

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO PARA GESTACIÓN ECTÓPICA EN MUJERES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO
2017– 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

OMAREDA SUAREZ KHRISTEL JULISSA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR:

DR. FRANCISCO VALLENAS PEDEMONTE

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios porque Él me dio la vida y la fuerza y su amor, además de su ayuda para terminar mi carrera, sin el nada de esto sería posible.

Luego agradezco a mi madre porque me dieron no solo el apoyo económico si no el apoyo moral, gracias por poner sus esperanzas en mí, gracias por ser mi ejemplo de perseverancia y superación día a día, darme los valores y principios que hoy rigen mi vida, gracias por enseñarme que con esfuerzo nada es imposible de lograr.

DEDICATORIA

Este trabajo este se lo dedico a Dios como todo lo que logre en esta vida.

También se lo dedico a mi mamá por el sacrificio que hizo siempre al acompañarme a lograr esta meta, por privarse de muchas cosas para ayudarme.

A mis hermanos que siempre estuvieron alentándome a lograrlo. Por poner su confianza en mí.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores de riesgo para la gestación ectópica mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.

Metodología: Es un estudio observacional, analítico, y de caso – control, retrospectivo, transversal, en la cual se utilizó como fuentes las historias clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico entre los años 2017 – 2019.

Resultado: Las edades predominantes del embarazo fue ente 18 – 35 años en un 79,8% con un valor de $p < 0,22$ y un OR de 1,95%, convivientes con un 82,6% con un valor de $p < 0,002$ y un OR de 2,639 %. Dentro de los factores de riesgo ginecoobstetricos predomina el antecedente de embarazo ectópico con 37,6% con un valor de $p < 0,001$ y un OR de 3,505, en inicio de relaciones sexuales siendo menor de 18 años con un 95,4% cuenta con un valor $p < 0,001$ y un OR de 7,899, también tener antecedente de enfermedad de transmisión sexual con 38,5% donde tiene un valor $p < 0,013$ y un OR de 2,106; por último el legrado uterino es un factor de riesgo para embarazo ectópico con un valor de $p < 0,006$ y un OR de 2,335.

Conclusiones: De los factores de riesgo se concluye que los más significativos son la edad, el estado civil, el antecedente de embarazo ectópico, iniciar las relaciones sexuales siendo menor de edad, y antecedente de haberse realizado legrado uterino.

Palabras Clave: factores de riesgo, embarazo ectópico, ginecológico.

ABSTRACT

Objective: To analyze the risk factors for ectopic pregnancy women treated at the Sergio E. Bernales Hospital from January 2017 to December 2019.

Methodology: It is an observational, analytical, and case-control, retrospective, cross-sectional study, in which the clinical histories of the Sergio E. Bernales National Hospital of patients diagnosed with ectopic pregnancy between 2017 - 2019 were used as sources.

Result: The predominant ages of pregnancy were between 18 - 35 years in 79.8% with a value of $p = 0.22$ and an OR of 1.95%, living with 82.6% with a value of $p < 0.002$ and an OR of 2.639%. Among the gynecobstetric risk factors, the antecedent of ectopic pregnancy predominates with 37.6% with a value of $p < 0.001$ and an OR of 3.505, at the beginning of sexual intercourse being under 18 years of age with 95.4% has a p value < 0.001 and an OR of 7,899, also have a history of sexually transmitted disease with 38.5% where it has a p value < 0.013 and an OR of 2,106; Finally, uterine curettage is a risk factor for ectopic pregnancy with a value of $p < 0.006$ and an OR of 2,335.

Conclusions: From the risk factors, it is concluded that the most significant are age, marital status, history of ectopic pregnancy, initiating sexual intercourse being a minor, and antecedent of having performed uterine curettage.

Keywords: risk factors, ectopic, gynecological pregnancy

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la alteración en la implantación del blastocito que, en una zona diferente al endometrio, es vista como una emergencia pues, la paciente con este diagnóstico es probable que presente posteriormente nuevamente el mismo diagnóstico e incluso existe una gestorragia que puede amenazar la vida de la gestante.

Es considerada una de las primeras causas de muerte materna en el mundo porque puede llevar a una muerte materna. Si bien esta ha logrado disminuir en los últimos años y se da no solo por un diagnóstico en tiempo oportuno sino que se debe a la detección temprana de los factores de riesgo. La cual permite prestar mayor atención a la condición de la paciente.

Actualmente, según la Organización Mundial de la Salud el embarazo ectópico ha ido en aumento en los últimos 20 años, ocasionando las muertes maternas en general, este aumento se debe a que los factores de riesgo son diagnosticados de manera más eficaz, actualmente existen medidas de prevención que se han ido dando para impedir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos, evitar el consumo de tabaco, entre otros. Pues, son considerados factores de riesgo importantes para el desarrollo de esta enfermedad.

En el Perú los estudios acerca de gestaciones ectópicas siguen siendo insuficientes, sin embargo, aún existiendo pocos estudios vemos una frecuencia importante tomando en cuenta que es un diagnóstico que incluso puede llevar a la muerte materna. Por lo que es necesario identificar minuciosamente los factores que nos lleven a un embarazo ectópico y estudiarlos de manera precisa para evitar esta complicación, es por eso que se realiza este estudio, para reconocer los factores que nos llevarían a un embarazo fuera de la cavidad uterina y desiguales a los ya obtenidos en la bibliografía a nivel mundial, viendo las causas principales, además busca instaurar la asociación de estos factores causales con las veces que se presenta un embarazo ectópico en nuestra población

Esta investigación tiene los siguientes capítulos:

En el capítulo I se plantea como problema cuales son los factores de riesgo que llevarían a un embarazo de implantación anormal, también se explica la

justificación, detalla la delimitación y limitación, a su vez de mencionan los objetivos principales y específicos de la investigación.

En el capítulo II se muestran antecedentes tanto internacionales como nacionales relevantes para este estudio, así como, descripciones y datos que apoyan al conocimiento estas patologías, también se ven las hipótesis generales y específicas y se identifican las variables de cada estudio.

En el capítulo III Se describe el tipo de metodología utilizada para la investigación, definimos a la población y muestra, además de la técnica de recolección de datos que se llevó a cabo en este estudio.

En el capítulo IV se habla de los resultados según los objetivos planteados para poder analizarlo y discutirlo con los historiales bibliográficos.

En el capítulo V se muestra las conclusiones del estudio, así como las recomendaciones respectivas para tomar en cuenta los múltiples factores asociados al embarazo ectópico.

ÍNDICE

| | |
|-------------------|-----|
| CARÁTULA | I |
| ASESOR | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| DEDICATORIA | IV |
| RESUMEN | V |
| ABSTRACT | VI |
| INTRODUCCIÓN | VII |
| ÍNDICE | IX |
| LISTA DE TABLAS | XII |
| LISTA DE GRAFICOS | XIV |
| LISTA DE ANEXOS | XVI |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

| | |
|--------------------------------------|---|
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.2.1 GENERAL | 2 |
| 1.2.2 ESPECÍFICOS | 2 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 2 |
| 1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 3 |
| 1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 3 |
| 1.6 OBJETIVOS | 3 |
| 1.6.1 GENERAL | 3 |
| 1.6.2 ESPECÍFICO | 3 |
| 1.7 PROPÓSITO | 4 |

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS | 5 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS | 9 |
| 2.3 MARCO CONCEPTUAL | 22 |
| 2.4 HIPÓTESIS | 23 |
| 2.4.1 GENERAL | 23 |
| 2.4.2 ESPECIFICA | 24 |
| 2.5 VARIABLES | 24 |
| 2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS | 25 |

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 3.1 DISEÑO METODOLÓGICO | 27 |
| 3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 27 |
| 3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 27 |
| 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA | 27 |
| 3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| 3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| 3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 29 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS | 30 |

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

| | |
|----------------|----|
| 4.1 RESULTADOS | 31 |
| 4.2 DISCUSIÓN | 60 |

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|---------------------|----|
| 5.1 CONCLUSIONES | 62 |
| 5.2 RECOMENDACIONES | 62 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | 64 |
| ANEXOS | 70 |

