



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en  
el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas**

**AUTOR:**

Obsta. Adoila Domitila Chávez Domínguez

**ASESOR:**

Mg. Sonia Rosario Chacón Pinto

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna y Perinatal

**TRUJILLO - PERÚ**

2018

**JURADO**



---

DRA. ANA PERALTA IPARRAGUIRRE

Presidente



---

MG. SONIA CHACON PINTO

Secretario



---

DRA. ELIANA GUZMAN AVALOS

Vocal

## **DEDICATORIA**

### **A MI FAMILIA**

A mi esposo y a mis queridos hijos por brindarme su apoyo incondicional.

A mis padres y hermanos, por todo el afecto y consejos muy importantes para el desarrollo y culminación de mi carrera.

## AGRADECIMIENTO

### **A Dios**

Agradezco a Dios por protegerme  
y darme las fuerzas necesarias  
para superar obstáculos y dificultades  
durante todo mi camino y cumplir  
mis metas.

### A mis Profesores

Gracias por las enseñanzas vertidas  
durante este tiempo de estudio,  
nunca se termina de aprender.

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Adoila Domitila Chávez Domínguez, estudiante del Programa de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado (a) con DNI 48197332, con la tesis titulada "Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016", declaro bajo juramento que:

- a) La tesis es de mi autoría.
- b) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- c) La tesis no ha sido auto plagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- d) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
- e) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo 26 de octubre de 2018



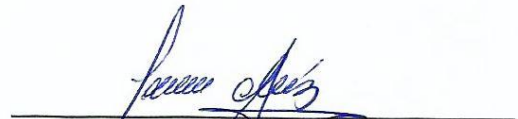
---

Adoila Domitila Chávez Domínguez  
DNI: 48197332

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada “Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016”, con la finalidad de determinar los factores de riesgo que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.



Lic. Adoila Chávez Domínguez

La Autora

## RESUMEN

Con la finalidad de determinar qué factores de riesgo se asocian al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016, se realizó un estudio, retrospectivo con un diseño de casos y controles, en el cual se revisaron 61 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico como “Casos” y para los “Controles” se tomó el doble de aquellos (relación 1:2), es decir, 122 historias clínicas sin embarazo ectópico. Se aplicó una ficha de recolección de datos. Se empleó el Odds ratio, y se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo. Los resultados mostraron que el mayor porcentaje (60.4% y 58.3%) fue para el antecedente multiparidad, tanto para casos como para los controles con un OR=1.09, el antecedente de cirugía previa, con un odds ratio de 0,64; el antecedente de enfermedad pélvica, con un odds ratio de 0.79; y el antecedente de aborto con un odds ratio de 0.61, no son factores de riesgo para embarazo ectópico. Concluyendo que la multiparidad constituye un factor de riesgo para presentar embarazo ectópico.

Palabras claves: Embarazo ectópico, factores de riesgo

## ABSTRACT

In order to determine which risk factors are associated with Ectopic Pregnancy in patients treated at the Belén Hospital in Trujillo in 2016, a retrospective study with a case-control design was carried out, in which 61 clinical records were reviewed. of patients with ectopic pregnancy as "Cases" and for "Controls", twice those were taken (ratio 1: 2), that is, 122 clinical histories without ectopic pregnancy. A data collection form was applied. The Odds ratio was used, and the 95% confidence interval of the statistician was calculated. The results showed that the highest percentage (60.4% and 58.3%) was for the multiparity antecedent, both for cases and for controls with an OR = 1.09, the history of previous surgery, with an odds ratio of 0.64; the history of pelvic disease, with an odds ratio of 0.79; and the antecedent of abortion with an odds ratio of 0.61, are not risk factors for ectopic pregnancy. Concluding that the multiparity constitutes a risk factor to present ectopic pregnancy.

Key words: Ectopic pregnancy, risk factors



## INDICE

Página de jurado.....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Declaratoria de autenticidad .....	iv
Presentación.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	9
1.1 Realidad problemática .....	9
1.2 Trabajos previos .....	10
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	14
1.4 Formulación del problema .....	17
1.5 Justificación del problema.....	18
1.6 Hipótesis.....	19
1.7 Objetivos .....	19
II. MÉTODO .....	21
2.1 Diseño de investigación .....	21
2.2 Variables, Operacionalización .....	22
2.3 Población y muestra .....	22
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....	23
2.5 Métodos de análisis de datos .....	24
2.6 Aspectos éticos .....	24
III. RESULTADOS.....	26
IV. DISCUSIÓN .....	30
V. CONCLUSIONES .....	35
VI. RECOMENDACIONES .....	36
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	37
ANEXOS	
- Instrumento de recolección de datos	
- Instrumento de Validación por Expertos	
- Constancia de asesoría	

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Realidad problemática

El embarazo ectópico es una tragedia de la reproducción, es el resultado de un defecto en la reproducción humana que finalmente termina en muerte o pérdida fetal. Sin un diagnóstico oportuno y tratamiento, puede convertirse en una condición que amenaza la vida. Un embarazo ectópico es 10 veces y 50 veces más peligroso que un parto vaginal y aborto inducido, respectivamente, por lo que es una causa importante de mortalidad materna en el primer trimestre<sup>1</sup>.

Las tasas de incidencia varían entre los diferentes países según los factores de riesgo predominantes en la región geográfica. En Europa representan del 0.5 al 2% de todos los embarazos en países en desarrollo; las tasas varían de 1 en 44 a 1 en 21, mientras que en los países orientales las tasas oscilan entre 1 en 233 y 1 en 280 partos. En Norteamérica los embarazos ectópicos representan el 9% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. La incidencia aumentó de 4.5 a 16.8 por 1000 embarazos informados entre 1970 y 1987 y se convirtió en un importante problema de salud<sup>2</sup>.

En Latinoamérica la incidencia de esta patología obstétrica alcanza la frecuencia de 1 – 2 % de todas las gestaciones; sin embargo a pesar de que la incidencia de embarazo ectópico ha continuado incrementándose, la tasa de mortalidad por este mal ha caído de 69 % hace 3 décadas a 0.05 % en la década actual<sup>3</sup>.

En nuestro país se encuentra que la tasa de incidencia es variable, así en el Hospital San Bartolomé podemos encontrar una tasa de 1/767 embarazos, en el Hospital E. Rebagliati-ESSALUD 1/533 embarazos, resultados diferentes comparados con los encontrados en otros hospitales entre ellos el Hospital María Auxiliadora 1/156, en el Hospital Cayetano Heredia 1/129, en el Hospital Hipólito Unanue 1/130, en el Hospital Arzobispo Loayza 1/75 y en el Instituto Materno Perinatal 1/303 embarazos<sup>4</sup>. En el Hospital Belén de Trujillo las estadísticas reportan un 2% de casos.

