

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA



**MODALIDAD DE RESIDENTADO MÉDICO PARA OBTENER EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EMBARAZO
ECTÓPICO EN HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA DE
CHACHAPOYAS. ENERO 2012 - DICIEMBRE 2016.**

ÁREA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA HUMANA

AUTOR:

M.C. ROBERTO ENRIQUE VILLASÍS SALAZAR.

ASESOR:

FIDEL EDUARDO PERALES ALIAGA

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8137-4404>

TRUJILLO - PERÚ

2022

I. DATOS GENERALES:

1. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO:

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EMBARAZO ECTÓPICO. HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA DE CHACHAPOYAS. ENERO 2012 - DICIEMBRE 2016”.

2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Investigación clínica libre.

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- 3.1. Según orientación o finalidad:** Básica
- 3.2. Según técnica de contrastación:** Observacional
- 3.3. Según fenómeno estudiado:** Transversal.

4. ESCUELA PROFESIONAL Y DEPARTAMENTO ACADÉMICO:

Escuela Profesional de Medicina Humana y Unidad de Segunda Especialización de la Universidad Privada Antenor Orrego.

5. EQUIPO INVESTIGADOR:

- 5.1. Autor:** Roberto Enrique Villasís Salazar.
Médico Residente de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.
- 5.2. Asesor:** Fidel Eduardo Perales Aliaga
Médico Asistente de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

6. INSTITUCIÓN Y LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL PROYECTO:

- Departamento: Amazonas; Provincia: Chachapoyas; Localidad: Chachapoyas.
- Institución: Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas.

7. DURACIÓN: (fecha de inicio y término del proyecto):

- Inicio: 15 de Agosto del 2016; y Término: 30 de Setiembre del 2017.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN:

1. RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO DE TESIS:

Se llevará a cabo un estudio con la finalidad de determinar si la inflamación pélvica es una de los principales causales para Embarazo Ectópico en el Hospital Regional “Virgen de Fátima” de la ciudad de Chachapoyas, en la población gestante que se atiende en el servicio de Ginecología y Obstetricia, durante el período de Enero 2012 a Diciembre 2016, y que cumplieron con los criterios de selección, en un diseño de estudio de casos y controles a nivel de una muestra de población gestante que se atiende en éste hospital; a quienes se estudiará el antecedente de EPI y que luego se diagnosticó Embarazo Ectópico, teniendo como controles a pacientes gestantes llevando un embarazo sin riesgos o normal. Los resultados se presentarán en tablas de frecuencia de doble entrada con sus valores absolutos y relativos, así como en gráficos de relevancia. Para evaluar si existe asociación entre los resultados obtenidos, se aplicará la prueba de chi cuadrado para asociación de factores; si p es menor a 0.05 se considerará que existe relación. Se realizará la determinación del Odds ratio; así como el intervalo de confianza al 95%. El estudio se realizará a un nivel de muestra con 27 casos y 27 controles

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS y UNICEF, el Embarazo Ectópico es causante de aproximadamente del 5 al 12% de muertes en gestantes en el mundo al año 2,004, y que consideran un problema que aún falta resolver.⁽¹⁾

Es considerada como primer causal de muerte en madre gestante durante el primer trimestre, y son de suma importancia para un diagnóstico temprano la ecografía transvaginal y el dosar gonadotropina coriónica humana, ambos como exámenes de ayuda al diagnóstico.⁽²⁾

Según estudios en EE.UU., en 1970 la tasa de incidencia era del 0.45% y al año 1992 pasó al 1.97%.^(3, 4)

Estudios realizados en Perú informan: En HONADOMANI “San Bartolomé” la tasa fue 1/767 gestantes ⁽⁵⁾, En el H.N. Edgardo Rebagliati 1/183 casos, en Hospital María Auxiliadora 1/156 casos, En el H.N. Cayetano Heredia 1/126 casos, en H.N. Hipólito Unanue 1/130 casos y en la Ex Maternidad de Lima u Instituto Nacional Materno Perinatal 3,3/1000 casos, durante el año 2001. ^(5, 6, 7, 8)

En nuestro Hospital Virgen de Fátima en el año 2016 se diagnosticaron 36 casos de embarazos ectópicos, representando un 3% de todas las gestaciones. Además se halló un alto número de casos de EPI (332), según reportes del área de estadística y epidemiología.

Por lo antes expuesto es que se considera importante estudiar ésta patología, es por tal motivo el desarrollo de la actual investigación.

Se considera al Embarazo Ectópico una emergencia médico quirúrgica verdadera, de no ser oportunamente detectada puede complicarse con rotura de trompas uterinas, siendo ésta la localización en la mayoría de casos, teniendo como consecuencia una gran pérdida sanguínea interna (hemorragia), la cual puede causar la muerte del paciente, de no ser así, el daño tubárico causado en la mayoría de casos es irreversible, trayendo como consecuencia la limitación en la fertilidad y/o disminución de la misma en la mujer afectada. Desde hace 30 años, se viene hablando de un incremento importante del número de casos de embarazo ectópico, no solamente en el Perú, sino a nivel mundial, situación por la que se considera una problemática actual de salud en sexualidad y reproducción. Con la finalidad de hallar la relación causa-efecto entre la EPI como factor principal y desarrollar como consecuencia un embarazo ectópico, se diseñó éste estudio en la población gestante que se atiende en este Hospital Virgen de Fátima de la ciudad de Chachapoyas; el cual puede servir para mejorar las guías para la atención de la población embarazada por ser pacientes vulnerables.

Actualmente no contamos con estudios realizados en Amazonas, de allí la necesidad de realizar este proyecto de investigación.

