

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE
TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Andersson Joel Alvarez Apaza

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO
EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

TESIS

Presentada por:

BACH. ANDERSSON JOEL ALVAREZ APAZA

Para optar el Título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por unanimidad, ante el siguiente Jurado


Mgr. Alberto Flor Chávez
Miembro


Med. Cristina Llosa Rodríguez
Presidenta


Dr. Eduardo López Villanueva
Miembro


Mgr. Jaime Vargas Zeballos
Asesor

DEDICATORIA

Dedicado a mis Padres, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores y por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mis queridos docentes, por el ejemplo, enseñanza, dedicación y esmero para nuestra formación académica y profesional.

CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3.	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	7
1.4.	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	8
	1.4.1. OBJETIVO GENERAL	8
	1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1.	ANTECEDENTES	9
	2.1.1. INTERNACIONES	9
	2.1.2. NACIONALES	12
	2.1.3. LOCALES	16

2.2.	BASES TEÓRICO CIENTIFICAS	17
2.2.1.	DEFINICIÓN	17
2.2.2.	FISIOPATOLOGÍA	17
2.2.3.	CLASIFICACIÓN	19
2.2.4.	FACTORES DE RIESGO	19
2.2.5.	EVOLUCIÓN	21
2.2.6.	CLÍNICA	22
2.2.7.	DIAGNÓSTICO	23

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1.	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.2.	POBLACION Y MUESTRA	26
3.3.	MÉTODO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.4.	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
3.5.	VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	30

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1.	RESULTADOS	32
4.2.	DISCUSIÓN	55

CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70

RESUMEN

El embarazo ectópico es cuando el blastocito se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014. Es un estudio observacional, retrospectivo, casos y controles, comprendido por 79 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 158 pacientes control con embarazo normal. Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico encontrados son: anticoncepción previa con DIU (OR= 7,58), antecedente de ETS (OR= 4,43), número de gestaciones (OR= 2,66), multiparidad (OR= 2,32), antecedente de aborto (OR= 2,31), antecedente de cesárea (OR=2,24), antecedente de cirugía abdomino-pélvica (OR=2,04). Por lo tanto, existe un mayor grado de asociación entre embarazo ectópico y la anticoncepción previa con DIU (OR = 7,58); en segundo lugar con antecedente de ETS (OR= 4,43); otros factores asociados alcanzaron un odds ratio cercano a 2.

Palabras clave: Embarazo ectópico, factores de riesgo.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is when the blastocyst is implanted in a different site in endometrial of the uterine cavity. The objective of this study is to determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in hospitalized patients in the Department of Gynecology and Obstetrics Daniel Alcides Carrión Hospital III of Tacna from 2010 to 2014. It is an observational, retrospective, case-control study, comprised of 79 patients with a diagnosis of ectopic pregnancy and 158 control patients with normal pregnancy. Risk factors associated with ectopic pregnancy found are: previous IUD contraception (OR = 7,58), history of STDs (OR = 4,43), number of pregnancies (OR = 2,66), multiparity (OR = 2,32), history of abortion (OR = 2,31), history of previous cesarean (OR = 2,24), history of abdominopelvic surgery (OR = 2,04). Therefore, there is a greater degree of association between ectopic pregnancy and previous IUD contraception (OR = 7,58); secondly with history of STD (OR = 4,43); other factors associated reached an odds ratio near 2.

Keywords: Ectopic pregnancy, risk factors

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico (EE) constituye actualmente un problema de salud pública, sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. (1)

Por tal motivo el embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, puede evolucionar a rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando una hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte. (2)

Los factores de riesgo para embarazo ectópico son: enfermedad inflamatoria pélvica que puede ocasionar daño en las trompas y posteriormente dificulta la permeabilidad, la motilidad y la actividad ciliar y tubárica; cirugía abdomino-pélvica que pueden generar procesos inflamatorios o adherenciales produciendo alteraciones anatómicas y/o funcionales de los oviductos; el embarazo Ectópico previo que tiene un riesgo de recidiva hasta 10 veces más que en

la población general; fallos en la anticoncepción con el uso dispositivo intrauterino; hábito tabáquico que altera el transporte del embrión al útero reduciendo la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas; inductores de ovulación que actúan por mecanismos similares a los inducidos por el tabaco y por último fecundación asistida por la presencia de altos niveles de estrógenos administrados o por el paso tubárico de embriones transferidos hacia el interior uterino. (3)

Tradicionalmente, el diagnóstico de embarazo ectópico se ha realizado sobre la base de signos clínicos y síntomas físicos. La triada clásica de un episodio de hemorragia genital, dolor abdominal y masa palpable, sugiere un embarazo ectópico. (4)

Diversa evidencia publicada permite concluir que en la patogénesis del embarazo ectópico 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 embarazo ectópico. (5)

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Un embarazo ectópico (EE) ocurre cuando un óvulo fecundado crece fuera del útero. Casi todos los embarazos ectópicos ocurren en una trompa de Falopio. En raras ocasiones atribuirá a un ovario u otro órgano en el abdomen. (2)

Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo (1).

Los embarazos en la trompa de Falopio coinciden con el 97% de los embarazos ectópicos, 55% en el ampulla, 25% en el istmo, 17% en la fimbria y 3% en la cavidad abdominal, ovario y cérvix. 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. (6)

Las mujeres que tienen las trompas de Falopio anormales se encuentran en mayor riesgo de embarazo ectópico. A medida que el embarazo crece, puede causar ruptura de la trompa. Si esto ocurre, puede causar gran hemorragia interna. Esto puede ser potencialmente mortal y debe ser tratada con cirugía. (2)

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente hasta el 2004, se debe al embarazo ectópico el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto y así lo destacan la OMS y la UNICEF. (7)

En las últimas 3 décadas su incidencia ha aumentado, ha disminuido su morbimortalidad y es la primera causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo. (3)

Cerca de 70% de los embarazos extrauterinos presenta disminución o un aumento lento en los niveles de la hormona

gonadotropina coriónica, incluyendo incremento anormal de la subunidad beta en 15% de los embarazos normales. (6)

Los factores de riesgo más fuertemente asociados con embarazo ectópico incluyen embarazo ectópico previo, cirugía tubárica y exposición in útero al dietilelbestrol. (6)

La Fecundación asistida es un factor de riesgo para embarazo ectópico debido a la presencia de altos niveles de estrógenos administrados o por el paso tubárico de embriones transferidos hacia el interior uterino. (9)

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. (10)

Tradicionalmente, el diagnóstico de embarazo ectópico se ha realizado sobre la base de signos clínicos y síntomas físicos. La

triada clásica de un episodio de hemorragia genital, dolor abdominal y masa palpable sugiere un embarazo ectópico. Sin embargo, esta triada sólo está presente en el 45 % de los pacientes. (11)

La prevalencia de EE entre las mujeres que acuden al servicio de emergencia con metrorragia durante el primer trimestre de embarazo, dolor o ambos es entre el 6 a 16%. Las manifestaciones clínicas clásicas ocurren generalmente entre 6 y 8 semanas después de la fecha de la última menstruación. Los síntomas clásicos del EE son el dolor abdominal (99%), la amenorrea (74%) y el sangrado vaginal (56%). (12)

Una sola medición de la concentración de la hormona gonadotropina coriónica subunidad beta (β -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 β -HCG caen o no aumentan adecuadamente. (6)

Los pacientes típicamente se presentan hacia las 5 semanas de edad gestacional. Sin embargo, debido a que los datos de la fecha menstrual no son con frecuencia fidedignos, una edad gestacional estimada por la última regla, no debería influir en la diligencia que cada uno debe tener frente a un embarazo ectópico. (13)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El embarazo ectópico sigue siendo una patología con alta morbimortalidad en obstetricia. Los embarazos de ubicación desconocida, son una preocupación para el Gineco-Obstetra que encuentra una prueba positiva y no visualiza por ecografía una gestación intrauterina. Por tal motivo el embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando un hemorragia interna de

tal magnitud que puede llevar a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser percedero y limitar la vida reproductiva de la mujer.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014.

1.4.2. OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Determinar el grado de asociación de los factores de riesgo con el embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014.
- Determinar los Odds Ratio de los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. INTERNACIONAL

Teresa Urrutia y cols. Embarazo Ectópico, Factores de Riesgo y Características Clínicas de la Enfermedad en un grupo de Mujeres Chilenas. El embarazo ectópico (EE) es una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo. Se estudió a 50 mujeres con EE y se compararon con 100 puérperas en el mismo período. Los factores de riesgo significativos para EE fueron: antecedentes de cirugía ginecológica (OR= 13,82; p= 0,001); antecedentes de cirugía abdominal (OR= 3,5; p= 0,009); antecedente de DIU al momento de la concepción (OR= 4,2; p= 0,007); número de parejas sexuales (OR= 0,002; p= 0,02); consumo de alcohol (OR= 2,7; p= 0,008). Los factores de riesgo para Embarazo Ectópico en una población chilena son

similares a los descritos en la literatura internacional; se enfatiza la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos. (14)

Cabrera Samith, Ignacio y cols. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital base de los Ángeles. El embarazo ectópico (EE) se produce cuando el blastocisto se implanta en un sitio distinto al endometrio de la cavidad uterina, siendo el sitio más frecuente las trompas de Falopio. Se realizó 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% eran multíparas y 90% no usaban ningún método anticonceptivo. El 85,7% no tenían antecedentes de cirugías previas y el 91,4% no presentó antecedentes mórbidos. El 5,7% tenía 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. Los antecedentes epidemiológicos y clínicos de

nuestra experiencia fueron concordantes con los registrados en la literatura y avalan nuestra conducta quirúrgica. (12)