En cuanto a los factores de riesgo para embarazo ectópico se han descrito determinadas condiciones tales como la multiparidad, el antecedente de cirugía previa, antecedente de aborto y antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria; en un estudio realizado en Cuba en 70 pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente por embarazo ectópico el mayor porcentaje correspondió a multiparas en un 68.6%; La multiparidad incrementa el riesgo de lesiones en el endometrio uterino y por este mecanismo puede entorpecer la implantación fisiológica normal del cigoto, respecto al aborto se estima hay un porcentaje importante (47.1%) que se habían practicado por lo menos 1 vez un aborto, por otro lado tanto el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria como el antecedente de aborto ejercen un efecto deletéreo sobre la integridad del endometrio e incluso pudiendo extender el daño hacia las trompas de Falopio y ligamentos y comprometiendo el pasaje natural del cigoto tras la fecundación; el antecedente de cirugía abdominal previa condiciona el riesgo por medio de la formación de adherencias de la alteración en los reparos anatómicos del aparato genital externo y ello puede influir en la migración habitual del cigoto luego de la fecundación<sup>5</sup>

## 1.2 Trabajos previos

### Investigaciones Internacionales

Escobar B, et al<sup>6</sup> (México, 2017), realizaron un estudio titulado factores de riesgo asociados a embarazo ectópico; por medio de un estudio de casos y controles. Incluyendo dos grupos: casos (28 pacientes) y controles (56 pacientes puérperas); empleando una ficha de recolección de datos; y los resultados fueron que la RM del hábito tabáquico fue de 18.33, antecedente de EE de 11.96, uso de DIU: 11.9, cirugía abdominal: 5.87, ser multigesta: 3. dos o más parejas sexuales: 2. EE derecho 53.6%, embarazo tubárico 82.1% (23), EE no roto 60.7% (17), hemoperitoneo 60.7% (17). Encontrando que la edad gestacional

para EE fue de 4-8 semanas (75%) y el tratamiento quirúrgico de 96.4%; concluyendo que el uso de DIU, la multiparidad, y el número de parejas sexuales son factores de riesgo para (E E).

Núñez H, et al<sup>7</sup> (Cuba, 2013); realizaron un estudio titulado factores de riesgo para Embarazo Ectópico.; por medio de un estudio de casos y controles realizado en un universo de 132 pacientes; utilizando una ficha de recolección de datos ; se encontró que el Embarazo Ectópico fue más frecuente en mujeres de color de piel blanca, entre 25 y 34 años de edad ( $p<0.05$ ); el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis ( $p<0.05$ ), tres o más abortos provocados ( $p<0.05$ ), así como la historia de infertilidad ( $p<0.05$ ), inicio precoz de las relaciones sexuales ( $p<0.05$ ), concluyendo que estas variables fueron factores predisponentes para el Embarazo Ectópico.

Rodríguez Y, et al<sup>8</sup> (Cuba, 2013) ; llevaron a cabo un estudio denominado factores de riesgo asociados con la aparición del Embarazo Ectópico, en 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de Embarazo Ectópico confirmado por anatomía patológica; empleando como instrumento una ficha de recolección de datos; observando que las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de Embarazos Ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %; concluyendo que los factores para Embarazo Ectópico en esta serie son similares a los de la literatura mundial.

Urrutia M, et al<sup>9</sup> (Chile, 2013); llevaron a cabo un estudio titulado factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico, en una población de mujeres chilenas. Se estudió a 50 mujeres con Embarazo Ectópico y se compararon con 100 puérperas en el mismo período, empleado una ficha de recolección de datos; se encontró que los factores de riesgo

significativos fueron: antecedentes de cirugía ginecológica (24% versus 11%) ( $p < 0.05$ ), antecedentes de cirugía abdominal (13% versus 5%) ( $p < 0.05$ ), antecedente de DIU al momento de la concepción (5% versus 2%) ( $p < 0.05$ ); concluyendo que los factores de riesgo para Embarazo Ectópico en una población chilena son similares a los descritos en la literatura internacional; se enfatiza la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos.

Duran D, et al<sup>10</sup> (Colombia, 2014); realizaron una investigación titulada factores de riesgo para Embarazo Ectópico; para lo cual se realizó un estudio de casos y controles, con un caso por cada dos controles, se escogió muestreo aleatorio simple; 200 pacientes utilizando una ficha de recolección de datos; se encontró que existe un mayor riesgo de Embarazo Ectópico con presencia de ETS, haber tenido cirugías pélvicas previas, 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. ( $p = 0,000$ ), concluyendo que el Embarazo Ectópico previo, el antecedente de ETS y el número de parejas sexuales son factores de riesgo para Embarazo Ectópico.

Investigaciones Nacionales.

Mercado W, et al<sup>11</sup> (Perú, 2014); llevaron a cabo un estudio titulado factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico; por medio de un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de casos y controles, se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con Embarazo Ectópico y una muestra comparativa utilizando una ficha de recolección de datos; se encontraron como 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); concluyendo que estas variables son factores de riesgo para Embarazo Ectópico.

Montes L, et al<sup>12</sup> (Perú, 2015); realizaron un estudio titulado incidencia, el perfil epidemiológico y clínico de Embarazo Ectópico fue un estudio observacional, retrospectivo y transversal; utilizando una ficha de recolección de datos; se encontró que el intervalo de edad de presentación más frecuente fue de 25 a 29 años; el 55.6% de las pacientes inicio vida sexual antes de los 18 años. El 18.2% presentó antecedente quirúrgico de curetaje uterino, 10.1% presentó antecedente de cesárea y 8.1% de cirugía tubaria; 15.2% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); 19.2% tuvo antecedente de Embarazo Ectópico; concluyendo que la frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos.

Betsy Z, et al<sup>13</sup> (Perú 2015). Llevaron a cabo un estudio titulado prevalencia de Embarazo Ectópico; en 46 pacientes; empleando una ficha de recolección de datos; la mayoría de las pacientes era multípara; 89% entre 20 y 40 años de edad, 37% tuvo amenorrea de 5 a 7 semanas; había antecedente de EE en 20% y de cirugía pélvica previa en 39%; 59% presentó cuadro clínico típico (amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal). La cirugía más empleada fue la laparotomía en 48% y se pudo confirmar el diagnóstico en 48%, con anatomía patológica; concluyendo que el Embarazo Ectópico sigue siendo causa de emergencia gineco-obstétrica, la mitad de ellos están complicados.

Investigaciones Locales.