LISTA DE TABLAS

| | | |
|---------------------|--|-----------|
| TABLA N°1. | PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS FACTORES DE RIESGO. | 31 |
| TABLA N°2. | PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD. | 32 |
| TABLA N° 3. | PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO CIVIL. | 33 |
| TABLA N° 4. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN. | 35 |
| TABLA N° 5. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO. | 36 |
| TABLA N° 6. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO LABORAL. | 38 |
| TABLA N° 7. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS. | 39 |
| TABLA N° 8. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU RAZA. | 41 |
| TABLA N° 9. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PARIDAD. | 42 |
| TABLA N° 10. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NUMERO DE GESTACIONES. | 44 |
| TABLA N° 11. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU INICIO EN RELACIONES SEXUALES. | 45 |
| TABLA N° 12. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES. | 47 |
| TABLA N° 13. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA | 48 |
| TABLA N° 14. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PRESENTACIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO. | 50 |

| | | |
|---------------------|--|----|
| TABLA N° 15. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD DE TRASMISIÓN SEXUAL. | 51 |
| TABLA N° 16. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. | 53 |
| TABLA N° 17. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES. | 54 |
| TABLA N° 18. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CESÁREA. | 56 |
| TABLA N° 19. | EMBARAZO ECTÓPICO Y SU ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO. | 57 |
| TABLA N° 20. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA DIFERENTE A CESÁREA. | 59 |

LISTA DE GRAFICOS

| | | |
|-----------------------|---|----|
| GRAFICO N° 1. | PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD | 32 |
| GRAFICO N° 2. | PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO CIVIL. | 34 |
| GRAFICO N° 3. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN. | 35 |
| GRAFICO N° 4. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO. | 37 |
| GRÁFICO N° 5. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO LABORAL. | 38 |
| GRAFICO N° 6. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS. | 40 |
| GRAFICO N° 7. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU RAZA. | 41 |
| GRAFICO N° 8. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PARIDAD. | 43 |
| GRAFICO N° 9. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS GESTACIONES. | 44 |
| GRAFICO N° 10. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD DE INICIO EN RELACIONES SEXUALES. | 46 |
| GRAFICO N° 11. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NUMERO DE PAREJAS SEXUALES. | 47 |
| GRAFICO N° 12. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. | 49 |
| GRAFICO N° 13. | EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PRESENTACIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO. | 50 |

| | |
|--|----|
| GRAFICO N° 14. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL. | 52 |
| GRAFICO N° 15. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS. | 53 |
| GRAFICO N° 16. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES. | 55 |
| GRAFICO N° 17. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CESÁREA. | 56 |
| GRAFICO N° 18. EMBARAZO ECTÓPICO Y SU ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO. | 58 |
| GRAFICO N° 19. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA DIFERENTE A CESÁREA. | 59 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----------|
| ANEXO N° 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 71 |
| ANEXO N° 2. INSTRUMENTO | 75 |
| ANEXO N° 3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS | 78 |
| ANEXO N° 4. VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA EXPERTOS | 81 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo ectópico es cuando la implantación de blastocito se da fuera del endometrio de la cavidad uterina. Se sabe que poco más del 1% de los embarazos son ectópicos, y pueden considerarse como una de la primera causa de muertes materna dentro de las 13 semanas de gestación con un 4% a 10% de casos, así como la causante de problemas posteriores en la capacidad reproductiva. ⁽¹⁾

Si nos referimos a la Organización Mundial de la Salud OMS actualmente la mortalidad va entre 1 por cada 1000 casos de embarazo ectópico, y en el 12% de los casos ocurre nuevamente. ⁽²⁾

Si bien es cierto la mortalidad ha ido bajando por la tecnología. Sigue siendo una condición que se presenta como un grave inconveniente de salud para las mujeres en edad fértil. ⁽¹⁾ Se ha demostrado que reduce la fertilidad posterior y aumenta las posibilidades de embarazo ectópico posterior. ⁽³⁾ En las últimas décadas, existe un acrecentamiento en el número de casos nuevos del embarazo de una implantación anormal. ⁽⁴⁾ Por más que el diagnóstico del embarazo ectópico sea oportuno y el tratamiento sea el adecuado y exitoso, es común que ocasione un daño en el conducto tubario y eso se traduce en un mal pronóstico reproductivo para la mayoría de mujeres (solo alrededor 50% tienen embarazos posteriores exitosos).

La incidencia de los factores de riesgo que conllevan de tener un embarazo con una implantación distinta la normal está en aumento y favorece en parte al mayor numero de casos nuevos del proceso patológico. Esto quizás puede ser debido a un diagnóstico prematuro en la que manipulamos pruebas sensibles de embarazo y la detección por ultrasonografía transvaginal de un grupo de gravídeces que en el pasado lograron haberse resuelto espontáneamente antes del diagnóstico y no significar problema para la gestante en ese tiempo. ⁽⁵⁾

Existen muchos estudios en la cual se observó que existen diversos factores para presentar un diagnóstico de embarazo ectópico donde coinciden que todos estos factores ocurren a causa de que existe fisiopatológicamente circunstancias que impiden o demoran la peregrinación del óvulo fecundado al espacio uterino. En los diagnósticos oportunos podemos observar que la

incidencia ha ido en aumento y que puede disminuir si podemos controlar sus factores de riesgo. ⁽⁶⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo gineco-obstetricos para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo quirúrgico abdomino-pélvico para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019?.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Teórica:

La gestación ectópica es una patología que va aumentando, así como la incidencia de sus factores de riesgo ya sea por un inadecuado tratamiento de una enfermedad de transmisión sexual, antecedentes de embarazo ectópico, o terapia de reproducción asistida, que están relacionadas a asociadas a la alteración del daño estructural de las trompas, teniendo en cuenta que esta patología tiene un importante número de casos en cuanto a las muertes maternas dentro de las 13 primeras semanas de gestación.

Práctica:

Es de gran interés, ya que en nuestro medio, a pesar de que la incidencia de esta patología ha ido en aumento, hay insuficiente bibliografía al respecto. Además, nos ayudaría a dejar información para poder identificar de manera más rápida a las pacientes con peligro de desarrollar una gestación ectópica y las potenciales complicaciones que dejaría este, sería beneficioso porque,

podría reconocer de manera más eficaz y así dar la posibilidad de atenciones oportunas.

Económico-social:

Este estudio nos ayuda creando un impacto positivo en la salud pública porque puede generar nuevos conocimientos en cuanto a la prevención del embarazo ectópico, y poder generar nuevas políticas de salud, creando programas de prevención y promoción y así disminuir la incidencia de esta patología.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: El área de estudio de la investigación en el servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernales. Este hospital se encuentra ubicado en la Av. Túpac Amaru N° 8000 P.J. Collique (Km 14.5 de la carretera Lima-Canta) en el distrito de Comas.

Delimitación temporal: El estudio se realizó entre el mes de enero del 2017 al mes de diciembre del año 2019.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No existió limitación para esta investigación ya que se contó con todos los recursos necesarios para poder realizarlo.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL:

Analizar los factores de riesgo para la gestación ectópica mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.

1.6.2 ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores de riesgo sociodemográficas en las pacientes con gestación ectópica atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.
- Establecer los factores de riesgo ginecoobstetricos de las pacientes con gestación ectópica atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.