2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Constituyen la inflamación pélvica, los antecedentes de rotura tubárica y cirugía abdominopélvica, el fumar habitualmente, el número de contactos sexuales y la coitarquía precoz como factores que contribuyen al desarrollo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, Enero 2012 - Diciembre 2016?.

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Estadísticamente el embarazo ectópico incrementó a nivel mundial ⁽¹⁾. Hoy en día la tasa es de 1 a 2% del total de gestaciones ^(1,2). El aumento se ve en países como Perú y en vías de desarrollo ⁽³⁾. Varios autores describen como principales causales independientes para desarrollar embarazo ectópico a la inflamación pélvica (EPI), el antecedente de embarazo ectópico, el antecedente de salpingoplastia y el portar DIU. ⁽¹⁾

En 2001, Ego et al en la Unidad de Investigación y Evaluación Clínica, Hospital Jeanne de Flandre en la ciudad de Lille en Francia, hallaron que la paciente con embarazo ectópico anterior tenía mayor riesgo de volver a desarrollar otro embarazo ectópico. El antecedente de embarazo ectópico otorga un OR promedio de 2.98 (con un IC del 95%, y un rango 1.88 - 4.73) y el doble antecedente incrementa un OR promedio de 16.04 (con un IC 95%, y un rango 5.39-47.72) ⁽⁴⁾.

Rodríguez Morales ⁽⁵⁾, en el 2010, en Lima Perú, en el INMP (Ex Maternidad), hizo un trabajo en el que estudió los causales que predominaron para el desarrollo de un embarazo ectópico. El estudio se realizó en 447 gestantes diagnosticadas con embarazo ectópico con confirmación anatomopatológica. Hallándose mayor tasa o incidencia de casos en grupo etario de 20 a 29, representando un 51.5%. Las no fumadoras fue el 59.7% de casos. Los casos con coitarquía precoz en el grupo etario menor a 18 años resultó siendo el grupo con más casos siendo un 67.1%, y la tasa mayor con 35.7% fue para antecedente de parto y aborto provocado. La EPI y el uso del DIU reportaron un 38.2% y 28.4% respectivamente.

El deterioro de trompas uterinas y la infertilidad tienen como causa principal a la infección del aparato genital. El antecedente infeccioso de cérvix por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoea* relacionado con EPI, son una fuerte asociación para el desarrollo de embarazo ectópico. Barnhart y asociados en el 2006 ⁽⁶⁾ en Penn Fertility Care, Dpto. de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, EE.UU., encontró que el antecedente de EPI reporta un OR de 1.5 (intervalo confianza 95%, con un rango del 1.11 al 2.05). Donde evalúa a un grupo de infectadas con tratamiento ambulatorio con *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoea* VS un grupo de pacientes que necesitó ser hospitalizada por EPI. En éste estudio se halló que el grupo con tratamiento ambulatorio no aumentó el riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico (Odds Ratio 1.22, para un intervalo de confianza del 95%, con un rango del 0.6 al 2.6). Los resultados describen que probablemente el compromiso de la permeabilidad tubárica es mayor en los casos con EPI que necesitaron hospitalización. Kamwendo y asociados ⁽⁷⁾ en el Dpto de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Centro Médico de Orebro en Suecia, informaron que los episodios repetidos de infección con *Chlamydia trachomatis* aumentan el riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico. En los casos con repetición de EPI: dos veces el OR aumentó en 2.1 y con más de tres veces subió a un OR de 4.5. La investigación de Abdullah Karaer ⁽⁸⁾ en el Woman Health Education and Research Hospital, Dpto de Obstetricia y Ginecología de Ankara en Turquía, confirman que el agente causal más importante para el desarrollo de embarazo ectópico es la EPI.

El antecedente quirúrgico de trompas uterinas aumenta a 5 veces la probabilidad de embarazo ectópico. La cirugía previa tubárica incrementa el riesgo hasta en 5 veces. Existe la probabilidad de recidivas en un 10 a 27% en paciente con antecedente quirúrgico de embarazo ectópico, multiplicándose por 10 la probabilidad frente a una población normal. En los casos de intervención quirúrgica abdominopélvica que no comprometa trompas uterinas, no incrementan las probabilidades de desarrollar

embarazo ectópico, siendo así la cesárea, apendicectomía no complicada, de ovarios, etc. ⁽⁹⁻¹¹⁾.

El antecedente quirúrgico abdominopélvico sin compromiso de trompas uterinas fue mal vinculado como causal de embarazo ectópico. Seifer y colaboradores en el Centro Médico de la Universidad de Brown en Providence - Rhode Island, afirmaron sobre la no relación del antecedente quirúrgico abdominopélvico sin compromiso de trompas uterinas (e incluso cesárea) con embarazo ectópico; También desmintieron la relación del aborto médico, sin tomar en cuenta la frecuencia, como causal de embarazo ectópico ⁽¹²⁾. En sus resultados no considera a la cirugía apendicular como probable causa, otros autores reportan que el historial de cirugía apendicular fue el hallazgo más común como agente causal de embarazo ectópico.

Existe un alto riesgo demostrado de 9 veces más para gestantes expuestas al dietilestilbestrol para desarrollar embarazo ectópico. Además de causales que potencialmente dañarían significativamente el epitelio de las trompas de Falopio como la infección pélvica y factores ambientales, siendo así como el tabaco, el inicio muy temprano de relaciones sexuales (coitarquía), la promiscuidad, higiene vaginal con productos inadecuados y tratamientos de infertilidad ^(11,13).

