



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL EMBARAZO  
ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017**

**PRESENTADO POR:**

**SANTILLAN ARMAS YASMIN YULEYSI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN OBSTETRICIA**

**ASESOR: Dra. LORENA JUDITH BECERRA GOICOCHEA**

**Cajamarca-Perú 2018**

## **DEDICATORIA**

Con todo mi amor y cariño a mis padres Segundo y Leucadia por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad y pese a los momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión y apoyo.

A mi amada hija Yasuri por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día mas y así luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis hermanas quienes con sus palabras de aliento me alentaban a perseverar y cumplir con mis metas.

A mis compañeros y amigos presentes, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gracias a todos.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a ellos por apoyarme en cada decisión y permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis, gracias a la vida porque cada día me ha demostrado lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser.

No ha sido sencillo llevar este camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos.

A todas las personas que me brindaron su apoyo y confianza. Y por último agradecer al Hospital Región de Cajamarca, en especial a los encargados del archivo central de las que nos facilitaron el acceso a las historias clínicas para recolectar la información.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE.....	4
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2 Formulación del problema.....	17
1.3 Objetivos.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	18
1.4 Justificación de la investigación.....	18
1.4.1 Importancia de la investigación.....	19
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	19
1.5 Limitaciones del estudio.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.2 Bases teóricas.....	26
EMBARAZO ECTÓPICO.....	26
1. Concepto y localización.....	26
2. Etiología.....	27
3. Cuadro clínico y diagnóstico del embarazo ectópico.....	29
4. Fisiopatología del embarazo ectópico.....	31
5. Tratamiento.....	33
FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.....	35
2.3 Definición de términos básicos.....	38
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	40
3.1. Formulación de la hipótesis.....	40
3.2 Variables, definición conceptual y operacional.....	40

Variable independiente y variable dependiente.....	40
3.2.1 Operacionalización de variables.....	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	42
4.1 Diseño Metodologico.....	42
4.1.1 Tipo de investigación.....	42
4.1.2 Nivel de investigación.....	42
4.1.3 Método de investigación.....	42
4.1.4 Diseño de investigación.....	43
4.2 Diseño Muestral.....	43
4.2.1 Población.....	43
4.2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	43
4.2.2 Muestra.....	43
4.3 Técnicas de recolección de datos.....	44
4.4 Técnicas estadísticas.....	45
4.5. Aspectos éticos.....	45
CAPÍTULO V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	46
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.....	47
Análisis y discusión.....	57
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
Anexos.....	66

## LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1	Características generales de las pacientes con embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 .....	47
Tabla 2.	Factores de riesgo: Antecedente quirúrgicos relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017... .	49
Tabla 3.	Factores de riesgo: Enfermedad Pélvica Inflamatoria relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 .....	50
Tabla 4.	Factores de riesgo: Uso de DIU relacionado con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 .....	51
Tabla 5.	Factores de riesgo: Estilos de vida relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 .....	52
Tabla 6.	Antecedentes obstétricos relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.....	53
Tabla 7.	Tipo de embarazo ectópico de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.....	54
Tabla 8.	Tipo de tratamiento realizado en el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.....	56

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Tipo de embarazo Ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 .....	54
Gráfico 2.	Tipo de tratamiento embarazo Ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017 .....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS

- **AMM:** Asamblea Medica mundial.
- **AMPc:** Adenosín Monofosfato Cíclico.
- **DIU:** Dispositivo Intrauterino.
- **ECO-TV:** Ecografía transvaginal.
- **EE:** Embarazo Ectópico.
- **EPI:** Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- **HCG:** Gonadotrofina Coriónica Humana.
- **IL-6:** Interluquina.
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **TNF- $\alpha$ :** Factor de Necrosis Tumoral alfa.
- **UNICEF:** Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda a la Infancia

## RESUMEN

El embarazo ectópico sigue siendo una causa de morbilidad materna. Se ha documentado que esta patología se relaciona con infecciones pélvicas previas, factores como el uso del dispositivo intrauterino, cirugías previas y enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras.

**Objetivo:** determinar los factores de riesgo relacionados con el Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017.

**Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, en donde se revisaron todas las historias clínicas de las 36 pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2017.

**Resultados:** El rango de edad en su mayoría fue de 31-35 años 34.2%. El grado de instrucción de mayor frecuencia fue el de secundaria 47.4%. El estado civil fue convivientes 52,6%. La paridad en mayor proporción 68,4% fue para las primíparas. Las pacientes con antecedente de cirugía pélvica fueron de 10,5%. En cuanto al antecedente de embarazo ectópico previo 10,5%. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria 36,8%. Al antecedente de uso de DIU se encontró 26.3% de pacientes. Antecedente de consumo de tabaco 2,6%, en cuanto a compañeros sexuales mayor a dos parejas 7,9%.

**Conclusiones:** las pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, abortos, múltiparas, legrados uterinos y uso de DIU tienen mayores frecuencias por lo que serían las que están relacionados con los factores de riesgo.

Palabras clave: Embarazo ectópico, factores de riesgo.

## **ABSTRACT**

Ectopic pregnancy continues to be a cause of maternal morbidity and mortality. It has been documented that this pathology is related to previous pelvic infections, factors such as the use of the intrauterine device, previous surgeries, pelvic inflammatory disease. Among other.

Objective: to determine the risk factors related to Ectopic Pregnancy in patients attended in the gynecological-obstetrics service of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, in the year 2017.

Methodology: Descriptive, cross-sectional and retrospective study, where all the clinical histories of the 36 patients with ectopic pregnancy attended in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca in 2017 were reviewed. Results: The age range was mostly of 31-35 years 34.2%. The highest education grade was 47.4%. The civil status was cohabitants 52.6%. The parity in greatest proportion 68.4% was for the primiparous. Patients with a history of pelvic surgery were 10.5%. Regarding the previous ectopic pregnancy, 10.5%. History of pelvic inflammatory disease 36.8%. In the history of IUD use, 26.3% of patients were found. Antecedent of tobacco consumption 2.6%, in terms of sexual partners greater than two couples 7.9%.

Conclusions: patients with a history of pelvic inflammatory disease, abortions, multiparous, uterine curettage and IUD use, have higher frequencies, which is why they are related to risk factors.

Key words: Ectopic pregnancy, risk factors.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es conocido como la implantación y desarrollo del saco gestacional fuera de la cavidad uterina, y actualmente se considera como un problema de salud pública por todas las repercusiones y complicaciones que se pueden presentar en las mujeres que presentan esta patología, y que a su vez puede repercutir en su medio familiar, ya que el embarazo ectópico continúa comprometiendo la salud reproductiva de la mujer y constituye una de las afecciones ginecobstetricias que contribuye a incrementar los índices de la morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de gestación. Por lo que es importante que los profesionales de la salud realicen el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno. Las mujeres que padecen esta complicación pueden tener desde una resolución espontánea hasta una hemorragia significativa que ponga en peligro su vida.

La incidencia de esta patología ha aumentado en el mundo. Actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos<sup>2</sup>. Este incremento ha sido observado en países en vías de desarrollo como el nuestro. Se ha descrito como factores en forma independiente que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa<sup>1</sup>.

Actualmente, para diagnosticar embarazo ectópico (EE) son necesarias las utilizaciones de una serie de criterios: como el clínico (sangrado vaginal anormal, dolor pélvico o abdominal y masa anexial palpable), laboratorio (dosaje de gonadotropina coriónica humana, -HCG) y ecográfico (transvaginal). La detección

temprana del embarazo ectópico, así como un abordaje oportuno que en la mayoría de los casos es quirúrgico, asegura un buen pronóstico para la paciente<sup>3</sup>.

Los síntomas más frecuentes reportados son los siguientes: retraso menstrual, síntomas subjetivos de embarazo y la presencia en un gran número de casos de dolor abdominal y manchas de sangre de color oscuro. Los signos que pueden encontrarse son dolor abdominal a la palpación, reacción peritoneal, tacto vaginal donde se describe la presencia de masa tumoral anexial y dolor a la movilización de los genitales. En cuanto a los complementarios tenemos la realización de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG) tanto cualitativa como cuantitativa, esta última con un gran valor diagnóstico de EE, el ultrasonido y la laparoscopia diagnóstica.<sup>2</sup>

El embarazo ectópico en la actualidad puede ser manejado con tratamiento, médico o quirúrgico, siendo la segunda opción muchas veces la más frecuente debido a las complicaciones y a la gravedad del cuadro. En los últimos años se trata de salvar tanto la vida de la paciente como conservar su fertilidad posterior, especialmente en mujeres que son nulíparas.

Por otro lado también es importante identificar todos los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de esta patología y por lo tanto, los profesionales de salud directamente involucrados con la atención de la gestante, deben brindar información para que se prevenga y disminuya su incidencia de esta complicación.

Bajo este contexto el objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo que se relacionan con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio

de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017, así como identificar el manejo realizado en las gestantes con este tipo de patología; de tal forma que los resultados encontrados nos sirva para contar con datos actualizados en el hospital referido.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática

El embarazo ectópico (EE) se conoce desde el siglo XVII<sup>4,5</sup>, reconociéndose por primera vez en 1693 por Busiere durante el examen del cuerpo de una prisionera ejecutada en París; constituye actualmente un problema de salud pública, la cual es una condición de tal gravedad que compromete la vida<sup>6</sup>; patología que se presenta en 1-2% de todos los embarazos, y que su número se ha incrementado 6 veces en las últimas 2 décadas<sup>2</sup>; y que este incremento ha sido observado en países en desarrollo como el nuestro.