Sierra García, Graciela y cols. Factores de riesgo del embarazo ectópico. El embarazo ectópico continúa siendo una causa mayor de morbilidad y mortalidad materna. Se ha documentado que esta patología se relaciona con infecciones pélvicas previas, métodos de fertilización asistida, anomalías anatómicas y otros factores como el uso del dispositivo intrauterino, cirugías previas, etcétera. El objetivo fue Identificar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, del 2005 al 2007. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal donde se revisan los expedientes de las mujeres con embarazo ectópico que ingresaron del 2005 al 2007, con el objeto de identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados al desarrollo de esta patología. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, con el uso de chi cuadrado. Se analizaron 54 expedientes. La edad media de las pacientes fue 28,26 años. El factor de riesgo más común fue salpingitis con 21 casos (38,8% y $p > 0,05$). La localización más común fue la tubárica con 35 casos

(64,8%). El tratamiento fue quirúrgico en el 100% de las pacientes. La frecuencia de embarazo ectópico es de 0,19%. No se registraron complicaciones ni mortalidad. (15)

2.1.2. NACIONAL

Martínez Guadalupe, Ángel y cols. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Estudio descriptivo y retrospectivo. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Las participantes fueron Mujeres con embarazo ectópico. Revisión de 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el periodo 2006 al 2010. Principales medidas de resultados: Características de pacientes con embarazo ectópico. Se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue $29,2 \pm 6,5$ años; 28,5% de las pacientes fue soltera; 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina; 54,3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones; 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y 33,8% usó el dispositivo

intrauterino como método anticonceptivo. El tiempo promedio de amenorrea fue $6,8 \pm 2,1$ semanas y la sintomatología principal dolor abdominal (97,9%). La ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70,7% de los casos. En más de 60% la complicación fue resuelta en menos de 6 horas. El 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpinguectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular. La frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical. (16)

Romero Karin y cols. Embarazo Ectópico. Se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Essalud Trujillo. Se evaluó a cincuenta y un pacientes que tuvieron el diagnóstico operatorio de embarazo ectópico en el periodo comprendido mayo de 1995 y abril 2000, obteniéndose que el embarazo ectópico tuvo una frecuencia de 1

por cada 133 partos, 33,3 % de los pacientes tenía entre 36 y 45 años de edad. Los factores predisponentes fueron la enfermedad inflamatoria pélvica, esterilidad quirúrgica y legrados uterinos; el método diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido (66,7%); la localización más frecuente fue la tubárica (90,2%), las principales complicaciones fueron la anemia 68,6 % y el choque hipovolémico 13,7 %. (17)

Yglesias Cánova, Edwin. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. En el Hospital Daniel Alcides Carrión. Se incluyeron todos los casos de embarazo ectópico (EE) sometidos a laparotomía exploratoria entre el 2008 al 2010. La muestra de estudio fue de 215 pacientes. La prevalencia del EE fue de 11,9 por cada 1000 embarazos. El 20,7% y el 13,5% presentaron antecedente de consumo de alcohol y tabaco respectivamente; mientras que el 2,8% refirió consumo de otro tipo de drogas. El EE fue más prevalente en multigestas y en nulíparas y/o primíparas; 54,5% tenían antecedente de aborto; 37,4% antecedente de cirugía abdomino-pélvica; 11,9% con antecedente de EE previo; 55,3% no utilizaban métodos

anticonceptivos; 4,1% utilizaba DIU. Los signos clínicos más frecuentes fueron: dolor abdominal (99,5%) y sangrado vaginal (60%). El procedimiento más frecuente: salpinguectomía unilateral. Se encontró predominio de lado derecho. El 94,8% de los casos fueron de ubicación tubárica, siendo el más frecuente el ampular (74,6%). (5)

Mercado Medrano, William: Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. Luis N. Saenz. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal. Se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR= 4,2 y $p= 0,003$); antecedente de embarazo ectópico (OR= 14,7 y $p= 0,002$); aborto espontáneo (OR= 4,3 y $p= 0,002$); cirugía abdomino-pélvica (OR= 11 y $p= 0,001$); ITS (OR= 2,5 y $p= 0,044$); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual. Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS,

cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontaneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico. (18)

2.1.3. LOCAL

Coloma Quispe, César. Factores de Riesgo asociados y características clínicas del Embarazo Ectópico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011. Estudio retrospectivo de tipo casos y controles. La incidencia de embarazo ectópico fue de 3,5 por mil embarazos. Las variables que incrementan significativamente el riesgo fueron: La edad entre 31-40 años (OR= 2,58); multigestas (OR= 3,05); antecedente de aborto (OR= 4,2); inicio de relación sexual antes de los 15 años (OR= 3,15); enfermedad pélvica inflamatoria (OR= 11,17) y cirugía ginecológica (OR= 8,71). El síntoma clínico más frecuente fue el dolor (98,9%), seguido de ginecorragia (67,8%). Los factores de riesgo de embarazo ectópico identificados podrán ser usados para prevenir casos posteriores de esta enfermedad y para identificar a aquellas pacientes con mayor riesgo de padecerla. (19)

2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1. DEFINICIÓN:

El Embarazo Ectópico es cuando el blastocisto se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina. (4)

El embarazo ectópico se considera una gestorragia, pues el sangramiento que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección, propia de la gestación, pudiendo amenazar la vida de la mujer embarazada y de su producto. (20)

2.2.2. FISIOPATOLOGÍA

El trofoblasto del Embarazo Ectópico, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo 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 barrera decidual escasa y

el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está condenado a perecer. (20)

Su localización es tubárica en el 98,3% de los casos (ampular 70%; ístmica 12%; fimbria 11,1%; intersticial 1,9%) y extra-tubárica en el 1,7% de ellos (corteza ovárica 3,2%; abdomen-superficie peritoneal 1,3%; cérvix-canal cervical 0,15%). (1)

Las causas que pueden llevar a que se produzca este fenómeno se dividen en:

Causas ovulares: Hipermigración externa (transperitoneal), Hipermigración interna y desequilibrio hormonal (ambiente dominado por estrógenos). (4)

Factores locales que aumentan la receptividad tubárica: Foco endometriósico en zona de implantación y decidualización del oviducto. (4)

Factores que dificultan el transporte ovular: EPI, perisalpingitis, salpingitis crónica, TU extrínsecos, anomalías congénitas (divertículos congénitos, hipoplasia ciliar). (4)

2.2.3. CLASIFICACIÓN

- Según momento de implantación: primitivo, secundario.
- Según sitio de implantación: tubárico, ovárico, abdominal y cervical.
- Según evolución clínica: no complicado, complicado.
- Según el número de embarazos: Pueden ocurrir EE gemelares, bilaterales o heterotópico. (20)

2.2.4. FACTORES DE RIESGO

- a) Enfermedad inflamatoria pélvica: Afecta al 11% de las mujeres en edad fértil y es la causa más frecuente de embarazo ectópico (aumenta hasta 7 veces el riesgo de dicha afección; dificulta la permeabilidad, la motilidad y la actividad ciliar-tubárica), siendo *Chlamydia trachomatis* el germen predominante. (3)
- b) Cirugía abdomino-pélvica: Los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos abdomino-pélvicos, constituyen antecedentes que pueden generar procesos inflamatorios o

adherenciales, produciendo alteraciones anatómicas y/o funcionales de los oviductos. (16)

- c) Embarazo Ectópico previo: 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. (10)
- d) Fallos en la anticoncepción: En la esterilización tubárica o con la implantación del dispositivo intrauterino liberador de progesterona. (3)
- e) Hábito tabáquico: Un reciente meta-análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecida. Ciertamente, existe evidencia de que las trompas de Falopio son un objetivo del humo de cigarrillo. Con probabilidad, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero reduciendo la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas. (21)
- f) Endometriosis: Después de la enfermedad inflamatoria pélvica, es la segunda causa más importante de Embarazo Ectópico. (3)
- g) Inductores de ovulación: actúan por mecanismos similares a los inducidos por el tabaco. (3)

- h) Fecundación asistida: por la presencia de altos niveles de estrógenos administrados o por el paso tubárico de embriones transferidos hacia el interior uterino. (3)

2.2.5. EVOLUCIÓN

La evolución del EE depende de su localización inicial:

A. EE tubárico:

- a) Ampular: el embrión suele ser expulsado a la cavidad abdominal con discreta hemorragia en el fondo del saco de Douglas.
- b) Ístmico: se asocia a rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.
- c) Fímbrico: el huevo migra hacia la cavidad abdominal.
- d) Intersticial: lo habitual es la progresión hacia la rotura uterina.
- e) Cervical: suele evolucionar hacia la metrorragia, que puede ser desde leve hasta profusa.