En gestantes con tabaquismo la probabilidad de embarazo ectópico es el doble; incrementando en un 50% en mujeres con antecedente de tabaquismo y las que consumían de 1 a 9 cigarros por día, e incrementa progresivamente más aún con el aumento del consumo al día ⁽⁶⁾. Trabajos demuestran la relación causal dosis de tabaquismo y como efecto el embarazo ectópico; estudio realizado por Abdullah Karaer ⁽⁸⁾ en el Woman Health Education and Research Hospital, Dpto de Obstetricia y Ginecología de Ankara en Turquía. Teniendo como sustento fisiológico la disminución del transporte ciliar a través del epitelio tubárico.

El inicio de la vida sexual a muy temprana edad y la promiscuidad (múltiples parejas) están asociadas a una tasa mayor de casos de embarazo ectópico, teniendo como sustento la alta posibilidad de adquirir alguna infección transmitida sexualmente ^(6,14).

En pacientes con tratamientos de infertilidad por antecedente de ligadura de trompas y usuarias de dispositivos intrauterinos (DIU) que logran embarazo, existe el riesgo aumentado de desarrollar embarazo ectópico ⁽¹⁵⁾. En paciente usuaria de dispositivo intrauterino que logra embarazo la posibilidad incrementa en 4.2 a 4.5 veces. Existen trabajos donde afirman que pacientes que utilizaron dispositivo intrauterino tuvieron un ligero aumento en la probabilidad de embarazo ectópico; pero otros recientes trabajos informan que no hay un aumento significativo en el desarrollo de embarazo ectópico por este antecedente ⁽¹⁶⁾.

Hay reportes de incremento de casos de embarazo ectópico post estimulación ovulatoria; al contrario de la estimulación ovárica en pacientes con tratamiento de infertilidad en quienes no refleja el aumento de embarazos ectópicos, por ser ésta sólo una ovulación controlada. Ciertos trabajos afirman que la patología de trompas uterinas fue el principal causante de embarazo ectópico en pacientes con tratamiento de infertilidad (FIV). Los embarazos logrados fueron muy pocos y no fueron estudios bien controlados ⁽⁸⁾.

En pacientes estériles la posibilidad de embarazo ectópico es el doble; y el uso de medicamentos para inducir ovulación pueden aumentar el riesgo, es incierto si las trompas uterinas y sus características anatomofuncionales individuales o detectadas o de la alteración de la función endocrina de parte la estimulación cíclica ovárica ⁽¹⁶⁾. El hallazgo aumentado de embarazos ectópicos en pacientes con tratamiento de Clomifeno o estimulantes de gonadotropinas en comparación con pacientes con patología tubárica. El probable agente causal es la hiperestimulación hormonal la cual puede alterar el tránsito del ovocito en su recorrido por trompa uterina ⁽⁸⁾.

Hernández y colaboradores ⁽¹⁷⁾ en el 2013 en un estudio realizado en el Hospital Militar Central Dr. Luís Díaz Soto de La Habana en Cuba, hallaron en pacientes de raza blanca con edades de 24 a 34 años que el embarazo ectópico fue más frecuente; además se determinó como factor causal para el desarrollo de embarazo ectópico la historia de EPI, endometriosis, abortos inducidos (mayor a 03), el antecedente de tratamiento para

infertilidad, antecedente de cirugía por embarazo ectópico, la promiscuidad sexual, la coitarquía temprana y la utilización de DIU; por el contrario no fue factor determinante el grado escolar, el tipo de empleo, el número de hijos, antecedente de cirugía de apéndice y de trompas uterinas, ni el consumo de tabaco.

4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO:

El embarazo ectópico es considerado como uno de los principales cuadros abdominales agudo y quirúrgicos gineco obstétrico, que con la ayuda diagnóstica y terapéutica actualmente aún representa una problemática de salud materna en el mundo, por la morbimortalidad que esta causa durante los tres primeros meses de la gestación.

Este cuadro es considerado una emergencia médico quirúrgica, si no se actúa de inmediato, esta evoluciona con el daño irreversible de trompa uterina (ubicación de mayor frecuencia), llevando consecuentemente a una gran hemorragia en cavidad abdominal, finalmente llevando a la muerte a la paciente; en caso de no morir, el compromiso tubárico limita la fertilidad de la paciente.

Desde hace 30 años a la fecha se reporta un aumento significativo de casos de embarazo ectópico en el Perú y a nivel mundial, siendo considerado como problemática de salubridad en sexualidad y reproducción.

Por otro lado, se han identificado un número variado causales que incrementan las probabilidades de desarrollar un embarazo ectópico; también se debe considerar que hay pacientes con embarazo ectópico que no tienen ningún factor causal antes mencionados.

Este estudio busca identificar los agentes causales relacionados con el embarazo ectópico y hacer una comparación con otros estudios en el mundo; y también hallar la relación de los agentes causales con la incidencia de casos de embarazo ectópico en nuestra región.

Además, con este estudio será posible desarrollar guías o protocolos que ayuden a identificar precozmente a mujeres en edad reproductiva con alto riesgo de padecer a futuro éste cuadro junto a sus probables consecuencias de no ser identificadas a tiempo, permitiendo así una identificación e intervención oportuna; disminuyendo consecuentemente la morbilidad y mortalidad en la mujer gestante dentro de los tres primeros meses de la gestación.

5. OBJETIVOS:

5.1. General:

- ✓ Determinar si el historial de inflamación pélvica, embarazo ectópico, la intervención quirúrgica abdominopélvica, el tabaquismo, la promiscuidad sexual y la coitarquía, constituyen factores de riesgo para embarazo ectópico.