Es definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina<sup>2</sup>, y es más frecuente en la región amputar de las trompas de Falopio, con 60% de los casos, en el istmo se presenta en 25%, en la fimbria en 15%, en el intersticio en 3%, mientras que en el ovario y el cérvix en menos de 2%<sup>2</sup>.

Hay un aumento importante del embarazo ectópico en los últimos 30 años no sólo en nuestro país sino en el mundo, convirtiéndose éste fenómeno en un problema de salud sexual y reproductiva. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna del primer trimestre que pone en peligro la vida y se refleja en un daño a la salud reproductiva de la mujer<sup>7</sup>

Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan la OMS y la UNICEF<sup>8</sup>

A medida que la incidencia aumenta, la mortalidad decrece (en Estados Unidos. de 35,5 muertes por 10.000 en 1970 a 3,8 por 10.000 en 1989), aunque en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causa del 10 – 15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación y supone el 80 – 90% de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo<sup>9</sup>

El embarazo ectópico (EE) es una de las causas de dolor agudo abdominal de gran dramatismo en la clínica<sup>9</sup>. Tiene su origen en la implantación del óvulo fecundado fuera de su lugar normal. No pocas veces se emplea erróneamente el término embarazo ectópico (de ectos, fuera y topos, lugar) como sinónimo de embarazo extrauterino, en realidad el embarazo ectópico es más abarcador, pues hay gestaciones dentro del útero que son ectópica (intersticial y cervical). Se trata de una de las gestorragias de la primera mitad del embarazo cuya expresión clínica habitual es la tríada clásica de dolor abdominal, sangrado y

amenorrea. Sus causas aún no están plenamente esclarecidas, se invocan como las más probables la destrucción de la estructura anatómica de la trompa de Falopio, las aberraciones de la motilidad tubárica, desequilibrios hormonales y la transmigración<sup>10</sup>.

La incidencia de embarazos ectópicos ha aumentado en las últimas tres décadas según la mayoría de los reportes de los países desarrollados y se atribuye como causas de este aumento, la mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual, el uso de dispositivos intrauterinos y la mayor utilización de inductores de ovulación y técnicas de reproducción asistida<sup>9</sup>.

En el 2007, el Ministerio de Salud de Perú, aprobó las guías clínica de emergencias obstétricas para la atención según nivel de resolución, en la cual se halla el embarazo ectópico, encontrando su definición y los tipos, (complicado y no complicado), y determina como algunos factores de riesgo, a la enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico, de cirugía tubárica, al uso de dispositivo intrauterino (DIU), endometriosis, y técnicas de fertilización asistida. Esta norma técnica sirve a todos los profesionales de la salud como guía para actuar frente a esta patología<sup>11</sup>.

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<sup>12</sup>.

De La Cruz, en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal que contó con una población de 70 casos reportó una incidencia de 3.3 por 1000 gestaciones. Así mismo, se indicó que el 94.3% de los casos presentaba antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, mientras que un 80% presentó antecedente de uso de DIU. Del mismo modo, aquí se reportó que el 97.1% de los casos fueron EE tubáricos<sup>13</sup>.

Ante la incidencia cada vez mayor de embarazos ectópicos en nuestro país, nos sentimos motivados a realizar este trabajo de investigación con el propósito de identificar los factores de riesgo que puedan tener relación con la incidencia de la enfermedad.

Por todo lo anteriormente expuesto se creyó por conveniente realizar la investigación a fin de identificar los factores de riesgo que se relacionan con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017, poniendo énfasis en el aspecto preventivo, a fin de lograr una disminución en la incidencia del embarazo ectópico, de lo contrario esto conduce a serias consecuencias que a veces resultan humanamente imposibles de superar y que pueden dañar la capacidad de la salud reproductiva de las mujeres de la región de Cajamarca.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema Principal**

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?

### **1.2.2 Problemas secundarios**

- ¿Cuáles son las características generales de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes relacionados a embarazos ectópicos en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?
- ¿Cuál es el tipo de embarazo ectópico con mayor frecuencia en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?
- ¿Cuál es el tipo de tratamiento más utilizado en embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017.

## **Objetivos Específicos**

- Identificar las características generales de las pacientes con embarazo ectópico
- Determinar los factores de riesgo más frecuentes relacionados con los embarazos ectópicos
- Establecer el tipo de embarazo ectópico con mayor frecuencia
- Identificar el tipo de tratamiento más utilizado en embarazo ectópico.

### **1.4 Justificación de la investigación**

La realización de la presente investigación se justifica por considerar necesario la realización de un estudio que analice las características del embarazo ectópico, para identificar posiblemente nuevos factores de riesgo asociados a esta complicación del embarazo diferentes a los que menciona la literatura y además buscar la asociación entre estos factores de riesgo con las complicaciones de esta patología en las pacientes atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, por considerar actualmente un problema de salud pública, y al no estar muy claro los mecanismos que desencadenan esta patología.

Al realizar la presente investigación y con los resultados obtenidos se pretende aportar nuevos conocimientos y sugerir la actualización de las guías clínicas y herramientas para la identificación oportuna de las pacientes en riesgo de desarrollar embarazo ectópico y las complicaciones derivadas de esta patología, lo que podría permitir la posibilidad de intervenciones oportunas, con la consecuente disminución de la morbilidad materna durante el primer

trimestre del embarazo. Se desarrolló un estudio descriptivo y retrospectivo, que permitió determinar la población susceptible, ayudando a la prevención y tratamiento oportuno para minimizar complicaciones en la salud de las pacientes. Desde este punto de vista, esta investigación puede presentar un impacto positivo dentro del componente de salud materna, ya que la generación de nuevos conocimientos en esta área, se espera que sea útil para la toma de decisiones, la formulación de nuevas estrategias y la orientación de programas de prevención y, de la importancia que tiene las atenciones prenatales para detectar los factores de riesgo sobre el problema de estudio, las que son de gran beneficio para las mujeres embarazadas de nuestra región de Cajamarca.

#### **1.4.1 Importancia de la investigación**

La presente investigación tiene importancia porque permitió conocer las características generales de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico las mismas que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, y así poder formular algunas recomendaciones a los profesionales de salud para la identificación temprana de los factores de riesgo para evitar el desarrollo de esta complicación, y así salvaguardar la vida reproductiva de las mujeres en edad fértil de la región de Cajamarca.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

La presente investigación fue viable porque se contó con la disponibilidad de las historias clínicas del archivo general del Hospital Regional Docente

de Cajamarca, para lo cual se contó con el permiso respectivo para tener el acceso para la recolección de la información.

Fue viable en cuanto al aspecto económico porque se contó con los recursos financieros necesarios de parte de la investigadora. Además del tiempo necesario que dedicó a la investigación y estudios sobre el tema, los mismos que sirvieron como base para el desarrollo y logro de mi trabajo de investigación.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Para la realización de la presente investigación se encontró pequeñas dificultades que se pudieron solucionar en forma favorable, logrando alcanzar los objetivos que se persiguieron para la presente investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

**Torres L.P.**<sup>14</sup> en su trabajo planteó como objetivo 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. Fue un estudio tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles. Los casos fueron historia clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal, cada uno de los grupos estuvo conformado por 27 pacientes. Se encontró que entre los principales factores de riesgo en la aparición de embarazo ectópico fueron: los factores de riesgo socio demográficos la procedencia rural con un 70.4%, el antecedente de tabaquismo con un 51.9%; los factores de riesgo relacionados con la sexualidad de las pacientes fueron el inicio de la vida sexual activa temprana 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%. Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar mejor el cuidado de la salud, proporcionar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un mejor manejo de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

**Durán DC, Moreno DE<sup>15</sup>:** investigo los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. Estudio de casos y controles, Resultados: 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 se encontró que existe un mayor riesgo de embarazo ectópico con edad entre 18-35 años, estrato socioeconómico bajo, presencia de ETS, estar casada, haber tenido cirugías pélvicas previas, no usar anticonceptivos, tener endometriosis y tener antecedente de embarazo ectópico. 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.).

**Mercado W.<sup>16</sup>** en su trabajo de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, teniendo como objetivo: determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013. Se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal. Se obtuvo los siguientes resultados: se encontraron factores de riesgo significativos: tabaquismo (4.2%); antecedente de embarazo ectópico (14.7%); aborto espontáneo (4.3%); cirugía abdomino-pélvica (11%); ITS (2.5%); y no

significativos: multiparidad, uso de DIU, anticoncepción previa y más de una pareja sexual. Llegando a Conclusiones: Las pacientes con antecedente de tabaquismo, ITS, cirugía abomino 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.

**Zevallos C.**<sup>17</sup>, en su tesis, tuvo como Objetivo: describir las características clínico-quirúrgicas del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, en el periodo 2010-2014. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico. *Resultados:* En el periodo de 5 años de estudio se identificaron 206 casos, con una incidencia de 45.61 casos por cada 1000 partos en el 2010 que llegó a 62.77 casos por cada 1000 partos en el 2014. La edad de las pacientes fue de 31.21 años (rango: 19 y 45 años); la edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 7.09 semanas. Hubo antecedente de embarazo ectópico previo en 7.28% de casos y 0.97% de casos tuvieron bloqueo tubárico bilateral. El cuadro clínico característico fue el dolor abdominal (95.63%) con hemorragia genital en 68.93%, y se palpó una masa tumoral anexial en 68.93% de las pacientes, sólo 10.68% desarrollaron shock hipovolémico. La forma de manejo fue quirúrgico en 99.03% y en tres casos (1.46%) se realizó tratamiento médico, de los cuales uno falló. Se ubicó sobre todo en la trompa (95.63%) y en 92.71% de casos fue ampollar, intersticial en 1.46%, infundibular en 0.97% de casos, ístmico en 0.49%; fue ovárico en 3.88%, cervical en 0.49% de casos. La forma de tratamiento fue la salpingectomía en 85.29%, la

anexectomía en 1.96% de mujeres, la salpingotomía en 9.31 %, ooforectomía en 2.94% e hysterectomía en 0.49%.

