



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y SU INCIDENCIA ASOCIADOS A
EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA” JULIO
2013 – JUNIO 2017”.**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:

MAESTRO EN MEDICINA

AUTOR:

SALCEDO ESCOBAR, VÍCTOR HUGO

ASESOR:

MG. AURELIO CARRASCO VENEGAS

JURADO:

DR. EDGAR JESUS MIRAVAL ROJAS

DRA. GLORIA E. CRUZ GONZALES

DRA. ELIZABETH D. ARAUJO ROBLES

LIMA – PERÚ

2018

RESUMEN

El estudio realizado consideró como objetivo general, conocer los factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre julio de 2013 a junio de 2017, para lo cual se utilizó el enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental y con diseño descriptivo correlacional. Los datos fueron acopiados en fichas de análisis documental, a partir de historias clínicas de gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia, previa validación por juicio de expertos, luego su posterior sistematización en tablas de prevalencia. La muestra estuvo conformada por 552 historias clínicas. Los resultados muestran que el 43,3% iniciaron sus relaciones sexuales siendo menores de edad, el 42,6% promiscuas, el 40,4% tuvieron infecciones de transmisión sexual, el 38,0% enfermedad pélvica inflamatoria, el 41,3% aborto, el 4,0% se realizaron cirugía tubárica, el 2,5% tuvieron embarazo ectópico previo y el 0,9% fueron usuarias de DIU y el 0,4% tubárico bilateral. Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre inicio de relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto, embarazo ectópico previo y bloqueo tubárico bilateral frente al embarazo ectópico; así mismo fueron significativos para el OR, mostrando valores de 5,886; 7,001; 7,071; 5,174; 4,844; 3,092 y 2,957 respectivamente.

Palabras clave: embarazo ectópico, factores de riesgo

ABSTRACT

The carried out study considered as general objective, to know the epidemic factors and its incidence associated to pregnancy ectópico in patients assisted in the Regional Hospital of Ayacucho "Miguel Ángel Marshal Llerena" among July of 2013 to June of 2017., for that which the quantitative focus, type of non experimental investigation was used and with design descriptive correlacional. The data were gathered in records of documental analysis, to leave clinical histories of the gestantes assisted in the Department of Gineco Obstetrics, previous validation for experts' trial, then their later systematizing in prevalencia charts. The sample was conformed by 552 clinical histories. The results show that 43,3% began its sexual relationships smaller than age, 42,6 promiscuous%, 40,4% had infections of sexual transmission, 38,0% inflammatory pelvic illness, 41,3% miscarries, 4,0% was carried out surgery tubárica, 2,5% had pregnancy previous ectópico and 0,9% they were users of DIU and 0,4% bilateral tubárico. Subjected to the test of squared Chi it is observed that association exists among beginning of sexual relationships, infections of sexual transmission, inflammatory pelvic illness, I miscarry, pregnancy previous ectópico and I block bilateral tubárico in front of the pregnancy ectópico; likewise they were significant for the OR, showing values of 5,886; 7,001; 7,071; 5,174; 4,844; 3,092 and 2,957 respectively.

Words key: I embarrass ectópico, factors of risk

INDICE

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I	1
1.1. Antecedentes de la investigación	1
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	16
1.4. JUSTIFICACIÓN	17
1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES	19
1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	19
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. TEORÍAS GENERALES RELACIONADAS CON EL TEMA.....	21
EMBARAZO ECTÓPICO.....	21
2.2. MARCO CONCEPTUAL	29
2.4. MARCO LEGAL	37
2.5. HIPÓTESIS.....	39
CAPÍTULO III.....	42

MÉTODO	42
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	42
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	42
3.3. ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS	43
3.4. VARIABLES	43
3.5. POBLACIÓN	43
3.6. MUESTRA.....	43
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y/O FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.8. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS ..	44
CAPÍTULO IV	46
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	46
Análisis e interpretación	54
CAPÍTULO V	55
DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:	66

INTRODUCCIÓN

Un embarazo ectópico es aquel embarazo que se desarrolla fuera del útero, usualmente, en las trompas de Falopio, ésta situación pone en peligro la vida de las gestantes, puesto que dicho órgano podría llegar a explotar por el desarrollo del embarazo. Esta situación puede ser tratada con una operación o con medicamentos.

Para asegurar que el embarazo se está desarrollando normalmente dentro del útero se debe realizar un examen ecográfico. Las principales manifestaciones clínicas asociadas a este tipo de embarazo pueden ser dolor severo en el bajo vientre o en la región dorso lumbar, mareo o desmayo o dolor en el área de los hombros, por lo cual se debe tomar una conducta de asistir a un hospital inmediatamente.

La información obtenida permitirá tomar conocimiento sobre la situación real de la del embarazo ectópico y los factores de riesgo asociados, el cual permitirá tomar acciones preventivas para futuras gestantes y así disminuir la prevalencia de los embarazos ectópicos; así mismo mejorar la conducta médica.

Al carecer de información documentada sobre los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en Ayacucho se considera relevante desarrollar el presente trabajo de investigación, mediante la revisión de historias clínicas lo que permitirá obtener datos reales, confiables y válidos. En este sentido, con los hallazgos de la investigación se pretende disminuir la prevalencia de los embarazos ectópicos. Para lo cual se planteó el siguiente problema:

¿Cuáles serán los factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre julio de 2013 a junio de 2017?

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes de la investigación

Fernández, C. (Cuba, 2011), realizó una amplia revisión bibliográfica, que incluyó los trabajos de unos 50 autores nacionales e internacionales obtenidos de libros impresos y de una acuciosa búsqueda en Internet, con el objetivo de evaluar las causas de la elevada incidencia del embarazo ectópico (EE) en su forma clínica complicada. Igualmente indagar sobre sus elementos histórico-epidemiológicos y clasificar el EE; profundizar sobre su fisiopatología, así como diagnosticarlo y manejarlo terapéuticamente. Llegó a las siguientes conclusiones a) el embarazo ectópico es una entidad frecuente dentro de la Ginecoobstetricia, que se ha elevado en las últimas décadas, ocasionando muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina en la etapa fértil de la vida, b) se realiza en frecuencia el embarazo tubárico, en su forma clínica complicado, con utilización del ultrasonido como método diagnóstico no invasivo, debido a su alta especificidad y c) existe una estrecha relación entre el diagnóstico precoz del EE y la forma clínica no complicada, lo que permitirá una evolución favorable tanto a corto como a largo plazo, ayudado por el desarrollo tecnológico alcanzado en los siglos XX y XXI, para evitar muertes y mantener la fertilidad que es uno de los atributos fundamentales de la mujer.

Mercado, W. M. (Lima 2013), con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional

PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013; utilizando 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; obteniendo que los factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); antecedente de embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); aborto espontáneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06); cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); y no significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual Conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abdomino pélvica, embarazo ectópico, aborto espontáneo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico; y aquellas con antecedente de uso de DIU y más de una pareja sexual, tienen un riesgo moderado.

Torres, L. P. (Colombia 2013), con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011- Julio 2012; utilizando un estudio tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles. En la presente investigación se seleccionó 2 grupos de pacientes los casos fueron Historia clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente, cada uno de los grupos estuvo conformado por 27 pacientes. Analizados los datos de los 2 grupos de pacientes se encontró que entre los principales factores de riesgo de este estudio que incidieron en la aparición de embarazo ectópico fueron: entre los factores de riesgo socio demográficos la procedencia rural con un

70.4%, el antecedente de tabaquismo con un 51.9%; entre los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes fueron el inicio de la vida sexual activa temprana (<18 años) con un 77.8%, el número de parejas sexuales (>1) con un 74.1%; entre los factores de riesgo gineco – obstétricos el número de gestas las multíparas con un 51.9%, la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%, el antecedente de abortos con 40.7%. El grupo etario, el nivel de instrucción, el tipo de anticoncepción utilizada, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, de embarazo ectópico previo, de infertilidad y de cirugía ginecológica representaron valores que no fueron estadísticamente significativos. Los factores de riesgo asociados encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Estacio, M. E. (Lima, 2013), con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados para el desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período comprendido entre el 01 enero de 2010 al 30 de abril de 2012. Utilizando un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas de 335 pacientes por muestreo aleatorio simple de pacientes con sospecha de embarazo ectópico que cumplían los criterios de inclusión. Llegó a considerarse que 163 pacientes presentaron embarazo ectópico y 172 no fueron embarazos ectópicos en el periodo que corresponde al estudio; obtuvo los siguientes

resultados: La media de la edad de las pacientes que presentaron embarazo ectópico fue de 30.8 +/- 4.8 años. En las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 91.4 % requirió tratamiento quirúrgico, el 60.7 % eran convivientes, el 80.4 % tenían secundaria, el 36.8 % tenían el antecedente de embarazo ectópico previo, el 13 % tenían el antecedente de uso de dispositivos intrauterinos, el 16.6 % tenían el antecedente de infertilidad. Conclusiones: los factores asociados con embarazo ectópico en nuestro estudio fueron: antecedente de embarazo ectópico previo (odds ratio 2.6), el uso de dispositivos intrauterinos (odds ratio 8), historias de infertilidad (odds ratio 5), uso de inductores de la ovulación (odds ratio 4). ($p < 0.05$).