Orlando Z<sup>14</sup>, (Trujillo 2014); llevaron a cabo un estudio titulado factores de riesgo asociado a gestación ectópica; por medio de un diseño de casos y controles en el que se utilizó una ficha de recolección de datos;

con respecto al inicio precoz de relaciones sexuales, el promedio en el grupo de casos fue 42,86% y en el grupo de los controles el promedio fue 38,89% ( $p > 0,05$ ). El antecedente de cirugía tubárica, estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ( $p < 0,01$ ). El antecedente de EPI, estuvo presente en los casos en 11,11% y en los controles en 6,35% ( $p > 0,05$ ); concluyendo que el antecedente de cirugía tubárica, de uso de DIU y de EE constituyeron factores de riesgo para EE.

Bejarano J, et al<sup>15</sup> (Trujillo, 2016) llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles en 81 pacientes distribuidos en dos grupos: 27 casos con embarazo ectópico y 54 controles, sin embarazo ectópico; la frecuencia de embarazo ectópico en las 22536 gestantes estudiadas fue de 0.67%. El antecedente de legrado intrauterino en pacientes con embarazo ectópico registró 31.3%. El antecedente de legrado intrauterino en el grupo de casos se observó en 17 pacientes y en 6 de los controles. El OR fue 13.6, con  $p=0.0000$  e  $IC95%=4.291-43.098$ . La localización ampular fue predominante, con 51.85%.

### 1.3 Teorías relacionadas al tema

El embarazo ectópico se deriva de la palabra griega 'Ekpos' que significa fuera de lugar y se refiere a la implantación de un óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. En muchas partes del mundo, ha habido un aumento dramático en la incidencia en los últimos años; algunos estudios muestran al menos una duplicación de la tasa. Es una de las emergencias más críticas y mortales en ginecología práctica. También se conoce como embarazo extra uterino<sup>16</sup>.

El embarazo ectópico se refiere a la implantación del cigoto en un lugar anormal fuera de la cavidad uterina, que ocurre en las trompas de Falopio en aproximadamente 97.7% de casos. La mayor incidencia de embarazo ectópico y en su línea, la tendencia descendente de su tasa de mortalidad se ha atribuido principalmente a la mejora en la habilidad

para hacer un diagnóstico más temprano. Basado en la mejora de las habilidades de diagnóstico y de acuerdo con el papel de los enfoques quirúrgicos como la estrategia principal para el tratamiento de esta anomalía, los médicos podrían intervenir antes, prevenir las secuelas que amenazan la vida y daño tubárico extenso, así como preservar la fertilidad en el futuro<sup>17</sup>.

Sin embargo, varios estudios epidemiológicos y las evaluaciones resultan en la identificación de diferentes mecanismos de la relación entre incidencia de embarazo ectópico y sus factores desencadenantes relacionados. Al no haber suficiente información disponible en términos de los factores de riesgo para el embarazo ectópico y también de acuerdo con las variaciones probables en estos determinantes en diferentes regiones geográficas, es conveniente actualizar la información en el contexto sanitario correspondiente<sup>18</sup>.

El embarazo ectópico si no es tratado vigorosamente y lo suficientemente temprano, puede ser fatal. Es de sumo interés para salud reproductiva y se asocia con una morbilidad y mortalidad materna significativa y es fatal para el embrión. El futuro potencial reproductivo de la mujer después de un embarazo ectópico está comprometido. El embarazo ectópico representa el 73% de la mortalidad en el embarazo precoz<sup>19</sup>.

El embarazo ectópico es una emergencia potencialmente mortal y su frecuencia sigue siendo alta. El embarazo ectópico es la causa más común de morbilidad materna y mortalidad en el primer trimestre del embarazo. Las complicaciones del embarazo temprano son condiciones clínicas comunes que a menudo requieren cuidados de emergencia. El paciente puede o no ser consciente de que está embarazada en el momento de la evaluación en el departamento de urgencias<sup>20</sup>.

El diagnóstico debe considerarse en cualquier mujer del grupo de edad reproductiva que presenta dolor abdominal o sangrado vaginal, especialmente cuando se combina con un episodio de colapso o síncope. El embarazo ectópico es una complicación del embarazo en el



cual los productos de la concepción se desarrollan fuera de la cavidad uterina<sup>21</sup>.

Con raras excepciones, este tipo de embarazos no son viables. Con mucho, el sitio más común es la trompa de Falopio. Es una forma de falla reproductiva de gran impacto adverso y morbilidad. Estas mujeres tienen una probabilidad de recurrencia de 7-15% y solo 40-60% de probabilidades de concebir después de la cirugía<sup>21</sup>.

El embarazo ectópico sigue siendo un importante problema ginecológico en la práctica contemporánea. No solo por el incremento de la mortalidad materna; sino también y de mayor importancia clínica, está la morbilidad indirecta de los sectores con menos recursos económicos y el compromiso del pronóstico de fertilidad así como del resultado adverso en embarazos posteriores<sup>22</sup>.

Los sitios donde puede ocurrir un embarazo ectópico son la trompa de Falopio, que es el sitio más común; seguido por el ovario, cuello uterino y el abdomen. Cuando ocurre en la trompa de Falopio, se conoce como embarazo tubárico. La implantación puede ocurrir en cualquier punto a lo largo del tubo, aunque la ampolla es el sitio más común. El istmo es el siguiente en frecuencia y la porción intersticial la menos común<sup>23</sup>. Mientras que los embarazos intersticiales representan una pequeña fracción de gestaciones ectópicas, ellos son especialmente temidos debido a sus devastadores resultados. Los embarazos que implican la implantación en el cuello del útero, la porción intersticial de la trompa de Falopio; el tubo, el ovario, el abdomen o una cicatriz de una cesárea representan menos del 10%; son inusuales, difíciles de diagnosticar y están asociados con alta morbilidad<sup>23</sup>.

La multiparidad es factor de riesgo que puede predisponer a la madre a anemia, hipertensión, mala presentación fetal, desprendimiento de placenta, placenta previa, hemorragia posparto por atonía uterina, presencia de infecciones y ruptura uterina. En términos de riesgo la paciente múltipara está doblemente expuesta a presentar embarazo ectópico, por la presencia de intervenciones quirúrgicas, infecciones y antecedente de aborto entre otras características.<sup>24</sup>.

La práctica del aborto de indicaciones no médicas, impone una agresión al endometrio uterino. Los cambios en las tasas de aborto, o la falta de los mismos, pueden verse influidos por una serie de variables, incluidos los cambios en actividad sexual, la economía y el perfil demográfico de la población. Dos variables bien controladas que pueden influir directamente tanto en la necesidad como en el uso del aborto son el uso de anticonceptivos y la disponibilidad de servicios. En este sentido la práctica del aborto el cual muchas veces se desarrolla en condiciones sanitarias no optimas, condiciona un riesgo para la aparición de lesiones o infecciones en el endometrio uterino que a la larga pueden disfuncionalizar esta estructura para efectos de la implantación uterina durante la evolución del cigoto y por tanto podría promover la implantación en sitios no apropiados<sup>25</sup>.