- Identificar los factores de riesgo quirúrgicos abdomino-pélvicos que están relacionados con la gestación ectópica atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019

1.7 PROPÓSITO

El propósito de esta investigación se realizó con el fin de poder reconocer y describir los factores de riesgo para el embarazo ectópico ya que es una patología muy importante para la morbimortalidad materna, además de brindar conocimiento necesario para contribuir en la prevención y diagnóstico oportuno del embarazo ectópico realizado por los profesionales de salud del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el 2015 Beatriz Escobar Padilla, C. Perez, H. Martínez, en su trabajo **“Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico”**, realizado en México, busco determinar las características clínicas y agentes de peligro para el embarazo fuera de la cavidad uterina, se estudió a 84 pacientes en el periodo de un año donde de los 28 casos de embarazo ectópico, tuvo antecedente de tabaquismo con un riesgo de 18 veces más con un IC 95% entre 2,13 – 151,14 y una razón de momios de 18,3 con un valor $p=0,001$, el uso de DIU con una asociación de 17,9% con un RM: 11,96, con un IC 95% 1,32 – 108,7, aumentando 12 veces el riesgo de presentar embarazo ectópico. El antecedente de cirugía abdominal el cual aumentó en 32 veces el riesgo de padecer embarazo ectópico, una RM 5.87, con un IC 95% 1.06-32.48 y un valor de $p = 0.026$. Este estudio tuvo como conclusión que existieron 1 caso de embarazo ectópico por cada 122 nacidos vivos. Los factores de riesgo para embarazo ectópico, más encontrados fueron consumir tabaco, tener precedentes de embarazo ectópico, usar DIU antes del embarazo, haber sido sometida a intervenciones abdominales. ⁽⁹⁾

En el 2014 en un estudio realizado por Diana Catalina Durán Acero y Diana Elizabeth Moreno Moreno, para obtener el nivel de especialista en Ginecología y obstetricia, que lleva por título **“Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectópico”** en la cual tuvieron como objetivo evaluar la asociación de los factores de riesgo a un embarazo ectópico en un hospital de cuarto nivel, en la que se ejecutó un estudio de casos y controles, y obtuvieron como resultado que los factores estadísticamente significativos ($p<0,000$) fueron mujeres con una edad entre dieciocho a treintaicinco años, nivel social y económico bajo, algún padecimiento de origen sexual, estar desposada, tener periodo entre sus gestaciones prolongada, haber tenido intervenciones pélvicas previas, no utilizar ningún método contraceptivo, además de haber sufrido de un embarazo ectópico previo. ($p=0,000$). El agente de riesgo más alto es el precedente de un embarazo ectópico previo OR 66.2 IC95% 60.4 – 72.0. El factor de embarazo ectópico previo aumenta el riesgo hasta 66 veces más que en personas que no tuvieron embarazo ectópico previo. ⁽⁷⁾

También, en el 2013 un estudio de título **“Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico”**; Jonathan Hernandez, Magel Valdes y col. un trabajo realizado en cuba que tiene como objetivo identificar factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico. Es un estudio de caso-control realizado a 132 mujeres en el hospital “Dr. Luís Díaz Soto” en el periodo de 2009 al 2011, y tiene como resultado en cuando a los factoressociodemograficos la edad fue entre 25 y 34 años para un 63,6 % con un OR:4,03; un IC:95 % entre 1,84-8,89; y un valor de $p=0,0001$ siendo estadísticamente significativo. De los factores ginecológicos resaltó la EPI con 47 pacientes con un OR de 2,79; un IC: 95 % entre 1,28-6,13; con un valor de $p=0,0046$. Además, un 86,4 % iniciaron sus relaciones sexuales entre 13 y 16 años, con un OR de 3,39; un IC:95 % entre 1,33-9,12; con un valor de $p=0,0045$ siendo estadísticamente significativo; sin encontrarse diferencias significativas en el hábito de fumar. Este trabajo tiene como conclusión que se evidencian muchos factores de riesgo que llevan al embarazo ectópico dando un incremento a las muertes maternas y comorbilidades, pero que la mayoría de estas pueden ser modificables. ⁽⁸⁾

Un trabajo realizado en el año 2005 por “Salvador Solano, Patricia Maldonado, Eduardo Ibarrola”. que lleva de título **“Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC”** un estudio realizado en México, un estudio de casos y controles y realizado en un periodo de 5 años. Que tuvo como objetivo buscar si el tabaquismo estaba relacionado al embarazo ectópico; se tomaron 47 casos y 47 controles, y utilizaron la técnica Chi2 para establecer asociación, como resultados tuvo que la media en el tabaquismo fue de 4.3 diarios (casos) y 1.4 cigarrillos diarios (controles) , siendo significativo estadísticamente; además dio como resultado un Chi2 de 6,433; con un valor de $p<0.05$ con un Odd ratio de 3,8 con un IC 95%; entre 1,438 – 10,457; por lo cual concluyen que el presentar una gestación ectópica esta muy relacionado al tabaquismo donde su exposición a este aumenta el riesgo hasta en 3.8 veces. ⁽¹¹⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

En el año 2018 Wendy Zelmira Palomino Zevallos, en su tesis para titularse en Medicina Humana de título **“Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectópico En Pacientes Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital De Vitarte En El Periodo Enero-Diciembre Del 2015”** realizado en Lima – Perú, tiene como objetivo investigar los factores asociados al embarazo ectópico de dicho hospital, con un estudio tipo observacional, analítico, de caso control nos muestra que de un total de 55

pacientes de casos 26 tuvieron como antecedentes haber padecido de enfermedad pélvica inflamatoria, siendo el 47% que tiene un OR de 3,556 y un IC 95% entre 1,024-12,356, otro resultado significativo fue el embarazo ectópico previo con un OR de 14,603 y un IC 95% entre 2,123-100,433; además de antecedente de legrado con un OR de 7,542 con un IC 95% entre 1,492-38,137 y en también la edad materna > 35 años donde se obtuvo un OR de 6,928 y un IC 95% entre 1,355-35,432, como conclusión confirma como historiales de embarazo ectópico la enfermedad pélvica inflamatoria, así como otros como embarazo ectópico previo o aborto previo. ⁽¹⁵⁾

En otro estudio, presentado en el año 2017 Oswaldo Pascual Rodríguez, para poder obtener el grado de Médico Cirujano con el tema **“Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2010-2015”**. Un estudio de cinco años que tiene como objetivo identificar si una enfermedad inflamatoria pélvica y utilizar DIU son factores de riesgo para presentar una gestación ectópica, y tuvieron como resultados que el 17.3% presentó anteriormente EPI con un OR de 7,046 y un IC 95% entre 0,88 – 14,79 con un valor $p=0,019$ siendo estadísticamente significativo, en cuanto al uso de DIU EL 5,33% tuvieron este antecedente con un OR de 2,061 y un IC 95% entre 0,22 – 8,95 y un valor $p=0,047$ también con resultado significativo, a modo de conclusión nos indican que el EPI aumenta en 7,046 veces el riesgo de presentar una gestación ectópica y el uso de DIU aumenta el riesgo en 2,061 veces. ⁽¹⁶⁾

También en Trujillo en el año 2016 Cava Moreno, Michael para su grado de Bachiller como Médico Cirujano en la Universidad Nacional de Trujillo, en su tesis con título **“Enfermedad Pélvica Inflamatoria Como Factor De Riesgo Para El Desarrollo De Embarazo Ectópico”**. Nos muestra un trabajo de 5 años obteniendo muestras de caso control, embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria de mujeres entre 18 y 35 años pues son edades límites en la que normalmente se llevarían embarazos sin alteraciones, tuvieron como resultado que en el Hospital Nacional Docente de Trujillo, de un total de 34 casos el 23.5% tuvo antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica por una revisión de historias clínicas dando como resultado un χ^2 de 5.2 con un valor $p= 0.023$, también un OR de 4.92 con un IC 95% entre 1.36 - 17.77; concluyen que las pacientes que se atendieron y con antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica tuvieron 4.95 veces más posibilidades de desarrollar posteriormente embarazos ectópicos. ⁽¹⁴⁾

En el año 2015 los bachilleres, Beltrán Baqueriz, Jean Carlos y León Porras, Raúl Alberto como requisito para obtener el título profesional de Médico

Cirujano en la Universidad Nacional del Centro del Perú con la tesis de título **“Factores Relacionados al Embarazo Ectópico en Altura en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud en Huancayo en el periodo 2014”**, tiene por objetivo calcular los agentes similares al embarazo ectópico en Altura en el “Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud en Huancayo” en el lapso del 2014, se ejecutó un estudio de caso control en donde los datos se obtuvieron por encuestas y revisión de historia clínica y se analizó características entre otras ginecológicas, para ello se pudo recolectar una muestra de 156 mujeres atendidas en este hospital, y para contabilizar los resultados se utilizó pruebas de independencia Chi cuadrado y Odds ratio. En los resultados se puede ver que de las 156 mujeres atendidas, en cuanto a la edad, predominaron las de edad fértil de 26 – 30 años con un 42% con un OR=7,3, el 53% cursaba carrera superior no universitaria con una OR de y un IC 95% entre 1,048 0,452 2,428, el estado civil no influyó mucho en los casos, la mayoría de las pacientes eran comerciantes con un OR de 3,086 y un IC 95% entre 0,353 26,959, la mayoría era multigesta con un 53% un OR de 1,765 y un IC 95% entre 0,176 17,737, la mayoría ha utilizado como preservativo 57% cuentan con un OR de 2,224 y un IC 95% entre 1,049 4,713; concluyen que los factores importantes son la edad, el número de gestaciones, y los historiales de uso de anticonceptivos. ⁽¹³⁾