Pérez, L. (Lima, 2011) con el objetivo de determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero - diciembre 2010. Utilizando un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de caso y control en el cual se revisaron todas las historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y pacientes puérperas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero-diciembre 2010. Obtuvo como resultado: El rango de edad en su mayoría fue de 20-35 años 40.8% y 25.0%; el grado de instrucción de mayor frecuencia fue el de secundaria completa 33.3% y 30.0% en el grupo de casos y controles respectivamente. El estado civil en el grupo de casos fue 20.8% y control 15.8% para las convivientes. La paridad en el grupo de los casos la mayor proporción 25.8% fue para las multíparas y en el grupo de control la mayor proporción 22.5% fue para las nulípara.

Las pacientes con antecedente de cirugía tubárica fue de 7.5% y 0.8% en el grupo de casos y controles respectivamente. Con antecedente de cirugía abdominal o pélvica se encontró 2.5% en ambos grupos.

En cuanto al antecedente de embarazo ectópico 5.2% en el grupo de casos, no se encontró dicho antecedente en el grupo de control. Antecedente de cirugía tubárica y enfermedad pélvica inflamatoria 5.0%, 2.5% casos y 1.7% para ambos antecedentes en el grupo control. Al antecedente de uso de DIU se encontró 2 pacientes en el grupo de los casos y 1 paciente en el grupo control. No se encontraron pacientes con antecedente de tratamiento de infertilidad en ningún grupo. Concluyó que: El grupo etéreo comprendido entre 20-35 años fue el de mayor frecuencia que presentó E.E, las pacientes primíparas, multíparas, con antecedentes de cirugía tubárica y antecedente de E.E previo tienen mayor riesgo de E.E.

Durán, D. y Moreno, D. (Colombia, 2014). Realizaron un estudio de casos y controles, con un caso por cada dos controles, escogidos por medio de un muestreo aleatorio simple. En los resultados incluyeron un total de 200 pacientes. Ambas poblaciones fueron comparables. La edad promedio de casos fue 29 años y de los controles 24.6 años; la mayoría estaban casadas o en unión libre. Con respecto a los factores de riesgo con resultados estadísticamente significativos ($p=0,000$) se encontró que existe un mayor riesgo de embarazo ectópico con edad entre 18-35 años, estrato socioeconómico bajo, presencia de ETS, estar casada, tener periodo intergenésico prolongado, haber tenido cirugías pélvicas previas, no usar anticonceptivos, tener endometriosis y tener antecedente de embarazo ectópico ($p=0,000$). El factor de riesgo

más alto es el antecedente de un embarazo ectópico previo OR 66.2 IC95% 60.4 – 72.0 seguido de tener endometriosis con OR 20.2 IC95% 18.6 – 21.9. (p 0,000).

Torres, L. (Ecuador, 2013). Realizó una investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011- Julio 2012. En cuanto a la metodología fue un estudio tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles. Se seleccionó 2 grupos de pacientes, los casos fueron Historia clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente, cada uno de los grupos estuvo conformado por 27 pacientes. Analizados los datos de los 2 grupos de pacientes se encontró que entre los principales factores de riesgo de este estudio que incidieron en la aparición de embarazo ectópico fueron: entre los factores de riesgo socio demográficos la procedencia rural con un 70.4%, el antecedente de tabaquismo con un 51.9%; entre los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes fueron el inicio de la vida sexual activa temprana (<18 años) con un 77.8%, el número de parejas sexuales (>1) con un 74.1%; entre los factores de riesgo gineco – obstétricos el número de gestaciones, las multíparas con un 51.9%, la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%, el antecedente de abortos con 40.7%.

El grupo etario, el nivel de instrucción, el tipo de anticoncepción utilizada, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, de embarazo ectópico previo, de infertilidad y de cirugía ginecológica representaron valores que no fueron

estadísticamente significativos. Los factores de riesgo asociados encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

Morales, C. y Nagua, D. (Ecuador, 2014). Realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de las características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca. Se trató de un trabajo retrospectivo de prevalencia cuyo grupo de estudio son todas las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Vicente Corral Moscoso del Cantón Cuenca, periodo del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012 que alcanzó un número de 160 casos; se utilizó como herramienta de recolección de datos un formulario de propia autoría en la cual seleccionaron variables específicas que se asocian a la patología de estudio. Los resultados fueron: Se estudio 160 pacientes con edades entre 16 a 43 años donde el 25% estuvieron entre los 24 y 27 años, el 98% de raza mestiza, el 60% residían en el área urbana, el 46.25% se dedicaban a los quehaceres domésticos, el 50% se encontraban entre la semana 4.1 a la 7 de gestación, el 90.63% presentaron dolor pélvico, el 90% localización tubárica, el 89.38% se resolvió en forma quirúrgica. Los factores de riesgo no presentaron mayor significancia en la presencia de embarazo ectópico donde el coito antes de los 18 años tuvo una probabilidad 0.4 veces superior a la población en general superando al resto.

Caraguay, J. (Ecuador, 2010). Este estudio transversal tuvo el objetivo de determinar la prevalencia del embarazo ectópico en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010. El universo de estudio fue de 48 pacientes, cuya información fue recolectada y analizada en los programas estadísticos Excel y SPSS 17.0. Los resultados de la investigación determinaron que el mayor número de mujeres con embarazo ectópico corresponde a edades de 26 a 30 años (27,1%), de estado civil casadas en un 43, 8%, la instrucción secundaria (52,1%), la residencia es urbana en el 75%, el inicio más frecuente de relaciones sexuales es de 16 a 20 años (66,7%), el número de compañeros sexuales fue de 1 (72,9%), no utilizaban ningún método anticonceptivo el 79, 2%, enfermedad pélvica inflamatoria (70,8%); del total de la pacientes, el 85,4% no mostraron antecedentes quirúrgicos previos, no hubo buen control prenatal (75%) y la máxima incidencia de embarazo ectópico fue tubárico (89,6%), la complicación más común es el shock hemorrágico (39,6%) y el tratamiento definitivo fue el quirúrgico con el 100%.

García, F. et al (Bolivia, 2009). Realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las pacientes portadoras de esta patología ginecológica, confirmando su diagnóstico por clínica, laboratorio y exámenes complementarios. De los 102 (100%) afectados, el grupo etáreo más comprometido está entre los 20 – 29 años (56,4%), la paridad de las mismas corresponde a primigestas y segundigestas 43 casos (42,15%). Las cesáreas y los abortos previos son antecedentes que se deben tomar en cuenta, ya que el 12,7% 13 casos, resultaron ser portadores de esta patología adicional. Las pacientes usuarias de DIU 22 casos (21,56%) también fácilmente pueden complicarse

con un embarazo ectópico. Las parejas sexuales múltiples entre 2 y 3 son también una causa que puede inducir a esta complicación 47 casos (46,04%). También los niveles de instrucción intermedia 45 casos (44,11%) sufren mayor incidencia de complicarse por embarazo ectópico por sus parejas sexuales y adquisición de I.T.S. que es muy elevada. Todas las pacientes (100%) 102 casos fueron sometidas a una laparotomía y resueltas por salpingectomía 77 casos (75,49%) y salpingostomía 5 casos (4,9%) y otras variantes de la cirugía tubaria. Concluyeron que la incidencia de embarazo ectópico fue del 0,52% y la relación con el número de recién nacidos es de 1 por cada 191.

1.2. FORMULACION DE PROBLEMA

1.2.1. Problema (descripción y formulación)

Descripción del problema

El embarazo ectópico en general se presenta con una incidencia de aproximadamente 16 por 1,000 embarazos. En el siglo XIX el embarazo ectópico era prácticamente fatal en todos los casos, con mortalidad entre el 72 al 90% para 1880. Siendo una de las principales causas de muerte materna en el mundo, muchas veces liderando como la primera causa. Para Carrera, J., Mallafré, J., Serra, B. (2006) El 97% de las gestaciones ectópicas asientan en la trompa (región Ampular 78%, ístmica 12%, fímbrica 5%, intersticial 2 – 3%) sin embargo también pueden localizarse en la cavidad abdominal (1 – 2%), el ovario (1%) o el cérvix uterino (0.5%).

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

La incidencia es variable de un lugar geográfico a otro, ello se explica por los múltiples factores de riesgo involucrados que se expresan en forma diferente en cada país o lugar estudiado.

El embarazo ectópico tiene una incidencia de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los nacimientos del mundo, o bien 100 a 175 por 100.000 mujeres entre 15 a 44 años. Si bien es cierto que la tendencia general de los embarazos ectópicos en el mundo están dirigidos a un incremento permanente, su mortalidad es cada vez menor debido a la implementación de métodos de diagnóstico precoz que disminuyen la probabilidad que se complique evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia.

La incidencia de esta enfermedad varía de acuerdo a los países; así en el año 2004 la OMS y la UNICEF reporta al Embarazo ectópico la causa de 5 y 12% de las muertes maternas.

El embarazo ectópico constituye la principal causa de muerte relacionada con el embarazo en los primeros meses de la gestación (3, 4 meses). Afortunadamente, con la llegada de la ecografía transvaginal y las pruebas de la subunidad beta de HCG (HCG beta), disminuyeron las tasas de incidencia de rotura de las trompas de Falopio y las tasas de mortalidad .En los países en vías de desarrollo, una gran cantidad de

estudios en hospitales informaron tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1% al 3%, diez veces más elevadas que las informadas en los países desarrollados. Comentario de la BSR por Mignini L.-OMS-2007.