El estudio de la enfermedad pélvica inflamatoria en poblaciones más jóvenes ha revelado que los adolescentes corren un mayor riesgo de desarrollar complicaciones asociadas. Se estima que uno de cada cinco casos ocurre en mujeres menores de 19 años. Su aparición es secundaria a una combinación de factores conductuales y biológicos. En términos de riesgo conductual, es probable que los adolescentes tengan múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección y relaciones monógamas de corta duración y alta frecuencia. La enfermedad pélvica inflamatoria en función del grado de severidad y extensión pero siempre de manera indefectible representa una agresión a la arquitectura y funcionalidad de los genitales internos femeninos; en tal sentido es posible que ello repercuta en los eventos fisiológicos de la gestación que se producen en las primeras semanas y que determinan la correcta implantación del cigoto<sup>26</sup>.

#### 1.4 Formulación del problema

¿Qué factores de riesgo se asocian al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016?

## 1.5 Justificación del estudio

El embarazo ectópico es una emergencia ginecoobstétrica de gran impacto en términos de salud materna a corto plazo, así como también esta asociado a desenlaces adversos en relación con la vida reproductiva de la mujer a mediano y largo plazo; en las ultimas décadas tanto en nuestro país como a nivel mundial a pesar de los nuevos métodos de imágenes y laboratorio usados para un diagnóstico oportuno existe una alta probabilidad de complicaciones maternas que pueden provocar la muerte.

Conveniencia: el presente estudio se realizó con la finalidad de determinar si los factores de riesgo considerados en la investigación jugaron un papel importante en la presencia del embarazo ectópico lo que permitirá brindar un tratamiento oportuno y manejo adecuado, reduciendo el riesgo potencial de las complicaciones asociadas, incluida la muerte.

Relevancia Social: una vez identificados los factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico y que contribuyen al incremento de la morbimortalidad materna muchos de los cuales son susceptibles de ser modificados desde la atención primaria, se pretende establecer un programa de vigilancia mediante la contrareferencia para que el establecimiento de salud de origen realice actividades de promoción y prevención de salud y mejorar estilos de vida saludables para evitar complicaciones relacionadas a la fertilidad.

Utilidad practica: permitirá incrementar la calidad de vigilancia e identificación precoz de esta complicación en la mujer con presencia de mayor número de factores de riesgo, con lo cual se podrá realizar la intervención oportuna de esta patología, reduciendo el riesgo de complicaciones tales como shock hipovolémico y la mortalidad subsecuente además de reducir las secuelas asociadas a estas circunstancias mejorando la calidad de vida de la mujer.

Utilidad metodológica: Se pretende incentivar la elaboración de otros estudios mas profundos que pretendan mejorar protocolos de atención, con el fin de disminuir el riesgo reproductivo, dando una atención especializada oportuna e integral.

## 1.6 Hipótesis

### Hipótesis General:

La multiparidad, el antecedente de cirugía previa, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el antecedente de aborto son factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

### Hipótesis Específicas:

- La multiparidad, es factor de riesgo asociado a Embarazo Ectópico
- El antecedente de cirugía previa, es factor de riesgo asociado a Embarazo Ectópico
- El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria es factor de riesgo asociado a Embarazo Ectópico
- El antecedente de aborto es factor de riesgo asociado a Embarazo Ectópico

## 1.7 Objetivos

### 1.7.1 Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo que se asocian al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

### 1.7.2 Objetivos específicos:

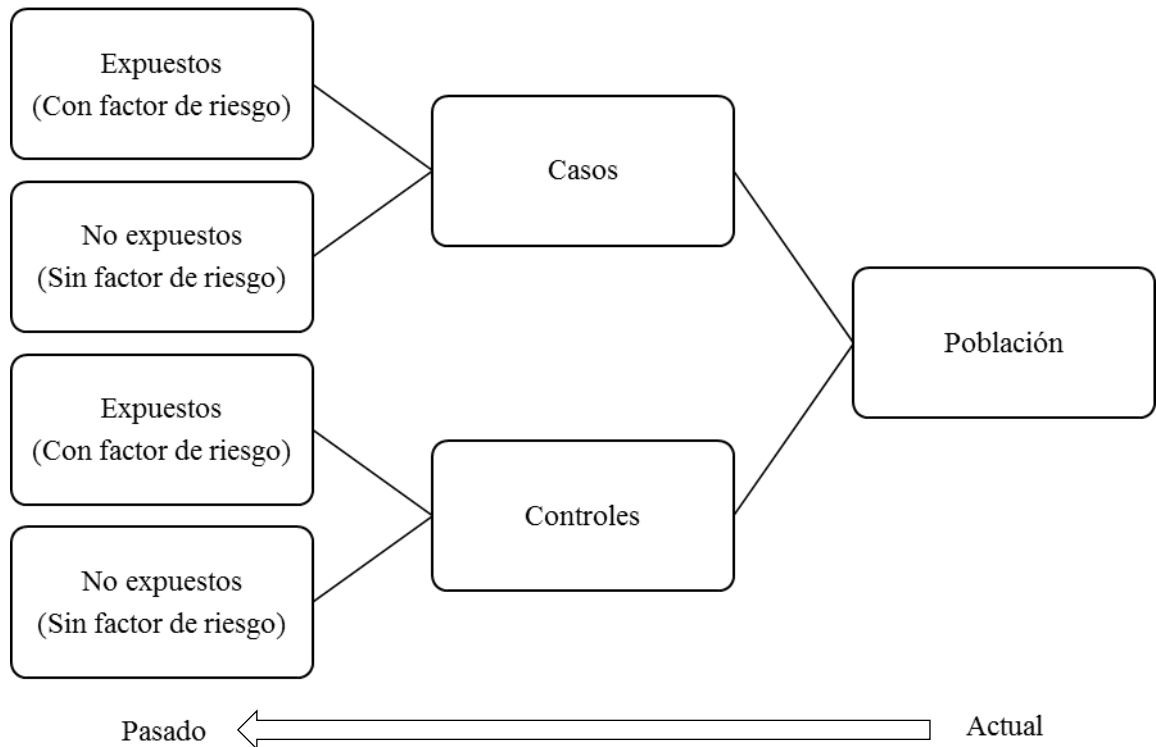
- Identificar si el factor de riesgo multiparidad, se asocia al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.
- Identificar si el factor de riesgo antecedente de cirugía previa, se asocia al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

- Identificar si el factor de riesgo antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, se asocia al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.
- Identificar si el factor de riesgo antecedente de aborto, se asocia al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

## II. METODO

### 2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- No experimental: Casos y controles.



### 2.2 . Variables, operacionalizacion

#### 2.2.1 Variables

Variable Independiente: La multiparidad, el antecedente de cirugía previa, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el antecedente de aborto.