En primer lugar, en el 2014 en la Universidad Nacional Mayor De San Marcos Williams Moisés Mercado Medrano para conseguir el grado de médico cirujano presentó un estudio de título **“Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. “Luis N. Saenz”, Lima 2013”**, que tiene por fin calcular los agentes de peligros asociados al embarazo ectópico en enfermos atendidos en dicho hospital, nos da como resultado que la frecuencia es de 2.5 por cada 100 pacientes que mayormente se daba entre 35 y 39 años (32%), en cuanto al tabaquismo se encontró una OR de 4.2, con un IC 95% entre 1.59–11.09 siendo un resultado significativo; el 77.5% fueron multíparas aunque no tuvieron un resultado significativo, también en antecedente de embarazo ectópico tuvieron un OR de 14.7, con un IC de 95% entre : 1.80–121.13; otro grupo significativo fueron antecedentes de cirugía abdomino pélvica (55%) con un OR de 11, un IC 95% entre: 3.29–36.75; consuman que los factores que acrecientan el riesgo de padecer embarazo fuera del sitio de implantación normal son tabaquismo, ETS, cirugía abdomino pélvica, embarazo ectópico previo. ⁽¹²⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

Gestación Normal

Es cuando el espermatozoide es fecundado por el ovulo que en situaciones adecuadas el blastocito se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina, los acontecimientos que se den luego de la implantación en la cavidad uterina del blastocisto hasta el momento del parto son resultados de una interacción en las células fetales del trofoblasto, endometrio y la “decidua” materna, el poder coexistir con dos “sistemas inmunitarios” distintos es gracias a la parte endocrina, paracrina e inmunitaria de ambos tejidos es decir maternos y de parte del feto, y es gracias a la placenta pues crea una comunicación entre la madre y el feto, da un ambiente hormonal, en la parte inicial brinda soporte para conservar el embarazo, mientras que en la parte final impulsa los eventos que llevan al parto. ⁽⁵⁾

Gestación Ectópica

Se le llama embarazo ectópico cuando la implantación y desarrollo del blastocito se da afuera de la del endometrio de la cavidad uterina, donde es el sitio adecuado y normal para la implantación. Según la etiología, la palabra ectópico viene de la palabra ektopos que quiere decir fuera de lugar. ⁽⁵⁾

Hablar de embarazo ectópico es hablar de una emergencia que puede llevar a infertilidad, presentar una nueva gestación ectópica posteriormente e incluso hasta la muerte, suponiendo el riesgo de morir mayor que en un embarazo interrumpido. La gravedad de la presentación o el riesgo que pueda sufrir posteriormente está relacionado a la rapidez del diagnóstico.

El embarazo fuera de la implantación normal en el utero se considera una “gestorragia”, ya que el sangrado que ocurre es derivación de un trastorno o afección, propia de una embarazada, pudiendo amenazar la vida de la misma y de su producto, constituyendo una de las tres grandes causas de muerte materna, así como, la inicial causa de muerte materna en el mundo (35 %). ⁽¹⁶⁾

Fisiopatología

El trofoblasto al igual que en una gestación adecuada secreta BHCG, mantiene el cuerpo lúteo, por lo cual la gestante mantiene los síntomas de las comunes de los inicios de un embarazo, posteriormente ya que el sitio de implantación es inadecuado con una barrera decidual escasa, el ovocito debe

perderse ⁽¹⁷⁾ una implantación anormal puede ser por factores tubarios y ovulares, porque causan retraso, o alteración en la migración e implantación del ovocito.

Se sabe que la fuente más significativa es el daño anatómico de la trompa a nivel del endotelio que puede ser dado por un proceso inflamatorio pélvico causado por contaminaciones de transmisión sexual o por contaminaciones de órganos adyacentes.

Esto causa una disminución de los cilios comprometiendo toda la estructura de la trompa de Falopio normalmente en ambos lados la cual puede formar adherencias a tejidos y estructuras contiguas. ⁽¹⁷⁾

Existen dos maneras en la que se puede desarrollar un embarazo ectópico si la implantación es dada en la trompa uterina su pared se torna débil en el trofoblasto y las partes adyacentes, la capa muscular de la trompa crece y la capa serosa crea adherencias, las vellosidades coriales crean agujeros profundos a los vasos provocando sangrado y muerte del ovocito de manera frecuente. Aunque el corión es equivalente al del huevo uterino, el amnios se atrofia ordinariamente y el embrión se diluye con frecuencia. ⁽¹⁸⁾

Sin embargo, acontece también que el huevo fecundado e implantado queda cercado de sus membranas coriales simulando una gestación eutópica, la pared de la trompa queda en empalme con el corión, se modifica de manera rápida tornándose muy vascularizado y forma un aspecto sinuoso con serias vellosidades que se entremezclan con las coriales y más tarde las placentarias; engrosándose los vasos arteriales y formándose lagos sanguíneos, en la parte de la mucosa se crea un “aspecto decidual”. La fisiología de este embarazo, es la misma, en el embarazo eutópico, llevando posteriormente a una rotura o una interrupción inducida. ⁽¹⁸⁾

Epidemiología:

La prevalencia del embarazo distinto a la implantación normal entre las féminas que acuden a un servicio de emergencia con sangrado vaginal en las 13 primeras semanas, dolor o ambos oscila entre el 6 y el 16 por ciento ⁽¹⁾ Su número de casos se ha triplicado mundialmente en los últimos 20 años y se estima un aumento de su asiduidad alrededor de seis veces, con leve preferencia a disminuir en varios países en los cuales se han empleado medidas para detener la propagación de las enfermedades de transmisión sexual adjunto con un menor uso de dispositivos dentro del útero y un acrecentamiento de contraceptivos hormonales. ⁽¹⁹⁾

- **Incidencia**

La tasa de casos nuevos ha ido en aumento desde el siglo xx, la última investigación realizada en 1990 por The Center for Disease Control se marcó que la incidencia era de 20 de cada 1000 embarazos. Esta creciente incidencia es directamente proporcional a los casos nuevos de la enfermedad inflamatoria pélvica. ⁽⁶⁾

Para poder tomar los datos de embarazo ectópico la paciente debería estar hospitalizada ya que es su tratamiento, pero en la actualidad las hospitalizaciones han disminuido pues las pacientes solo cuentan con atención médica por consultorio y eso significa una alteración en las cifras que refieren la incidencia de los casos de embarazo ectópico. Además, dado que el número de casos nuevos se expresa como el número de embarazos de implantación anómala / 1000 embarazos, el denominador es difícil de determinar con precisión, ya que los fracasos prematuros del embarazo que no resultan en parto o hospitalización a menudo no se cuentan. ⁽⁶⁾

Embarazo ectópico se produce con algunas variaciones estacionales y es más frecuente en junio y diciembre. La razón no está clara; los autores postularon que la reproducción es estacional, depende del fotoperiodo y la temperatura, y varía con diferentes latitudes. Por lo tanto, dependiendo de la disposición de la investigación, el embarazo ectópico puede mostrar diferentes ritmicidades estacionales. Una alteración de la maduración del folículo y el ovocito puede actuar negativamente en el producto reproductivo en el cambio entre dos estados reproductivos estables de alta y baja fecundidad en general. ⁽⁶⁾

- **Mortalidad**

Si bien es cierto en la actualidad la tasa de muertes inducidas por embarazos ectópicos ha ido disminuyendo, de acuerdo a la "Organización Mundial de la Salud" para el 2007 suponía el 5% de muertes maternas relacionada al embarazo en el primer trimestre, aun refiriéndonos en países desarrollados, hoy en día podemos observar que la relación de muertes materna dentro de las primeras 13 semanas del embarazo relacionado a embarazo ectópico es de 1% a 2%. Según la American College of Obstetricians and Gynecologists (2008) el 2% de los embarazos en el primer trimestre en Estados Unidos es ectópico y compone 6% de las muertes ligadas a embarazos. ⁽²¹⁾

Se consideración que la tasa de decesos es 6.8 veces más alta en mujeres afroamericanas que en blancas, y 3.5 veces mayor en mujeres >35 años. ⁽²²⁾

Las causas más usuales de fallecimientos maternos por embarazo de implantación anormal en Estados Unidos son la hemorragia, la infección y los inconvenientes inducida por anestésicos, estas asimismo están asociadas a la probabilidad de muerte de todos los embarazos intrauterinos. De las mujeres que fallecen por hemorragia, 70% no se sometieron a una intervención quirúrgica, la falta de actuación oportuna llevo al 5% de los decesos a pesar de que se había hecho un buen diagnóstico. ⁽²³⁾ De ello además cabe recalcar que en la mayoría de casos de muerte se encontró que la implantación estaba dada en las trompas de Falopio.