La incidencia mundial ha tendido al incremento de los casos. Representaban un 0,5 % a 1%. En la actualidad alcanza al 2 %. Los embarazos ectópicos han aumentado en forma constante en los últimos 30 años. En los Estados Unidos han aumentado de 4.5 por cada 1000 embarazos a 19.7 x1000 en 1992. Esa terrible situación sucede en la emergencia de cualquier hospital en cualquier país del mundo, rico o pobre. Se calcula que un embarazo ectópico complicado es causante del 4 al 10% de todas las muertes por embarazo en el primer trimestre. Por ejemplo, según este estudio, se dice que entre 1991 y 1999, 237 mujeres murieron por un embarazo ectópico complicado en EE.UU., 221 (93%) de las cuales murieron por una hemorragia interna y choque hipovolémico.

Es por eso que para minimizar la posibilidad de un error médico, el sistema de salud hace que en las emergencias de EE.UU., toda mujer en edad reproductiva que llega con dolor de vientre se le hace una prueba de embarazo. De esa manera pueden detectarse todos los casos “atípicos” de embarazo ectópico que llegan a la emergencia y así se evitan las sorpresas. Se considera que gracias al mayor acceso a los cuidados prenatales, a pruebas rutinarias del embarazo en las emergencias, al avance de la tecnología del ultrasonido y la laparoscopia y a una mayor educación del público y de los médicos; la mortalidad por embarazo ectópico ha disminuido de 3.5 por cada 1000 embarazos a solo 0.9 por cada 1.000 en los EE.UU.

En la población femenina de Latinoamérica, el embarazo ectópico constituye un verdadero problema de salud en los momentos actuales, pues las tasas de incidencia afectan indicadores importantes en los registros diarios. La incidencia de estos embarazos está aumentando en la región; en Cuba causó el 11,9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995. La tasa de mortalidad materna por embarazo ectópico es variable, en Chile el año 2000 fue de 0.4 por 100000 nacidos vivos (Bravo, 2005). La prevalencia de embarazo ectópico en México esta reportado de 1 en 200 a 1 en 500 embarazos. (Ramírez, 2007). Esta afección se produce por la implantación del blastocito fuera de su lugar; el 98 % corresponde a la localización tubárica, distribuida en: un 60 % Ampular, 30 % ístmico, 5 % fímbrico y 3 % intersticial; el 2 % restante corresponde a otras localizaciones: ováricas, cervicales, intraligamentarias y abdominales.

En nuestro país, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que incluyó 203 casos, se encontró una frecuencia de EE de 0,55%. Al mismo tiempo se encontró que cerca de nueve de cada diez casos se encontraban entre 25 y 39 años. El antecedente de cirugía abdomino-pélvica en esta población se presentó en un 50,24% y el uso de DIU se vio en un 22,16%. El 99% de los casos requirió para su diagnóstico la utilización de ecografía y sólo en un 43% se cuantificó B-HCG. Al igual que lo referido por la bibliografía internacional, el 97.04% de los casos fueron EE tubáricos.

Son factores de riesgo reconocidos en la patogenia del embarazo ectópico la edad de la madre gestante, las relaciones prematrimoniales, la promiscuidad, el recrudescimiento de las infecciones de transmisión sexual, las infecciones

abdominales previas (Enfermedad Pélvica inflamatoria), el aborto séptico, las técnicas exitosas de tratamiento de esterilidad conyugal (cirugía tubárica, inducción de la ovulación y fertilización asistida), enfermedades de la trompa de Falopio, embarazo ectópico previo, ser portadora de DIU, ligadura de trompas fallida y la endometriosis.

En el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA", observamos en los últimos años, un aumento significativo de casos de Embarazo Ectópico en los últimos 20 años su frecuencia se incrementó seis veces, y su incidencia fluctúa entre 1.0 y 2.0 % de todos los nacimientos registrados en el HRA, tasa de 100-175 por 100,000 entre las edades de 10 a 44 años.

Se registra la incidencia 0.7% - 49 embarazos ectópicos de 3521 pacientes el 2009, 1.0% - 67 embarazos ectópicos de 3526 pacientes el 2010, 1.4% - 101 embarazos ectópicos de 3624 pacientes el 2011, y en la actualidad se registra 1.6 % - 56 embarazos ectópicos de 2096 pacientes atendidas a la fecha en el HRA. (Fuente SIP-Sistema Informático Perinatal del Dpto. de Gineco-obstetricia del HRA "MAMLL", setiembre 2012).

El incremento de las gestaciones ectópicas se ha atribuido a relaciones sexuales prematrimoniales, promiscuidad, recrudescimiento de las enfermedades de transmisión sexual, aborto séptico, y técnicas exitosas de tratamiento de la esterilidad conyugal (cirugía Tubaria, inducción de la ovulación y fertilización asistida). Se ha atribuido un aumento de la Salpingitis por Chlamydia.

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

Formulación del problema

PROBLEMA GENERAL

¿Cuál será la incidencia, la asociación y el riesgo (ORp) de los factores epidemiológicos con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- ¿Cuál será la incidencia, el grado de asociación y el riesgo (ORp) de los factores epidemiológicos; con respecto a las características sociodemográficas asociadas a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.

- ¿Cuál será la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a los antecedentes quirúrgicos asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.
- ¿Cuál será la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a los antecedentes patológicos asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.
- ¿Cuál será la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a la sexualidad asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.
- ¿Cuál será la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a los tratamientos de infertilidad asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.
- ¿Cuál será la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto al uso de DIU asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017?.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia, el grado de asociación y el riesgo (OR_p) de los factores epidemiológicos con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a las características sociodemográficas asociadas a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017
- Determinar la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a los antecedentes quirúrgicos asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017
- Determinar la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a los antecedentes patológicos asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017
- Determinar la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; asociados a embarazo ectópico con respecto a la sexualidad de

las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017

- Determinar la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos; con respecto a los tratamientos de infertilidad asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017
- Determinar la incidencia, el grado de asociación y el riesgo de los factores epidemiológicos y su incidencia; con respecto al uso de DIU asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017

1.4. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

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

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

1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES

La región Ayacucho “Cuna de la Libertad Americana”, al igual que la región Huancavelica y Apurímac; son las más pobres del Perú, olvidadas por los gobiernos de turno; se vienen recuperando de la gran violencia político – social que les tocó vivir en la década de los 80.

En ésta recuperación están surgiendo muchos problemas de índole social, como: el aumento de la delincuencia, la disgregación familiar y la presencia de enfermedades que en otros tiempos eran poco comunes, como es el caso del embarazo ectópico cuya incidencia está en aumento significativo.

No existe publicaciones ni reportes estadísticos especializados locales ni regionales; tampoco se conocen los factores epidemiológicos asociados a este problema, por lo que con el presente estudio se detectarán estos factores.

Con el conocimiento de estos factores epidemiológicos se darán las recomendaciones para la prevención de esta enfermedad y por consiguiente la toma de las medidas respectivas.

1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Embarazo ectópico.

Un embarazo ectópico (del gr. ἐκ, "fuera", y τόπος, "lugar") es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina. ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal. Cuando el embarazo ocurre en el endometrio del útero se le conoce como embarazo eutópico. El

embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo (Wikipedia, 2018).

Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. El embarazo ectópico ocurre en apenas un 2% del total de gestaciones en España. A pesar de que puede ocurrir a todas las mujeres, existen una serie de factores de riesgo que pueden aumentar la predisposición a padecerlo tales como la edad materna mayor a 35 años, reversión de la ligadura de trompas, enfermedad inflamatoria pélvica, usuarias del DIU, endometriosis, defectos congénitos en las trompas que compliquen o bloqueen el descenso del embrión, fumar, embarazo ectópico previo (OMS, 2018).

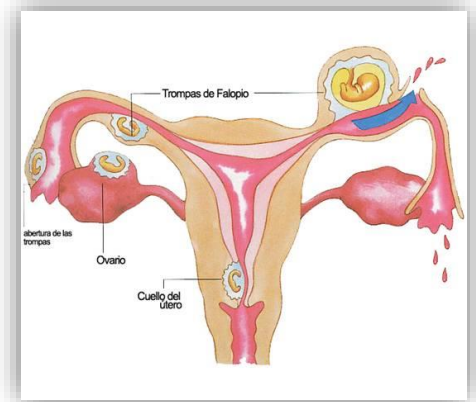
CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. TEORÍAS GENERALES RELACIONADAS CON EL TEMA

EMBARAZO ECTÓPICO

Proviene del vocablo griego ἔκτοπος, "fuera del lugar". De acuerdo con el American College of Obstetricians and Gynecologists (2008), es aquél que se desarrolla fuera del útero, ya sea en la Trompa de Falopio (el más frecuente), en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal.³² El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%). (Ananya, 2017)



El embarazo ectópico es cualquier implantación del huevo fuera de las áreas normales constituirá una heterotopia gravídica, conocida más comúnmente como Embarazo Ectópico o Extrauterino. La denominación de "Embarazo Ectópico",

debemos conceptualarla como la más aceptada porque permite comprender en ella todas las formas posibles.³³ Debido a que la mayoría de estas gestaciones se localizan en la trompa, se ha pretendido llamarla "Embarazo Tubárico", lo cual constituye de por sí una variedad del embarazo ectópico.

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por diminutos cilios similares a pelos hasta que, varios días después, llega al útero. Normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero la implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, si la trompa se obstruye (por ejemplo, debido a una infección previa), el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar atascado. El óvulo fecundado quizá nunca llegue al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., 2017).

Por lo general, y frecuentemente los embarazos ectópicos se desarrollan en una de las de las trompas de Falopio (embarazo Tubárico). Son infrecuentes los embarazos en el canal cervical, en el ovario o en la cavidad abdominal o pélvica.