Variable Dependiente: Embarazo Ectópico

## 2.2.1 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
<b>Embarazo Ectópico (Dependiente)</b>	Se refiere a la implantación del cigoto en un lugar anormal fuera de la cavidad uterina <sup>15</sup>	Se Valorará por medio de criterios clínicos, ecográficos e imagenológicos.	Si / No	Categórica – Nominal
<b>(Independiente) Multiparidad</b>	Se refiere al antecedente de múltiples partos previos a la gestación actual <sup>12</sup>	Se refiere al antecedente de 2 o más partos.	Si / No	Categórica – Nominal
<b>Antecedente de aborto</b>	Se refiere a la culminación intencional o espontánea de la gestación antes de las 20 semanas de edad gestacional <sup>13</sup>	Se valorara por la información registrada en el carnet de control prenatal.	Si / No	Categórica – Nominal
<b>Antecedente de cirugía previa</b>	Se refiere a la historia de intervención quirúrgica en el área abdominopelvica <sup>13</sup>	Se valorara por la información registrada en el carnet de control prenatal.	Si / No	Categórica – Nominal
<b>Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria</b>	Se refiere a la historia previa de enfermedad pélvica inflamatoria valorada por hallazgos clínicos, ecográficos o laparoscópica <sup>14</sup>	Se valorara por la información registrada en el carnet de control prenatal.	Si / No	Categórica – Nominal

## 2.3. Población y Muestra:

### 2.3.1 Población:

Estuvo constituida por 473 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016 y que cumplieron los criterios de selección establecidos. Del total de Historias Clínicas, 61 fueron de embarazos ectópicos y 412 no ectópicos.

### 2.3.2 Muestra:

Para la determinación del tamaño de muestra se consideraron todas las historias clínicas (61) con embarazo ectópico como “Casos” y para los “Controles” se tomó el doble de aquellos (relación 1:2), es decir, 122 historias clínicas. En tal sentido no se utilizó fórmula para el tamaño de la muestra.

Unidad Muestral:

La Historia Clínica de cada gestante que cumplió con los criterios de selección establecidos para el presente estudio.

Tipo de Muestreo:

Se aplicó muestreo aleatorio simple, se obtuvo del listado de gestantes (Casos y Controles) proporcionado por el Hospital Belén de Trujillo.

Unidad de Análisis:

Estuvo constituida por cada una de las gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante el año 2016 y que cumplieron los criterios de selección establecidos

### 2.3.3 Criterios de Selección

Criterios de Inclusión (Casos):

- Historias Clínicas de gestantes con Embarazo Ectópico
- Historias Clínicas de gestantes entre 20 a 35 años
- Historias Clínicas de gestantes con embarazo único
- Historias Clínicas completas

Criterios de Inclusión (Controles):

- Historias Clínicas de gestantes sin Embarazo Ectópico
- Historias Clínicas de gestantes entre 20 a 35 años
- Historias Clínicas de gestantes con Embarazo único
- Historias clínicas completas

Criterios de Exclusión:

- Historias Clínicas de gestantes con embarazo heterotópico
- Historias Clínicas de gestantes obesas
- Historias Clínicas de gestantes con diabetes
- Historias Clínicas de gestantes con antecedente de Embarazo Ectópico

## 2.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

### 2.4.1 Técnica:

La técnica utilizada fue el Análisis Documental



#### 2.4.2 Instrumento

El instrumento fue una ficha de recolección de datos la cual consto de dos partes: La primera parte se consideró datos generales, donde se incluyó número de historia clínica, edad de la gestante y finalmente el lugar de procedencia y la segunda parte constó de las variables de estudio.

#### 2.4.3 Validez y confiabilidad:

El instrumento fue validado por juicio de expertos, especialistas en Gineco Obstetricia, quienes realizaron observaciones y aportes al instrumento.No se recomienda la confiabilidad por ser una ficha de observación.

#### 2.5 Método de Análisis de Datos:

El análisis de la información fue transferido a una base de datos donde se utilizó la estadística descriptiva para la elaboración de cuadros estadísticos, así como para la interpretación y posterior discusión de los resultados, las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0.05$ ). Así mismo se obtuvo el Odds Ratio e intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente cuyos valores son:

OR= 1 No hay relación entre variables

OR> 1 El factor actúa como riesgo

OR< 1 El factor actúa como protector

#### 2.6 Aspectos Éticos:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular César Vallejo. Debido a que es un estudio de casos y controles en donde sólo se recogio datos clínicos de las historias de las gestantes; se

tomo en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)<sup>28</sup>.

Los principios éticos que se garantizaran a través de estos referentes éticos fueron:

Intimidad y confidencialidad: El principio 21, asevera que siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad; por esta razón tras la investigación se destruirán las hojas de recolección de datos e donde figura la información del paciente.

### III. RESULTADOS

Tabla N° 01: Multiparidad, como factor de riesgo para embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

MULTIPARIDAD	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
SI	29	60.4%	56	58.3%	85
NO	19	39.6%	40	41.7%	59
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%	144

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR = 1.09

IC = 0. 538 – 2.120

Interpretación:

En la tabla 1 observamos que los mayores porcentajes, tanto para casos y controles (60.4% y 58.3%), de mujeres con embarazo ectópico están en aquellas pacientes que fueron multíparas. Este resultado podría verse reflejado en el OR=1.09 por lo tanto la multiparidad actúa como un factor de riesgo (OR>1), y el IC: 0.538-2.120 vemos que la unidad (OR=1).

Tabla N° 02: Antecedente de cirugía previa como factor de riesgo para embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

ANTECEDENTE DE CIRUGIA PREVIA	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
SI	7	14.6%	20	20.8%	27
NO	41	85.4%	76	79.2%	117
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%	144

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR = 0.649

IC = 0.253 – 1.662

#### Interpretación:

En la tabla 2 observamos que los porcentajes, tanto para casos como controles, tienen la misma tendencia, es decir, las gestantes (en su mayoría: casos \_85%; controles\_79%) que presentaron embarazo ectópico no habían tenido antecedente de cirugía previa (cesárea). Este resultado se ve reflejado en el OR=0.649 y IC: 0.253-1.662, por lo tanto muestra que el antecedente de cirugía previa no actúa como factor de riesgo para el embarazo ectópico.

Tabla N° 03: Antecedente de Enfermedad Inflamatoria Pélvica como factor de riesgo para embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
SI	15	31.3%	35	36.5%	50
NO	33	68.8%	61	63.5%	94
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%	144

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR = 0.792

IC = 0.379 – 1.658

Interpretación:

En la tabla 3 se observa que tanto los casos como controles muestran la misma tendencia porcentual (casos: 69%; controles: 64%) en la no presencia del factor, es decir, las gestantes que presentaron embarazo ectópico no habían tenido antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Este resultado se ve reflejado en el OR=0.792 y IC: 0.379-1.658, por lo tanto el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria no actúa como factor de riesgo para el embarazo ectópico.