**Quispe JP<sup>18</sup>**, en la tesis "Prevalencia y características clínico-epidemiológicas del embarazo ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, enero 2011 a diciembre 2012" encontró 138 casos, con una prevalencia de 10.0 por cada 1000 partos. La mayor prevalencia ocurrió entre los 25 y 29 años (29%). Los factores fueron: cirugía abdominopélvica de causa ginecológica (38%), uso de levonorgestrel como método anticonceptivo (30%), enfermedad inflamatoria pélvica (29.71 %), hábito de fumar (7%), embarazo ectópico previo (4.35%), antecedente de infertilidad (0.72%). El 96.38% tuvo localización tubárica seguido del embarazo ovárico (3.62%). Las manifestaciones ocurrieron a las 8 a 9 semanas (40.58%) con dolor pélvico (96.38%) y sangrado transvaginal (79.71 %). El diagnóstico se hizo sobre todo por ecografía endovaginal (92.75%), determinación de HCG-beta en orina (57.25%) o en suero (13%). El tratamiento de elección fue la salpinguectomía en 98.54%. El 94.93% se presentó como embarazo ectópico complicado. No hubo registros de mortalidad.

**Martínez AI, Mascaro Y.<sup>19</sup>** En su trabajo descriptivo y retrospectivo, tuvo como objetivos: describir las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico del departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La muestra fueron mujeres con embarazo ectópico, se revisó de 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo 2006-2010. Encontrando. Resultados: Se encontró una frecuencia de un embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue

29,2 ± 6,5 años; 28,5% de las pacientes fue soltera, 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual endouterina; 54,3% tenía relaciones sexuales con las menstruaciones, 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y 33,8% usó el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo. El tiempo promedio de amenorrea fue 6,8 ± 2,1 semanas y la sintomatología principal dolor abdominal (97,9%). La ecografía transvaginal demostró tumoración anexial en 70,7% de los casos. El 94,8% recibió tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La salpinguectomía total (67,6%) fue el principal procedimiento realizado. La localización más frecuente fue la tubárica (94,5%), especialmente en la región ampular.

**Horna J.**<sup>20</sup>. Realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, teniendo como objetivo: determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el 2014. En una muestra de 38 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y sus controles. Encontrando como resultados: se comprobó que los factores de riesgo del embarazo ectópico son el estado civil soltera ( $\chi^2=7.32$ ); antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ( $\chi^2 =6.40$ ); inicio precoz de relaciones sexuales ( $\chi^2 =5.33$ ); y el aborto espontáneo previo ( $\chi^2=6.33$ ). Teniendo como conclusiones: Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico son el estado civil soltera, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, inicio precoz de relaciones sexuales, y el aborto espontáneo previo.

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### EMBARAZO ECTÓPICO

#### 1. Concepto y Localización.

El embarazo ectópico se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la uterina; también es llamado embarazo extrauterino<sup>21</sup>, la causa principal se relaciona con una lesión localizada en la luz de la salpínges resultado, a su vez, de la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias, presentándose migración e implantación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina, por presencia de obstáculos; y pudiendo ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia, y no complicado en el caso contrario<sup>11</sup>.

El embarazo ectópico, es un término aceptado de la palabra griega "ektopos" que significa fuera de lugar, y constituye una condición médica seria, que no solo puede generar secuelas graves en la vida reproductiva femenina, incluyendo el embarazo ectópico recurrente y la infertilidad; sino que también es una causa importante de morbilidad y mortalidad asociada con el riesgo de ruptura y hemorragia intrabdominal, por lo que se requiere un diagnóstico temprano y una rápida intervención médica para lograr disminuir las tasas de morbimortalidad materna por esta patología <sup>22</sup>. La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico; también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico, en el epiplón, en vísceras abdominales y en astas uterinas rudimentarias. El embarazo ectópico tubárico comprende 95-98% de los casos; de acuerdo con su sitio de implantación puede ser:

- Amputar: ocurre en 85% de los casos. En esta localización puede evolucionar hacia la resolución espontánea por aborto tubárico o permitir el crecimiento del embrión, lo que ocasiona ruptura de la trompa.
- Ístmico: constituye el 13% de los casos. Por estar localizado en la porción más estrecha de la trompa ocasiona rupturas más tempranas.
- Intersticial o intramural: constituye el 2% de los casos. El embarazo ovárico es excepcional. Se discute la ocurrencia del embarazo abdominal primario, pero se acepta la implantación secundaria de un aborto tubárico. El embarazo cervical es la implantación del huevo en el endocérvix<sup>23</sup>.

Otros autores, detallan otros lugares, y de manera general en el cuello uterino (embarazo ectópico cervical), en los ovarios (EE ovárico), en el epiplón, en las vísceras abdominales (EE abdominal), en la porción intersticial de la trompa (EE cornual) y en el muñón de las trompas ligadas (EE del muñón), y se han descrito varios casos de embarazo ectópico bilateral. Esta patología, actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos<sup>2</sup>.

## **2. ETIOLOGÍA**

Entre las principales causas de embarazos ectópicos en la actualidad se encuentran las infecciones tubáricas, especialmente por Chlamydia Trachomatis y el uso cada vez más frecuente de técnicas de reproducción asistida<sup>24</sup>.

Las infecciones tubáricas a repetición y las transmitidas por contacto sexual, especialmente las infecciones por Chlamydia Trachomatis son una causa importante (sino la más común) de embarazos ectópicos además de infertilidad

en la mujer. Respecto al mecanismo exacto por el cual *Chlamydia Trachomatis* interviene en el origen de embarazos ectópicos, aún es un misterio. Es altamente probable que la bacteria induzca la presencia de citoquinas inflamatorias en la trompa de Falopio. Así, estudios han demostrado que la salpingitis por *Chlamydia* se asocia a un aumento de hasta 5 veces de TNF- $\alpha$  (Factor de Necrosis tumoral alfa) en el fluido tubárico. La inflamación de las trompas estrecha el canal tubárico y favorece la formación de un embarazo ectópico<sup>25</sup>.

El transporte del embrión a través de la trompa de Falopio es controlado por la contracción del músculo liso y movimientos ciliares del epitelio de las trompas. Factores hormonales, tales como las prostaglandinas, el óxido nítrico, prostaciclina o el AMPc (Adenosín monofosfato cíclico) pueden modular la contracción y jugar un rol fundamental en el transporte del embrión al útero. En adición a la contracción muscular lisa de las trompas de Falopio, la actividad ciliar de las trompas puede ser modificada por la presencia de hormonas esteroideas sexuales y de la IL-6 (Interleuquina<sup>7</sup>). Cambios en el medio hormonal pueden producir una alteración de estos mecanismos de transporte y llevar a un embarazo extrauterino. El desarrollo embrionario precoz anormal a partir de un defecto cromosómico también puede dar lugar a una implantación ectópica. Un estudio analizó el cariotipo de embriones implantados ectópicamente demostrando una tasa de anomalía cromosómica semejante a la de gestaciones intrauterinas<sup>24</sup>.

### **3. CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO.**

El cuadro clínico presenta la tríada clásica de dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal, esta sintomatología siempre debe hacer sospechar al clínico que puede estar frente a un caso de embarazo ectópico; además de lo indicado se puede agregar la presencia de tumoración anexial dolorosa y dolor al movilizar el cérvix; pudiendo la paciente presentar signos de hipovolemia e irritación peritoneal. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser todo un reto debido que la presentación de un embarazo ectópico puede variar muy significativamente<sup>17</sup>.

El cuadro clínico en un embarazo ectópico no roto o en evolución, de acuerdo con la evolución, pueden presentarse los hallazgos siguientes: dolor pélvico o abdominal, amenorrea o modificaciones de la menstruación, hemorragia del primer trimestre de la gestación y presencia de masa pélvica<sup>24</sup>.

El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico no roto se debe hacer con la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), apendicitis; otros diagnósticos que deben considerarse son cuerpo lúteo persistente, ruptura del cuerpo lúteo, quiste ovárico funcional, volvulus de la trompa, litiasis o infección renal y amenaza de aborto o aborto; en la mayoría de casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos; en los demás casos es necesario apoyarse en exámenes paraclínicos<sup>24</sup>.

El diagnóstico de EE no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con

shock hemodinámico. El diagnóstico precoz reduce la mortalidad y morbilidad asociada con el embarazo ectópico<sup>24</sup>.

Después de la historia clínica y el examen físico, las dos más importantes pruebas diagnósticas para evaluar un probable embarazo ectópico son la ecografía transvaginal (ECO-TV) y el nivel sérico de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (P-hCG). El primer paso en el diagnóstico de un embarazo ectópico es evaluar por un probable embarazo intraútero<sup>6</sup>.

Respecto a la ayuda diagnóstica por imagen: La ecografía revela útero con decidua hiperplásica. También se puede observar masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina y líquido (sangre) en el fondo de saco, en caso de complicación<sup>17</sup>.

La detección por ultrasonido transvaginal de una masa anexial, combinada con una concentración de HCG tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad de 99% y unos valores predictivos positivo y negativo de 98% para diagnosticar embarazo ectópico. Los hallazgos ultrasonográficos más específicos son: Masa anexial extraovárica, embrión vivo en la trompa, anillo tubárico y masas mixtas o sólidas en las trompas. Cuando se realiza ultrasonido transabdominal convencional la ausencia de saco gestacional intrauterino con concentraciones de HCG mayores de 6.500 mUI/mL (zona discriminatoria) se ha relacionado con embarazo ectópico<sup>24</sup>.

