBARAZO ECTÓPICO: FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD EN UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2007 [citado 2012 Mar 29] ; 72(3): 154-159. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000300004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000300004&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262007000300004
3. 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: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es).
4. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO. Archivos de Investigacion Materno Infantil. [revista en la Internet]. 2009May-Ago[citado 2012 Abr 05] vol. I, No 2 pp85-89
5. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Abr 05] ; 37(1): 84-99. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es).

6. Cabrera I, Perales I, Romero G. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: HOSPITAL BASE DE LOS ÁNGELES. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2010 [citado 2012 Abr 05] ; 75(2): 96-100. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262010000200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000200004&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262010000200004.
7. Garcia A, Molina J, Molina I. EMBARAZO ECTÓPICO Y SU MORBILIDAD EN EL HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "GERMÁN URQUIDI". *Rev. méd. (Cochabamba)*. [Revista en la internet] 2007 Ago, [citado 2012 Abr 05], p.5-12. vol.18, no.28 Disponible en: <[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092007002800002&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092007002800002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 2074-4609
8. Espinoza D. TASA DE GESTACION INTRAUTERINA SUBSECUENTE AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA ENTRE EL 2000 AL 2006. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Tacna- Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, 2009.
9. 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: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300008&lng=es).
10. 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: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2007000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000300005&lng=es).

11. Luglio J, DIAZ L y Caceres E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. *Rev Med Hered.* [online]. ene./mar. 2005, vol.16, no.1 [citado 29 Abril 2012], p.26-30. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2005000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000100005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1018-130X.
  
12. Balestena J, Rodríguez A y Reguera O. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2012 Abr 29] ; 28(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000300004&lng=es).
  
13. 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: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832011000300010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000300010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1025-5583.
  
14. Casanova C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2012 Abr 29] ; 19(3): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192003000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300003&lng=es).
  
15. 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: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272009000200006>



16. Trujillo C, Salazar P, Moreno L, Manríquez V, Venegas P, Quinteros P et al . EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL SIMULTANEO. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2002 [citado 2012 Abr 29] ; 67(1): 55-56. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000100011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000100011&lng=es). doi: 10.4067/S0717-75262002000100011.
17. Colmenares B, López J, Rivas M *et al.* Embarazo ectópico abdominal: caso clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. dic. 2002, vol.62, no.4 [citado 29 Abril 2012], p.279-281. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322002000400010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322002000400010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0048-7732.
18. Faneite P, Amato R, Faneite J *et al.* Embarazo ectópico. 2000-2007. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. sep. 2008, vol.68, no.3 [citado 29 Abril 2012], p.155-159. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322008000300004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0048-7732.
19. 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: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100009&lng=es).
20. Amador C, Ventura Z, León O y Arencibia K. Embarazo ectópico ovárico. Reporte de un caso. *AMC* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Abr 29] ; 12(6): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000600012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600012&lng=es).

## VIII ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO EN EL PERÍODO 2004-2010

#### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

CASOS (    )     CONTROLES (    )

1. Edad: ..... ( años )
2. Inicio precoz de relaciones sexuales:    ( si )    ( no )
3. Antecedentes de cirugía tubárica    ( si )    ( no )
4. Antecedentes de uso de dispositivos intrauterinos                                    ( si )    ( no )
5. Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria                                    ( si )    ( no )
6. Antecedente de embarazo ectópico    ( si )    ( no )