5.2. Específicos:

- ✓ Determinar el historial de enfermedad pélvica inflamatoria en gestantes atendidas y diagnosticadas con y sin embarazo ectópico en el H.R.V.F. de Chachapoyas, Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Determinar el antecedente de embarazo ectópico en gestantes con diagnóstico o no de embarazo ectópico atendidas en el H.R.V.F. de Chachapoyas. Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Determinar el antecedente de cirugía abdominopélvica en gestantes con diagnóstico o no de embarazo ectópico atendidas en el H.R.V.F. de Chachapoyas. Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Determinar el hábito de fumar en gestantes con diagnóstico o no de embarazo ectópico atendidas en el H.R.V.F. de Chachapoyas. Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Determinar el número de parejas sexuales en gestantes con diagnóstico o no de embarazo ectópico atendidas en el H.R.V.F. de Chachapoyas. Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Determinar el inicio precoz de relaciones sexuales en gestantes con diagnóstico o no de embarazo ectópico atendidas en el H.R.V.F. de Chachapoyas. Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Determinar el grado de asociación de los factores de riesgo con el embarazo ectópico.

6. MARCO TEORICO

El embarazo ectópico, es aquel embarazo que se desarrolla en cualquier localización distinta a la cavidad uterina ^(1,2,6-10,17,18).

Se registró inicialmente por el siglo XI, y fue considerada como una enfermedad letal hasta la mitad del siglo XVIII. Fue a Jhon Bard a quien se le atribuye ser el pionero realizando la primera cirugía satisfactoria para tratar un embarazo ectópico en el año 1,759 en Nueva York ⁽¹⁹⁾.

Las estadísticas sobre embarazo ectópico han incrementado marcadamente en estos últimos tiempos, aproximadamente se ha multiplicado por seis, debido al aumento de la casuística de inflamaciones pélvicas, al desarrollo de métodos para tratar la infertilidad, la inducción ovulatoria, el tratamiento quirúrgico de las trompas uterinas, aumento de usuarios de DIU, el aumento de consumidores de tabaco, etc. ^(1,19-21).

En Gales - Inglaterra durante los años 1966-1970 y entre el 1994-1996, se registró un incremento de 4.5 veces, es decir creció de 3.45 a 15.5 por cada 1000 nacidos; se multiplicó por 3.8 veces, pasó de 3.25 a 12.4 por 1,000 embarazos; y creció en 3.1 veces de 30.2 a 93.6 por 100,000 mujeres fértiles. Se ha reportado que en Suecia, Finlandia, Australia, Francia y El Reino Unido ⁽²¹⁾, se informó una estabilización y con disminución del número de casos. Según la CDC (Centro de Control de Enfermedades) las tasas de embarazo ectópico incrementaron, de 17,800 casos (año 1970) a 108,800 casos (año 1992) (17.9/1,000 de gestaciones confirmadas). ⁽²⁶⁾

En el Perú se reportan tasas de incidencias variables, como en el Hospital San Bartolomé 1/767 embarazos, en Hospital Rebagliati 1/533, en Hospital María Auxiliadora 1/156, en Hospital Cayetano Heredia 1/129, en Hipólito Unanue 1/130, en Hospital Arzobispo Loayza 1/75 y INMP (Ex Maternidad de Lima) 1/303 embarazos. ^(20, 22-25).

En la actualidad la muerte materna relacionada a embarazo ectópico disminuyó exponencialmente. En los EE.UU. se redujo de 1.15 en 100,000 nacimientos (años 1980-1984) a 0.5 (años 2003-2007), posiblemente por un diagnóstico tempranamente, a la mejora en la accesibilidad al servicio

de salud y en los tratamientos inmediatos e incluso con técnicas quirúrgicas laparoscópicas ⁽²⁶⁾.

Las trompas uterinas (Falopio) son el lugar con mayor frecuencia de hallazgo de embarazo ectópico; siendo mayor al 95% de casos ⁽²⁷⁾. Se describe a la región ampular de las trompas uterinas como el lugar con mayor frecuencia, siendo un 70% de casos. Los demás embarazos ectópicos están distribuidos: porción fimbrial (11%), porción ístmica (12%), y el intersticio, próxima al cuerno de la trompa, (el de menor frecuencia) en un (0.3%). Se describe también como embarazos ectópicos (extrauterinos) en lugares distintos a la trompa como son: Abdominal (1.3%), ovarios (0.15-3%), cérvix (0.15%) ^(27,33) y en la zona de cicatrización uterina (histerorrafia), se reporta un 0.15% de los casos ⁽²⁹⁾. Dentro de las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico son: dolor de abdomen, ginecorragia y amenorrea ⁽²⁸⁾; las manifestaciones características se producen pasada las seis o siete semanas de retraso en la menstruación. A veces al diagnosticar se suele confundir con aborto incompleto, tumoración ovárica o inflamación pélvica. El dolor de abdomen suele ser mayormente localizado en fosas iliacas, existe un 9% de casos de pacientes que no reportan dolor y un 36% que posiblemente carezca de sensibilidad de anexos, a veces no son suficientes una historia clínica y una evaluación física porque no confirmarían ni descartarían un embarazo ectópico ^(28;29).

En revisiones hechas tratando de hallar un algoritmo que ayude con el diagnóstico de embarazo ectópico, está comprobado que la ultrasonografía vaginal sería el gold estándar a su vez relacionándolo con los valores de β -hCG, siendo así que la asociación de estos dos metodologías darían como nula la posibilidad de no acertar con el diagnóstico de embarazo ectópico ⁽³⁰⁾.

Se ha descrito sobre las posibles causantes, las que incrementan las probabilidades para desarrollar embarazo ectópico; pero también se pueden presentar en gestantes que no tengan factores de riesgo ⁽³¹⁾.

Según Pisarka et al. ⁽³²⁾ en Baylor College of Medicine, Dpto de Obstetricia y Ginecología de Houston en EE.UU. describe que las causales para el desarrollo de embarazo ectópico se clasifican en factores de alto riesgo (problemas en trompa uterina, embarazo ectópico anterior, cirugía trompa uterina, la utilización del dietilestilbestrol - DES), en factores de riesgo moderados (Infecciones genitales previas, infertilidad, promiscuidad sexual) y factores de riesgo bajo (tabaquismo, duchas vaginales, edad, fertilización in vitro, esterilización tubárica, dispositivos intrauterinos).