Respecto a la ayuda diagnóstica por laboratorio: Dosificación seriada de HCG. En los casos de embarazo intrauterino normal la concentración de la hormona se duplica aproximadamente cada 1,4 - 2,1/días, con un aumento mínimo de

66% en dos días. En los embarazos intrauterinos de mal pronóstico y en los ectópicos no se observa la progresión normal de la HCG. Las determinaciones seriadas de HCG también indican el momento óptimo para realizar un ultrasonido transvaginal<sup>24</sup>. La ausencia de una gestación intrauterina en el ultrasonido transvaginal con concentraciones de HCG superiores a 1.500mUI/ml es diagnóstica de embarazo ectópico. Una posible excepción son las gestaciones múltiples (se ha informado gestaciones múltiples normales con concentraciones de HCG>2300mUI/mL antes de la identificación por ultrasonido transvaginal). Cuando se ha realizado un legrado uterino sino ocurre un descenso de por lo menos 15% de la hormona en 8-12 horas, debe considerarse el embarazo ectópico<sup>24</sup>. Además se considera que el dosaje de subunidad beta HCG que cada tercer día no se duplica como sucede en un embarazo normal<sup>24</sup>.

#### **4. FISIOPATOLOGÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO.**

El trofoblasto del embarazo ectópico, es similar al del embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos de la primera fase del embarazo. Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila, pues la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio impropio, pero muy pronto, ante la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está condenado a expirar<sup>9</sup>. Los sitios de implantación anormales pueden ser extrauterinos (ovario, trompas uterinas, órganos de la cavidad abdominal, peritoneo) o intrauterinos pero a nivel del

cuello uterino y de la porción intersticial de la trompa (cuerno uterino). Las causas de esta implantación fuera del sitio normal pueden deberse a factores tubarios y ovulares que ocasionen el retraso, desviación o imposibilidad de la migración del huevo; y la anticipación de la capacidad de implantación del huevo. En relación con el factor tubario, la causa más importante es el daño estructural de la trompa a nivel endotelial producido por un proceso inflamatorio pélvico de tipo inespecífico, ya sea por infecciones de transmisión sexual o por infecciones de órganos adyacentes como: apendicitis, actinomicosis, tuberculosis o peritonitis no ginecológica. En cualquiera de los casos, ocurre una endosalpingitis con disminución de los cilios que compromete toda la estructura de la trompa (generalmente bilateral), obstruyéndolas parcial o totalmente con formación de adherencias a estructuras vecinas, cuya causa más frecuente y peligrosa, es la infección por *Chlamidia trachomatis*, transmitida sexualmente de forma asintomática<sup>7</sup>.

En relación con el factor ovular se cita el crecimiento demasiado rápido de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura prematura de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocisto, los fenómenos de transmigración interna uterina y externa abdominal que necesitan mayor tiempo, por lo tanto el cigoto queda atrapado al llegar a esa trompa. También puede ocurrir la fecundación precoz del óvulo antes de su llegada a la trompa<sup>26</sup>.

## 5. TRATAMIENTO

### a. Tratamiento médico con metotrexato

El metotrexato se ha demostrado muy eficaz en el tratamiento médico del embarazo ectópico (recomendación A) y es tan efectivo como el tratamiento quirúrgico (recomendación B), aunque es menos eficiente (produce más costos sanitarios) sobre todo cuando no se da de alta precoz a la paciente. Otros fármacos citotóxicos (prostaglandinas, cloruro potásico, glucosa hiperosmolar, etc.) son menos eficaces y con ellos se tiene mucha menos experiencia, por lo que no deben utilizarse<sup>27</sup>.

#### **Pautas de administración**

**Metotrexato intramuscular**, dosis única de 50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal. Es el régimen más utilizado. Si no hay un descenso de la  $\beta$ -HCG de al menos el 15% entre los valores del día 4 y del día 7, se puede repetir una nueva dosis. La tasa de éxito si sólo se utiliza una dosis, es del 87,2%, con permeabilidad tubárica en el 81% de casos tratados, tasa de embarazos del 61% de mujeres con deseo gestacional y tasa de ectópicos posterior del 7,8%<sup>27</sup>.

**Metotrexato intramuscular, dosis múltiples.** Se administra 1mg/kg de peso los días 1, 3, 5 y 7 con 4 dosis de rescate de ácido folínico intramuscular (0,1 mg/kg) los días 2, 4, 6 y 8. El control se efectúa con  $\beta$ -HCG desde el día 4. El tratamiento se interrumpe cuando se observa una disminución de los valores de  $\beta$ -HCG en dos días consecutivos o después de las 4 dosis de metotrexato. Esta pauta presenta una tasa de éxito del 94%, con persistencia de la trompa permeable en el 78% de mujeres tratadas. La tasa de embarazo posterior es

del 58%. Como complicación, señalar que aparece una nueva gestación ectópica en el 7% de las mujeres que buscan la gestación<sup>28</sup>.

#### **b. Tratamiento quirúrgico**

Hasta hace poco era considerado como el tratamiento standard en el embarazo ectópico, dado que resuelve el problema definitivamente y es además más eficiente que otros tratamientos. Sin embargo, en la actualidad no es así y el tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico ha sido desplazado por el tratamiento médico. En la actualidad las principales razones para optar por la cirugía de entrada serían:

- Paciente que no cumple los criterios de tratamiento médico.
- Necesidad de utilizar la laparoscopia para diagnosticar el embarazo ectópico.
- Rotura o sospecha de rotura de un embarazo ectópico.

A la hora de decidir la vía de abordaje y el tipo de cirugía a realizar deberán tenerse en cuenta factores como el estado clínico de la paciente, los deseos de preservar la fertilidad, las preferencias de la mujer (dentro de lo posible) y la localización de la gestación de cara a plantear la estrategia terapéutica<sup>26</sup>.

Cuando la paciente presente datos de rotura tubárica con shock hipovolémico, se recomienda la salpingectomía<sup>26</sup>.

En una paciente clínicamente estable, en la que no es posible el uso de metotrexate se podrá realizar una salpingostomía lineal en el borde antimesentérico de la trompa o una salpingectomía en función de los hallazgos quirúrgicos. Es preferible la salpingostomía cuando la trompa contralateral es anómala o está ausente y se prefiere la salpingectomía cuando la trompa contralateral parezca normal. En ocasiones, puede realizarse expresión de las

fimbrias (“ordeñado”) cuando la trompa está a punto de “abortar” el trofoblasto. Si no se realiza salpingectomía debe realizarse control con  $\beta$ -HCG semanal hasta que se obtengan cifras normales. En caso de gestación ectópica persistente tras salpingostomía, es eficaz el uso de metotrexate intramuscular en dosis única<sup>26</sup>

### **FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ECTOPICO:**

Existen múltiples factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero es importante tener en cuenta que los embarazos ectópicos también pueden presentarse en las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo. El embarazo ectópico es multifactorial, hasta el 50% de las mujeres con embarazo ectópico (EE) no tienen riesgos identificables. Los riesgos para esta patología no son necesariamente independientes entre sí, y los reconocidos tienen una variación en cuanto a las tasas, que depende de la población en particular. En última instancia, las condiciones que retrasan o impiden el paso del embrión a través de la trompa y dentro de la cavidad uterina, pueden conducir a la implantación ectópica. Los mecanismos subyacentes de riesgo de implantación extrauterina siguen sin estar del todo claros; sin embargo, estos pueden incluir:

- 1) Obstrucción anatómica,
- 2) Anormalidades en la motilidad de las trompas o en la función ciliar,
- 3) Concepción anormal, y
- 4) Factores quimio tácticos que estimulan la implantación tubárica

Los factores de riesgo para el embarazo ectópico que tienen suficiente consistencia se clasifican en alto, moderado y bajo riesgo, existen otros factores de riesgo menos comunes, pero que han sido asociados con embarazo ectópico.

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos pos ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea. Ciertas cirugías pélvicas o abdominales: La apendicectomía y la cirugía tubaria, debido a las adherencias peritoneales que se observan frecuentemente después de esta cirugía. Al igual que las infecciones pélvicas, condiciones tales como endometriosis, fibromas o tejido cicatrizante en la pelvis (adherencias pélvicas), puede reducir las trompas de Falopio e interrumpir el transporte de huevos<sup>2</sup>.

**Uso de dispositivo intrauterino:** con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye porque también disminuye el número de embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos el número relativo de embarazos ectópicos aumenta. El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) es un método anticonceptivo altamente efectivo, sin embargo, su falla y consecuente embarazo puede ocurrir en aproximadamente 2 de cada 100 mujeres por año de uso del DIU. Los embarazos generalmente ocurren durante el primer año. A más de la presencia de embarazos normales, se pueden producir embarazos ectópicos en 0,4 - 0,7% de las usuarias de estos dispositivos, lo que a pesar del bajo

porcentaje, se destaca como el método contraceptivo que más predispone a esta patología<sup>29</sup>.

**Tabaquismo:** un reciente meta-análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico tubárico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecida. Ciertamente, existe evidencia de que las trompas de Falopio son un objetivo del humo de cigarrillo. Con probabilidad, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero reduciendo la actividad ciliar y muscular lisa de las trompas. A pesar de que existen estudios respecto a este mecanismo, sus resultados no fueron concluyentes<sup>30</sup>.

**Embarazos ectópicos previos:** después de un embarazo ectópico previo, existe aproximadamente un 10% de tener otro<sup>2</sup>.

**Procedimientos quirúrgicos tubáricos:** mujeres con antecedentes de cirugía tubárica ya sea esta para corregir la infecundidad o con fines de esterilización tienen mayor predisposición a un embarazo ectópico. En estudios, se determinó que el riesgo después de una cirugía tubárica por reesterilización era del 6.7%<sup>2</sup>.