Tabla N° 04: Antecedente de aborto como factor de riesgo para embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016.

ANTECEDENTE DE ABORTO	EMBARAZO ECTÓPICO				TOTAL
	CASOS		CONTROLES		
	N°	%	N°	%	
SI	15	31.3%	41	42.7%	56
NO	33	68.8%	55	57.3%	88
TOTAL	48	100.0%	96	100.0%	144

Fuente: Ficha de recolección de datos

OR = 0.61

IC = 0.293 – 1.268

Interpretación:

En la tabla 4 se observa que más del doble de casos (69%) no presentaron antecedente de aborto, en cambio en los controles la tendencia tiende a ser casi equitativa en la presencia de antecedente de aborto (43% y 57%). En su mayoría (casos: 69%; controles: 57%) de gestantes que presentaron embarazo ectópico no habían tenido antecedente de aborto. Este resultado se ve reflejado en el OR=0.792 y IC: 0.379-1.658, por lo tanto el antecedente de aborto no actúa como factor de riesgo para el embarazo ectópico.

#### IV. DISCUSION

El embarazo ectópico previo complicado o roto pone en peligro la vida de la gestante, es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia y a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo<sup>22</sup>

Debido a estos planteamientos se consideró realizar el presente estudio para determinar los factores de riesgo asociados a esta patología, lo cual permitirá orientar las estrategias de prevención sobre los factores prevenibles y elaborar escalas diagnosticas para diferenciarlas de otras patologías con cuadro similar.

En relación a la variable multiparidad los resultados presentados en la tabla 1, verifican la asociación con el odss ratio de 1.1; el cual traduce que las pacientes multíparas tienen 1.1 mayor riesgo de presentar embarazo ectópico sobre las que no fueron multíparas, tras lo cual es posible concluir que la multiparidad es factor de riesgo para embarazo ectópico. La multiparidad incrementa el riesgo de lesiones en el endometrio uterino y por este mecanismo puede entorpecer la implantación fisiológica normal del cigoto.

Estos hallazgos resultan diferentes con el estudio realizado por Duran y Moreno (Bogotá 2014)<sup>10</sup> quienes señalan que la nuliparidad es un factor de riesgo para embarazo ectópico incrementando el riesgo hasta 1,78 veces comparado con madres multíparas (p: 0,000) (OR 1,49, IC 95%: 1,24 a 1,78).

De la misma forma Carbajal (Arequipa 2016)<sup>28</sup> en su estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal en 181 pacientes y empleando para el análisis de los datos la estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar) encontró una mayor prevalencia de embarazo ectópico en las nulíparas (46,4%).

Así mismo los datos encontrados en el presente estudio difieren con la tesis de Moreno (Lima 2015)<sup>29</sup>, quien en su investigación de tipo descriptiva retrospectiva de corte transversal, en 70 casos de embarazo ectópico complicado, reportó que las pacientes multíparas tienen mayor frecuencia de embarazo ectópico en su serie con un 80%.

En la tabla N° 2 se valora el antecedente de cirugía previa observando que la intensidad del odds ratio para esta fue 0,64 con IC = 0.253 – 1.662; sin ser suficiente como para proyectar esta tendencia a toda la población y por ende no se reconoce como un factor de riesgo. El anidamiento embrionario en esta zona se ha explicado aludiendo a que la liberación de diferentes factores, como citocinas, y la expresión de distintos receptores de superficie facilitarían la adhesión embrionaria, favorecida en las cicatrices de cirugías endometriales por su gran atracción quimiotáctica secundaria al proceso inflamatorio y de reparación tisular que allí se produce.<sup>35</sup>

En este sentido podemos reconocer que nuestros hallazgos son distintos a las tendencias descritas por Mercado W<sup>11</sup>, et al en Perú en el 2014 quienes en un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de casos y controles, revisaron 40 historias clínicas; encontrando como factor de riesgo significativo al antecedente de cirugía abdomino pélvica con un OR de 11 (IC al 95% de 3.29 – 36.75); se observa que a pesar de que tanto nuestra investigación como el estudio de la referencia se desarrollan en una realidad sanitaria similar a la nuestra y en un contexto poblacional idéntico, las diferencias en cuanto a los hallazgos observados podrían atribuirse a otras características del diseño como el tamaño muestral, considerando que al tamaño de la muestra aplicada en nuestro estudio fue más numerosa que la del estudio en mención pero aun no fue suficiente.

Del mismo modo los resultados del presente estudio no se asemejan a los presentados por Escobar-Padilla B et al<sup>6</sup> quienes en su estudio de casos y controles, donde incluyeron dos grupos: casos (28 pacientes) y controles



(56 pacientes puérperas). Hicieron un análisis estadístico descriptivo con univariante y bivariante mediante chi cuadrado de Pearson ( $p < 0.05$ ), con razones de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC al 95%) y reportaron que la cirugía abdominal se presentó con un 17.9% para los casos y del 3.6% en los controles, mostrando un incremento significativo, (RM 5.87, IC 95% 1.06-32.48,  $p = 0.026$ ). Los procedimientos quirúrgicos abdominales incrementaron el riesgo de Embarazo Ectópico casi seis veces en el presente estudio.

Los resultados del presente estudio no se asemejan con el estudio multicéntrico, presentado por Louis Jacob et al (Alemania 2017)<sup>30</sup> quienes realizaron una revisión desde el 2012 hasta el 2016 incluyendo 3003 mujeres con embarazo ectópico y 97,194 sin embarazo ectópico. Los efectos de las variables demográficas y clínicas sobre el riesgo de desarrollar embarazo ectópico se estimaron utilizando una logística multivariante con un Modelo de regresión y concluyeron que el embarazo ectópico previo y la cirugía genital previa se asociaron fuertemente con el embarazo ectópico en mujeres seguidas en las prácticas ginecológicas alemanas (OR = 2.67). Se observa que el tamaño muestral es distinto al utilizado en nuestra valoración, por ello los resultados no son coincidentes.

Sin embargo se reportó resultados similares con la investigación presentada por Estacio G.(Lima 2013)<sup>31</sup> en su estudio descriptivo transversal analítico utilizó una muestra de 163 pacientes con embarazo ectópico confirmado por hallazgos quirúrgicos anatomopatológicos (casos) y 172 que no fueron ectópicos (controles) se encontró que el 66.9 % que presentaron embarazo ectópico tuvieron antecedente de cirugía pélvica y en las que no presentaron embarazo ectópico el 66.9% tuvieron el antecedente de cirugía pélvica, OR:1 (IC: 0.6 -1.4) no siendo esta asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

En la tabla N° 3 se toma en cuenta para el análisis el factor antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) observando que el odds ratio para esta variable fue 0.79; valor que no reconoce a esta variable como factor de riesgo para embarazo ectópico.