Las conductas a seguir para tratar un embarazo ectópico tenemos: la conducta expectante, el tratamiento médico focalizado o sistémico y por último el tratamiento quirúrgico por laparotomía exploratoria o laparoscópicamente. ⁽³³⁾

Un estudio multifactorial demuestra que el manejo expectante del embarazo ectópico es exitoso y de buen pronóstico cuando clínicamente no hay sintomatología o es mínima, sin evidenciar cambios hemodinámicos; además de bajo nivel en β -hCG (con β -hCG <200UI/ml se estima que la conducta expectante tiene un éxito del 98% de casos; con β -hCG <500UI/ml un 73%; y con β -hCG <2000UI/ml un 25%) ⁽³³⁾.

Para el tratamiento médico se manejan dos esquemas con Metotrexate (MTX): el primer manejo es multidosis, la cual administra MTX 1mg/kg/día vía IM, durante los días 0, 2, 4 y 6, junto a ácido folínico 0.1mg/kg/día por VO o IM los días 1, 3, 5 y 7; y el segundo manejo es de monodosis que consiste en la administración de única de MTX 0.4 a 1mg/kg o 50mg/m² vía IM, a excepción del uso de ácido folínico. Luego se observan los valores de β -hCG los cuales deben disminuir en un 15% al 4to y 7mo día post tratamiento, de no ser así, se administra una segunda dosis con MTX después de 7 días, se calcula que aproximadamente un 15 a 20% de casos necesitará una segunda dosis ^(33,34). El manejo médico de pacientes con embarazo ectópico está restringido para los que cumplen ciertos criterios: hemodinámicamente estables, embarazo ectópico no complicado (no roto), embarazo ectópico con medidas < 4cm y sin actividad cardiaca presente y < 3.5cm con actividad cardiaca evidente ⁽³⁴⁾.

La consecuencia indeseable observada con el manejo de Metotrexate como única dosis fue flatulencia excesiva y el abdomen distendido, puede cursar también aumento transitorio de los marcadores de función hepática, pero dentro de rangos normales y se suelen corregir en dos semanas ⁽³⁴⁾.

La conducta de elección ante paciente con embarazo ectópico roto o complicado, disminución de presión arterial, anemia, con medidas de saco gestacional >4cm por ultrasonografía vaginal, o dolor persistente más de 24 horas, sería el tratamiento quirúrgico. La técnica quirúrgica de elección actualmente es la laparoscopia diagnóstico-quirúrgica con salpingostomía y conservación de trompa uterina. Se recurre a la laparotomía exploratoria cuando el paciente se halla hemodinámicamente inestable, permitiendo una adecuada exploración y accesibilidad a los órganos pélvicos. Las probabilidades de éxito con la salpingostomía alcanza un 92% y las fallas reportadas se pueden manejar con MTX. Está indicada la medición seriada de β -hCG hasta que se obtenga valores no detectables y asegurarse que no persistan restos trofoblásticos. En ciertos casos se pueda dar monodosis como profilaxis con MTX antes de realizar salpingostomía ⁽³³⁾.

El embarazo ectópico puede persistir en una siguiente gestación cuando el manejo es la cirugía conservadora ⁽³⁵⁾.

7. HIPÓTESIS:

H₀: La inflamación pélvica, el embarazo ectópico anterior, el precedente quirúrgico abdominopélvica, el hábito de fumar, la promiscuidad sexual y la coitarquia no constituyen factores de riesgo para embarazo ectópico.

H₁: La inflamación pélvica, el embarazo ectópico anterior, el precedente quirúrgico abdominopélvica, el hábito de fumar, la promiscuidad sexual y la coitarquia constituyen factores de riesgo para embarazo ectópico.

8. MATERIAL Y METODOLOGÍA:

a. Diseño de estudio:

La presente investigación es de tipo analítico de casos y controles. Se comparará mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico (casos) con mujeres puérperas del mismo lapso de tiempo (controles).

Diseño:



b. Población, muestra y muestreo:

- i. **Universo:** Todas las pacientes gestantes que fueron atendidas en el H.R.V.F. de Chachapoyas durante los meses de Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ii. **Muestra del estudio:** Gestantes diagnosticadas con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas durante los meses Enero 2012 - Diciembre 2016 y una muestra a comparar de pacientes con embarazo normal y cuyo parto fue atendido en el mismo lapso de tiempo, cuya selección se hizo por medio de muestreo aleatorio simple.

Unidad de análisis

Gestantes que se atendieron en Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

Unidad de muestreo: Información obtenida de Historias Clínicas.

Gestante con diagnóstico de embarazo ectópico.

Gestantes con embarazo normal

Si el estudio es retrospectivo, ya no están los pacientes, solo disponemos de las Historias Clínicas.

iii. Para el cálculo de la muestra:

El muestreo estuvo conformado por dos grupos de estudio y la obtuvimos aplicando la siguiente fórmula de estudios de casos y controles:

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

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

$$p_1 = \frac{w - p_2}{(w - p_2) + (w * p_2)}$$

Donde:

p_1 = proporción de pacientes con embarazo ectópico y expuestos a algún factor de riesgo ⁽³⁶⁾.

p_2 = proporción de pacientes sin embarazo ectópico y expuestos a algún factor de riesgo ⁽⁴²⁾.

$Z_\alpha = 1.96$ valor que nos asegura trabajar con una confiabilidad del 95% ($\alpha = 0,05$) y un riesgo de error tipo I.