**Edad:** Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico. Así tenemos que las tasas más altas de embarazos ectópicos se dan en mujeres en edades entre los 35 y 44 años de edad<sup>2</sup>.

**Coito antes de los 18 años y promiscuidad:** si bien existe una mayor incidencia de embarazos ectópicos en mujeres mayores, existe también una cantidad considerable de adolescentes que se embarazan y presentan embarazos ectópicos. Se cree esto se debe a la falta de madurez de los órganos sexuales los cuales no transportan el óvulo fecundado a tiempo para implantarse en el endometrio y terminan implantándose fuera del útero. Las prácticas sexuales con múltiples compañeros pre disponen el contagio de infecciones de transmisión sexual, las cuales han demostrado incrementan el riesgo de embarazo ectópico<sup>2</sup>.

**La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI),** el aumento en la incidencia está fuertemente asociada con un incremento en casos de EPI<sup>31</sup>.

**El antecedente de un embarazo ectópico previo,** refleja la suma de todos los factores de riesgo conocidos y desconocidos<sup>31</sup>.

## **2.3 Definición de términos básicos**

### **Factores de Riesgo:**

Se refiere a las condiciones que al estar presentes en una enfermedad incrementan la probabilidad de presentarla que en aquellas que no poseen dicha condición<sup>32</sup>.

### **Edad Gestacional:**

Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas<sup>33</sup>.

### **Atención de Emergencia Obstétrica:**

Conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se brinda a las gestantes, parturientas o puérperas en situación de emergencia o

urgencia, de acuerdo a las guías de práctica clínica por niveles de atención y a la capacidad resolutoria del establecimiento<sup>33</sup>.

**Embarazo Ectópico:**

Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal<sup>4</sup>.

**Cirugía Tubárica:**

Toda intervención quirúrgica realizada en una o ambas trompas de Falopio<sup>2</sup>.

**Dispositivo Intrauterino (DIU):**

Método anticonceptivo que consiste en un dispositivo pequeño y flexible en su mayoría de plástico que se introduce en la cavidad uterina evitando la fecundación, pueden ser de cobre o liberador de hormonas<sup>33</sup>.

**Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI):**

Es una infección de útero, trompas y ovarios debida a una infección bacteriana ascendente desde el tracto genital inferior, los gérmenes penetran por la vagina y ascienden hacia la pelvis<sup>9</sup>.

**Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:**

Cuando aún no se ha alcanzado la edad necesaria en la cual se tiene la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, siendo esta según el ordenamiento jurídico los 18 años de edad<sup>9</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas**

##### **Hipótesis principal**

Por ser un estudio descriptivo, la hipótesis se encuentra implícita en la investigación.

#### **3.2 Variables; definición conceptual y operacional**

##### **Variable independiente:**

Factores de riesgo.

##### **Variable dependiente:**

Embarazo ectópico.

### 3.2.1 Operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEMS	ESCALA	
VARIABLE DEPENDIENTE <b>EMBARAZO ECTÓPICO</b>	El óvulo fertilizado se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de falopio, en el ovario en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal	-	Embarazo Ectópico	( )	Cualitativa nominal	
VARIABLE INDEPENDIENTE <b>FACTORES DE RIESGO</b>	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	Cirugía abdominal	Si No	Cualitativa nominal	
			Cirugía tubárica	Si No	Cualitativa Nominal	
			Cirugía de ovario	Si No	Cualitativa Nominal	
			Cirugía para embarazo ectópico	Si No	Cualitativa Nominal	
			L.U o AMEU	Si No	Cualitativa Nominal	
		ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	Si No	Cualitativa Nominal	
			Patología tubárica	Si No	Cualitativa Nominal	
		ANTECEDENTES DE USO DE DIU	Uso de DIU	Si No	Cualitativa nominal	
		ESTILOS DE VIDA	Múltiples compañeros sexuales	1	Cuantitativa ordinal	
				2		
		>2				
			Consumo de tabaco	Si No	Cuantitativa nominal	
		ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Aborto espontáneo	Si No	Cualitativa nominal	
			Embarazo ectópico previo	Si No		
			Paridad	Nulípara Primípara Multípara	Cuantitativa ordinal	
<b>Variable de caracterización</b>	Características asignadas a la edad, sexo, educación, estado civil, tasa de natalidad, estado civil. De la población de estudio.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	16- 20	Cuantitativa de intervalo	
				21 – 25		
				26- 30		
				31 – 35		
				Más de 35		
				Grado de Instrucción	Iletrada	Cualitativa nominal
			Primaria			
			Secundaria			
				Estado civil	Superior	Cualitativa nominal
			Soltera			
	Casada					
	Conviviente					
			Divorciada			
			Viuda			

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Diseño Metodológico

##### 4.1.1. Tipo de Investigación.

En la presente investigación fue de tipo básica: aquella que se caracteriza porque contribuye a la ampliación del conocimiento científico formulando nuevas teorías o modificando las existentes, son las investigaciones teóricas destinada al conocimiento de algún aspecto de la realidad o a la verificación de hipótesis.

##### 4.1.2. Nivel de Investigación.

**Descriptivo:** porque permitió analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo.

**Transversal:** porque se estudió las variables de una manera simultánea haciendo un corte, en un período de tiempo determinado.

##### 4.1.3 Método de la Investigación.

**Cuantitativo:** porque se estudió y analizó cantidades numéricas de la recolección de los datos y el análisis estadístico.

#### **4.1.4 Diseño de la Investigación.**

**No experimental:** porque no se manipuló las variables de investigación, es decir que se observó los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos, se describen vinculaciones o relaciones entre variables de estudio.

## **4.2 Diseño muestral**

### **4.2.1 Población**

Todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el servicio de ginecología y obstetricia durante el año 2017.

#### **4.2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico y que cuenten con historia clínica completa que se hayan atendido en el periodo de estudio.

##### **Criterios de exclusión:**

- Historia clínica de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico que esté incompletas o que no se encuentren en el área de archivo central.

### **4.2.2 Muestra**

Pacientes gestantes (38) con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2017, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **a) Técnicas**

Para llevar a cabo la presente investigación se procedió de la siguiente manera:

Con la autorización del director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, se procedió a la búsqueda de la relación de aquellas pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico usando para ello el libro de registro de ingreso de pacientes al servicio de ginecología y obstetricia. Teniendo la lista detallada de las historias clínicas, se solicitó autorización del jefe de la unidad de archivo de historias clínicas para la búsqueda de las mismas y así obtener los datos requeridos en la investigación. La información fue recolectada en función de las variables y objetivos de estudio. El llenado de fichas fue realizado por la misma investigadora.

#### **b) Instrumento**

Toda la información obtenida fue en base a las variables de estudio, siendo recopilado en la ficha de recolección de datos elaborada para tal fin de acuerdo al instrumento confeccionado, el que consta como anexo.

El cuestionario diseñado para la investigación fue sometido a un proceso de validación, por criterio de jueces o expertos obteniendo una concordancia de 0.95 (ver anexo N° 3) lo que indica que es un instrumento válido para recolectar la información.

#### **4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Posterior a la recolección de datos, se procedió a la tabulación de los mismos, luego se realizó la interpretación y el análisis de los resultados a través del software estadístico SPSS versión 23, y la presentación de los resultados obtenidos se hizo en tablas y gráficos estadísticos apropiados.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Para la realización de la presente investigación se siguió teniendo en cuenta los principios de la declaración del tratado de HELSINKI de la asamblea médica mundial (AMM). Los principios éticos para la investigación adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, Tokio 2004 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Los principios básicos en la investigación médica, es deber del investigador proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. 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.

La presente investigación se tendrá en cuenta el aspecto ético de la investigación, además los datos recolectados se manejarán de manera anónima.

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSIÓN**

## 5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos

Tabla 1. Características generales de las pacientes con embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
De 16 a 20 años	1	2.6
De 21 a 25 años	11	28.9
De 26 a 30 años	10	26.3
De 31 a 35 años	13	34.2
Más de 35 años	3	7.9
<b>Grado de instrucción</b>		
Iletrada	1	2.6
Primaria	4	10.5
Secundaria	18	47.4
Superior	15	39.5
<b>Estado civil</b>		
Soltera	10	26.3
Casada	8	21.1
Conviviente	20	52.6
<b>Residencia</b>		
Urbana	30	78.9
Rural	8	21.1
Total	38	23.7

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 1 para la **edad** según los resultados encontrados se puede observar que el 34.2% de las pacientes, se encuentran entre las edades de 31- 35 años (13 casos), constituyendo el mayor porcentaje, mientras que el 2.6% representa a las pacientes que comprenden la edad entre 16 -20 años (1 caso). Estos datos nos dan a entender que en Hospital Regional Docente de Cajamarca los embarazos ectópicos se presentan con mayor frecuencia en la tercera década de vida de las mujeres en edad fértil, en contraste con edades inferiores.

Para el **grado de instrucción** se encontró que el 47.4% de las pacientes se encuentran en el grupo de educación secundaria (18 casos), constituye el grupo mayoritario, mientras que el 2.6% representa a las pacientes iletradas con 1 caso.

Para **estado civil** se encontró que el grupo mayoritario con el 52.6% de las pacientes corresponde al estado de convivientes con 20 casos. Por otro lado el 21.1% corresponde al grupo de casadas con 8 casos.

Para la **residencia** se encontró que el 78.9% de las pacientes viven en la zona urbana, mientras que el 21.1% viven en la zona rural.