Clasificación

Para hablar de la clasificación podemos dividirlo según su momento de implantación que puede ser primaria en la cual la alteración de la gestación comienza desde su sitio de implantación o secundaria que ocurre cuando el embrión se desprende de su sitio original para implantarse en otro lugar, estos son generalmente los abdominales o crónicos. También podemos clasificarlo según su localización, donde debemos saber que el 95% de las presentaciones son en las trompas de Falopio (embarazo tubario) y el otro 5% restante se encuentran en el cérvix, abdomen u ovario, también observamos que se pueden encontrar en las cicatrices de las cesáreas. Otra forma de clasificarlos es según la cantidad donde podemos encontrar embarazos ectópicos multifetales o uno ectópico y otro intrauterino a estos últimos se denomina heterotópico. El embarazo de implantación anormal asimismo puede aparentar otros cuadros a modo de aborto espontáneo, gestación intrauterina no evolutiva, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, e infección. Así, para todo clínico, en la cuestión de tener una prueba de embarazo positiva, el embarazo fuera de útero debería ser continuamente un diagnóstico diferencial. ⁽²⁴⁾

Embarazo tubario:

La importancia de estudiar el embarazo tubario radica en que es la presentación más frecuente, y en mayor frecuencia a la trompa derecha con una relación a la izquierda de 6 a 4 las presentaciones del embarazo ectópico tubario según su orden son:

Ampular (70%): son los que normalmente terminan en aborto tubario.

Ístmico (12%): ocurre rotura tubaria en las primeras semanas.

Fimbria (11%)

Intersticial y cornual (2%): considerados por algunos autores como no tubario, evoluciona a estallamiento, y hemorragia un poco más tardía que la variante ístmica.

Rotura tubaria

La trompa de Falopio solo tiene las capas, mucosa, muscular y serosa, es decir, carece de la capa submucosa, por lo tanto, el cigoto se posa cerca de la capa muscular, y cuando el trofoblasto prolifera invade la capa muscular, aunque en la mitad de los embarazos ampulares la capa muscular se mantiene en un 85%.

Esta proliferación muchas veces puede terminar en una rotura de las trompas de Falopio, esto disminuye con un diagnóstico a tiempo de la hCG B.

Como dato podemos saber que cuando ocurre la rotura tubaria en las primeras semanas, lo más probable es que el embarazo se encuentre en el istmo, sin embargo, cuando el embarazo ocurre en la parte intersticial también sucede rotura tubaria, pero la presentación es más tardía. La rotura casi siempre se da de manera espontánea, sin embargo, en ocasiones puede ser desencadenado en el coito o la exploración manual.

Aborto tubario:

El cigoto se encuentra implantado en la parte distal de la trompa, y carece de vellosidades suficientes que le garanticen un buen desarrollo, por lo tanto, se atrofia y se despega, y es echado por el superficie peritoneal, de la trompa, suele ir acompañado de hemorragia, es un círculo pues al irse desprendiendo la placenta ocurre hemorragia, y con esta se deteriora aún más la placenta, y las membranas de la pared, mientras haya productos habrá aun hemorragia, una salida total ocuparía el fondo de saco de Douglas, formando un hematoma y desapareciendo todos los síntomas, a veces puede terminar en embarazo abdominal. El embarazo ampular es el que comúnmente termina en aborto tubario.

Clínica

El embarazo ectópico tiene en un comienzo presentaciones como un embarazo normal. Puede tener una presentación asintomática. Pero la forma más común de presentación es con sangrado vaginal dentro del primer trimestre.

En caso tener manifestaciones clínicas suele presentarse de 6 a 8 semanas después de la fecha de último periodo menstrual normal, y puede ser aun después si el embarazo ectópico no tiene la presentación en las trompas de Falopio. Puede haber una menor posibilidad de síntomas de embarazo temprano en mujeres con embarazo de implantación anormal debido a que la progesterona, el estradiol y la gonadotropina coriónica humana (hCG) pueden ser menores en el embarazo ectópico que en el embarazo normal. ⁽¹⁶⁾

Si ocurre la ruptura de las trompas o de cualquier otro lugar en el que haya implantado ectópicamente, puede ser potencialmente mortal y los síntomas sugestivos de esta ruptura, Estos encierran dolor predominante en cuadrante inferior del abdomen fuerte o firme o síntomas sugestivos de pérdida de sangre como pérdida de conocimiento, debilidad, etc.

Entonces es necesario considerar el embarazo ectópico en mujeres con edad reproductiva, con sangre que proviene de la vagina y dolor abdominal, además de cumplir las siguientes características:

HCG B sugestivo de embarazo y no tener embarazo intrauterino confirmado.

Estado de embarazo incierto, particularmente si la amenorrea de > 4 semanas precedió al sangrado vaginal actual.

Tener inestabilidad hemodinámica y abdomen agudo que no explique otro diagnóstico.

En cuanto a la hemorragia vaginal no hay un patrón patognomónico, puede ser desde una mancha escasa hasta un sangrado abundante, normalmente en intermitente, pero puede ser con una presentación única o ser continua. Normalmente esta precedido por amenorrea, y puede ser confundida con una menstruación normal, antes de presentar síntomas asociados con embarazo ectópico. Suele ocurrir en mujeres que tienen periodos menstruales irregulares o no se realizan un seguimiento de los ciclos menstruales.

El dolor abdominal normalmente localizada en el área pélvica, puede ser difusa o localizada en los cuadrantes inferiores, en caso de embarazo ectópico abdominal o extravasación de sangre a la parte intraperitoneal, el dolor puede ser en cuadrantes superiores, o referirse hasta el hombro, tampoco existe un tipo de dolor patognomónico, puede ser abrupto o lento, intermitente o continuo, crónico o agudo, no es tipo cólico". La rotura de las trompas puede estar asociada con un comienzo abrupto de dolor intenso, pero la rotura también puede presentarse con dolor leve o intermitente. ⁽¹⁶⁾

Diagnostico

En primer lugar, confirmar embarazo y sugerencia de ser embarazo ectópico.

Se le realiza una buena historia clínica, ver fecha de ultima regla estimar tiempo de edad gestacional, hCG B en sangre: evaluación cuantitativa, el aumento va más lento de lo habitual, aquí se valoran los agentes de riesgo obtenidos, como embarazo ectópico previo, uso actual de un DIU, fertilización in vitro, o si se ha realizado ligadura de trompas. Un estudio francés basado en la población identificó cuatro factores que aumentaron el riesgo de ruptura cuando se sospechaba un embarazo ectópico: nunca haber usado anticoncepción, antecedentes de daño tubárico e infertilidad, inducción de la ovulación y alto nivel de gonadotropina coriónica humana (hCG, por lo menos 10.000 unidades internacionales / L). ⁽¹⁶⁾

tenemos que ver antecedentes de tratamiento y cirugía para así dar la mejor opción de tratamiento por ejemplo el tener precaución con el metrotexato en caso de insuficiencia renal o hepática.

Gonadotropina Coriónica Humana tipo beta que inicialmente se utiliza para diagnosticar embarazo, pero luego es utilizado para seguimiento de embarazo ectópico. Donde se toma una prueba de sangre cada dos días para observar si el aumento de concentración va acorde con la de un embarazo normal, el diagnostico también puede ser dado por una sola muestra de hCG B más una ecografía transvaginal, cuando esta última no muestra evidencia de un embarazo intrauterino, en mujeres que se encuentran en periodo de gestación, la hCG puede detectarse 21 días después del primer día de la última menstruación es decir aproximadamente a los 8 días de la oleada de la hormona luteinizante. La concentración de hCG en un embarazo intrauterino normal (IUP) se eleva de forma curvilínea hasta aproximadamente 41 días de gestación, después de lo cual se eleva más lentamente hasta aproximadamente 10 semanas y luego disminuye hasta alcanzar una meseta en el segundo y tercer trimestre. ⁽¹⁶⁾

En segundo lugar, observar si se encuentra estable hemodinámicamente. Por la posibilidad de que puedan desarrollar una ruptura y hemorragia, en pacientes jóvenes estos signos de inestabilidad ocurren si ha ocurrido una perdida muy elevada de sangre. Aparte las mujeres sospechosas de ruptura del sitio de implantación cursan con dolor repentino, hemorragia uterina rápida, y signos vitales sugestivos de compromiso hemodinámico.