$Z_\beta = 0.84$ valor, que nos asegura un 80% para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II

w: OR estimado

Para el presente estudio utilizaremos los datos siguientes:

w = 3 (De acuerdo a estudio previo en el H.R.V.F. de Chachapoyas)

$$p_2 = 35\% = 0.35$$

$$p_1 = (3 - 0.35) / \{(3 - 0.35) + (3 \times 0.35)\} = 0.72$$

Reemplazando valores:

$$p = (0.35 + 0.72) / 2 = 0.53$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

Tomamos en consideración la fórmula para casos y controles en la relación 1:1, por tanto tendríamos:

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2 * 0.53(1 - 0.53)} + 0.84\sqrt{0.72(1 - 0.72) + 0.35(1 - 0.35)}]^2}{(0.72 - 0.35)^2}$$

$$n = (1.38 + 0.55)^2 / (0.37)^2 = 3.72 / 0.14 = 26.57 = 27$$

$$n = 27$$

En conclusión:

Casos: 27 pacientes

Controles: 27 pacientes

Luego la muestra estará formada por 27 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 27 historias clínicas de pacientes con embarazo normal y cuyo parto fue atendido durante el mismo período.

iv. **Criterios de Selección:**

• **Criterios de Inclusión**

Casos:

- ✓ Pacientes que se atendieron y fueron diagnosticadas con embarazo ectópico en H.R.V.F. de Chachapoyas durante los meses de Enero 2012 - Diciembre 2016.
- ✓ Acceso a historial clínico e información necesaria.

Controles:

- ✓ Pacientes gestantes que se atendieron por parto vaginal o cesárea en H.R.V.F. de Chachapoyas durante el tiempo de estudio.
- ✓ Acceso a historial clínico e información necesaria completa.

• **Criterios de Exclusión**

- ✓ Historial clínico incompleto y/o con datos necesarios incompletos.
- ✓ Pacientes no gestantes atendidas por otros diagnósticos en el mismo período de estudio.

c. Definición Operacional de Variables:

i. Variables Dependientes

Embarazo Ectópico.

ii. Variables Independientes

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	INDICE
Antecedente de EPI	Cualitativa	Nominal	Frecuencia (>1)	SI o NO
Embarazo ectópico previo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia	SI o NO
Cirugía abdominopélvica previa	Cualitativa	Nominal	Frecuencia (>1)	SI o NO
Inicio precoz de relaciones sexuales	Cualitativa	Nominal	Frecuencia (Antes de 18 años)	SI o NO
N° de parejas sexuales	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia, porcentaje (+ de 1 en 3 meses)	Si
Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia, porcentaje (Número de cigarros > de 1 el último mes)	SI o NO

iii. Definición de Variables:

- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica:**

Definición conceptual.- Síndrome clínico que abarca procesos inflamatorios e infecciosos del tracto genital superior en la mujer; incluye una o varias de las siguientes condiciones: endometritis, miometritis, salpingitis, pelviperitonitis, parametritis y ooforitis. ^(36,37)

Definición operacional.- diagnóstico clínico, ecográfico, quirúrgico de enfermedad pélvica inflamatoria previo, y que se valorará a partir de las historias clínicas de aquellas pacientes que reúnan los requisitos de inclusión y exclusión.

- **Antecedente de Embarazo Ectópico:**

Definición conceptual.- El embarazo ectópico, es aquel embarazo que se desarrolla en cualquier localización distinta a la cavidad uterina ^(1,2,6-10,17,18).

Definición operacional.- Diagnóstico ecográfico, quirúrgico, patológico de embarazo ectópico previo, información que será valorada a partir de la historia clínica de aquellas pacientes que reúnan los requisitos de inclusión y exclusión.

- **Antecedente de cirugía abdominopélvica:**

Definición conceptual.- Se considera al proceso sistematizado de técnicas quirúrgicas, la cual se realiza a un paciente con la finalidad terapéutica o de diagnosticar y por su complejidad debe ser realizada en un centro quirúrgico. ⁽⁴¹⁾

Definición operacional.- Intervenciones quirúrgicas abdominopélvicas a las que la paciente ha sido sometida previamente, información que será valorada a partir de la historia clínica de aquellas pacientes que reúnan los requisitos de inclusión y exclusión.

- **Inicio precoz de relaciones sexuales:**

Definición conceptual.- Cuando el inicio de las relaciones sexuales se dan aún cuando no se tiene la suficiente edad, y no se alcanza emocionalmente la madurez necesaria que permita implementar conductas de prevención adecuada, que según la norma legal es a los 18 años. ⁽³⁸⁾

Definición operacional.- Para fines del estudio se valorará el tiempo de vida en años cumplidos al momento del inicio de las relaciones sexuales de las pacientes, información tomada de aquellas historias que reúnan los requisitos de inclusión y exclusión.

- **Número de parejas sexuales:**

Definición conceptual.- Una pareja sexual es aquella persona con la que podemos tener un encuentro erótico, ya sean besos, relación sexual, sin que haya un vínculo afectivo. ⁽⁴⁰⁾

Definición operacional.- Para fines del estudio se valorará la cantidad en número de compañeros sexuales de la paciente, información tomada de aquellas historias que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

- **Hábito de fumar:**

Definición conceptual.- Hábito se define como la manera de actuar adquirida por la repetición regular de un mismo tipo de acto o por el uso reiterado y regular de una cosa. Fumador regular es aquella persona que fuma diariamente, independiente de la cantidad, durante por lo menos el último mes. ⁽³⁹⁾

Definición operacional.- Hábito de fumar cigarrillos; que para el presente estudio de investigación, se define como gestante que ha fumado por lo menos un cigarro en el último mes

d. Procedimientos y Técnicas de Recolección de Datos

i. Técnica de recolección de datos:

Para el desarrollo del presente estudio se realizará de la manera siguiente:

- ✓ Con el respectivo permiso de la Jefatura del Dpto. de Ginecología y Obstetricia del H.R.V.F. de Chachapoyas, procederemos a buscar y recolectar según el numeral del historial clínico de aquellas pacientes que fueron consideradas para el presente trabajo en el tiempo establecido, tomando como referencia el registro diario de hospitalizados, seleccionando así a pacientes como casos y controles según criterios de inclusión.
- ✓ Obtenido el registro del historial clínico solicitaremos a Jefe de Archivos del H.R.V.F. nos autorice la búsqueda, manipulación y recolección de la información necesaria de las historias clínicas para el llenado de nuestra ficha de recolección de datos.
- ✓ La recolección de la información será según las variables consideradas en el presente estudio, en fichas estructuralmente precodificadas y diseñadas para la recolección de la información según los objetivos planteados para el presente estudio.

ii. Instrumentos de recolección de datos:

Todos los datos obtenidos serán en base al planteamiento de las variables, será agrupada en Fichas de recolección de Datos elaborados por nosotros (Anexo-1).

iii. Procedimiento de recolección de datos:

El personal investigador será el responsable del llenado de la información en las fichas respectivas. La recopilación de los datos será de la manera siguiente:

- ✓ Mediante solicitud a Jefatura de Dpto de Ginecología y Obstetricia y a Jefe de Archivo del H.R.V.F., se pedirá nos

autoricen tener accesibilidad al historial clínico de las pacientes seleccionadas para el estudio.

- ✓ El tiempo programado para recopilar la información necesaria se estima en 10 a 20 minutos por historial clínico.
- ✓ La recopilación de los datos necesarios será en el período comprendido del 01 de noviembre del 2016 al 30 de agosto del 2017.

e. Plan de Análisis Estadístico de los Datos

Los datos serán procesados mediante una base de datos creada en Microsoft Excel y utilizando el paquete estadístico SPSS en su última versión.

En el análisis de la información recopilada se diseñarán cuadros de frecuencia de entrada doble, con asignación de valor absoluto y relativo.

Se buscará precisar si los causales como: enfermedad inflamatoria pélvica, el antecedente de embarazo ectópico, el antecedente de cirugía abdominopélvica, el inicio precoz de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el hábito de fumar, se asocian con embarazo ectópico, se empleará la prueba “chi cuadrado” para ello se contará con una significancia del 5 %. Mediante el cálculo del OR con un intervalo de confianza 95% se determinará si son factores de riesgo. Se obtendrá el modelo de regresión logística multivariada para determinar lo factores de riesgo preponderantes al embarazo ectópico.

f. Aspectos Éticos

Debido a que sólo trabajaremos con la información obtenida de las historias clínicas, no será necesario la utilización y firma del consentimiento informado; utilizaremos los datos del historial clínico de manera retrospectiva, garantizando el uso adecuado de la información obtenida, siempre bajo la supervisión del jefe de Archivos y el jefe del Dpto de Gineco-Obstetricia del H.R.V.F. de Chachapoyas.

9. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

ETAPAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINO
Planeación, confección y aprobación del proyecto.	15/08/2016	31/10/2016
Recopilación de datos.	01/11/2016	30/08/2017
Procesamiento de datos.	01/09/2017	15/09/2017
Redacción del informe.	16/09/2017	30/09/2017

Horas semanales dedicadas al proyecto:

Autor: 14 horas.

10. PRESUPUESTO DETALLADO:

- **Personal:** Autor.
- **Material y equipo a utilizar:**
 - Material de escritorio
 - Computadora personal.
- **Servicio:**
 - Servicios de fotocopiado
 - Servicio tecnológico (internet)
 - Bibliografía (libros-textos internet).
- **Local:**
 - Facultad de Medicina - Universidad Privada Antenor Orrego - Trujillo.
 - Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

- **Presupuestos:**

CODIGO	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTOS UNITARIOS (S/.)	COSTO TOTAL (S/.)
1	Viáticos y asignaciones	360	8.00	2,880.00
2	Bien de consumo			
	Materiales de escritorio			
	Papel bond A4 80gr.	1,000	35.00	35.00
	Lapicero	20	1.00	20.00
	Corrector	6	3.00	18.00
	Folder/sobre manila	150	0.30	45.00
	USB	2	35.00	70.00
	Equipos			
	Computadoras Portátil	1	1,800.00	1,900.00
3	Servicio de consultoría	4	50.00	200.00
4	Servicios generales			
	Internet			200.00
5	Otro servicio a tercero(s)			
	Impresiones	250	0.40	100.00
	Fotocopiados	400	0.10	40.00
	Digitación	120	0.50	60.00
	Encuadernado	5	20.00	100.00
TOTAL (S/.)				5,668.00

CODIGO	DENOMINACION	SUBTOTAL
1	Viáticos y asignaciones	2,880.00
2	Bienes de consumo	2,088.00
3	Servicio de consultoría	200.00
4	Tarifa de servicios generales	200.00
5	Otros servicios de terceros	300.00
TOTAL		5,668.00

Son Cinco mil seiscientos sesenta y ocho con 00/100 Nuevos Soles.

- **Financiamientos:**

Financiamiento por parte del autor.