B. EE ovárico: suele progresar hacia la rotura y hemorragia en el lugar de implantación.

C. EE abdominal: Primario (fecundación e implantación en el peritoneo) o secundario (proveniente del ovario o fimbrias). (3)

2.2.6. CLÍNICA:

Los síntomas clásicos de embarazo ectópico son dolor abdominal (90 - 100%), amenorrea (75 - 95%) y sangrado vaginal (50 - 80%), los cuales pueden acompañarse de los síntomas propios del embarazo (10 - 25%), dolor en el hombro, urgencia para defecar (5 - 15%) y en casos de ruptura tubárica mareo, síncope (20 - 35%) o shock (10%). A medida que la gestación avanza, el sangrado genital anormal aparece en el 50 a 80% de los casos. Un 15% de las pacientes tienen atraso superior a 12 semanas, así como también otro 15% no presenta atraso. (4)

El dolor abdominal brusco, el sangrado vaginal y la amenorrea/retraso menstrual, constituye la clásica triada del diagnóstico clínico, aunque está presente en tan sólo el 50% de las pacientes con embarazo ectópico. (9)

En el examen físico podemos encontrar dolor abdominal aproximadamente en el 50% de los casos. Al examen ginecológico en el 25% de los casos se encuentra un útero de tamaño aproximado a un embarazo de 7-8 semanas, disociado en menos con la edad gestacional, sensible a la movilización, douglitis y masa retrouterina con masa y sensibilidad anexial unilateral. (4).

2.2.7. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se fundamenta en tres pilares fundamentales: exploración clínica, ecografía y, cuando no es suficiente con ambas, las determinaciones seriadas de β -HCG.

A. Exploración clínica

El examen pélvico es con frecuencia inespecífico, pero es bastante constante el dolor a la movilización cervical y la presencia de una masa anexial, igualmente dolorosa. En caso de rotura del embarazo ectópico suele aparecer irritación peritoneal (signo de Blumberg y/o defensa abdominal) y un cuadro de shock. (9)

B. Ecografía

Gracias a los avances tecnológicos y a la formación en ecografía obstétrica, es posible diagnosticar por imagen un embarazo ectópico en etapas cada vez más precoces. Debe comenzarse con sonda abdominal, pero es imprescindible completarla con sonda vaginal con un ecógrafo de alta resolución y utilizando el zoom para magnificar las áreas a estudiar: sobre todo la cavidad endometrial y las zonas anexiales. A pesar de todo ello, hasta un 15- 35% de gestaciones ectópicas no se ven por ecografía.

Son signos sospechosos de embarazo ectópico:

- Presencia de un útero vacío, especialmente si el endometrio es grueso.
- Presencia de un pseudosaco intraútero.
- Signo del “doble halo” en la trompa.
- Visualización de un saco gestacional fuera del útero: con presencia de vesícula vitelina e incluso, a veces, de embrión.
- Doppler color positivo en los dos casos anteriores.
- Líquido en el espacio de Douglas mayor de lo habitual.

La visualización ecográfica de una gestación intrauterina, prácticamente excluye el embarazo ectópico. (9)

C. Laparoscopia:

Permite la visión directa de la masa sugestiva de embarazo ectópico y una revisión exhaustiva de la cavidad pélvica, sin embargo, es raramente requerida para el diagnóstico, ya que a través de la ecografía transvaginal y la medición de la β -HCG, se logran hacer la mayoría de los diagnósticos. En caso de que se requiera, tiene la ventaja de que permite hacer el manejo quirúrgico en la paciente termodinámicamente estable. (4)

D. Determinaciones seriadas de β -HCG (por método ELISA)

La fracción β de la hormona gonadotropina coriónica humana es producida por las células del trofoblasto, en las primeras semanas de un embarazo normo evolutivo, aproximadamente duplica su valor cada dos días (válido para cifras inferiores a 10 000 mUI/ml). Un aumento menor es sugestivo de embarazo no viable (aborto o ectópico). Si existe una sospecha de embarazo ectópico y la ecografía no es concluyente deben realizarse determinaciones de β -HCG. Si la gestación intrauterina no es visible por ecografía transvaginal con valores de β HCG > 1000 - 2000 mUI/ml, existe una alta probabilidad de gestación ectópica.

La combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de β -HCG tiene una sensibilidad del 96%, una especificidad del 97% y un valor predictivo positivo del 95% para el diagnóstico de embarazo ectópico. (9)

Los valores séricos de progesterona son útiles y complementarios a los de β -HCG en la valoración del Embarazo Ectópico, pues cuando son mayores de 25 ng/ml se relacionan con la presencia de un embarazo intrauterino en el 97,5% de los casos, y si son menores de 1,5 - 5 ng/ml, son indicativos de una gestación no viable, sea cual sea su ubicación. (3)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación según la finalidad del estudio es de tipo Caso Control, observacional en cuanto a la intervención del investigador y retrospectivo en cuanto a la cronología. Caso control debido a que se va a comparar los factores de riesgo asociados en los 2 grupos los “casos” y los “controles” y es un estudio retrospectivo ya que el tiempo en que se recoge y analiza la información es en el presente, pero con datos del pasado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron Hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014 y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas

durante el mismo año seleccionadas mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CASOS: Pacientes hospitalizados con diagnóstico de embarazo ectópico en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014, teniendo como criterios diagnósticos el examen clínico, ecografía y valor de β -HCG, para la identificación de pacientes con embarazo ectópico en el mencionado hospital.

Historia clínica accesible e información requerida completa.

CONTROLES: Estuvo constituida por las gestantes que han cursado con un embarazo normal y que han tenido su parto en el periodo de estudio comprendido entre el 2010 al 2014 en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna y serán elegidas por Muestreo probabilístico aleatorio simple, el número de pacientes control será de 2 por cada embarazo ectópico y que cuenten con los siguientes criterios:

Mujeres gestantes con embarazo normal.

Historia clínica con datos completos

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

CASOS: Historia clínica de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico que no sea accesible o esté incompleta.

CONTROLES: Mujeres con enfermedades mórbidas como neoplasias en tratamiento, DM tipo II no controlada, etc.

Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

3.3. MÉTODO Y TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo de investigación se procedió de la siguiente manera: Autorización del Director del área de Investigación y del Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión, se procedió a la búsqueda de historias clínicas de aquellas pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio, utilizando para esto el libro de egresos de hospitalización del servicio de Gineco-obstetricia, con lo que se logró seleccionar a los pacientes (casos y controles) según los criterios de inclusión. Teniendo una lista detallada de las historias clínicas, se solicitó también permiso y autorización del jefe de la

Unidad de Archivo de historias clínicas del Hospital III Daniel Alcides Carrión, para la búsqueda de las historias clínicas y para que nos brinde la autorización para sacar datos de Informática con el fin de obtener los datos para la ficha respectiva. La información fue recolectada en función de las variables de estudio, en fichas estructuradas precodificadas destinadas a la obtención de datos de acuerdo a los objetivos del estudio. El llenado de fichas se realizó por el mismo investigador.

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas será recopilada en una Ficha de recolección de Datos de elaboración propia.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron en una computadora personal, valiéndonos de los programas SPSS (Statistical Product and Service Solutions) para Windows. Para el análisis descriptivo se expresó en distribución de frecuencias. Para el análisis se planteó primero ver la relación entre las variables de estudio y la presencia de embarazo ectópico a través de la prueba Chi cuadrado, para luego determinar el riesgo de cada variable

sobre la base del cálculo del Odds ratio. Se consideró un intervalo de confianza al 95% y el respectivo criterio de significancia (valor de $p < 0,05$) como estadísticamente significativo.

3.5. VARIABLES Y OPERAZIONALIZACIÓN

La determinación de las variables se hizo haciendo una revisión profunda de la literatura en lo que corresponde a los factores de riesgo para embarazo ectópico.

3.3.1. Variable Independiente

1. Edad
2. Gestación
3. Paridad
4. Grado de instrucción
5. Tabaquismo
6. Embarazo ectópico previo
7. Historia de aborto espontaneo
8. Antecedente de ETS
9. Antecedente de cirugía abdomino-pélvica
10. Anticoncepción previa
11. Historia de infertilidad femenina

3.3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIZACION	INDICADOR
Edad Materna	Cuantitativa	De razón	<19 19 – 34 ≥35	Numero de años cumplidos hasta el día de toma de datos
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Superior	Nivel de estudio referido en historia clínica
Gestación	Cualitativa	Nominal	Primigesta Multigesta	1 ≥2
Paridad	Cualitativa	Nominal	Nulípara Primípara Multípara	0 1 ≥2
Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Habito nocivo considerado en la HCl.
Antecedente de Embarazo ectópico previo	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Presencia de un embarazo ectopico previo a este.
Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Antecedente de aborto registrado en la HCl.
Antecedente de cirugía Abdomino-pélvica	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Presencia de cirugía abdominopelvica, anterior a esta ultima gestacion.
Antecedente Cesárea	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Antecedente de cesarea registrada en la HCl.
Antecedente de uso de DIU	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Uso de DIU durante el periodo de concepcion.
Historia de infertilidad	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Antecedente de infertilidad registrada en la HCl
Antecedente de ETS	Cualitativa	Nominal	Sí o No	Antecedente de ETS registrada en la HCl

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En el presente estudio, los pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico durante el periodo de 2010 al 2014 que fueron hospitalizados en el servicio de Gineco-Obstetricia en el hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna fueron 82. De los cuales 3 pacientes fueron excluidos debido a que no cumplían los criterios de inclusión; por lo que la población de estudio fue de 79 pacientes en los casos y 158 pacientes como control. A continuación, se describen los principales resultados encontrados.