Al examen físico, el útero estará algo agrandado, pero más pequeño que lo normal para la edad gestacional. Este agrandamiento puede ser producido por los cambios endocrinos del embarazo. O alguna patología en el útero. ⁽¹⁶⁾

Si la paciente no se encuentra estable hemodinámicamente se toma una ecografía abdominal, para evaluar rápidamente una hemorragia abdominal, La identificación de la hemorragia intraperitoneal en una mujer en edad reproductiva debe considerarse un posible embarazo ectópico roto hasta que se indique lo contrario. Aparte de debe tomarse hemograma completo para descartar anemia, además de plaquetas y pruebas de coagulación. También es necesario prueba de tipo sanguíneo. Y pruebas de función renal y hepática en caso de ser necesario el tratamiento con metrotexato.

Por último, evaluar la localización del embarazo. Y la prueba más útil es la ecografía transvaginal, debe realizarse en el momento de la presentación con un embarazo ectópico sospechado y puede que tenga que repetirse, dependiendo del nivel de hCG o una sospecha de ruptura.

La ecografía transvaginal sola (sin la medida de hCG) puede excluir o diagnosticar un embarazo ectópico sólo si uno de los siguientes hallazgos está presente:

- Hallazgos diagnósticos de un embarazo intrauterino (es decir, saco gestacional con un saco vitelino o embrión). Sin embargo, en mujeres que concibieron con inducción de la ovulación o fertilización in vitro, un embarazo heterotópico puede rara vez ocurrir.
- Hallazgos diagnósticos de un embarazo en un sitio ectópico distinto al útero (saco gestacional con un saco vitelino o embrión). ⁽¹⁶⁾

La ultrasonografía puede identificar una gestación dentro del útero en un embarazo de 5.5 semanas con casi una exactitud del 100 %. Entre las 4.5 y 5 semanas, el primer marcador en la ultrasonografía de embarazo intraútero es un la presencia de el saco gestacional con un “signo decidual doble” (Doble anillo ecogénico alrededor del saco gestacional).

El saco gestacional aparece alrededor de la 5 y 6 semanas y se mantiene casi hasta finalizar el primer trimestre. El embrión (polo fetal) y la actividad cardíaca pueden identificarse entre las 5.5 y 6 semanas. Se debe descartar la presencia de un pseudosaco, que describe como una colección de fluido dentro de la cavidad endometrial que usualmente está localizado centralmente dentro de la cavidad uterina. ⁽²⁵⁾

Esto puede confundirse con un saco gestacional dentro del útero. Un pseudosaco es efecto de sangrado endometrial procedente del “endometrio decidualizado” en el acontecimiento de una gestación extrauterina. Desafortunadamente, la identificación de un pseudosaco no es valoración de un embarazo ectópico, tiene una tasa alta de falsos positivos, por lo tanto, no puede utilizarse para determinar un posible embarazo ectópico. ⁽²⁵⁾

Factores de riesgo

La primordial causa de un embarazo tubarico es la modificación de la anatomía de tubarica normal que puede ser causada por diversos factores como cirugías, infecciones, anomalías congénitas o tumores, este daño anatómico inicialmente pudo ser por una alteración funcional por una mala actividad ciliar que poder ser dada por diversos factores. ⁽²⁶⁾

Diversos factores pueden desencadenar más adelante un embarazo ectópico, entre ellos tenemos a la enfermedad pélvica inflamatoria que, aunque es muy conocido la vía de trasmisión sexual. Otras posibilidades de transmisión menos frecuentes son vía sanguínea (tuberculosis) y por contigüidad (apendicitis). ⁽²²⁾ Aunque la gravedad puede ser disminuida por el uso de anticonceptivos orales pues, las mujeres que usan anticonceptivos orales parecen desarrollar EPI con tanta frecuencia como otras mujeres, pero la gravedad de la infección es sustancialmente disminuida. ⁽²⁶⁾

Factores Sociodemográficos:

Existen diversas variables sociodemográficas como son la edad, paridad, la ocupación, el estado civil y el inicio temprano de relaciones sexuales para que puedan presentar posteriormente embarazo ectópico que, fueron analizadas en distintos estudios nacionales e internacionales en la cual concluyeron que hay más riesgo cuando encontraron pacientes que conviven en unión libre, trabajadoras independientes y quienes iniciaron vida sexual siendo muy jóvenes, entre otros. ⁽⁷⁾

- **Edad:**

El embarazo ectópico es directamente proporcional a la edad de las gestantes, y es considerada un factor no controlable y puede ser un reflejo de los factores de riesgo acopiados en el tiempo. “En un estudio en una gran red de salud, durante 1997 a 2000, las tasas de embarazo ectópico entre las edades de 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49 años fueron 12.5 por 1000 mujeres, 16.6, 25.3 y 42.5, respectivamente”. ⁽²⁶⁾ Se observó que hay un

aumento de embarazo ectópico de tres a cuatro veces en las mujeres con edades entre 35-44 años en comparación a mujeres con edades de 15-24 años, esto puede ser por la pérdida de la actividad mioeléctrica de la trompa de Falopio responsable de la motilidad de las trompas.⁽²⁷⁾ En otro estudio, encontraron que la edad materna comprendida entre 18-35 años eleva de 5,2 a 6,3 veces el riesgo de un embarazo ectópico frente a las madres menores de 18, las cuales tienen comportamiento de factor protector.⁽²⁸⁾ Aunque en la actualidad son múltiples estudios que no se relacionan con el factor edad pues se presentaron en personas de edad fértil que bien puede deber a que hay mayor probabilidad de quedar embarazada será ectópico o no. ⁽⁸⁾

- **Tabaquismo:**

Existe demostraciones que el cigarrillo podría tener acción “antiestrogénica”, alterar la respuesta inmunitaria, ayudar infecciones a la altura de la pelvis y/o alterar la función de la trompa. ⁽²⁹⁾ El cigarrillo acrecienta el peligro de embarazo fuera del útero de 1,6 a 3,5 veces contrastar con las gestantes que no fuman. Se ha explicado que el fumar cigarrillos origina retardo en la ovulación, alteraciones del movimiento tubárico-uterino y altera la inmunidad de la embarazada. Pero, ninguno de estos mecanismos aun se ha demostrado concluyentemente en el origen de un embarazo ectópico. ⁽²⁹⁾ en otro estudio se observa que fumar cigarrillos en el período periconcepcional se asocia con un aumento dependiente de la dosis en el riesgo de embarazo ectópico. Un historial de tabaquismo se asocia con un aumento de dos a tres veces en el riesgo de embarazo ectópico y el uso actual se asocia con un riesgo de dos a cuatro veces. ⁽²⁶⁾ ya sea por alteración en la eficacia del sistema inmunológico, disminución de la motilidad tubaria y predisposición a procesos pélvicos inflamatorios. ⁽³⁰⁾

- **Inicio de relaciones sexuales:**

Múltiples estudios nos demuestran el inicio de las relaciones coitales siendo menor de edad incrementa el riesgo de embarazo ectópico, hasta dos veces el riesgo. Así señala Jónathan Hernandez reportando que de las pacientes estudiadas el 86.4% iniciaron las relaciones sexuales entre 13 y 16 años. Señala que a menor edad de iniciar las relaciones sexuales hay mayor probabilidad de padecer posteriormente de embarazo ectópico, esto puede deberse a que está relacionado a sufrir contagios de transmisión sexual que dejan efectos tubáricos de manera recurrente. ⁽⁸⁾ Morales Yodarka señala que el coito antes de los 18 años se observa con una prevalencia de 0,40% siendo un factor importante para el desarrollo de embarazo ectópico. ⁽³¹⁾

Factores Ginecoobstétricos:

Embarazo ectópico previo:

El riesgo de repetir el embarazo fuera del útero en mujeres con una gestación ectópica previa es aproximadamente de tres a ocho veces mayor en comparación con otras mujeres embarazadas.⁽³²⁾ Este riesgo está relacionado tanto con el trastorno tubárico subyacente que condujo al embarazo ectópico inicial como a la elección del procedimiento de tratamiento. La historia de salpingostomía para el embarazo ectópico es un factor de riesgo para el embarazo de implantación anormal recurrente.⁽³²⁾

Se ha visto que conservar la trompa de Falopio luego de que la paciente fue intervenida quirúrgicamente por embarazo ectópico incrementa el riesgo de padecer embarazos ectópicos recurrentes, sin embargo, después de la sustracción o la preservación tubárica se han encontrado la misma tasa de incidencia en embarazo intrauterino y de embarazo ectópico, En otro estudio se observó que los números de casos nuevos de embarazo ectópico depende del estado de la trompa contralateral: si esta es normal el riesgo es de un 7 veces, si es anormal un 18 % y si la trompa colateral está ausente el riesgo aumenta a un 25 %. Para finalizar, la mayoría de los autores están de acuerdo en que el antecedente de ectópico previo incrementa el riesgo de recurrencia en 14 a 16 veces.⁽⁸⁾

Enfermedad inflamatoria pélvica y otras infecciones genitales:

infección pélvica especialmente si son recurrentes comúnmente causadas por chlamydia trachomatis y neisseria gonorrhoeae, es una causa importante de la patología de trompas aumentando el riesgo de embarazo ectópico. La infección pélvica puede alterar la función tubárica y también puede causar obstrucción tubárica. Algunos datos sugieren que un historial de infección por clamidia da como resultado la producción de una proteína (PROKR2) que aumenta la probabilidad de que un embarazo se implante en los tubos.⁽²⁴⁾ Esta causa multiplica por siete el riesgo de padecer la enfermedad.⁽³³⁾

La tuberculosis pélvica no se asocia comúnmente con el embarazo fuera de cavidad uterina. La mayoría de las mujeres con tuberculosis pélvica tienen daño tubárico que reduce la concepción espontánea. Incluso con la fertilización in vitro (FIV), la tasa de embarazo es baja y la tasa de aborto espontáneo es alta.⁽²⁶⁾ Morales en su estudio indicó que la enfermedad inflamatoria pélvica fue la que más veces se vio dentro de las afecciones previas con 38,2% de los casos.⁽³¹⁾

La *Chlamydia trachomatis* es un agente patógeno trascendental que origina lesión tubárica que posteriormente puede llevar a un embarazo ectópico tubárico. Además, la mayoría de los casos de salpingitis por Chlamydia son no dolorosos, estos pueden pasar inadvertidos o recibir tratamiento no adecuado. En Estudios se han visto que de cada 100 pacientes con embarazo tubárico de 7 a 30 paciente salió cultivo positivo para Chlamydia demostrando así la relación estrecha entre la infección por Chlamydia y el embarazo ectópico tubárico. La concepción es tubárica con una probabilidad tres veces superior en las mujeres con un título mayor de 1:64 contra Chlamydia trachomatis que en las mujeres cuyo título resulte negativo¹.⁽⁸⁾

Infertilidad:

la incidencia de embarazo de implantación anormal es aproximadamente de dos a tres veces mayor en mujeres con infertilidad, aunque esto podría reflejar la mayor incidencia de anomalías tubáricas en este grupo de mujeres, que también puede ser una etiología de infertilidad.⁽²⁶⁾ En aquellas pacientes que iniciaron un tratamiento de fertilidad aun aumentado en la incidencia de embarazo ectópico, esto se debe a principalmente tres causas: Primero, el uso de determinada medicación utilizada como la progesterona y el Citrato de Clomifeno, pueden alterar el adecuado movimiento de los gametos y embriones a través de la trompa de falopio.⁽³⁴⁾

luego, las pacientes que asisten a realizarse terapia para combatir la fertilidad suelen presentar alguna de las patologías anteriormente mencionadas. Por último, los embriones generados mediante reproducción asistida presentan un mayor potencial de implantación, especialmente con la tendencia creciente a la transferencia en el estadio de blastocisto.⁽³⁴⁾

Métodos anticonceptivos:

Las mujeres que usan anticoncepción hormonal o un dispositivo intrauterino (DIU) tienen muy poco riesgo de concebir cualquier embarazo, ya sea dentro del útero o fuera de él. Sin embargo, si desconfían, la posibilidad de un embarazo fuera del útero es generalmente mayor que en las mujeres que no usan contraceptivo.⁽²⁶⁾ El fallo de determinados métodos anticonceptivos como los preparados con gestágenos, la píldora poscoital y el dispositivo intrauterino (DIU), conduce a un aumento de las probabilidades de padecer un embarazo ectópico.⁽³⁴⁾

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

Este cuerpo extraño situado dentro del útero puede llevar a una hinchazón local en el endometrio, pudiendo llegar a extenderse a órganos contiguos originando así cambios en su forma, además este dispositivo está asociado a infecciones cervicovaginales. Se describe que mantener este dispositivo más de dos años aumenta 2.6 veces de padecer de embarazo ectópico posteriormente. Existe una mayor asociación de embarazo ectópico con los DIU liberadores de progesterona que con otros tipos de DIU.

Si bien es cierto utilizar el DIU es muy eficaz y disminuya el embarazo tanto intrauterino como extrauterino; en efecto la posibilidad de embarazo de implantación anormal en mujeres que utilizan DIU es una décima parte de las mujeres que no usan ninguna forma de planificación, sin embargo, si una mujer queda embarazada utilizando este dispositivo, existe una probabilidad muy alta de que sea ectópico. Se ha identificado que los dispositivos con progesterona aumentan el riesgo, respecto a los de cobre. ⁽⁷⁾

Factores quirúrgicos:

Entre ellas tenemos cirugías pélvicas previas como: salpingectomías, salpingoplastias, cesáreas, apendicetomías etc. ⁽³³⁾ Esto se debe a que posteriormente a cada cirugía se producen adherencias. Llevando a anomalías en la implantación.

En Perú, en un trabajo realizado en el Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé El 28,2% demostró antecedente quirúrgico de legrado uterino, 39,1% habían sido operadas de cirugía pélvica anteriormente, cesárea en 13% y menos frecuentes la apendicitis o laparotomía. ⁽¹⁹⁾

Antecedente de Aborto más legrado uterino:

Al realizar un frotado en el legrado uterino o una aspiración manual endouterina puede existir una reacción inflamatoria local en el endometrio, ya sea por hecho físico o por colonización de gérmenes, esta infección puede extenderse y llegar hasta la trompa provocando cambios anatomofisiológicos a ese nivel, con la posterior enfermedad pélvica inflamatoria, que puede llegar a infertilidad o un embarazo ectópico. Es por eso que también el aborto inducido uno de los factores más importantes en la aparición de un embarazo fuera de la cavidad uterina más adelante. ⁽³⁷⁾ Jónathan Hernández en su estudio observó que abortos inducidos por esta técnica tuvieron tres a cuatro veces más riesgo de producir un embarazo ectópico posteriormente. ⁽⁸⁾

Cirugía pélvica:

Se considera a la cirugía tubárica como uno de los principales factores de riesgo para un embarazo fuera del útero pues, por la complicación anatómica de la trompa de Falopio que pueden ser causadas debido a complicaciones como una cirugía incorrecta, infección, o alguna malformación congénita. Esto se debe a que la alteración anatómica puede producir una mala actividad ciliar tubárica. ⁽³⁶⁾

En un estudio realizado por Diana Duran se observa un número significativo de antecedentes de cirugía pélvica previa en un 37 %. De los cuales se dividen en ooforectomía de ovario, laparoscopia, ooforectomía unilateral y otras cirugías pélvicas. ⁽³⁸⁾ Otros estudios muestran que las cirugías pélvicas más significativas para embarazo ectópico son las cesáreas como antecedentes. ⁽⁹⁾

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Implantación: Proceso en el cual el embrión en fase de blastocisto se une al endometrio que es parte interna del útero mediante una comunicación molecular, en la cual se realizan tres etapas que son aposición, adhesión e invasión. Dura aproximadamente diez días después de la evolución. ⁽³⁷⁾