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Martínez G, Ángel I; Mascaró R, Yuri S; Mejico S y Mere J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Perú. ginecol. obstet. 2013, vol.59, n.3, pp. 171-176.
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Embarazo ectópico. En: Williams Obstetricia. 23a ed. USA: McGraw Hill Education; 2010:757-79.
3. Khan K, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu A, Van Look P. WHO. Analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet. 2006;367:1066-74.
4. Ego et Cols. Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy. Fertil Steril 2001; 75:560-6.
5. Rodríguez, M. Incidencia de Embarazo Ectópico en el Instituto Materno Perinatal. En: Libro de resúmenes de Temas Libres del XIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima: 37-38. Marzo 2012.
6. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. Fertil Steril. Jul 2006; 86(1):36-43.
7. Kamwendo F., Forslin L., Bodin L., Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect 2000;76:28-32.
8. Karaer A, Avsar FA, Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2006 Dec;46(6):521-7.
9. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. Factores de riesgo del embarazo ectópico. Arch Inv Mat Inf 2009;1(2):85-89
10. Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: An update. Curr Opin Obstet Gynecol 2004; 16: 289-293.
11. Bouyer J, Coste J, Shojael T et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large casecontrol, population based study in France. Am J Epidemiol 2003; 157: 185-194.

12. Seifer DB, et Cols. Reproductive potential after treatment for persistent ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994, 62:194-6.
13. Alsuleiman SA, Grimes EM. Ectopic pregnancy: a review of 147 cases. *J Reprod Med*. Feb 1982; 27(2):101-106
14. Fernández H, Gervase A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. *Hum Reprod* 2004; 10: 503-513.
15. DeWitt C., Abbot J. Interstitial pregnancy: a potential for misdiagnosis of ectopic pregnancy with emergency department ultrasonography. *Ann Emerg Med* 2002; 40:106-9.
16. Fernández H, Coste J, Job-Spira N. Controlled Ovarian Hyperstimulation as a Risk Factor for Ectopic Pregnancy. *Obst Gynec*. 1991 78(4):656-9.
17. Hernández J, Valdés M, Torres A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur* [Internet]. 2013 [citado 2016 Sep 26]; 11(6): Disponible:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2080>
18. Shaw JL, Dey SK. Current knowledge of the etiology of human tubal ectopic pregnancy. *Human Reproduction Update*. 2010; 16 (4): 432–444.
19. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, "Ectopic Pregnancy" 2009. Disponible en www.acog.org/publications.
20. Bustinza, S. Embarazo ectópico en el Hospital "María Auxiliadora": 1988 - 1993. Tesis Bachiller. Lima - Perú.
21. Salman G, Irvine LM. Ectopic Pregnancy, the need for standardisation of rate. *Journal Obstet Gynaecol*. 2008 Jan; 28 (1): 32 – 5
22. Carvallo F, Pacheco J, Tanaka R, Palomino C. Embarazo ectópico: Experiencia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Acta Médica Peruana* 11 (4): 43 - 48. 1984.
23. Cabrera, P. Embarazo Ectópico en el Hospital Loayza 1997-2002. Estudio descriptivo retrospectivo. Tesis (Bach en Med) UPCH 2003.
24. Villanueva, L. et al. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el HNERM entre 1998 y 2002. *Rev. Med Her* 2005;16(1):26-30.

25. De la Cruz G, (2002). Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal, enero - diciembre 2001. Trabajo De Investigación. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
26. Marion LL, Meeks GR. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Jun; 55 (2): 376–86.
27. Tay J, Moore J. Ectopic pregnancy. *BMJ*. 2000; 320: 916-919.
28. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2010; 36 (1): 36-43.
29. Rojas JC, Duarte PC. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: Reporte de caso. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2007; 58 (1): 65-69
30. Dart R, Chaplain B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 2009;33:283
31. Marchbanks P, Annegers J, Coulam C, Strathy J. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 2008; 299:1823-7.
32. Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. Ectopic Pregnancy. 2009; 42(1):2-8.
33. Rana P, Kazmi I, Singh R. Ectopic pregnancy: a review. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Oct; 288 (4): 747-57.
34. Lipscomb GH. Medical Management of Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Jun; 55 (2): 424–32.
35. Bangsgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 765-770.
36. Barrantes S. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII* 2015 (614) 105-109.
37. Baquedano L, Lamarca M, Ruiz M. Enfermedad Pélvica Inflamatoria: Un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2014;79(2):115-120

38. Casanova C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2003 Dic [citado 2012 Abr 29]; 19(3).
39. Martínez E, Saldarriaga L. Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(2):163-169.
40. Varela M. Estudio sobre infidelidad en la pareja: Análisis de contenido de la literatura. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVIII. Número 30. Febrero - Julio 2011.
41. Luglio I, Cáceres 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. 2005;16:26-30.

12. ANEXOS:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

H.CI. N°.....

I. FILIACION:

Nombre:.....

Edad:.....años.

II. EMBARAZO ECTÓPICO: SI () NO ()

- Hallazgos ecográficos:
Tamaño de la masa anexial/embarazo ectópico.....cm
- Actividad cardíaca embrionaria.....
- Localización del embarazo ectópico:
1) Tubárico () 2) Ovárico () 3) Cervical () 4) Abdominal ()
- Necesidad de cirugía: 1) Si 2) No

III. FACTORES DE RIESGO:

1. Edad gestacional: Semanas.
2. Paridad: a. Nulípara b. Primípara c. Multípara
3. Estado civil: a. Soltera b. Casada c. Divorciada
4. Grado de instrucción: a. Primaria b. Secundaria c. Superior
5. Número de parejas sexuales: a. 1 b. mayor de 1
6. Tabaquismo: a. Sí b. No
7. Embarazo ectópico previo: a. Sí b. No
8. Historia de aborto espontáneo: a. Sí b. No
9. Antecedente de cirugía abdomino-pélvica: a. Sí b. No
10. Antecedente de uso DIU: a. Sí b. No
11. Anticoncepción previa: a. Sí b. No
12. Antecedente EPI: a. Si b. No
13. Historia de infertilidad femenina a. Sí b. No
14. Inicio precoz de relaciones sexuales a. Sí b. No