TABLA 01

**EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO
ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN
DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014**

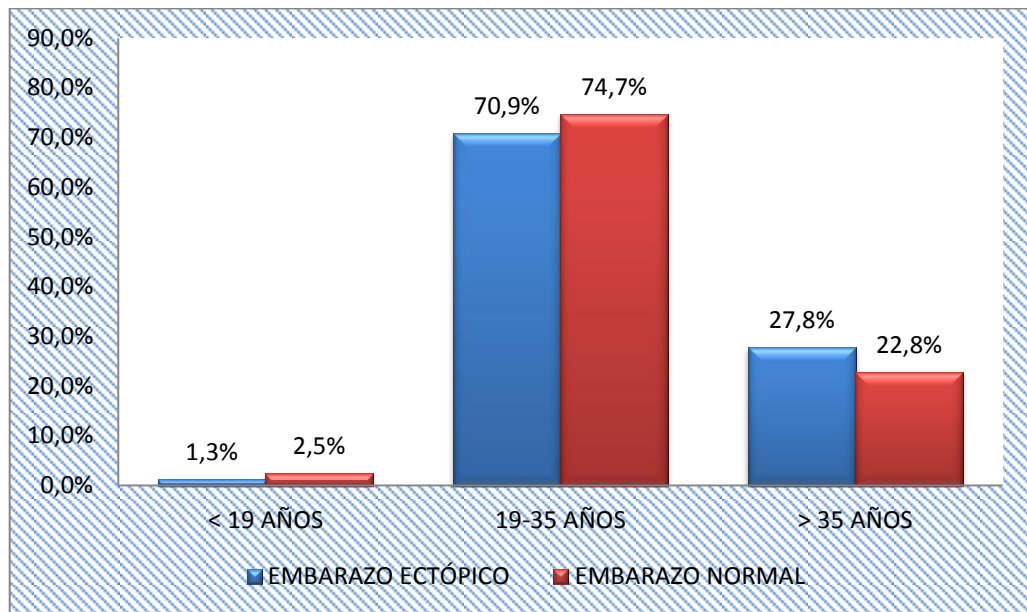
EDAD MATERNA	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
<19 AÑOS	1(1,3%)	4(2,5%)			
19 – 35 AÑOS	56(70,9%)	118(74,7%)			
>35 AÑOS	22(27,8%)	36(22,8%)	1,31	0,72	0,392

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla se observa que la mayoría de pacientes tenían edades entre 19 y 35 años, representando el 70,9% de pacientes con embarazos ectópicos y 74,7 % de pacientes con embarazos normales. El análisis estadístico evidencia que las pacientes con edades mayor a 35 años incrementan el riesgo de probabilidad de embarazo ectópico con un OR= 1,31. De los casos el 27,8% fueron madres añosas frente al 22,8% en los controles, esta diferencia de proporciones no fue significativa ($p > 0,05$).

GRÁFICO 01

EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 02

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

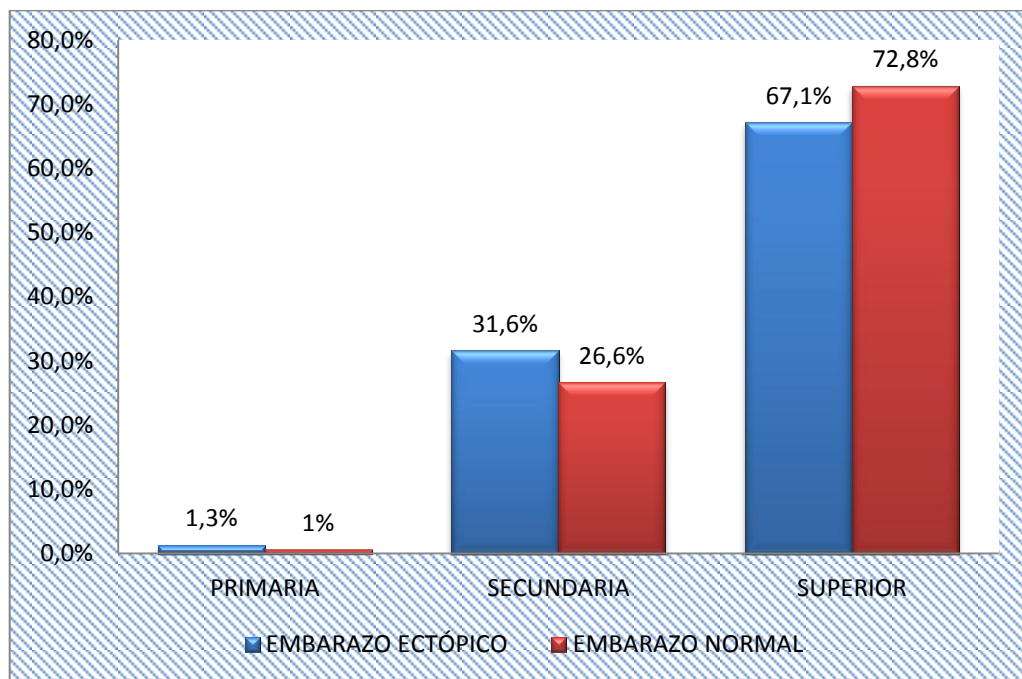
GRADO DE INSTRUCCIÓN	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
PRIMARIA	1(1,3%)	1(0,6%)			
SECUNDARIA	26(31,6%)	42(26,6%)			
SUPERIOR	53(67,1%)	115(72,8%)	0,76	0,83	0,362

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla se observa que la mayoría de pacientes tenían nivel de instrucción superior, representando el 67,1% de pacientes con embarazos ectópicos y 72,8% de pacientes con embarazos normal, seguido de la instrucción secundaria que representa el 31,6% de embarazos ectópicos y 26,6% de embarazos normales. El análisis estadístico evidencia que el nivel de instrucción no incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico.

GRÁFICO 02

NIVEL DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 03

**NÚMERO DE GESTACIONES COMO FACTOR DE RIESGO
PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

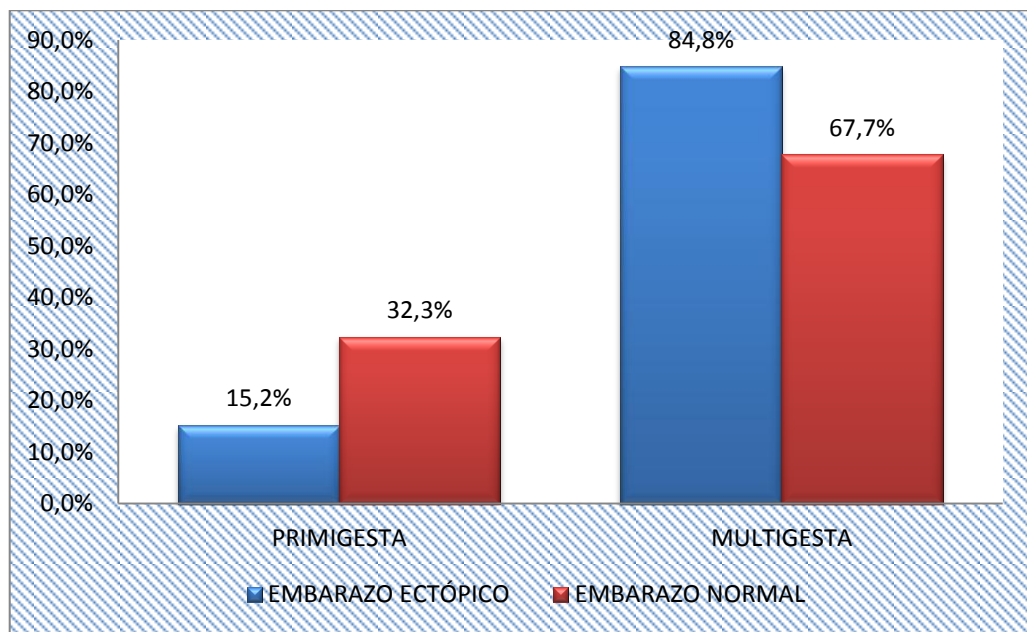
NÚMERO DE GESTACIÓN	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
PRIMIGESTA	12(15,2%)	51(32,3%)			
MULTIGESTA	67(84,8%)	107(67,7%)	2,66	7,88	0,005

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia de gestaciones en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes con embarazo ectópico eran multigestas (84,8%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal también eran multigestas (67,7%). El análisis estadístico evidencia que las pacientes multigestas incrementan en más de 2 veces el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,66). Los datos obtenidos en las pacientes multigestas eran significativos con una $p < 0,05$.