La localización del embarazo ectópico se realiza en la mayoría de los casos en la trompa 98.3%(Ampular, ístmico, intersticial y Fímbrico), tanto en dichos ciclos naturales como en los ciclos provocados con técnicas de reproducción asistida (1.6). Las localizaciones del embarazo ectópico en el abdomen (1.4%), en el ovario (0.15%) y en el cuello uterino (0.15) son muy raras.³⁴ Los embarazo Heterotópico

(coincidencia de un embarazo intrauterino y uno ectópico) en ciclos de fecundación asistida aparecen en el 11.7%, mientras que en los ciclos naturales son excepcionales (Gonzales-Merlo, J.M.; Lailla , E.; Fabre, E. y Gonzales B; 2006)

Es importante señalar que el embarazo Ectópico es responsable de alrededor del 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. Su incidencia es mayor en las mujeres de raza no blanca y esta discrepancia aumenta con la edad. Los datos disponibles no incluyen los embarazos tratados en forma ambulatoria, por lo que es probable que su incidencia real se haya subestimado (Recce, A; -. Hobbins, J. 2007).

Síntomas y Signos

- Retraso o irregularidad menstrual.
- Síntomas subjetivos de embarazo.
- Dolor.
- Tumoración anexial.
- Útero con signos de gravidez (Bjartling C, Osser S, Persson K, 2000).

Tabla 1: Síntomas y signos del embarazo ectópico

<i>Síntoma</i>	<i>Síntoma</i> <i>a</i>	<i>Signos</i>	<i>Síntoma</i> <i>oma</i>
	90-		75-
	100		90
Dolor abdominal	75-		80-
Amenorrea	95	Hipersensibilidad anexial	95
Hemorragia vaginal	50-	Hipersensibilidad abdominal	50
	80	Tumor anexial (20% en el	20-
Mareo, síncope		lado	
Urgencia para	20-	Contralateral al E.E.)	30
defecar	35	Crecimiento uterino	10-
Síntomas	5-	Cambios ortostáticos	15
gestacionales	15	Fiebre	5-
Expulsión de tejido	10-		10
	25		
	5-		
	10		

Fuente EMBARAZO ECTÓPICO Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Cruz

Roja - INSALUD. Ceuta.

En la actualidad los embarazos ectópicos pueden diagnosticarse antes del desarrollo de síntomas graves. Las evidencias sintomáticas más frecuentes del mismo son la tríada típica de amenorrea, sangramiento vaginal irregular y dolor bajo vientre.

Los hallazgos del examen físico general pueden ser alza térmica moderada y taquicardia leve. Si bien en el momento del diagnóstico la ruptura de la trompa

puede estar presente en el 10 al 90% de las pacientes, dependiendo de la población estudiada, la hipotensión severa no está presente en más del 5% de los caso. Debemos recordar que el hemoperitoneo puede obedecer a n aborto tubario (Pérez S, 2005)

Al tacto vaginal dos tercios de las mujeres presentan dolor a la movilización del cuello uterino y en el 50% se puede palpar una masa en los anexos, por lo general muy dolorosa. El fondo del saco de Douglas puede estar abombado o ser muy doloroso.

El signo de Cullen periumbilical, debido a infiltración hemática de la pared abdominal por el hemoperitoneo a tensión, es poco frecuente en su aparición. Este signo ensombrece el pronóstico (más de 90% de la mortalidad). (MINSAP, 2002)

Causas

La causa más frecuente de embarazo tubario es el daño de la mucosa en la porción fímbrica de la trompa, la cual es responsable del transporte del huevo. Esta anormalidad sería responsable de más de la mitad de los embarazos tubarios (Weinstein y Morris 1983)El daño en la mayoría de los casos, está dado por inflamación secundaria a infección secundaria a infección, pudiendo también producirse por cirugía pélvica, no necesariamente ginecológica, ya sea digestiva o urológicas (Perez, S. 2005)

Los siguientes factores también pueden incrementar el riesgo de embarazo ectópico: Edad mayor a 35 años, quedar embarazada teniendo un dispositivo intrauterino (DIU), realizarse ligadura de trompas; más probable dos o más años después del procedimiento, haberse sometido a una cirugía para revertir la ligadura de trompas con el fin de quedar embarazada, haber tenido múltiples compañeros sexuales, algunos tratamientos para la esterilidad, y algunas veces, se desconoce la causa. Así mismo se pueden atribuir a las hormonas, haber padecido hinchazón (inflamación) de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), defectos congénitos en las trompas de Falopio; complicaciones de una apendicitis; endometriosis; cicatrización causada por una cirugía pélvica previa, mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas, tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona (como las que se encuentran en las pastillas anticonceptivas), puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio.

El sitio más común para un embarazo ectópico está dentro de una de las dos trompas de Falopio. En raras ocasiones, los embarazos ectópicos pueden presentarse en los ovarios, el abdomen o el cuello uterino, mujeres que se someten a fecundación in vitro o que utilizan un dispositivo intrauterino (DIU) con progesterona y la "píldora del día siguiente" (píldora poscoital o anticonceptivo de emergencia) ha sido relacionada con varios casos de embarazo ectópico (Enríquez B, Fuentes L, Gutiérrez N., 2003).

Factores de Riesgo para Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico viene dado alguna veces por ciertos factores de riesgo, aunque en otras ocasiones no se conoce la explicación. Se enumeran los factores que pueden hacer que una mujer sea más susceptible a los embarazos ectópicos:

- Embarazo ectópico anterior.
- Enfermedad inflamatoria pelviana previa (causada por chlamydia Trachomatis).
- Ligadura de trompas que no ha tenido éxito o una inversión de la ligadura de trompas.
- Intervención quirúrgica abdominal o tubárica con cicatrización postoperatoria.
- Complicaciones tras una operación de apendicitis.
- Fecundación in vitro.
- DIU aún colocado en el momento de la concepción.
- Endometriosis, una afección que ocasiona que el tejido de la matriz invada y dañe el tejido reproductor circundante.
- Tomar hormonas, específicamente estrógenos y progesterona, puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y llevar a un embarazo ectópico.
- La "píldora del día siguiente" (píldora poscoital) ha sido relacionada con varios casos de embarazo ectópico.
- Abortos múltiples provocados favorezcan el embarazo ectópico.

- Exposición al dietilestilbestrol (DES) en el seno materno (un estrógeno sintético empleado antiguamente en embarazadas), sobre todo si ello ocasionó anomalías en el aparato reproductor.
- Antecedentes de Enfermedades Pélvicas Inflamatorias (EPI).
- Antecedentes de infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Cirugías pélvicas previas.
- Esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral (SPB).
- Uso de anticonceptivos intrauterinos.
- Abortos inducidos.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Tabaquismo. (Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L;. Bloom, J C. Hauth y Dwight R., 2011)

Hasta un 50% de las mujeres con embarazos ectópicos ha padecido hinchazón o inflamación de las trompas (salpingitis) o enfermedad inflamatoria pélvica. Otros factores aún son desconocidos, puesto que se dan casos de embarazos ectópicos en los que no había ninguno de los factores de riesgo anteriores.

TABLA 2: FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de riesgo</i>
Cirugía tubárica previa	21.0
Esterilización tubárica	9.3
Embarazo ectópico previo	8.3
Exposición intrauterina a dietilestilbestrol (DES)	5.6
Uso de dispositivos intrauterinos (DIUs)	4.2
Cirugía pelviana previa	0.9-3.8
Infertilidad previa	2.5
Infección pelviana previa	2.5-3.7
Promiscuidad sexual	2.1
Tabaquismo	2.3-2.5
Duchas vaginales	1.1-3.1
Edad del primer coito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> de 18 años	1.6

Fuente: Williams Obstetricia 21° edición 2003 EEUU.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

- **EMBARAZO CORNEAL**

Un embarazo que se implanta en el segmento corneal de la trompa, que se encuentra dentro de la pared muscular del útero. la implantación intersticial del blastocisto es la forma menos frecuente 1.9% de embarazo ectópico tubario, el diagnóstico y el tratamiento tardío son los principales factores que contribuyen a la evolución desfavorable asociada tradicionalmente con estos embarazos, el

tratamiento frecuentemente es la histerectomía o la resección cornual por laparotomía (Recce, A; –. Hobbins, J, 2007)

- ***EMBARAZO ECTOPICO PERSISTENTE***

La extracción incompleta del tejido trofoblástico después de una cirugía conservadora produce la persistencia del embarazo ectópico. Varios estudios informaron u incidencia más alta de embarazo ectópico. Después de la cirugía laparoscópica que de la Laparotomía. El tratamiento consiste en metotrexato. (Recce, A; –. Hobbins, J, 2007)

- ***EMBARAZO ECTOPICO NO TUBARIO***

La localización más frecuente del embarazo ectópico es la trompa uterina, que alberga alrededor del 98 % de todos los embarazos ectópicos. La mayoría de los embarazos ectópicos se producen en la posición ampular de la trompa 79.6%, el 12.3 % en el istmo, el 6.2% en las fimbrias y el 1.9% en la porción intersticial, sin embargo a veces la implantación tiene lugar en otros sitios ectópicos, como el ovario, el cuello uterino y el abdomen. Las implantaciones ectópicas fuera de la trompa de Falopio pueden presentarse en una variedad de formas y en distintos tiempos de la gestación, principalmente relacionado al sitio de la implantación. Todos son poco comunes, derivando parte de su morbilidad por sus ubicaciones y el resto de diagnósticos atrasados. (Recce, A; –. Hobbins, J, 2007)

- ***EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO***

Con trompa contralateral sana y con paridad satisfecha: salpingectomía, conservando el ovario.