Tabla 2. Factores de riesgo: **Antecedente quirúrgicos** relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Factores de Riesgo: Antecedentes quirúrgicos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Cirugía Pélvica</b>		
Sí	4	10.5
No	34	89.5
<b>Embarazo Ectópico previo</b>		
Sí	4	10.5
No	34	89.5
<b>Legrado uterino</b>		
Sí	11	28.9
No	27	71.1
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 2 se aprecia que los antecedentes quirúrgicos no se considerarían factores de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico, con el 89,5%, el embarazo ectópico previo con el 89,5% y el legrado uterino con el 71,1% no se presentaron como antecedentes previo a la gestación actual de las pacientes en estudio.

Sin embargo los antecedentes quirúrgicos que sí constituyen factores de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico, se tiene que la cirugía pélvica, con el 10,5%, el embarazo ectópico previo con el 10,5% y el legrado uterino con el 28,9% si se desarrollaron como antecedentes previo a la gestación actual de las pacientes en estudio.

Tabla 3. Factores de riesgo: Enfermedad Pélvica Inflamatoria **EPI** relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Patológico: EPI</b>		
Si	14	36.8
No	24	63.2
Total	38	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 3 se observa que los antecedentes de EPI no constituye factores de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico, debido a que en el 63,2% de las pacientes en estudio no se presentaron como antecedentes previo a la gestación actual.

Sin embargo se puede apreciar que el antecedente de EPI que sí constituyen factor de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico con el 36,8% si tuvieron como antecedentes previo a la gestación actual de las pacientes en estudio.

Tabla 4. Factores de riesgo: **Uso de DIU** relacionado con el embarazo ectópico.  
Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Factores de Riesgo:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Uso de DIU</b>		
Sí	10	26.3
No	28	73.7
Total	38	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 4 podemos apreciar que el grupo mayoritario con el 73,7% (28 casos) no fueron usuarias de DIU antes de la gestación actual, lo que no constituiría factor de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico.

Sin embargo se puede observar que el antecedente de uso de DIU que sí constituye factor de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico con el 26,3% (10 casos) si tuvieron el antecedentes de haber usado DIU antes a la gestación actual.

Tabla 5. Factores de riesgo: **Estilos de vida** relacionados con el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Factores de Riesgo:</b>		
<b>Estilos de vida</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Parejas sexuales</b>		
1	30	78.9
2	5	13.2
>2	3	7.9
<b>Consumo de tabaco</b>		
Sí	1	2.6
No	37	97.4
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 5 para los estilos de vida, en cuanto al número de parejas sexuales el 78,9% de las pacientes con embarazo ectópico refirieron tener 1 pareja sexual y el 13,2% dos parejas sexuales.

En cuanto a consumo de tabaco el 97,4% de los casos de embarazo ectópico niega haber consumido cigarrillos. El 2.6% refiere consumo de cigarrillos

Tabla 6. **Antecedentes obstétricos** relacionados con el embarazo ectópico.  
Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Factores de Riesgo: Antecedentes obstétricos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Aborto</b>		
Sí	12	31.6
No	26	68.4
<b>Paridad</b>		
Nulípara	12	31.6
Primípara	26	68.4
Múltipara	12	31.6
Total	38	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la Tabla 6, referente el **aborto** se puede apreciar que el 68.4% de las pacientes con embarazo ectópico manifestar que no haber tenido aborto, y el 31.6% de las mujeres con embarazo ectópico, sí tuvieron abortos previos a la gestación actual.

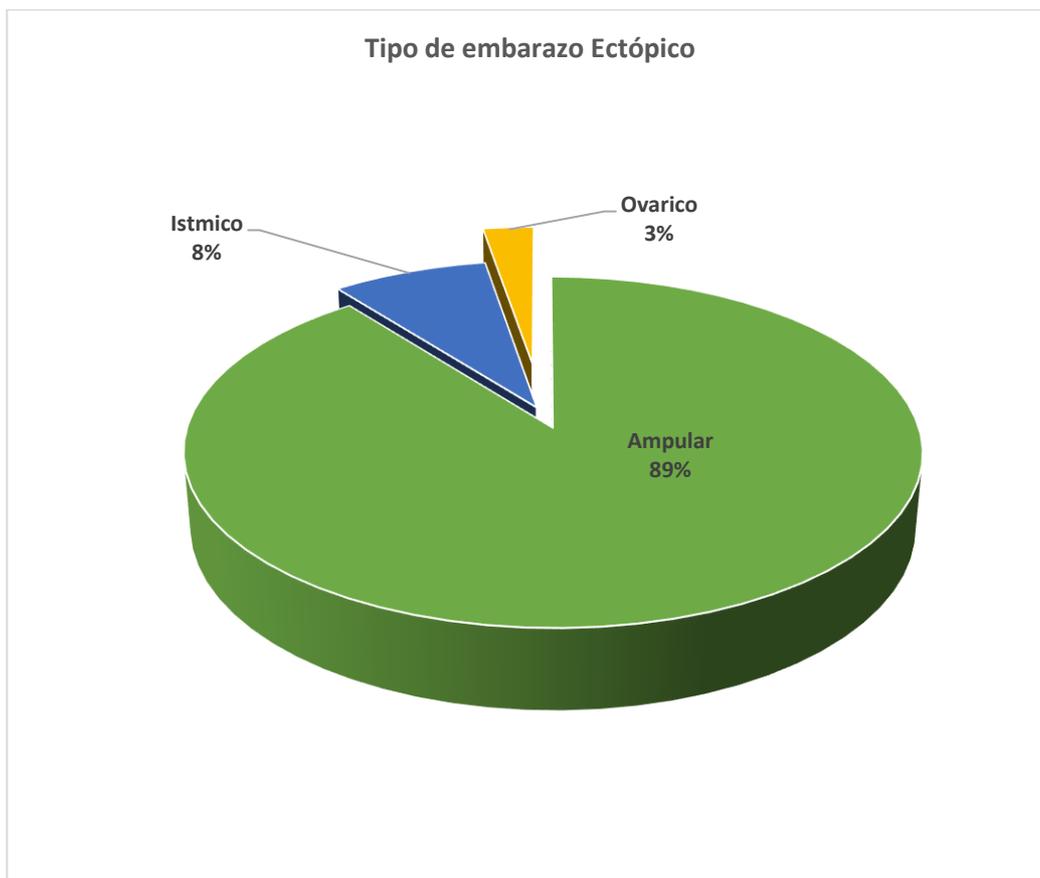
En cuanto a la **paridad**, el 68.4% (26) de las pacientes con embarazo ectópico corresponde a mujeres primíparas, el 31.6% corresponde a las nulíparas y múltiparas respectivamente.

Tabla 7. Tipo de embarazo ectópico de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

<b>Tipo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ampular	34	89.5
Istmico	3	7.9
Ovárico	1	2.6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 1. Tipo de embarazo Ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017



La Tabla 7 indica los sitios de implantación, de acuerdo al porcentaje y frecuencia.

De acuerdo con los resultados encontrados, observamos que el 89,5% son tubáricos o ampular, 7,9% ístmico y el 2,6%, ovárico. La mayoría de los embarazos ectópicos son tubáricos al ser este órgano el encargado de transportar el óvulo fecundado hacia el útero, que es el sitio de implantación normal. Los demás sitios de implantación son poco comunes y en muchos casos son debidos a malformaciones e inflamaciones tubáricas.

Tabla 8. Tipo de tratamiento realizado en el embarazo ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017

Tipo de Tratamiento	Nº	%
<b>Tratamiento médico</b>	4	10.5
<b>Procedimiento quirúrgico</b>	34	89.5
. Salpinguectomía	32	84.2
. Salpinguectomía + Oforectomía	2	5.3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico 2. Tipo de tratamiento embarazo Ectópico. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos.

La Tabla 8 indica el tipo de tratamiento que se le realizó a las mujeres que presentaron embarazo ectópico. Se observa que el 89.5% de los casos fueron resueltos de forma quirúrgica. De los cuales al 84.2% se les realizó salpingectomía, y al 5.3% se realizó salpingectomía más oforectomía.

El 10,5% corresponde al tratamiento médico, en el que se trató con Metrotexate.

## ANALISIS Y DISCUSION

El embarazo ectópico es una de las patologías que afecta la fertilidad de las mujeres, pero también incrementa los índices de morbimortalidad a nivel mundial, en la literatura se ha descrito su relación con algunos de factores de riesgo como la enfermedad pélvica inflamatoria, los embarazos ectópicos previos, el uso de DIU, procesos infecciosos y la esterilización tubárica.

En nuestro estudio se ha encontrado 38 casos durante el año 2017, que representaría un porcentaje menor a lo que considera la literatura.

En cuanto a los **factores sociodemográficos** con respecto a la **edad** se ha encontrado en esta investigación el grupo predominante se encuentra entre 31 – 35 años que representa el 34,4%, con un promedio de edad de 28.6 años; estos resultados son semejantes con los que postula Durán DC, Moreno DE. Por otro lado está en contraste con lo postulado con Bouyer y cols, que determinaron un riesgo un riesgo de embarazo ectópico mayor con la edad materna, es decir mayor riesgo pasado los 40 años. Es conocido que los cambios relacionados con la edad en la función tubárica pueden retrasar el transporte de los óvulos, por lo tanto puede ser causa de una implantación tubárica. Referente a la **residencia** se encontró 78,9% que residen en la zona urbana, lo que se contrapone con los resultados de Torres L.P. 2013 que refiere haber encontrado en su investigación que las mujeres proceden de la zona rural con 70.4%. Con respecto al **estado civil** se encontró un 52,6% que corresponde al grupo de mujeres convivientes, resultado que difiere con los reportados por Martínez AI, Mascaro Y. 2013 que encontró 28,5% de las pacientes fueron solteras, por otro lado Horna J. 2014 reporta también en su investigación haber encontrado el 35,4% de solteras.