GRÁFICO 03

NÚMERO DE GESTACIONES COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 04

**NÚMERO DE PARTOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

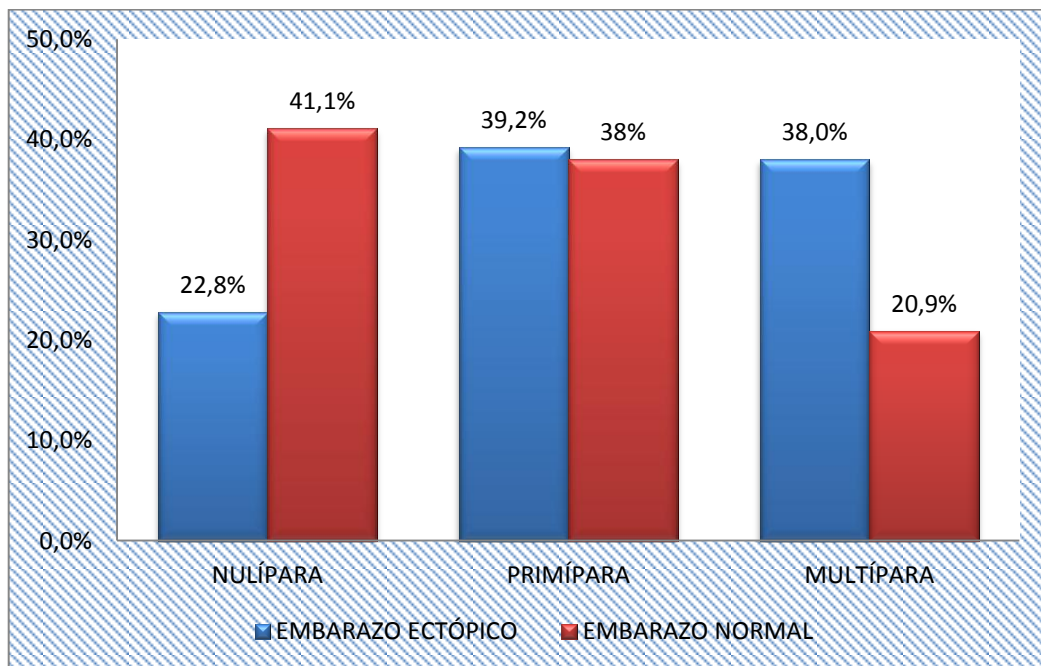
PARIDAD	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
NULÍPARA	18(22,8%)	65(41,1%)			
PRIMÍPARA	31(39,2%)	60(38%)			
MULTÍPARA	30(38%)	33(20,9%)	2,32	7,88	0,005

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia de Paridad en las pacientes de nuestro estudio. Observamos la mayoría de pacientes con embarazo ectópico eran primíparas (39,2%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal eran nulíparas (41,1%), en segundo lugar, para el caso de embarazo ectópico eran multíparas (38%) y en el embarazo normal primíparas (38%). El análisis estadístico evidencia que las pacientes Multíparas incrementan el 2 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,32). Los datos obtenidos en las pacientes Multíparas eran significativos con una $p < 0,05$.

GRÁFICO 04

NÚMERO DE PARTOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 05

**CONSUMO DE TABACO COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

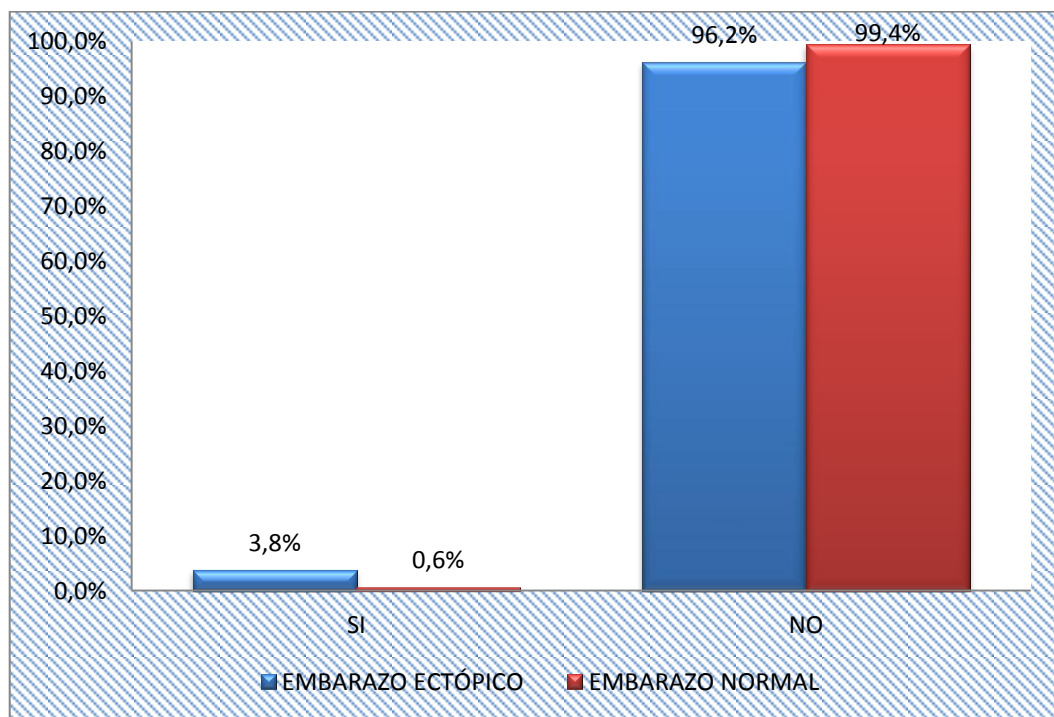
CONSUMO DE TABACO	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
SI	3(3,8%)	1(0,6%)	6,19	3,18	0,074
NO	76(96,2%)	157(99,4%)			

Fuente: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia del consumo de tabaco en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes no consume tabaco representando en el embarazo ectópico (96,2%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal (99,4%). El consumo de tabaco en los casos era de un 3,8% frente a un 0.6% en los controles. El análisis estadístico evidencia que las pacientes que consumen tabaco incrementan en 6 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 6,19). Los datos obtenidos para el consumo de tabaco como riesgo de embarazo ectópico no eran significativos ($p > 0,05$).

GRÁFICO 05

CONSUMO DE TABACO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 06

**ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO COMO FACTOR DE
RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

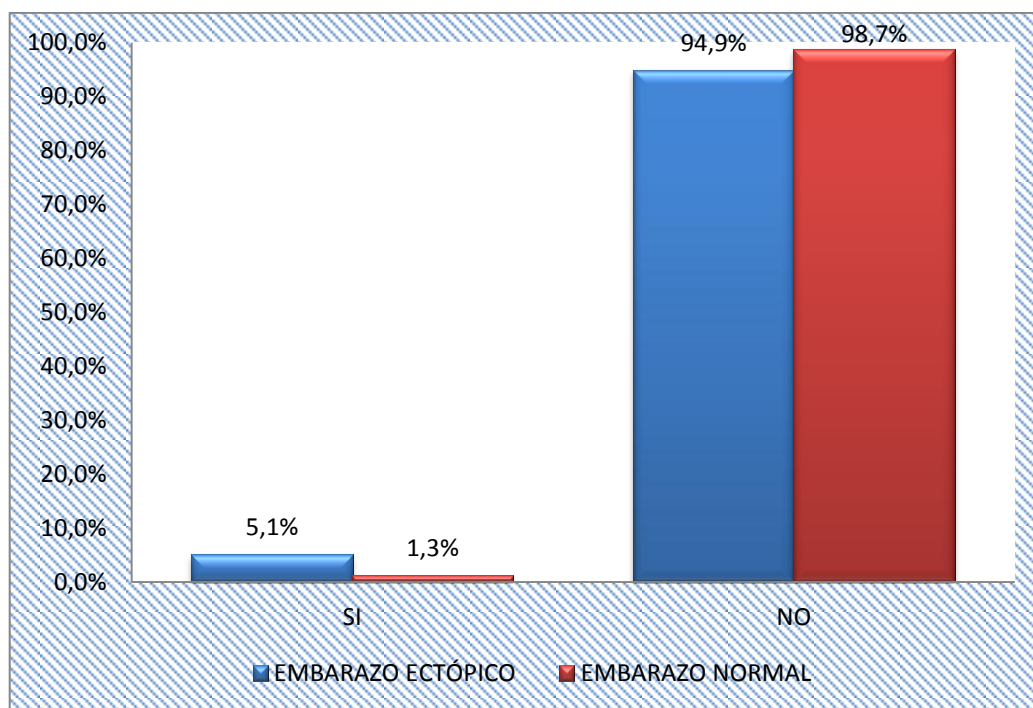
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
SI	4(5,1%)	2(1,3%)	4,16	3,08	0,079
NO	75(94,9%)	156(98,7%)			

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia del antecedente de embarazo ectópico en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes no ha tenido un embarazo ectópico previo representando en el embarazo ectópico (94,9%), mientras que en el grupo control (98,7%). El análisis estadístico evidencia que un embarazo ectópico previo incrementa en 4 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 4,16). Los datos obtenidos como riesgo de embarazo ectópico no eran significativos ($p > 0,05$).

GRÁFICO 06

ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 07

**ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO
PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

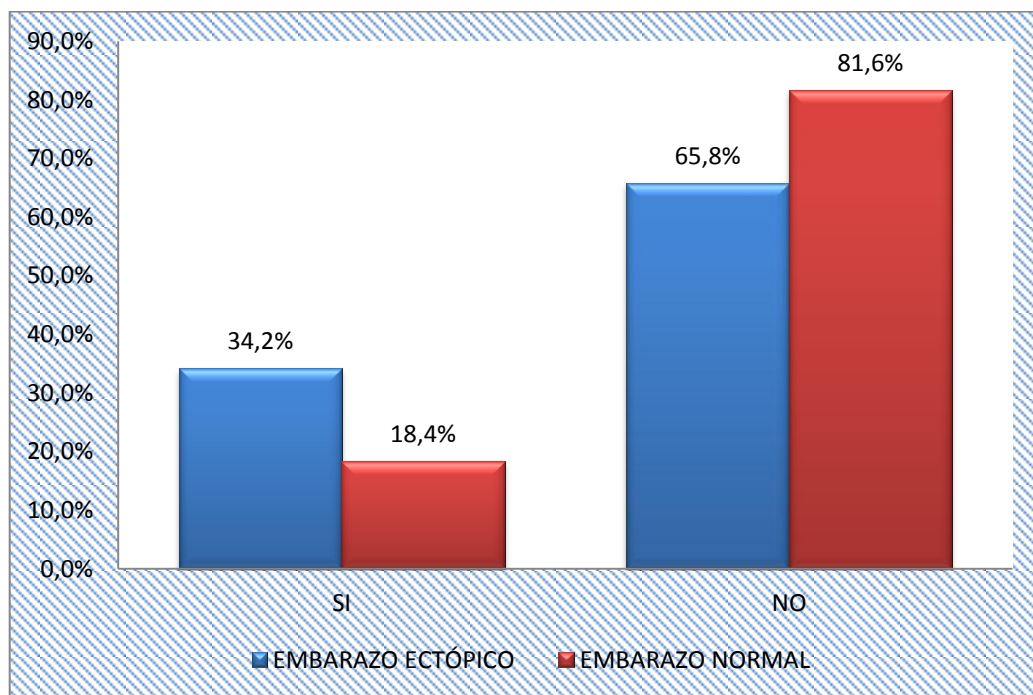
ANTECEDENTE DE ABORTO	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	χ^2	P
SI	27(34,2%)	29(18,4%)	2,31	7,31	0,007
NO	52(65,8%)	129(81,6%)			