Con ausencia o patología de la trompa contralateral y deseo de nuevos embarazos, emplear diversas técnicas dependiendo de la localización:

- ***Embarazo Ampular:*** Salpingostomía lineal para evacuación y hemostasia. En la actualidad se prefiere practicarla por vía laparoscópica.
- ***Embarazo Infundibular*** (localizado en la parte más externa de la trompa): Expresión de la trompa o preservar la porción sana de la trompa con miras a plastia posterior.
- ***Embarazo ístmico:*** Practicar resección segmentaria y anastomosis primaria o, preferiblemente, evacuación por salpingostomía lineal.
- ***Embarazo intersticial:*** Requiere extirpación quirúrgica con sección en cuña de una porción del miometrio³⁴. Reimplantar la trompa es difícil y de mal pronóstico, por lo cual se hace salpingectomía, conservando el ovario.

(Recce, A; -. Hobbins, J, 2007).

• ***EMBARAZO TUBÁRICO ROTO***

Por lo general, se encuentra la trompa estallada, en cuyo caso el tratamiento de elección es la salpingectomía; siempre se debe tratar de conservar el ovario. Solo si el ovario está comprometido está indicada la ooforectomía parcial o total.

El ovulo se puede alojar en cualquier porción de la trompa y originar un embarazo tubario ampollar, ístmico o intersticial, en algunos casos raros, el ovulo

fecundado se implanta en la fimbria (Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L.; Bloom, J C. Hauth y Dwight R, 2011).

- ***EMBARAZO TUBARIO MULTIFETAL***

Se ha publicado casos de embarazo tubarios gemelares en el que ambos embriones se encuentran en la misma salpíngex o bien un gemelo en cada salpíngex (Rolle 2004) Berkes 2008, describieron un caso raro de tres embriones implantados de manera ectópica en una salpíngex después de la IVF Williams, F; (Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L.; Bloom, J C. Hauth y Dwight R, 2011)

- ***EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO***

La incidencia del embarazo Ovárico es muy baja, representa el 0.15% al 1% de todos los embarazo ectópicos En caso de embarazo ectópico ovárico, el tratamiento consiste en resección parcial o total del ovario por vía laparoscópica, o la Ovariectomía si la hemostasia resulta difícil de conseguir (Gonzales- Merlo, J.M. Lailla E. Fabre, E. Gonzales B., 2006)

- ***EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL***

Cuando ocurre embarazo ectópico cervical, este puede ser confundido con un aborto. El tratamiento es la evacuación mediante Legrado; puede emplearse un balón compresivo como el catéter de Foley para conseguir la hemostasia; de no lograrse la evacuación y sobre todo una hemostasia adecuada por vía vaginal, puede requerirse histerectomía abdominal total o ligadura de hipogástricas como tratamiento.

La incidencia es muy baja. Puede confundirse con un aborto. El tratamiento es la evacuación mediante raspado; de no lograrse la evacuación y, sobre todo, una hemostasia adecuada por vía vaginal puede requerir histerectomía abdominal total o ligadura de arterias hipogástricas como tratamiento. También se ha utilizado tratamiento médico con metotrexate (Gonzales- Merlo, J.M. Lailla E. Fabre, E. Gonzales B., 2006)

- ***EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL***

Ya sea por un aborto tubario o una rotura intraperitoneal, el producto completo de la concepción sale de la salpinge o, si el desgarro es pequeño, aparece hemorragia abundante sin expulsión de los productos de la concepción. Cuando el producto se expulsa completo hacia la cavidad peritoneal, algunas veces conserva su unión placentaria y otras se reimplanta casi en cualquier sitio y crece en forma de embarazo abdominal (Worley 2008). Este caso es infrecuente y la mayor parte de los productos se reabsorbe. Sin embargo en ocasiones permanece en el fondo del saco durante varios años en forma de tumor encapsulado e incluso se calcifica para formar un Litopedión (Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L;. Bloom, J C. Hauth y Dwight R. Obstetricia. 23° edition, 2011).

- ***EMBARAZO HETEROTÓPICO O COMPUESTO***

Se denomina embarazo heterotópico o compuesto a la coexistencia de una gestación intrauterina con embarazo ectópico. Ocurre aproximadamente en uno de cada 4.000 embarazos espontáneos, es sumamente rara en la población general su

incidencia está aumentando con el empleo de las técnicas de fertilización asistida. Puede llegar a tener una incidencia de 1 por cada 100 embarazos de término, el tratamiento es quirúrgico (Pérez S. 2005)

- ***EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO***

No da una sintomatología florida, es como se inician todos los E.E. dejados a su libre evolución siempre van a la complicación.

- ***ROTURA TUBARIA***

Cuando se produce rotura tubaria en las primeras semanas, el embarazo suele situarse en el istmo de la Salpinge. La rotura casi siempre es espontánea, pero en ocasiones ocurre después del coito o la exploración bimanual, casi siempre se acompaña de síntomas y con frecuencia signos de hipovolemia (Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L.; Bloom, J C. Hauth y Dwight R., 2011)

- ***CIRUGÍA TUBÁRICA***

Toda intervención quirúrgica realizada en una o ambas trompas de Falopio.

Es el método quirúrgico preferido para el embarazo ectópico es la laparoscopia, a menos que la mujer se encuentre inestable en términos hemodinámicos. La cirugía tubárica se considera conservadora cuando se acompaña de rescate tubario, la cirugía conservadora aumenta la frecuencia de embarazos uterinos posteriores, pero también se acompaña de una mayor frecuencia de trofoblasto funcional persistente

(Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L;. Bloom, J C. Hauth y Dwight R., 2011)

- ***DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)***

El uso del DIU ha sido relacionado con un mayor riesgo de embarazo ectópico, pero hasta el momento no se ha demostrado una correlación directa (Sivin 1991 Chi 1993). Aquellas pacientes que discontinúan su uso no tienen mayor riesgo de embarazo ectópico, en todo caso, frente a un embarazo en una mujer portadora de DIU, debemos pensar en gestación ectópica mientras no se demuestre lo contrario (Pérez S. 2005)

El dispositivo intrauterino debe ser introducido y extraído del útero por un profesional de la salud, normalmente un ginecólogo. El DIU permanece en el útero continuamente mientras que no se desee el embarazo. Dependiendo del tipo de DIU puede tener una permanencia y duración entre 3 y 12 años (el modelo de cobre T 380A es eficaz hasta por 14 años).

- ***ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)***

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

- ***INICIO PRECOZ DE RELACIONES SEXUALES***

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

- ***MANEJO ESPECTANTE***

El manejo expectante se puede aplicar en un subconjunto seleccionado de pacientes con embarazo ectópico. Los estudios que evaluaron la conducta expectante del EE se basan principalmente en el concepto de regresión del trofoblasto; según la más reciente directriz del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos puede haber lugar para la conducta expectante cuando la β -hCG está en niveles <1.000 mUI/ml y en descenso, saco gestacional inferior a 3 cm, ausencia de dolor y otros síntomas, no rotura de del embarazo ectópico, ni líquido, ni sangre en el peritoneo y pacientes estables hemodinámicamente (Gonzales- Merlo, J.M. Lailla E. Fabre, E. Gonzales B. 2006)

- ***MANEJO MÉDICO***

El manejo médico del EE es mucho menos costoso que el tratamiento quirúrgico. Muchos agentes han sido utilizados para tratar el embarazo ectópico incluyendo el metotrexate (MTX) local y sistémico, cloruro de potasio local, glucosa hiperosmolar, prostaglandinas, danazol, etopósido y mifepristona, sin embargo actualmente este tipo de manejo del EE se centra principalmente en el uso de MTX

4,este antagonista del ácido fólico, es muy eficaz contra el trofoblasto en proliferación y se ha utilizado durante más de 40 años para el tratamiento de la enfermedad Trofoblástica , Tanaka en 1982 fueron los primeros en utilizar el metotrexato como tratamiento de una enfermedad intersticial y a partir de entonces de administra con éxito en todas las variedades de embarazo ectópico (Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L;. Bloom, J C. Hauth y Dwight R., 2011)

- **MANEJO QUIRÚRGICO**

El manejo quirúrgico es el tratamiento de elección para las pacientes con EE roto, hipotensión, anemia, diámetro del saco gestacional >4 cm por ecografía, o dolor que persiste por más de 24 horas. En Estados Unidos la primera cirugía abdominal por EE fue realizada en 1759 por John Bard, siendo cada vez más frecuente a lo largo del siglo XIX.

El procedimiento quirúrgico estándar para el tratamiento del embarazo ectópico el mundo desarrollado es la laparoscopia, incluyen el control de la pérdida de sangre, la analgesia, el dolor postoperatorio, el periodo de recuperación y los bajos costos hospitalarios (Recce, A; 2005)

2.4. MARCO LEGAL

La Ley del Aborto en el Perú

Actualmente en el Perú es posible practicarse legalmente un aborto con fines terapéuticos, es decir, cuando la interrupción del embarazo es la única forma de salvar la vida de la gestante o evitar en su salud “un mal grave o permanente”.

El aborto terapéutico se encuentra reglamentado a través de la Resolución Ministerial No. 486-2014, por medio de la cual se aprobó, en junio de 2014, la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.