El 89,5% de los embarazos ectópicos en esta investigación fueron localizados en la región ampular, y un 7,9% fueron en el istmo, iguales resultados fueron encontrados por Martínez AI, Mascaro Y 2013, con un 94,5% de los casos, y el tratamiento realizado fue la salpingectomía con 84,2% y el procedimiento realizado fue la salpinguectomía con 67,6%. Iguales resultados encontró Quispe JP 2013, el 96.38% tuvo localización tubárica el tratamiento de elección fue la salpinguectomía en 98.54%. Zevallos C 2015, También encontró similares resultados, el 92.71% de casos fue ampollar, la forma de tratamiento fue la salpinguectomía en 85.29%.

En el presente estudio se encuentra que el 94,7% no consumía tabaco, lo que demuestra que no estaría relacionado con el desarrollo de embarazo ectópico. Estos resultados se contraponen a los que encontró Mercado W 2014 quien asegura un factor de riesgo significativo lo constituye el tabaquismo (42%). De igual manera se contraponen a los resultados encontrados por Torres L.P. 2013, quien postula como factor de riesgo el antecedente de tabaquismo con un 51.9%. Según la literatura se sabe que el uso de tabaco frecuente puede reducir la motilidad de las trompas de Falopio y que la nicotina tiene un efecto adverso al movimiento de los cilios de esta estructura. También se sabe que la nicotina retrasa la entrada del óvulo fecundado a la cavidad uterina y también puede retrasar la implantación<sup>30</sup>.

En el presente estudio se encuentra una baja relación del **aborto** un 68,4% de las pacientes con embarazo ectópico que no tuvieron como antecedente este suceso, así mismo para **embarazo ectópico previo** 89,5% de las pacientes no tuvieron esta complicación previa a la gestación actual. Estos resultados se contraponen con los reportados por Quispe JP 2013 quien considera como factor de riesgo con 43,4% el

embarazo ectópico previo. Estos resultados también refieren a los reportados por Mercado W 2014 quien encontró factores de riesgo significativos al antecedente de embarazo ectópico (14.7%); aborto espontáneo (4.3%). Considerando que los abortos pueden tener un efecto causal que posiblemente sea por procesos infecciosos y que haya afecta las trompas de Falopio. En cuanto al embarazo ectópico previo algunos autores consideran que una mujer con una trompa dañada o cualquier factor intrínseco que la ha llevado a desarrollar un ectópico previo, esta tendrá una tendencia a presentar nuevamente un embarazo ectópico.

El uso de DIU se encontró que el 26,3% si habían usado este dispositivo antes de la gestación actual, y lo consideramos como uno de los factores de riesgo bajo para desarrollar embarazo ectópico. Este resultado es semejante a los encontrados por Mercado W, 2014 quien manifiesta que el uso de DIU no es significativo para el desarrollo de embarazo ectópico.

El uso de DIU ha sido considerado como un factor de riesgo, por ser un cuerpo extraño colocado en la cavidad uterina produce una reacción inflamatoria a nivel local en el endometrio que se opone al transporte del óvulo y a la nidación en el útero, pero no impide la ovulación y fecundación, por lo que puede ocasionar un embarazo extrauterino, es por esto que algunos autores consideran a las usuarias de DIU con más riesgo de embarazo ectópico<sup>29</sup>.

El 7,9% de las pacientes refirieron más de dos parejas sexuales, resultados que coinciden a los encontrados por Martínez AI, Mascaro Y, 2012, quien refiere el 65,6% presentó más de una pareja sexual.

Del total de pacientes estudiadas el 36,8% refirió haber tenido antes de Enfermedad inflamatoria pélvica EPI, hecho que coincide con lo encontrado por Martínez AI,

Mascaro Y, quien refiere que el 22,1% sufrió de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Al igual que los encontrados por Torres L.P 2013, %, la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%, considerando como factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico.

Finalmente podemos decir que en base a los resultados encontrados en este estudio, resalta el hecho de que sobre el embarazo ectópico de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, influyen los mismos factores de riesgo que se han descrito por la literatura consultada.

## CONCLUSIONES

1. Las características demográficas de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017 son: Con mayor porcentaje el intervalo de edad entre 31 a 35 años (34,2%), siendo el promedio de 28.6 años, respecto al grado o nivel de instrucción alcanzado fue de secundaria (47,4%), el estado civil de las pacientes son en su mayor porcentaje convivientes (52,6%), en lo que respecta a la zona de residencia con el 78,9% corresponde a la zona urbana.
2. Entre los principales factores de riesgo encontrados en este estudio se encuentran la EPI con 36,8%, el aborto con 31,6%, la multiparidad con 31,6%, el legrado uterino con 28,9% y el uso de DIU con 26,3%, son los factores de riesgo identificados con mayor porcentaje y que estarían asociados al desarrollo de embarazo ectópico.  
En menor proporción se encontró al embarazo ectópico previo con 10,5%, cirugía pélvica 10,5%, más de dos compañeros sexuales 7,9% y hábito de fumar 2,6%.
3. En esta investigación se encontró que el tipo de embarazo ectópico más frecuente fue el localizado en la trompa de tipo ampular con el 89,5%, hecho que se demuestra con otras investigaciones realizadas a nivel mundial. Y otras menos comunes como la ovárica y en el istmo.
4. La mayoría de los casos de embarazos ectópicos fue resuelto mediante la intervención quirúrgica 89,5%, de los cuales se realizó salpingectomía 84.2% y salpingectomía más ooforectomía 5,3%; y el tratamiento médico fue de 10,5%.

## RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de la salud de toda la región Cajamarca que laboran en los diferentes establecimientos de salud, deben insistir en la importancia de la consulta preconcepcional y control prenatal para determinar así los factores de riesgo, y su identificación precoz de esta complicación y su intervención.
2. Se debe estructurar formas o estrategias de información en educación sexual y comunicación a la sociedad en general, para disminuir factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico.
3. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico el responsable de su atención debe brindarle toda la información necesaria y las consecuencias que pueda presentarse, además que se debe mejorar el diagnóstico oportuno mediante exámenes complementarios.
4. Establecer un programa de control y seguimiento a mujeres con este antecedente, brindándoles atención médica, educación sexual, planificación familiar, para tratar de evitar posibilidades de un futuro embarazo ectópico y así prevenir las complicaciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stovall T. Aborto precoz y embarazo ectópico. En: Berek J. Ginecología de Novak. 14a ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 200:617-46. Citado 20 febrero 2018
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Embarazo ectópico. En: Williams Obstetricia. 23a ed. USA: McGraw Hill Education; 2010:757-79. Citado 2o febrero 2018.
3. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Cmaj. 2005 oct 11;173(8):905-12. Citado 22 febrero 2018.
4. Aguilar M, Vázquez Y, Areces G, De la Fuente M, Tamayo T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012. Fecha de acceso 6 de setiembre 2017. URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO138](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO138).
5. Céspedes A. Embarazo ectópico. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica Ginecol 2010;(591):65-68. [en línea]. [fecha de acceso 17 de octubre 2017]. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/artll.pdf>
6. Pérez De Miguel LA. Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero-Diciembre 2010. [Tesis pregrado]. Lima-Perú: Facultad de Medicina Humana- Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011. Citado 25 de noviembre 2017.
7. Balestena JM, Rodríguez A, Reguera O.: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002 Sep.-dic. 28. Citado 17 de setiembre del 2017.
8. Benson R. Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno, 1986:707-16. Citado el 17 de Noviembre 2017.
9. Botero J. "Obstetricia y Ginecología". 4<sup>o</sup> Edición. 1989, citado 17 de setiembre 2017.
10. Stone R. Primare care diagnosis of acute abdominal pain. Nurse Pract 1996;21(12):19-30. Citado 17 de noviembre 2017.
11. Ministerio de Salud del Perú. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: MINSA; 2007.

12. Lugo JD, I; Cáceres, E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. Rev med hered. 2005;16:26-30
13. De la Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el instituto nacional materno perinatal enero-diciembre 2001. Lima, Perú: unmsm; 2012
14. Torres, LP. "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". Ambato-Ecuador (2013)
15. Durán DC, Moreno DE. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. [Tesis especialidad]. Bogotá: Hospital Universitario Mayor Mederi - Universidad del Rosario; 2014. Citado 25 de noviembre 2017.
16. Mercado W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz", Lima 2013.
17. Zevallos CS. Características Clínico -Quirúrgicas del Embarazo; Ectópico en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa, 2010-2014
18. Quispe JP. Prevalencia y características clínico-epidemiológicas del embarazo ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Enero 2011 a Diciembre 2012 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú. 2013.
19. Martínez A., Yurl G., Mascaró S. et al. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. junio de 2013.
20. Horna JR. embarazo ectópico: factores de riesgo. estudio en el hospital regional docente de Cajamarca, año 2014. Tesis UNC (2015), citado 25 de febrero 2018.
21. Cáceres MM, Lazo MA, Flores M, Saona LA. Tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2007-2008. Rev peru ginecol obstet. 2013; 59: 49-5. [en línea]. [fecha de acceso 13 de diciembre 2017]. URL disponible en: [www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v59nl/a08v59nl.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v59nl/a08v59nl.pdf)
22. Rana P, Kazmi L, Singh R. Ectopic pregnancy: a review. Arch Gynecol Obstet. 2013 Oct; 288(4):747-757.
23. Colombiana de Salud S.A. Guía de manejo consulta de ginecobstetricia embarazo ectópico. Colombia: Colombiana de Salud S.A; 2012. URL disponible en:

[http://www.colombianadesalud.org.co/guias medicina especializada, especializada/ginecoobstetricw02%20embarazo ectópico pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/guias%20medicina%20especializada,%20especializada/ginecoobstetricw02%20embarazo%20ectopico.pdf)

24. Pérez Sánchez, Obstetricia, 4 ed., Mediterraneo, 2011, pp. 511 - 529.
25. Shaw, S. Dey, H. Critchley y A. Horne, "Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy". Human Reproduction Update, vol. 16, Nº 4, pp. 432 - 444, 2010
26. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev cubana Obstet Ginecol 2011 Mar;37(1): 84-99. [fecha de acceso 27 de noviembre 2017]. URL disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO 138-600X20 110001 0001 O&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO138-600X201100010001O&lng=es).
27. Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 1. Art. No.: CD000324. DOI: 10.1002/14651858.CD000324.
28. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. Obstet Gynecol. 2003; 101:771-84.
29. Lyons, E. Saridogan y O. Djahanbakhch, «The effect of ovarian follicular fluid and peritoneal fluid on Fallopian tube ciliary beat frequency, » Human Reproduction, vol. 21, nº 1, pp. 52-56, 2006.
30. Pier, A. Kazanjian, L. Gillette, K. Streng y R. Burney, «Effect of cigarette smoking on human oviductal ciliation and ciliogenesis.,» Fertility and Sterility, vol. 99, nº 1, pp. 199-205, 2013.
31. Durán Acero DC, Moreno Moreno E. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. [Tesis especialidad]. Bogotá: Hospital Universitario Mayor Mederi - Universidad del Rosario; 2014. Citado 13 de marzo 2018.
32. Requena Frías GM. 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 pregrado]. Trujillo: Facultad de Medicina Humana - Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Citado 13 de marzo 2018.
33. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para la atención integral de salud materna. Perú: MINSA, 2013.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Factores de Riesgo Relacionados al Embarazo Ectópico en Pacientes Atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables y dimensiones	Método y diseño	Población y muestra	Instrumentos
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las características generales de las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>. Determinar los factores de riesgo relacionados al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017.</p> <p><b>Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las características generales de las pacientes con embarazo ectópico</li> <li>• Cuantificar el número de pacientes con embarazos ectópicos</li> <li>• Determinar los factores de riesgo relacionados al</li> </ul>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Por ser un estudio descriptivo, la hipótesis se encuentra implícita en la investigación.</p>	<p><b>Variable independiente:</b></p> <p>Factores de riesgo del embarazo ectópico</p> <p><b>Variable dependiente</b></p> <p>Embarazo ectópico</p>	<p><b>Método</b></p> <p><b>Hipotético deductivo:</b> Porque tiene esencialmente un componente teórico y otro que relaciona la teoría con la realidad.</p> <p><b>Diseño</b></p> <p><b>No experimental:</b> porque no se manipulará las variables de investigación, es decir que se observará los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.</p>	<p><b>Población</b></p> <p>La población estuvo conformada por todas las pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca con diagnóstico de embrazo ectópico durante el año 2017</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>La muestra estuvo constituida por 38 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2017, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p>	<p>Ficha de recolección de datos que contiene preguntas de acuerdo a la operacionalización de variables.</p>

<p>de Cajamarca, en el año 2017?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el tipo de embarazo ectópico con mayor frecuencia en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?</li> <li>• ¿Cuál es el tipo de tratamiento más utilizado en embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el año 2017?</li> </ul>	<p>embarazo ectópico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el tipo de embarazo ectópico con mayor frecuencia</li> <li>• Determinar el tipo de tratamiento más utilizado en embarazo ectópico.</li> </ul>					
---	---	--	--	--	--	--

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS—Filial Cajamarca**  
**Anexo 2**  
**Ficha de recolección de datos**

N° de Ficha: -----

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR LOS FACTORES DE RIESGO  
RELACIONADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017.**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

Edad materna: ..... años.

**Grado de instrucción:**

Iletrada ( )      Primaria ( )      Secundaria ( )      Superior ( )

**Estado civil:**

Soltera ( )      Casada ( )      Conviviente ( )      Divorciada ( )

Viuda ( )

**Residencia:** urbana ( )      Rural ( )

**Características de la madre y el embarazo**

Paridad: Nulípara       primípara       múltipara

**Antecedentes:**

Abortos

Curetajes

EPI

Embarazo ectópico previo

Uso de DIU

Cirugía abdominal pélvica previa

Hábito de fumar

otras  -----

**Evaluación clínica**

Dolor abdominal: Si       No

hemorragia genital: Si       No

shock hipovolémico: Si       No

Hemoglobina de ingreso: \_\_\_ g/dL

**Hallazgo quirúrgico:**

Hemorragia interna: Si  No

**Necesidad de transfusión:** Si  No  ----- unidades

**Criterios diagnósticos**

Manifestaciones clínicas: Si  No

Ecografía: Positiva  Negativa  No se hizo

**Manejo:**

Laparotomía  Laparoscopia  Médico

**Tratamiento médico**

Dosis única  Dosis múltiple  Resultado: éxito  fracaso

**Ubicación del embarazo ectópico**

Tubárico  ampollar  infundibular  ovárico

Ístmico  Intersticial  intestinal  cervical

Otro-----

**Procedimiento quirúrgico:**

Salpingotomía  Salpinguectomía  Ooforectomía

Histerectomía  Anexectomía

Otros  -----

### ANEXO 3

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS) FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017

CRITERIOS	INDICADORES	A	B	C	Total	Proporción de Concordancia
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.	0.95	0.95	0.90	2.70	0.90
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables.	0.95	0.95	0.95	2.85	0.95
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación.	0.96	0.95	0.95	2.86	0.95
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento.	0.98	0.96	0.90	2.84	0.95
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación.	0.99	0.95	0.95	2.89	0.96
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación.	0.95	0.95	0.95	2.85	0.95
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento.	0.90	0.90	0.95	2.75	0.92
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones.	0.95	0.95	0.95	2.85	0.95
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.	0.98	0.95	0.95	2.88	0.96
<b>TOTAL</b>		8.61	8.51	8.45		8.42
Es válido si $P \geq 0.60$						0.95

CODIGO	JUECES O EXPERTOS
A	Mg. Segundo Cerna Rodríguez
B	Mg. Mirtha Aguirre Camacho
C	Mg. Julio C. Guailupo Álvarez

<b>CUADRO DE PUNTUACIÓN</b>	
0,53 a menos	Concordancia nula
0,54 a 0,59	Concordancia baja
0,60 a 0,65	Existe concordancia
0,66 a 0,71	Mucha concordancia
0,72 a 0,99	Concordancia excelente
1,0	Concordancia perfecta

## ANEXO 4

Solicitud, aprobación y permiso del hospital regional docente de Cajamarca.

HAD = 3508559

### “AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL”

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA  
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO

SOLICITO: AUTORIZACION PARA EL ACCESO A HISTIRIAS CLINICAS RECIBIDO

12 ENE. 2018

Sr. DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA:

DR. TITO URQUIAGA MELQUIADES

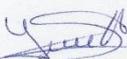
REG. .... FOLIO 49  
HORA ..... FIRMA

Yo: **YASMIN YULEYSI SANTILAN ARMAS**, DNI: **71077293**; con domicilio: Prolg. Guillermo Urrelo # 261. me presento ante usted y expongo que siendo bachiller en obstetricia y encontrándome en la etapa de la realización del trabajo de investigación **titulado “FACTORES DE RIESGO Y SU RELACION CON EL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017”**, es que recurro a su despacho para solicitarle se me autorice el ingreso a la institución que usted dignamente dirige para la recolección de la información.

Por lo expuesto:

Pido a usted acceder a mi petición por ser de justicia

Cajamarca 12 de Enero del 2018



.....

Santillán Armas Yasmin.



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay



'Año del Diálogo y Reconciliación Nacional'

Cajamarca, 18 de enero de 2018

**Oficio N° 006-2018-CEI-HRDC**

Srta. YASMIN YULEYSI SANTILLAN ARMAS  
Ciudad.-

**ASUNTO: APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para saludarle y acusar recibo de su documento Proyecto de Investigación "**Factores de riesgo y su relación con el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2017**".

Dicho proyecto se ha revisado por el Comité de Ética en Investigación el día 18 de enero, del año en curso, acordando su **APROBACION**, porque no constituye mayor problema ético en la ejecución del mismo.

Sin otro particular, agradezco su atención.

  
Dr. Fernando Adreia Bringas  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVE.  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA  
C.M.P. N° 023634 RNE N° 012108

cc. Archivo



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA**  
**UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION**  
*"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"*



Cajamarca, 22 de enero del 2018

Sr:  
Ing: MANUEL CRUZ MALCA  
JEFE DEL AREA DE ESTADISTICA E INFORMÁTICA DEL HRDC

Cajamarca

De mi especial consideración.

Con singular agrado me dirijo al despacho de su digno cargo, para expresarle mi cordial saludo a nombre del Hospital Regional Docente Cajamarca y el mío propio, y a la vez presentar al tesista de Obstetricia de la UAP YASMIN YULEYSI SANTILLAN ARMAS, quien desarrollará su tesis "FACTORES DE RIESGO Y SU RELACION CON EL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2017", por lo que se solicita las facilidades para que el tesista pueda recoger los datos necesarios, bajo las normativas y ordenanzas que el servicio considere necesarias.

Sea propicia la ocasión para expresarle a usted las muestra de mi especial consideración y profundo respeto.

Atentamente;

BMM/ppp  
C.c. Archivo  
Interesado

V° B°  
UNIDAD DE  
Dr. Brayan E. Medina Miranda  
UROLOGÍA  
C.M.P. 56825

Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay  
Teléfono: 076-599029