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia de antecedente de aborto en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes no presento como antecedente el aborto, representando en el embarazo ectópico (65,8%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal (81,6%). El antecedente de aborto en los casos era de un 34,2% frente a un 18,4% en los controles. El análisis estadístico evidencia que las pacientes que presentan antecedente de aborto tienen 2 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,31). Los datos obtenidos de antecedente de aborto como riesgo de embarazo ectópico fueron significativos ($p < 0,05$).

GRÁFICO 07

ANTECEDENTE DE ABORTO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 08

**ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINO-PÉLVICA COMO FACTOR
DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

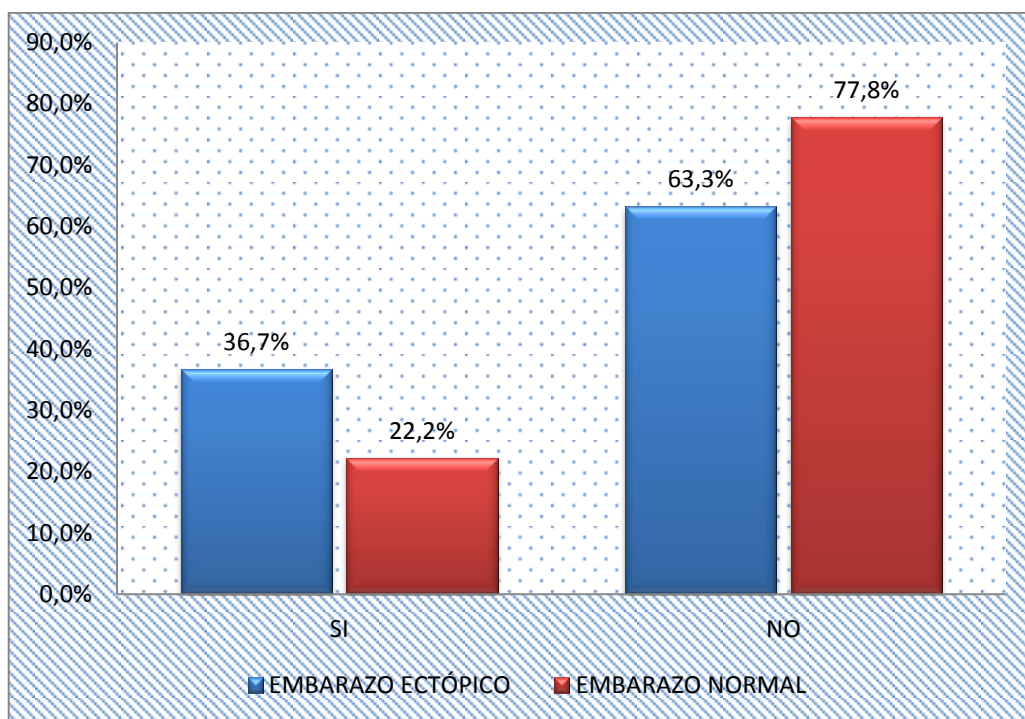
CIRUGÍA ABDOMINO- PÉLVICA	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
SI	29(36,7%)	35(22,2%)	2,04	5,66	0,017
NO	50(63,3%)	123(77,8%)			

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia del antecedente de cirugía abdomino-pélvica en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que el antecedente de cirugía abdomino-pélvica en los casos fue de un 36,7% frente a un 22,2% en los controles. El análisis estadístico evidencia que las pacientes con antecedente de cirugía abdomino-pélvica incrementan en 2 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,04). Los datos obtenidos de antecedente de cirugía abdomino-pélvica como riesgo de embarazo ectópico eran significativos ($p < 0,05$).

GRÁFICO 08

ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINO-PÉLVICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 09

**ANTECEDENTE DE CESÁREA COMO FACTOR DE RIESGO
PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

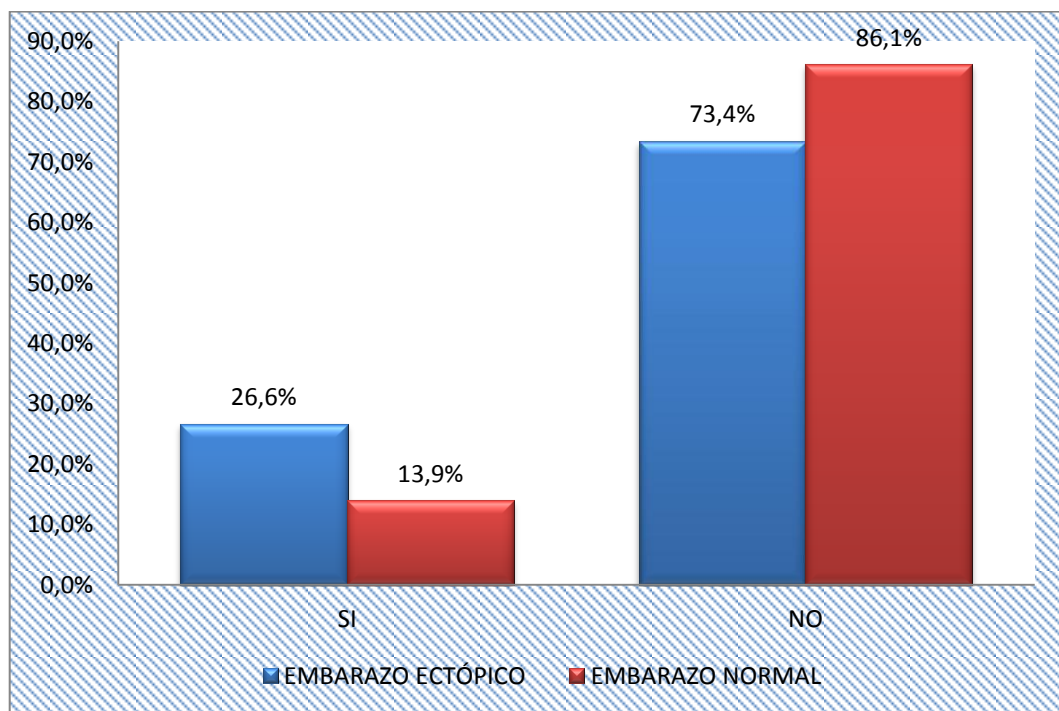
ANTECEDENTE DE CESÁREA	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	χ^2	P
SI	21(26,6%)	22(13,9%)	2,24	5,68	0,017
NO	58(73,4%)	136(86,1%)			

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia de antecedente de cesárea en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes no presenta antecedente de cesárea representando en el embarazo ectópico (73,4%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal (86,1%). El antecedente de cesárea en los casos fue de 26,6% frente a 13,9% en los controles. El análisis estadístico evidencia que el antecedente de cesárea incrementa en 2 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,24). Los datos obtenidos de antecedente de cesárea como riesgo de embarazo ectópico son significativos ($p < 0,05$).

GRÁFICO 09

ANTECEDENTE DE CESÁREA COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 10

**ANTICONCEPCIÓN PREVIA CON DIU COMO FACTOR DE RIESGO
PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE 2010 AL 2014**

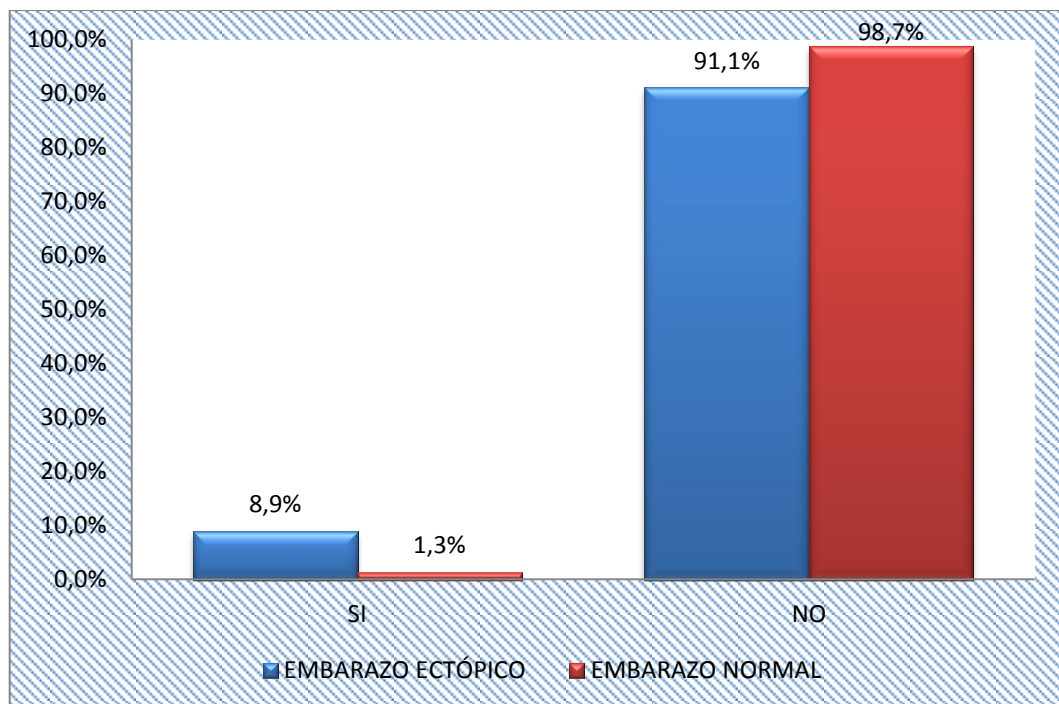
ANTICONCEPCIÓN PREVIA CON DIU	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	χ^2	P
SI	7(8,9%)	2(1,3%)	7,58	6,47	0,011
NO	72(91,1%)	156(98,7%)			