El Aborto en Perú

- El aborto terapéutico no aplica para casos de violación sexual.
 - Si necesitas un aborto terapéutico, tras recibir la información adecuada por parte de tu doctor, una Junta Médica debe aprobar la intervención y designar al médico que lo llevará a cabo dentro de las siguientes 24 horas.
 - Para tomar la decisión, la Junta Médica, conformada por tres profesionales médicos (al menos un gineco-obstetra) puede volver a examinarte y solicitar exámenes adicionales. Si concluyen que el aborto terapéutico es recomendable, solicitarán tu consentimiento.
 - Todo el proceso, desde que presentas tu solicitud, hasta que te realizan la intervención, debe realizarse en un plazo máximo de seis días calendario.
 - Si la Junta Médica concluye que no es recomendable interrumpir tu embarazo, puedes solicitar que se forme otra Junta Médica.
 - Debes recibir orientación e información durante todo el proceso.
 - En cualquier momento del proceso puedes cambiar de opinión.
- El reglamento define 11 casos médicos bajo los cuales es posible evaluar la posibilidad de la interrupción del embarazo. Si has sido diagnosticada con alguna de estas condiciones tienes derecho a practicar un aborto legal en el Perú:

1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
3. Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
5. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
8. Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
9. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85%.y con patología grave;
11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica..

2.5. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Los factores epidemiológicos como promiscuidad de la gestante, infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto y embarazo ectópico previo se encuentran asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el

Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Los factores epidemiológicos se encuentran asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017
- Los antecedentes quirúrgicos se encuentran asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017.
- Los antecedentes patológicos se encuentran asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017.
- La sexualidad se encuentra asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017
- Los tratamientos de infertilidad se encuentran asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017.
- El uso de DIU se encuentra asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” entre Julio de 2013 a Junio de 2017.

- Los factores epidemiológicos asociados presentan riesgo (Odds Ratio) al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” durante el periodo comprendido entre Julio de 2013 a Junio de 2017

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación no experimental es la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención directa, de la variación concomitante de las variables independiente y dependiente.

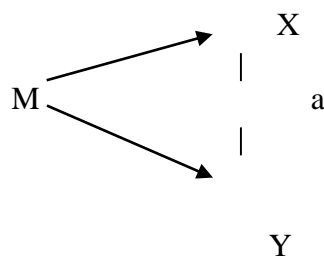
En la presente investigación, el tipo será no experimental, porque las variables fueron medidas en su espacio natural (Kerlinger, y Lee 2001). .

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación correlacional mide el tipo y grado de correlación entre variables en un momento dado y no requieren la observación de sujetos estudiados durante un periodo de tiempo. Este tipo de diseño es adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado (Hernández et al. 2006)

El diseño de investigación en la presente investigación será descriptivo-correlacional, porque la información que se obtuvo corresponde a un solo momento.

Gráficamente se representa así:



Donde:

M : Muestra

Variable 1; Factores de riesgos

Variable 2: Embarazo ectópico

a : Asociación entre variables

3.3. ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS

El análisis de la información será contrastado a través de la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación de variables, con un intervalo de confianza de 95%.

3.4. VARIABLES

Variable 1; Factores de riesgos

Variable 2: Embarazo ectópico

3.5. POBLACIÓN

8948 historias clínicas de las pacientes gestantes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo julio de 2013- junio de 2017

3.6. MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 552 historias clínicas de las pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia en el periodo 2013- 2017, determinada a través de la siguiente fórmula estadística:

$$n \geq NZ_{(\alpha/2)}^2 pq / \{[E^2 N-1] + [Z_{(\alpha/2)}^2 pq]\}$$

Donde:

$Z_{\alpha/2}$: Nivel de confianza al 95% (1,96)

p : Proporción de éxito al 50% (0,5)

q : $1 - p$ (0,5)

e : Error muestral relativo al 5% (0,05)

N : Población (8948)

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y/O FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la recopilación documental (historias clínicas).

El instrumento será la ficha de revisión documentaria, para el vaciado de los datos de la historia clínica, dicha información se acompaña en el Anexo 1.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron procesados informáticamente con el Software IBM-SPSS versión 23,0 con el que se realizó la presentación tabular de los resultados

El análisis de la información se calcularon la frecuencia y se aplicó la prueba de Chi cuadrado para evaluar la asociación de variables, así mismo se evaluó el Odds Ratio de prevalencia para evaluar riesgo; el intervalo de confianza fue de 95%

3.8. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

La validación interna de contenido se realizó a través de juicio de expertos, para lo cual se consideró a profesionales médicos ginecólogo con amplia

experiencia en el embarazo ectópico y en metodología de la investigación. En base a la opinión documentada de los expertos se obtuvo en promedio una validez de 90%

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Edad del primer coito y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Edad del primer coito	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95%, gl=1 p-valor= 0,000; X ² c= 87,328	ORp IC95% (3,997–8,668)
	SI		NO		n°	%		
	n°	%	n°	%				
menores de edad	133	70,7	106	29,1	239	43,3	5,886	
mayores de edad	55	29,3	258	70,9	313	56,7		
Total	188	100,0	364	100,0	552	100,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la edad del primer coito y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron su primer coito siendo menores de edad tienen 5,886 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que tuvieron su primer coito siendo mayores de edad.

Tabla 2. Promiscuidad de la gestante y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Promiscuidad de la gestante	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95%, gl=1	ORp IC95% (4,720– 10,384)
	SI		NO		n°	%		
	n°	%	n°	%				
Si	136	72,3	99	27,2	235	42,6	p-valor= 0,000; X ² c= 103,147	7,001
No	52	27,7	265	72,8	317	57,4		
Total	188	100,0	364	100,0	552	100,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la promiscuidad y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que fueron promiscuas tienen 7,001 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no son promiscuas.

Tabla 3. Infecciones de transmisión sexual de la gestante y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “ Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Infecciones de transmisión sexual	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95%, gl=1	ORp IC95% (4,776– 10,470)
	SI		NO					
	n °	%	n °	%	n °	%		
Si	1 32	7 0,2	9 1	2 5,0	2 23	4 0,4	p- valor= 0,000; X ² c= 105,059	7,071
No	5 6	2 9,8	2 73	7 5,0	3 29	5 9,6		
Total	1 88	1 00,0	3 64	1 00,0	5 52	1 00		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre las infecciones de transmisión sexual y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron infecciones de transmisión sexual tienen 7,071 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron infecciones de transmisión sexual.

Tabla 4. Enfermedad pélvica inflamatoria de la gestante y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Enfermedad pélvica inflamatoria	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95%, gl=1	ORp IC95% (3,539– 7,564)
	SI		NO					
	n °	%	n °	%	n °	%		
Si	1 19	6 3,3	9 1	2 5,0	2 10	3 8,0	p-valor= 0,000; X ² c= 77,004	5,174
No	6 9	3 6,7	2 73	7 5,0	3 42	6 2,0		
Total	1 88	1 00,0	3 64	1 00,0	5 52	1 00,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la enfermedad pélvica inflamatoria y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria tienen 5,174 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria

Tabla 5. Aborto de la gestante y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Aborto	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95%, gl=1	ORp IC95% (3,320– 3,534)
	SI		NO					
	n	%	n	%	n	%		
Si	1	6	1	2	2	4	p-valor= 0,000; X ² c= 71,343	4,844
	24	6,0	04	8,6	28	1,3		
No	6	3	2	7	3	5		
	4	4,0	60	1,4	24	8,7		
Total	1	1	3	1	5	1		
	88	00,0	64	00,0	52	00,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre el aborto y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron aborto tienen 4,844 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron.

Tabla 6. Cirugía tubárica de la gestante y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Cirugía tubárica	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95%, gl=1	ORp IC95% (0,848– ,689)
	SI		NO		n	%		
	n	%	n	%				
Si	1	5	1	3	2	4	p- valor= 0,086; X ² c= 2,588	1,994
	1	,9	1	,0	2	,0		
No	1	9	3	9	5	9		
	77	4,1	53	7,0	30	6,0		
Total	1	1	3	1	5	1		
	88	00,0	64	00,0	52	00,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que no existe asociación entre la cirugía tubárica y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que no es significativo.

Tabla 7. Embarazo ectópico previo de la gestante y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Embarazo ectópico previo	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95 %, gl=1	ORp IC95% (2,736– 3,494)
	SI		NO					
	n °	%	n °	%	n °	%		
Si	14	7,4	0	0,0	14	2,5	p- valor= 0,000; X ² c= 27,761	3,092
No	174	2,6	364	00,0	538	7,5		
Total	188	100,0	364	00,0	552	100,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la cirugía tubárica y el embarazo ectópico; así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron cirugía tubarica tienen 3,092 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron.

Tabla 8. Uso de DIU y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Uso de DIU	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95 %, gl=1	ORp IC95% (0,053–4,337)
	SI		NO		n	%		
	n	%	n	%				
Si	1	0,5	4	1,1	5	0,9	p-valor= 0,666; X ² c= 0,443	0,481
No	1	9,5	3	60,9	5	9,1		
Total	1	100,0	3	64,0	5	100,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que no existe asociación entre el uso de DIU y el embarazo ectópico; así mismo el ORp no es significativo.