Estos resultados discrepan con lo reportado por Cava (Trujillo 2016)<sup>32</sup> quien realizó una investigación analítica de casos y controles en el periodo 2010 - 2015 con un total de 34 casos y 68 controles determinando la fuerza de asociación mediante el Odds ratio; reportándose que el 23.5% de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico tuvieron antecedente de EPI y el 5.9% de las pacientes que no tuvieron diagnóstico de embarazo Ectópico presentaron el antecedente de EPI y se obtuvo un OR de 4.92(IC95%: 1.36-17.77) por lo que el investigador concluyó que la EPI es un factor de riesgo para presentar embarazo ectópico. La EPI es una patología que también ha aumentado su incidencia en los últimos años, producto de las nuevas conductas sexuales que adoptan las parejas es además subdiagnosticada y se ha visto que puede producir infertilidad desde el primer episodio

De igual modo en el estudio analítico de casos y controles reportado por Palomino Z (Lima 2018)<sup>33</sup> en 55 casos (embarazos Ectópicos) y 55 controles (embarazos normales) analizando los datos con el Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza al 95%; se obtuvo un OR: 3.556 con un IC95%: 1.024 – 12.356) para la variable enfermedad inflamatoria pélvica lo que le da el valor de ser uno de los principales factores de riesgo para presentar embarazo ectópico.

De la misma forma los resultados hallados en nuestro estudio no son congruentes con lo reportado por Li et al China 2014)<sup>34</sup> quienes realizaron un estudio multicentrico de casos y controles con una población de mujeres con embarazo ectópico (n=2,411) y mujeres con embarazo intrauterino (n=2416) conseguidas en cinco hospitales en Shangai y el análisis estadístico fue a través del OR e intervalos de confianza quienes encontraron un grado de asociación entre embarazo ectópico y Enfermedad pélvica inflamatoria con OR:2.17 IC95%:1.25-3.68) en mujeres que habían planificado su embarazo.

Si bien es cierto que los resultados obtenidos en nuestra investigación difieren con los estudios reportados, debido probablemente a diferencias de carácter poblacional es importante valorar el grado de asociación entre

estas patologías y así evaluar la repercusión en nuestra realidad para prevenir las posibles complicaciones de la EPI especialmente con el embarazo ectópico; para mejorar el criterio diagnóstico y el seguimiento para evitar un probable embarazo ectópico con complicaciones graves porque no decir funestas para la paciente.

En la tabla N° 4 se considera en la evaluación al factor antecedente de aborto, observando que el odds ratio para esta variable fue 0.61; valor que no tiene impacto en el análisis estadístico concluyendo que esta condición no es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

Finalmente se toma en cuenta los hallazgos descritos por Bejarano J<sup>15</sup>, et al en Trujillo en el 2016 quienes realizaron un estudio de casos y controles distribuidos en dos grupos: 27 casos con embarazo ectópico y 54 controles, concluyendo que el antecedente de legrado intrauterino en pacientes con embarazo ectópico registró 31.3%. El antecedente de legrado intrauterino en el grupo de casos se observó en 17 pacientes y en 6 de los controles. El OR fue 13.6, con  $p=0.0000$  e  $IC95\%=4.291-43.098$ ; en la diferencia de nuestra investigación que reportó un  $OR=0.792$ . Cuando se realiza un legrado o AMEU, se genera una reacción inflamatoria local puede darse por un hecho físico o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, y ésta puede ascender hacia las trompas y provocar cambios anatómicos y fisiológicos, ocasionando la enfermedad pélvica inflamatoria y en consecuencia un embarazo ectópico.

## V. CONCLUSIONES

- La multiparidad es factor de riesgo para embarazo ectópico con un OR= 1.1 y el IC=0.538-2.120.
- El antecedente de cirugía previa no es factor de riesgo para embarazo ectópico con un OR= 0.64 y el IC=0.253-1.662.
- El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria no es factor de riesgo para embarazo ectópico con un OR= 0,79 y el IC= 3.79-1.658.
- El antecedente de aborto no es factor de riesgo para embarazo ectópico con un OR= 0,61 y el IC= 0.293-1.268.

## VI. RECOMENDACIONES

- Es conveniente la aplicación de nuevos estudios en esta y otras ciudades con un tamaño de muestra poblacional mayor; con la finalidad de precisar de manera más significativa las asociaciones observadas por medio de un estricto control de las variables intervinientes.
- Se hace necesario elaborar protocolos de atención y validación de instrumentos para diagnóstico diferencial del embarazo ectópico con miras a caracterizar el riesgo de hemorragias del primer trimestre de difícil diagnóstico, lo cual reducirá el riesgo de mortalidad materna por retraso en el diagnóstico y manejo.
- Coordinar con los programas de información, educación sobre salud sexual y reproductiva dirigida a la población en general para disminuir factores de riesgo para embarazo ectópico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Emeka A. Ectopic Pregnancy: Changing Trends in Management. *Obstet Gynecol Int J* 2017, 6(2): 00200.
2. Urrutia M, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuvan L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013; 72(3) 154-159.
3. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2013; 36(1): 36-43.
4. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. Factores de riesgo del Embarazo Ectópico. *Archivos de Investigacion Materno Infantil*. [revista en la Internet]. 2013; 1 (2):85-89.
5. Alvarez D, Minaberriet E, Puertas D, Govin O. Caracterización de las pacientes con embarazo Ectópico en el Hospital Materno “10 de Octubre” *Rev. Cub de Tec de la sal* 2013; 4(1).
6. Escobar B. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2017; 55 (3):4-13.
7. Nuñez H. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *MediSur*, 2013; 11 (6): 647-655.
8. Rodríguez Y. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2013:36(1) 36-43
9. Urrutia M. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *REV CHIL*; 2013 (32)0:0 175; 47-21(539).
10. Duran D, Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, (Tesis) Bogotá; Universidad del Rosario-Bogotá; 2014.