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia de anticoncepción previa en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes no uso anticoncepción previa, representando en el embarazo ectópico (91,1%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal (98,7%). El uso de anticoncepción previa en los casos fue de un 8,9% frente a un 1,3% en los controles. El análisis estadístico evidencia que las pacientes que usan anticoncepción previa presentan 7 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 7,58). Los datos obtenidos de anticoncepción previa con DIU como riesgo de embarazo ectópico son significativos ($p < 0,05$).

GRÁFICO 10

ANTICONCEPCIÓN PREVIA CON DIU COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

TABLA 11

**ANTECEDENTE DE ETS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRIÓN DE TACNA
ENTRE EL 2010 AL 2014**

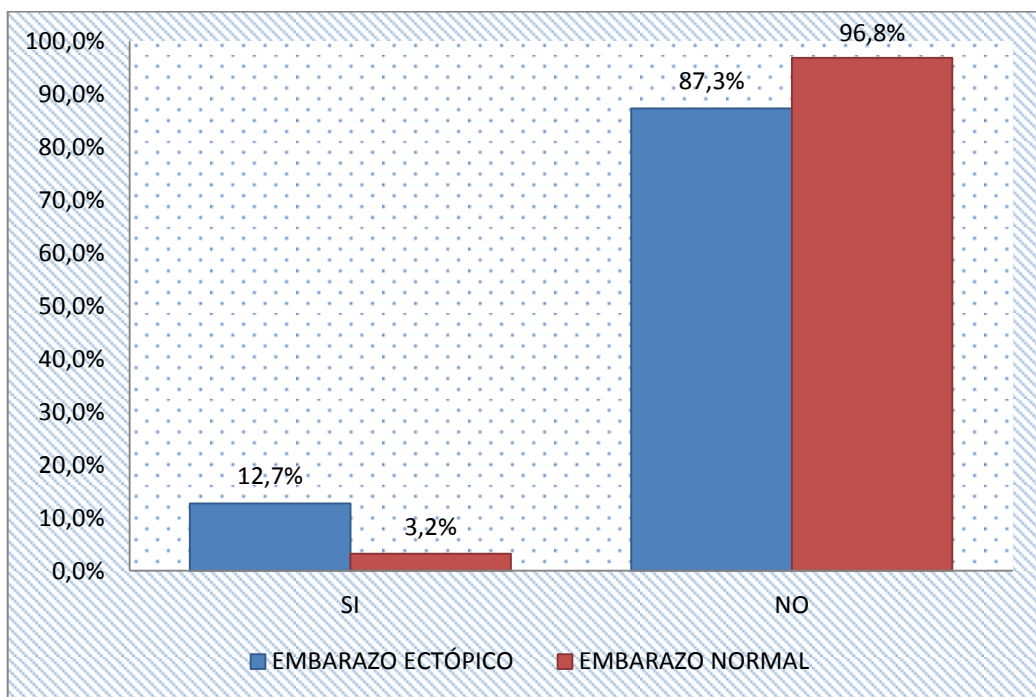
ANTECEDENTE DE ETS	CASO N=79	CONTROL N=158	OR	X²	P
SI	10(12,7%)	5(3,2%)	4,43	8,01	0,004
NO	69(87,3%)	153(96,8%)			

FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

En la tabla presentamos la frecuencia de antecedente de ETS en las pacientes de nuestro estudio. Observamos que la mayoría de pacientes no presento antecedente de ETS, representando en el embarazo ectópico (87,3%), mientras que en el grupo de pacientes con embarazo normal (96,8%). El antecedente de ETS en los casos fue de un 12,7% frente a un 3,2% en los controles. El análisis estadístico evidencia que las pacientes que presentan antecedente de ETS tienen 4 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 4,43). Los datos obtenidos de antecedente de ETS como riesgo de embarazo ectópico fueron significativos ($p < 0,05$).

GRÁFICO 11

ANTECEDENTE DE ETS COMO FACTOR DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE TACNA ENTRE EL 2010 AL 2014



FUENTE: Ficha propia de recolección de datos.

4.2. DISCUSIÓN

La presente investigación fue para determinar los Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes Hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el 2010 al 2014. Los datos para este estudio fueron recolectados de las historias clínicas almacenadas en el departamento de archivos clínicos del mismo hospital. El estudio comprendió un universo de 237 historias clínicas, de las cuales 79 fueron mujeres con el diagnóstico de embarazo ectópico y 158 las mujeres control que no presentaron embarazo ectópico, atendiendo a los criterios de exclusión antes expuestos.

En el presente estudio con respecto a la edad de las pacientes y su relación con la presencia de embarazo ectópico; aquí podemos apreciar que en el grupo con embarazo ectópico tenemos 1 caso (1,3%) de paciente < 19 años, 56 casos (70,9%) de pacientes entre 19-35 años, 22 casos (27,8%) de pacientes > 35 años; mientras que en el grupo control se encontraron 4 casos (2,5%) de pacientes <19 años, 118 (74,7%) de pacientes entre 19-35 años, 36 casos (22,8%) de pacientes > 35 años. En el presente estudio si bien el factor no presentó un valor significativo, se encontró que las pacientes con edades > 35 años presentan un odds ratio = 1,31.

De igual manera en un estudio a nivel local de Coloma sobre Factores de Riesgo asociados y características clínicas del Embarazo Ectópico en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011 encontró que la edad entre 31-40 años tiene un OR= 2,58. (19)

En lo referente al nivel de instrucción en pacientes con embarazo ectópico se encontró 1 caso (1,3%) de pacientes con nivel primario, 26 casos (31,6%) de pacientes con nivel secundario y 53 casos (67,1%) de pacientes con nivel superior; mientras que en el grupo control se encontró, 1 caso (0,6%) de pacientes con nivel primaria, 42 casos (26,6%) de pacientes con nivel secundario y 115 casos (72,8%) de pacientes con nivel superior. En este estudio no se halla valor significativo. A diferencia del estudio de Yglesias que obtuvo una frecuencia predominante de 105 casos (82,2%) de pacientes con grado de instrucción secundaria. (5)

En lo que respecta al número de gestaciones y paridad en pacientes con embarazo ectópico, predominó las pacientes multigestas y primíparas, se encontraron 67 casos (84,8%) de pacientes multigestas y 31 casos (39,2) de primíparas; mientras

que en el grupo control predominó la multigesta y nulípara, se encontró 107 casos (67,7%) de pacientes multigestas y 65 casos (41,1%) de nulíparas. En este estudio se evidencia que las pacientes multigestas incrementan en más de 2 veces el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,66) y las multíparas también en más de 2 veces el riesgo de embarazo ectópico (OR= 2,32). Este estudio tuvo un valor significativo con una $p < 0,05$. De la misma forma Yglesias encuentra que el 86,1 % eran multigestas (5); Cabrera encontró que el 78,6% de sus casos eran multípara (12); a nivel local Coloma ratifica los datos, encontrando el 55,2 % de sus embarazos ectópicos eran multigestas con un OR= 3,05. (19)

En lo referente al consumo de tabaco, en pacientes con embarazo ectópico se encontraron 76 casos (96,2%) no estaban expuestas al tabaco y 3 casos (3,8%) si estaban expuestas; mientras que en el grupo control se encontró 1 caso (0,6%) expuesto al tabaco. Se encontró que las pacientes que consumen tabaco durante el periodo de la concepción tienen 6 veces más el riesgo de embarazo ectópico (OR= 6,19). El estudio nos brindó un valor de p no significativo ($p > 0,05$). Así mismo Urrutia encuentra un OR= 1,92 y un valor de p no significativo (14); a diferencia de estos

estudios Medrano encuentra un OR= 4,2 y un valor de p significativo 0,003. (18)

En lo que respecta al antecedente de embarazo ectópico, en pacientes con dicho diagnóstico se encontraron 4 casos (5,1%) con antecedentes de embarazo ectópico y 75 casos (94,9%) sin antecedentes; mientras que en el grupo control se encontró 2 casos (1,3%) con antecedente de embarazo ectópico y 156 casos (98,7%) sin antecedente del mismo. Se encontró un odds ratio de 4,16 y un valor de p no significativo. De igual manera Urrutia encuentra 5 casos (10%) con antecedentes de embarazo ectópico con un OR= 5,44 y un valor de p no significativo (14); a diferencia de Medrano que en su estudio el 27,5 % tenía antecedente de embarazo ectópico encontrando un OR= 1,7 y un valor de p significativo 0,002. (18)