Tabla 9. Bloqueo tubárico bilateral y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” junio 2014 – junio 2017

Bloqueo tubárico bilateral	EMBARAZO ECTÓPICO				Total		X ² IC95 %, gl=1	ORp IC95% (2,631– 3,324)
	SI		NO					
	n °	%	n °	%	n °	%		
Si	2	1,1	0	0,0	2	0,4	p- valor= 0,116; X ² c= 3,879	2,957
No	1	9,9	3	100,0	5	9,6		
Total	1	100,0	3	100,0	5	100,0		

Análisis e interpretación

Sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que no existe asociación entre el bloqueo tubárico bilateral y el embarazo ectópico; sin embargo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron bloqueo tubárico bilateral tienen 2,957 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra la relación de la edad del primero coito con el embarazo ectópico; en la que se observa que de 552 gestantes el 43,3% (239/552) tuvieron su primer coito siendo menores de edad, de las cuales el 70,7% (133/188) presentaron embarazo ectópico y 29,1% (106/364) no presentaron embarazo ectópico y el 56,7% (313/552) tuvieron su primer coito siendo mayores de edad, de las cuales el 29,3% (55/188) presentaron embarazo ectópico y el 70,9% (258/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto

Rodríguez, Y; Altunaga, M. (2009) en su publicación titulada: Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico, menciona que el mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años

Caraguay, J. (2010) “Embarazo ectopico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente De Riobamba 2010”, menciona que: la edad sexual de inicio más frecuente de las mujeres con embarazo ectópico es de 16 a 20 años.

Durán, D. C. MORENO, D. E. (2014). En su investigación Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, mencionan que dentro de los aspectos ginecológicos que se asociaron con una mayor posibilidad de desarrollar embarazo ectópico, se encontró la edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.

En la tabla 2 se muestra la relación de la promiscuidad con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 42,6% (235/552) fueron promiscuas, de las cuales el

72,3% (136/188) presentaron embarazo ectópico y 27,2% (99/364) no presentaron embarazo ectópico y el 57,4% (317/552) no fueron promiscuas, de las cuales el 27,7% (52/188) presentaron embarazo ectópico y el 72,8% (265/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto

Caraguay, J. (2010) “Embarazo ectopico en el servicio de Ginecologia y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente De Riobamba 2010”, menciona que: el número de compañeros sexuales fue de uno, la mayoría no recurren a ningún método anticonceptivo.

En la tabla 3 se muestra la relación de las infecciones de transmisión sexual con el embarazo ectópico; en la que se observa que de 552 gestantes el 40,4% (223/552) tuvieron infecciones de transmisión sexual, de las cuales el 70,2% (132/188) presentaron embarazo ectópico y 25,0% (91/364) no presentaron embarazo ectópico y el 59,6% (329/552) no tuvieron infecciones de transmisión sexual, de las cuales el 29,8% (56/188) presentaron embarazo ectópico y el 75,0% (273/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto:

Durán, D. C. MORENO, D. E. (2014). En su investigación Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, mencionan que dentro de los aspectos ginecológicos que se asociaron con una mayor posibilidad de desarrollar embarazo ectópico, se encontró el antecedente de enfermedad de transmisión sexual

Mercado, W. M. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013, menciona

que las pacientes con antecedente de tabaquismo, antecedente de ITS, cirugía abomino pélvica presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico

En la tabla 4 se muestra la relación de la enfermedad pélvica inflamatoria con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 38,0% (210/552) tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, de las cuales el 63,3% (119/188) presentaron embarazo ectópico y 25,0% (91/364) no presentaron embarazo ectópico y el 62,0% (342/552) no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, de las cuales el 36,7% (69/188) presentaron embarazo ectópico y el 75,0% (273/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto:

Llorente, D., Cedeño, S, Fuente, P.M. y Guzmán, J. (2009) en su publicación Archivos de Medicina mencionan que el antecedente de Enfermedad Inflamatoria Pélvica estuvo presente en más de la mitad de la muestra (52,1%).

Guerra, C.; Hernández, N.; Guerra, N.; Millán, M. M. y Proenza, J. (1999) en su publicación Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico mencionan que los factores predisponentes que aparecen en los primeros lugares fueron: inflamación pélvica, esterilidad y legrados con el 37,9; 26,6 y 19,5 %, respectivamente. El método más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %). Las principales complicaciones fueron la anemia (62,1 %) y el shock hipovolémico (25,3 %).

Caraguay, J. (2010) “Embarazo ectopico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente De Riobamba 2010”, menciona que: la enfermedad pélvica inflamatoria se mostró en un 70,8%, no hay antecedentes quirúrgicos en el 85,4%.

Rodríguez, Y; Altunaga, M. en su publicación Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico (2010) mencionan que La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %.

En la tabla 5 se muestra la relación de la enfermedad aborto con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 41,3% (228/552) tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, de las cuales el 66,0% (124/188) presentaron embarazo ectópico y 28,6% (104/364) no presentaron embarazo ectópico y el 58,7% (324/552) no tuvieron aborto, de las cuales el 34,0% (64/188) presentaron embarazo ectópico y el 71,4% (260/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto

Rodríguez, Y; Altunaga, M. en su publicación Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico (2010) mencionan que el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7%.

Olalde, R.; Fong, J. L. Rodríguez, N. C.; Ferrer, B. (2010) en su publicación titulado Embarazo Ectópico: Factores Relacionados y otras consideraciones, mencionan que las interrupciones de embarazo, la inflamación pélvica y el embarazo ectópico fueron los principales factores epidemiológicos encontrados

Mercado, W. M. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013, menciona que las pacientes con antecedente de uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual, tenían un riesgo moderado de desarrollar embarazo ectópico. No se encontró pacientes con el antecedente de tratamiento de infertilidad.

En la tabla 6 se muestra la relación de la cirugía tubárica con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 4,0% (22/552) se realizaron cirugía tubárica, de las cuales el 5,9% (11/188) presentaron embarazo ectópico y 3,0% (11/364) no presentaron embarazo ectópico y el 96,0% (530/552) no se realizaron cirugía tubárica, de las cuales el 94,1% (177/188) presentaron embarazo ectópico y el 97,0% (353/364) no presentaron embarazo ectópico.

La tabla 7 muestra la relación del embarazo ectópico previo con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 2,5% (14/552) tuvieron embarazo ectópico previo, de las cuales el 7,4% (14/188) presentaron embarazo ectópico y 0,0% (0/364) no presentaron embarazo ectópico y el 97,5% (538/552) no tuvieron embarazo ectópico previo, de las cuales el 92,6% (174/188) presentaron embarazo ectópico y el 100,0% (364/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto:

Caraguay, J. (2010) "Embarazo ectopico en el servicio de Ginecologia y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente De Riobamba 2010", menciona que se encontró un caso de ectópico anterior, las pacientes con uno a dos controles presentaron embarazo ectópico no accidentado a diferencia de las que no tuvieron ningún control que mostraron embarazo ectópico accidentado.

Durán, D. C. MORENO, D. E. (2014). En su investigación Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, mencionan que dentro de los aspectos ginecológicos que se asociaron con una mayor posibilidad de desarrollar embarazo ectópico, se encontró el antecedente de embarazo ectópico previo, el cual constituyó uno de los principales factores

de riesgo en este estudio, seguido por el antecedente de cirugía pélvica y de patología ginecológica, tales como endometriosis, miomatosis y quistes ováricos.

Mercado, W. M. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013, menciona que las pacientes con antecedente de tabaquismo, antecedente de ITS, cirugía abomino pélvica, embarazo ectópico previo, de aborto espontaneo previo, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo ectópico

Pérez, L. A. (2011) Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero- Diciembre 2010. Menciona que las pacientes primíparas y multíparas tienen mayor riesgo de embarazo ectópico en comparación a pacientes nulíparas. Las pacientes con antecedente de cirugía tubárica tienen mayor riesgo de embarazo ectópico en comparación con pacientes sin antecedente de cirugía tubárica. Con respecto a los antecedentes de cirugía abdominal o pélvica se demostró que no existe asociación con la presencia de embarazo ectópico. No se encontró pacientes con el antecedente de tratamiento de infertilidad.

La tabla 8 muestra la relación del uso de DIU con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 0,9% (5/552) tuvieron embarazo ectópico previo, de las cuales el 0,5% (1/188) presentaron embarazo ectópico y 1,1% (4/364) no presentaron embarazo ectópico y el 99,1% (547/552) no tuvieron embarazo ectópico previo, de las cuales el 99,5% (187/188) presentaron embarazo ectópico y el 98,9% (360/364) no presentaron embarazo ectópico.

Al respecto Urrutia, M.T.; Poupin, L.; Alarcón, P.; Rodríguez, M. y Stiven, L. (2007) en su trabajo titulado Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la

enfermedad en un grupo de mujeres chilenas; mencionan que se estudió a 50 mujeres con embarazo ectópico y se compararon con 100 puérperas en el mismo período siendo los factores de riesgo significativos para embarazo ectópico el antecedente de DIU al momento de la concepción.

Rodríguez, Y; Altunaga, M. en su publicación Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico (2010) mencionan que el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %

Durán, D. C. MORENO, D. E. (2014). En su investigación Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, mencionan que dentro de los aspectos ginecológicos que se asociaron con una mayor posibilidad de desarrollar embarazo ectópico, se encontró otros factores de peligro fueron la nuliparidad, el periodo intergenésico prolongado, el antecedente de parto por vía vaginal, el no uso de métodos de planificación familiar, el antecedente de ETS y la edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.

La tabla 9 muestra la relación del bloqueo tubárico bilateral con el embarazo ectópico; en la que se observa de 552 gestantes el 0,4% (2/552) tuvieron embarazo ectópico, de las cuales el 1,1% (2/188) presentaron embarazo ectópico y 0,0% (0/364) no presentaron embarazo ectópico y el 99,6% (538/552) no tuvieron embarazo ectópico, de las cuales el 98,9% (186/188) presentaron embarazo ectópico y el 100,0% (364/364) no presentaron embarazo ectópico.