11. Mercado W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013. Tesis. 2014. Universidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
12. Montes L. Incidencia, factores de riesgo y características clínico epidemiológicas de embarazo ectópico. Hospital de apoyo Camaná, 2004-2014. Tesis. Universidad de San Agustín. Perú.
13. Betsy Z. Previous pelvic surgery and ectopic pregnancy in the epidemiology of ectopic pregnancy Rev. peru. ginecol. 61 (1): 3 -7.
14. Orlando Z. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital regional docente de trujillo en el periodo 2004 – 2010. tesis. upao. 2015.
15. Bejarano J. Antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectopico. 2016. Trujillo Peru. Tesls.
16. Pisarka MD, Carson SA. Incidencia del embarazo ectópico. México: McGraw-Hill Interamericana; 2013. p. 1-4.
17. Marret H. Overview and guidelines of off-label use of methotrexate in ectopic pregnancy: report by CNGOF. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2016; 205, 105-109.
18. The American College of Obstetrics and Gynecologist. cEctopic pregnancy. 2013. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/ForPatients/faq155.pdf?dmc=1&ts=20170125T1456405281>.
19. Gracykowski J. Diagnóstico del embarazo ectópico agudo y persistente. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. México: McGraw-Hill Interamericana; 2013. p. 1-11.

20. Mishell, D.; Stenchever, M.; Droegemueller, W.; Herbst, A. Tratado de Ginecología. Tercera edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid - España: 431-64. 2013.
21. Tenore, Josie. Ectopic pregnancy (review). American Family Physician. 61: 1080 - 8. 2014.
22. Rock, J.; Thompson, J. Te Linde Ginecología Quirúrgica. Octava edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires - Argentina: 519-523. 2013.
23. Berek, J.; Adashi, E.; Hillard, P. Tratado de Ginecología de Novak. Decimotercera edición. Interamericana Mc Graw Hill. México: 490 - 94. 2013.
24. Fyલાstra, D. Tubal pregnancy: A review of current diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Surv. 53: 230 - 327. 2013.
25. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
26. Cunningham E, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Aut. J, Wenstrom K. Williams. Obstetricia. 21ra ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
27. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.



28. Carbajal L. Embarazo ectópico en el hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015, (Tesis) Arequipa, Universidad Católica de Santa María – Arequipa, 2016
- 29.. Moreno P. Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado hospital María Auxiliadora 2014, (Tesis) Lima, Universidad de San Martín de Porres - Lima; 2015.
30. Louis Jacob, Matthias Kalder, Karel Kostev. Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients, Ger Med Sci. 2017
31. Estacio G. Factores de riesgo para desarrollar embarazo ectópico. Lima 2013.
32. Cava M, Enfermedad pélvica inflamatoria como factor de riesgo para embarazo Ectópico Trujillo-Perú 2016.
33. Palomino Z Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en paciente atendidas en el servicio de Gineco obstetricia del hospital de Vitarte en el periodo enero diciembre 2015. Lima 2018
34. Cheng Li, Chun-Xia M, Wei-Hong Z, Hai-Qian L, Wei S, Jian Z. Factores de riesgo para el embarazo ectópico en mujeres con embarazo planificado: un estudio de casos y controles. China 2014
35. Ferri B, Padilla P, Hidalgo J, Carretero A, Roing S, Domingo S Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea  
<https://doi.org/10.1016/j.diapre.2013.02.001>

# ANEXOS

## ANEXO 1

Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016

### PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... Nº.....

#### I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Número de historia clínica: \_\_\_\_\_
- 1.2. Edad: \_\_\_\_\_ años
- 1.3. Procedencia: \_\_\_\_\_

#### II: VARIABLE INDEPENDIENTE:

- 2.1 Multiparidad: Si ( ) No ( )
- 2.2 Antecedente de aborto: Si ( ) No ( )
- 2.3 Antecedente de cirugía previa: Si ( ) No ( )
- 2.4 Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria: Si ( ) No ( )

#### III: VARIABLE DEPENDIENTE:

- 3.1 Embarazo ectópico: Si ( ) No ( )

## FORMATO PARA EVALUACION DEL INSTRUMENTO

**Datos del Evaluador:**

Apellidos y Nombres: Aldave Paredes Pedro Gabriel

Número de Colegiatura: 18506

Profesión: Medico Ginecoobstetra

Lugar de Trabajo: Hospital Belén

Cargo que desempeña: Jefe del Departamento de Ginecoobstetra

Área: Dpto. de Ginecoobstetricia

VARIABLES	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
DATOS GENERALES	I (1.1 a 1.3)				
VARIABLE INDEPENDIENTE	II (2.1 a 2.4)				
VARIABLE DEPENDIENTE	III (3.1)				

**ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE – ITEMS**

- A. TOTALEMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD  
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO

*[Signature]*  
**Dr. Pedro Aldave Paredes**  
CMP: 18506 RNS: 9178  
JEFE DPTO. GINECO OBSTETRICIA

.....

## FORMATO PARA EVALUACION DEL INSTRUMENTO

**Datos del Evaluador:**

Apellidos y Nombres: Urteaga Vargas Patricia

Número de Colegiatura: 44476

Profesión: Medico Gineco Obstetra

Lugar de Trabajo: Hospital Belén

Cargo que desempeña: Medico Asistente

Área: Dpto Gineco-Obstetrico

VARIABLES	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
DATOS GENERALES	I (1.1 a 1.3)				
VARIABLE INDEPENDIENTE	II (2.1 a 2.4)				
VARIABLE DEPENDIENTE	III (3.1)				

**ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE – ITEMS**

- A. TOTALEMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO

  
 .....  
**Dr. Patricia Urteaga Vargas**  
 CMP 44476 RNE 23474  
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
 .....

## FORMATO PARA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

**Datos del Evaluador:**

Apellidos y nombres: Llamoga Chancabavana Luis Alberto

Número de colegiatura: 19688

Profesión: Médico Gineco Obstetra

Lugar de trabajo: HBT

Cargo que desempeña: Jefe de Obstetricia del Dpto de GO

Área: Obstetricia

VARIABLES	ITEMS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
DATOS GENERALES	I (1.1 a 1.3)				
VARIABLE INDEPENDIENTE	II (2.1 a 2.4)				
VARIABLE DEPENDIENTE	III (3.1)				

**ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA VARIABLE – ITEMS:**

- A. TOTALMENTE DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. DESACUERDO

  
 HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO  
 DPTO. DE GINECO OBSTETRICIA  
 Dr. Luis Llamoga Chancabavana

## CONSTANCIA DE ASESORIA

Señores

Jurado Evaluador de Informe de Tesis de Especialidad

Universidad Cesar Vallejo

**Presente.-**

De mi consideración:

Yo, SONIA ROSARIO CHACÓN PINTO con DNI N° 18074961 y Colegiatura N° 2026 Coordinadora de Centro Obstétrico del Hospital Belén de Trujillo, hago constatar que he realizado la asesoría del Informe de Tesis denominado "Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016", siendo la autora la licenciada Obsta. Adoila Domitila Chávez Domínguez.

En tal sentido se firma la constancia para los fines pertinentes

Fecha, 04 de Octubre del 2018



---

**Mg. Sonia Rosario Chacón Pinto**  
**Obstetra**  
**COP 2026**