En lo referente al antecedente de aborto como factor de riesgo, en pacientes con embarazo ectópico se encontraron 27 casos (34,2%) con antecedentes de aborto y 52 casos (65,8%) sin antecedentes; mientras que en el grupo control se encontró 29 casos (18,4%) con antecedente de embarazo ectópico y 129 casos (81,6%) sin

antecedente. En este estudio se evidencia que 'el antecedente de aborto incrementa en más de 2 veces el riesgo de embarazo ectópico (OR=2,31) y se encontró una p significativa 0,007. De igual manera Medrano en su estudio encuentra que el 70% de sus casos tenía antecedente de aborto, encontrando un OR= 4,3 y un valor de p significativo 0,002 (18); en el estudio de Coloma el 50,6% tenía antecedente de aborto, encontrando un odds ratio en su estudio igual a 4,21 y un valor de p significativo. (19)

En lo que respecta al antecedente de cirugía abdomino-pélvica como factor de riesgo, en pacientes con embarazo ectópico, se encontraron 29 casos (36,7%) con antecedentes de cirugía abdomino-pélvica y 50 casos (63,3%) sin antecedente; mientras que en el grupo control se encontró 35 casos (22,2%) con antecedente de cirugía abdomino-pélvica y 123 casos (77,8%) sin antecedente. Se encontró un odds ratio de 2,04 y un valor de p significativo 0,017. De igual manera Urrutia en su estudio, el 22% de sus casos tenía antecedente de cirugía ginecológica con un OR= 3,82 y un valor de p significativo 0,001 y un 28 % cirugía abdominal con un OR= 3,50 y un valor de p significativo 0,009. (14) Medrano en su estudio encuentra que el 55% de sus pacientes

tienen antecedente de cirugía abdomino-pélvica encontrando un OR= 4,3 y un valor de p significativo 0,002 (18); a nivel local Coloma encuentra que el 9,2% de sus pacientes tenía antecedente de cirugía abdomino-pélvica encontrando un odds ratio igual a 8,71 y un valor de p significativo 0,016. (19)

En lo referente al antecedente de cesárea como factor de riesgo, en los pacientes con embarazo ectópico se encontraron 21 casos (26,6%) con antecedentes de cesárea y 58 casos (73,4%) sin antecedente; mientras que en el grupo control se encontró 22 casos (13,9%) con antecedente de cesárea y 136 casos (86,1%) sin antecedente. Se encontró un odds ratio de 2,24 y un valor de p significativo 0,017. A diferencia de otros estudios donde tiene una p no significativa. En el estudio de Urrutia el 30% de sus casos tenía antecedente de cesárea, encontrando un OR= 2,3 y un valor de p no significativo (14) y Coloma en su estudio encuentra que el 10,3% de sus pacientes tienen antecedente de cesárea encontrando un OR= a 1,32 y un valor de p no significativo 0,059. (19)

En lo que respecta al uso de anticonceptivo DIU al momento de la concepción como factor de riesgo, en los pacientes con embarazo ectópico se encontraron 7 casos (8,9%) con antecedentes de anticoncepción previa y 72 casos (91,1%) sin antecedente; mientras que en el grupo control se encontró 2 casos (1,3%) con antecedente de anticoncepción previa y 156 casos (98,7%) sin antecedente. Se encontró un odds ratio de 7,58 y un valor de p significativo 0,029. En el estudio Urrutia el 24% de sus casos uso DIU al momento de la concepción, encontrando un OR= 4,2 y un valor de p significativo 0,007 (14); Medrano en su estudio, el 76,9% de sus pacientes tenía antecedente de anticoncepción previa, encontrando un OR= 2,2 y un valor de p no significativo 0,059. (18)

Por ultimo en lo referente al antecedente de ETS como factor de riesgo, en pacientes con embarazo ectópico se encontraron 10 casos (12,7%) con antecedentes de ETS y 69 casos (87,3%) sin antecedente; mientras que en el grupo control se encontró 5 casos (3,2%) con antecedente de ETS y 153 casos (96,8%) sin antecedente. En este estudio se evidencia que las pacientes con ETS incrementan en más de 4 veces el riesgo de embarazo ectópico (OR=3,67) y se encontró una p significativa 0,042. De

igual manera Medrano en su estudio encuentra que el 65% de sus pacientes tienen antecedente de ETS encontrando un OR= 2,5 y un valor de p significativo 0,044 (18); Coloma encuentra que el 11,5% de sus pacientes presentaba antecedente de EPI encontrando un odds ratio igual a 11,17 y un valor de p significativo 0,005. (19)

CONCLUSIONES

1. Existe un mayor grado de asociación entre embarazo ectópico y anticoncepción previa con DIU (OR = 7,58); en segundo lugar el antecedente de ETS (OR= 4,43) y otros factores asociados como número de gestaciones y paridad, antecedente de aborto, antecedente de cirugía abdomino-pélvica y antecedente de cesárea con un odds ratio cercano 2.
2. El Odds Ratio de los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico son: antecedente de anticoncepción previa con DIU (OR= 7,58 y $p= 0,011$); antecedente de ETS (OR= 4,43 y $p= 0,004$); número de gestaciones (OR= 2,66 y $p= 0,005$); multiparidad (OR= 2,32 y $p= 0,005$); antecedente de aborto (OR= 2,31 y $p= 0,007$); antecedente de cesárea (OR= 2,24 y $p= 0,017$); antecedente de cirugía abdomino-pélvica (OR= 2,04 y $p= 0,017$).

RECOMENDACIONES

- Mejorar el seguimiento y control de las pacientes que utilizan como método anticonceptivo el DIU.
- Mejorar la capacidad de resolución de la estrategia sanitaria de ETS en todas sus líneas de acción, con el fin de prevenir y concientizar a la población sobre las ETS y de las posibles consecuencias que contrae estas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chow W, Daling J, Cates W, Greenberg R. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev.* 2007; 9:70-94.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Ectopic pregnancy. Washington. 2009.
3. López G, Bergal M. El embarazo Ectópico: Su interés en atención primaria de Salud. *Rev. Elsevier.* 2014; 40(4): 211-217.
4. Vergara S. Protocolo Embarazo Ectópico. Clínica Maternidad Rafael Calvo C. 2009.
5. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. *Rev peru epidemiol* 2011; 15 (3).
6. Céspedes A. Embarazo Ectópico. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2010; 67 (591): 65-68.

7. Benson R. Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento. Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 1986:707-16.
8. Tang L, Krentel H, Kong V. Embarazo cornual después de salpingectomía: reporte de un caso inusual. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2011; 57: 273-276.
9. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Embarazo ectópico, España 2006. www.prosego.com.
10. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. Factores de riesgo del embarazo ectópico. Hospital de Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno Infantil del Estado de México 2009; 1(2):85-89.
11. Aboud E. review of ectopic pregnancy. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2007; 24:127–129.
12. Cabrera I, Perales I. Análisis Epidemiológico y Clínico del Embarazo Ectópico: Hospital Base de Los Ángeles. Servicio de

Obstetricia y Ginecología, Hospital Base de Los Ángeles. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(2): 96 – 100.

13. Vandana D, Deborah L. Ectopic Pregnancy: A Review. Ultrasound Quarterly 2004; 20:105-117.

14. Urrutia M, Poupin L, Alarcon P, Rodriguez M, Stiven L. Embarazo Ectópico: Factores de Riesgo y Características Clínicas de la Enfermedad en un grupo de Mujeres Chilena Rev Chil OBSTET GINECOL 2007; 72(3): 154-159.

15. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. Factores de riesgo del embarazo ectópico. Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México 2009; 1(2):85-89.

16. Martínez A, Mascaró Y, Mejico S, Mere J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 177-186.

17. Romero K, Herrera C, Rojas N, Romero L, Iribarren C. Embarazo Ectópico. Estudio retrospectivo en el Hospital Victor Lazarte Echegaray. Ginecol obstec peru. 2002; 48:41-44.

18. Mercado Medrano WM. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013 [Tesis Para Optar Título de Médico Cirujano General]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.

19. Coloma CW. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011 [Tesis Para Optar Título de Médico Cirujano General]. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2013.

20. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010; 30(1):84-99.

21. Bruce P, Kazanjian A, Burney R. Effect of cigarette smoking on human oviductal ciliation and ciliogenesis. *Fertility and Sterility*. 2013; 99 (1): 199-205.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes
Hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el
Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna
entre el 2010 al 2014

FICHA N°:

N° H.C.:

AÑO:

INICIALES DELA PACIENTE:

EDAD:

EMBARAZO ECTÓPICO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTÓPICO	<input type="checkbox"/> Tubárico <input type="checkbox"/> Ovárico <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Abdominal
NÚMERO DE GESTACIONES	<input type="checkbox"/> Nuligesta <input type="checkbox"/> Multigesta
NÚMERO DE PARIDAD	<input type="checkbox"/> Nulípara <input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Multípara
GRADO DE INSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/> Primaria

	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior
TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANTECEDENTE DE ABORTO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINO-PÉLVICA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANTICONCEPCIÓN PREVIA CON DIU	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ANTECEDENTE DE ETS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

FUENTE: WILIAMS MERCADO MEDRANO
Modificado: Andersson Joel Alvarez Apaza
2015.