CONCLUSIONES

1. El 43,3% (239/552) tuvieron el primer coito siendo menores de edad y el 56,7% (313/552) tuvieron siendo mayores de edad; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la edad del primer coito y el embarazo ectópico (X^2 IC95%, $gl=1$, p -valor= 0,000; $X^2c= 87,328$); así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron su primer coito siendo menores de edad tienen 5,886 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que tuvieron su primer coito siendo mayores de edad (ORp IC95%=3,997–8,668; p -valor=5,886)
2. El 42,6% (235/552) fueron promiscuas, y el 57,4% (317/552) no fueron promiscuas; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la promiscuidad y el embarazo ectópico (X^2 p -valor= 0,000; $X^2c= 103,147$); así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que fueron promiscuas tienen 7,001 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no son promiscuas (ORp IC95%=4,720–10,384, p -valor=7,001)
3. El 40,4% (223/552) tuvieron infecciones de transmisión sexual; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre las infecciones de transmisión sexual y el embarazo ectópico (X^2 p -valor= 0,000; $X^2c= 105,059$); así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron infecciones de transmisión sexual tienen 7,071 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron infecciones de transmisión sexual (ORp IC95%=4,776–10,470; p -valor=7,071)

4. El 38,0% (210/552) tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria y el 62,0% (342/552) no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la enfermedad pélvica inflamatoria y el embarazo ectópico (X^2 p-valor= 0,000; $X^2c= 77,004$); así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria tienen 5,174 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria (ORp IC95%=3,539–7,564; p-valor=5,174)
5. El 41,3% (228/552) tuvieron aborto y el 58,7% (324/552) no tuvieron aborto; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre el aborto y el embarazo ectópico (X^2 p-valor= 0,000; $X^2c= 71,343$); así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron aborto tienen 4,844 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron (ORp IC95%= 3,320–3,534; p-valor=4,844)
6. El 4,0% (22/552) se realizaron cirugía tubárica, y el 96,0% (530/552) no se realizaron cirugía tubárica; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que no existe asociación entre la cirugía tubárica y el embarazo ectópico (X^2 p-valor= 0,086; $X^2c= 2,588$); así mismo el ORp nos muestra que no es significativo (ORp IC95%=0,848–0,689; p-valor=1,994)
7. El 2,5% (14/552) tuvieron embarazo ectópico previo y el 97,5% (538/552) no tuvieron embarazo ectópico previo; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que existe asociación entre la cirugía tubárica y el embarazo ectópico (X^2 p-valor=0,000; $X^2c= 27,761$); así mismo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron cirugía tubarica

tienen 3,092 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron (ORp IC95%=2,736–3,494; p-valor=3,092)

8. El 0,9% (5/552) fueron usuarias de DIU y el 99,1% (547/552) no fueron usuarias de DIU; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que no existe asociación entre el uso de DIU y el embarazo ectópico (X^2 p-valor= 0,666; $X^2c= 0,443$); así mismo el ORp no es significativo ORp IC95%= 0,053–4,337; p-valor= 0,481)
9. El 0,4% (2/552) tuvieron bloqueo tubárico bilateral y el 99,6% (538/552) no tuvieron bloqueo tubárico bilateral; sometido a la prueba de Chi cuadrado se observa que no existe asociación entre el bloqueo tubárico bilateral y el embarazo ectópico (X^2 p-valor= 0,116; $X^2c= 3,879$); sin embargo el ORp nos muestra que las mujeres que tuvieron bloqueo tubárico bilateral tienen 2,957 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no tuvieron (ORp IC95%=2,631–3,324: p-valor=2,957)

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios longitudinales para evaluar la incidencia de los embarazos ectópicos y comprender cuál es el comportamiento a través del tiempo, sus factores predictores y de riesgo.
2. Realizar estudios de prevención que ayuden a disminuir la prevalencia y se controlen los factores de riesgo del embarazo ectópico.
3. Se difunda la información, para que las mujeres en edad fértil tengan mayor conciencia sobre los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

- Abreu R, Reyes O, García, G.N., León M, Naranjo, M.L. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández". Gaceta Médica Espirituana 2008; 10(2).
Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)
- Addi, M.; Santiago-Cuadri, A. y Navarro, J. A. 2015. Embarazo ectópico. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
- Aguilar M, Vázquez Y, Areces G, De la Fuente M y Tamayo T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2012 Abr 29]
- Altunaga M., Rodríguez y., Lugones, M. Ginecología y Salud Reproductiva. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.37 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2011. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008
- Ananya M. 2017. News Medical Life Sciences. Tipos de embarazo ectópico. Obtenido de [http://www.news-medical.net/health/Types-of-Ectopic-Pregnancy-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Types-of-Ectopic-Pregnancy-(Spanish).aspx)
- Amador C, Ventura Z, León O y Arencibia K. Embarazo ectópico ovárico. Reporte de un caso. AMC [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2012 Abr 29]

Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (2017). Embarazo ectópico. MedlinePlus.

Información de salud para ustedes. Obtenido de

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000895.htm>

Bjartling C, Osser S, Persson K. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of Chlamydia trachomatis. *Acta Obstet ginecol scand* 2000.

Caraguay Guajala, Jhoana Del Cisne. Tesis para optar el título de Médico General

“Embarazo Ectópico en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital provincial general docente de Riobamba”. Ecuador, 2010.

Durán Acero, Diana y Moreno Moreno. Tesis para optar el título de especialista en Gineco-obstetricia. “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mayor Mederi”. Colombia, 2014.

Estacio, M. E. Factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico [Tesis de segunda especialidad]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2013. *Rev. peru. ginecol. obstet.* vol.61 no.1 Lima ene./mar. 2015. En <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2271>

Enríquez B, Fuentes L, Gutiérrez N. Tendencias actuales en el tratamiento del embarazo ectópico *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003.

Faneite P, Amato R, Faneite J et al. Embarazo ectópico. 2000-2007. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. sep. 2008, vol.68, no.3 [citado 29 Abril 2012]

Faneite P, Amato R, Faneite J *et al.* Embarazo ectópico. 2000-2007. *Rev Obstet Ginecol Venez.* [online]. sep. 2008, vol.68, no.3 [citado 29 Abril 2012]

- Fernández, C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Rev Cubana Obstetricia Ginecol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011 En http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010
- García F, Antonio. Factores de riesgo en el embarazo ectópico Hospital Materno – Infantil “Germán Urquidí” [Consultado el 10 de enero 2010]. Disponible en: http://www.univalle.edu/publicaciones/revista_salud/revista02/pagina12.htm
- Goyaux N, Leke R, Keita N, Thonneau P. Ectopic pregnancy in African developing countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:305-12.
- Gonzales- Merlo, J.M. Lailla E. Fabre, E. Gonzales B, ; Obstetricia. 5º Edición 2006 Barcelona – España.
- Guerra, C.; Hernández, N.; Guerra, N.; Millán, M. M. y Proenza, J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol v.25 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 1999. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1999000100013&script=sci_arttext&tlng=en
- Hernández R., Fernández, C. y Baptista, P. (2005) “Metodología de la Investigación”. (4ta ed.). México: Mc Graw-Hill.
- IMSS. Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia. Obtenido de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

- Kerlinger F y Lee H. Investigación del comportamiento: Método de investigación en Ciencias Sociales. 2002 México: McGraw Hill interamericana.
- Llorente, D., Cedeño, S, Fuente, P.M. y . Guzmán, J. Archivos de Medicina. Obtenido de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-al-embarazo-ectpico.php?aid=1103>. 2009
- Mercado, W. M. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ En <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3537>
- MINSAP Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones Ciudad de la Habana MINSAP 2002.
- Morales Zambrano, C. y Nagua Blanca, Diego. Tesis para optar el título de Médico General. “Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2008 – 2012”. Ecuador, 2014.
- OMS. Temas de Salud. Factores de riesgo. 2018 Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Pérez De Miguel, Luis Alberto. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. “Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo enero – diciembre 2010” – Perú, 2011.
- Recce, A; -. Hobbins, J. Obstetricia clínica 3º edición 2007 EEUU.

- Rodríguez, Y; Altunaga, M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2010. Obtenido de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006
- Tang, L. E. Krentel, H.; Kong-Wong, V. P. 2011. Embarazo cornual después de salpingectomía: reporte de un caso inusual. Rev. peru. ginecol. obstet. v.57 n.4 Lima 2011. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322011000400010&script=sci_arttext
- Tenore J. L. Ectopic pregnancy. Am Fam Physician 2000;61:1080-8.
- Pérez S Obstetricia 3º edición 1999, 2º reimpresión 2005 Santiago de Chile.
- Torres, . L. P. “Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital provincial docente Ambato período julio 2011- julio 2012”. Ecuador, 2013. En <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/3643>.
- Trujillo C, Salazar P, Moreno L, Manríquez V, Venegas P, Quinteros P et al .
EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL SIMULTANEO. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002 [citado 2012 Abr 29].
- Trujillo C, Salazar P, Moreno L, Manríquez V, Venegas P, Quinteros P et al .
EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL SIMULTANEO. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002 [citado 2012 Abr 29] .
- Urrutia, M.T.; Poupin, L.; Alarcón, P.; Rodríguez, M. y Stiven, L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev. chil. Obstet. ginecol. v.72 n.3 Santiago 2007 Obtenido de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000300004&script=sci_arttext&tlng=en

WIKIPEDIA. La enciclopedia libre. Dispositivo intrauterino. 2018. Obtenido de

[https://es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo_intrauterino.](https://es.wikipedia.org/wiki/Dispositivo_intrauterino)

Williams, F; Cunningham, G ; Kenneth ,J; Leveno, L;. Bloom, J C. Hauth y Dwight R.

Obstetricia. 23° edition, 2011 en Español.