Muerte Materna: Definida por la OMS como cese de vida a una mujer durante la gestación o 42 días después del parto, de manera independiente de la duración del embarazo o el sitio de la implantación y debido a una causa relacionada al embarazo, o su atención, se excluyen causas accidentales o incidentales. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas. ⁽²⁾

Gonadotropina Coriónica Humana: es una hormona glicoproteica, con una masa molar de 39,5 kDa, sintetizada por el tejido trofoblástico y por algunas células malignas. Estas hormonas gonadotrópicas, entre las que se encuentran la hormona luteinizante, la hormona folículo estimulante, la hCG, y la tirotrópica u hormona estimulante del tiroides, constituyen un grupo de heterodiméricas formadas por dos subunidades asociadas no covalentemente, la subunidad alfa y la subunidad beta. ⁽³⁸⁾

Infertilidad: Está definido como la incapacidad de la pareja de llevar a cabo un embarazo tras un periodo de 12 meses de relaciones coitales constantes sin utilizar ningún método anticonceptivo. La infertilidad afecta tanto al miembro femenino como masculino parte de la pareja. Los problemas en los

hombres son la causa, ya sea única o contribuyente de la infertilidad de un 50 por ciento de todas las parejas infértiles. Cerca de un tercio de las parejas no fértiles tienen más de una causa o factor relacionado con su incapacidad de concebir. ⁽³⁹⁾

Terapia de reproducción asistida: son métodos utilizados para tratar trastornos de fertilidad, en la cual se utiliza procedimientos con acción directa a los gametos, es decir, ovocitos y espermatozoides y así poder favorecer a la fecundación y poder depositar e implantar al embrión en la cavidad uterina. ⁽³⁹⁾

Dispositivo intrauterino: Existen dos tipos de dispositivos intrauterinos, el de cobre y de liberación prolongada de levonorgestrel. El DIU de cobre T380A consiste en una pieza de polietileno con forma de T, altamente efectivo con una duración de aproximadamente 10 años de colocación intrauterina, posee una cuerda que llega hasta la parte superior de la vagina la cual es necesaria para su extracción y hacer revisiones continuas para verificar que se encuentra en una posición correcta. ⁽⁴⁰⁾

Enfermedad pélvica inflamatoria: Son desordenes inflamatorios en el tracto genital superior causados por el ascenso de patógenos provenientes de la vagina y cuello uterino en la que podemos encontrar endometritis, salpingitis, abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis. Aunque su incidencia es un tanto difícil de precisar podemos decir que son infecciones frecuentes que podemos encontrar en mujeres de edad fértil. ⁽⁸⁾

Chlamydia trachomatis: Bacteria intracelular pequeña, su ciclo vital ocurre dentro de las células. Existen 18 serotipos, de los cuales el serotipo D y serotipo K son los responsables de las infecciones de transmisión sexual y de infecciones neonatales. Tiene un ciclo celular muy peculiar, además tiene facilidad de convertirse, estando dentro de las células huésped, de una bacteria en reposo a su forma infecciosa en replicación. ⁽⁴¹⁾

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

- H1: Si existen factores de riesgo para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.

- H0: No existen factores de riesgo para para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.

2.4.2 ESPECÍFICA

- H1: Si existe factores de riesgo sociodemográficos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.
- H0: No existe factores de riesgo sociodemográficos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.
- H1: Si existe factores de riesgo ginecoobstetricos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.
- H0: No existe factores de riesgo ginecoobstetricos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.
- H1: Si existe factores de riesgo quirúrgicos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.
- H0: No Si existe factores de riesgo quirúrgicos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.

2.5 VARIABLES

Variable independiente: factores de riesgo

Factores sociodemográficos:

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Nivel socioeconómico
- Estado laboral

- Consumo de sustancias nocivas
- Raza

Factores ginecoobstetricos:

- Pariedad.
- Gestaciones.
- Uso de técnicas de reproducción asistida.
- Embarazo ectópico previo
- Inicio de relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Antecedente de enfermedades de trasmisión sexual.
- Uso de métodos anticonceptivos.

Factores quirúrgicos:

- Antecedentes de cirugía abdominal
- Cesárea
- Legrado intrauterino
- Otra de cirugía pélvica

Variable dependiente: embarazo ectópico.

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Embarazo ectópico: Operacionalmente se define por su localización, puede ser tubárico, ovárico, cervical o abdominal.

Factores de riesgo: Está definido como factores sociodemográficos, factores ginecoobstetricos y factores quirúrgicos.

Paridad: Número de partos previos al embarazo actual. Clasificados operacionalmente como nulípara, primípara o multípara.

Gestación: Número de embarazos incluyendo el actual, lo vemos cómo primigesta o multigesta.

Inicio de relaciones sexuales: Clasificado operacionalmente como el momento en que iniciaron la actividad coital, menores de 18 años y mayores de 18 años.

Grado De Instrucción: Se refiere a la categoría de estudios realizados de una persona en educación formal. Los cuales son: inicial, primaria, secundaria.

Edad: Se define de manera operacional como menores de 18 años, entre 18 y 35 años y mayores de 35 años.

Nivel socioeconómico: se define como pobre y no pobre, observándose las características del lugar donde vive en la cual se observa “su inserción social y económica”.

Estado civil: Está definido como soltera, casada, conviviente, divorciada o viuda. En la cual se ve la situación legal con la pareja si es que lo tuviera o no.

Antecedente de embarazo ectópico: Es decir que cuente con historia de haber presentado anteriormente implantación en un lugar distinto al del endometrio.

Cirugía tubárica previa: se define como antecedente de una cirugía a nivel de las trompas de Falopio.

Hábitos nocivos: Se ve operacionalmente como fumador, alcohólico, ningún hábito u otros hábitos.

Número de compañeros sexuales: Número de parejas con las que realizó actividad coital hasta el momento de la evaluación, que pueden ser 1 solo o más de dos.

Enfermedad de transmisión sexual: si anteriormente la paciente ha tenido alguna “enfermedad de transmisión sexual”, que puede ser EPI, VIH, Sifilis, VPH, entre otras.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO:

Diseño de la investigación es cuantitativo porque emplea datos e información que pueden ser cambiadas de manera numérica, que se pueda medir, además utiliza el método estadístico para el análisis de datos.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio Observacional, pues no hay intervención ni modificación de las variables por parte del investigador; llamado retrospectivo, porque los datos son recogidos de la historia clínica es decir datos pasados en el cual los hechos ya ocurrieron, además es transversal pues la enfermedad y sus factores son estudiadas en un momento determinado, también es analítico pues busca determinar los vínculos entre la variable embarazo ectópico y la variable factores de riesgo, además, es de caso control pues comparó un grupo de pacientes que presentaban la enfermedad (casos) con pacientes que no presentaban la enfermedad (controles).

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

El estudio es de nivel explicativo, pues se da a conocer factores que dan inicio o condicionan la naturaleza de la enfermedad.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

El estudio incluye una población de 109 mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernales con diagnóstico de gestación ectópica, durante un periodo de tiempo que abarca desde enero del 2017 a diciembre de 2019 y 109 pacientes gestantes atendidas en el servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernales durante un periodo de tiempo que abarca desde enero del 2017 a diciembre de 2019.

Muestra:

La muestra fue el total de número de casos de mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernales con diagnóstico de embarazo ectópico, durante un periodo de tiempo que abarca desde enero del 2017 a diciembre de 2019, y el mismo numero de pacientes sin el diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernales, durante un periodo de tiempo que abarca desde enero del 2017 a diciembre de 2019.

Criterios de Inclusión**Casos:**

- Gestantes con diagnostico de embarazo ectópico.
- Gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Sergio E. Bernales.
- Gestantes de las cuales su historia clínica permita evaluar de forma clara las variables de estudio.

Controles:

- Gestantes sin diagnostico de embarazo ectópico.
- Gestantes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Sergio E. Bernales.
- Gestantes de las cuales su historia clínica permita evaluar de forma clara las variables de estudio.

Criterios de Exclusión**Casos y Controles:**

- Gestantes de las cuales su historia clínica no tenga la información necesaria que permita evaluar de forma clara las variables de estudio.

3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utiliza como técnica el análisis documental y como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos.

La información se brinda desde las historias clínicas que fueron recolectadas del centro de archivos del hospital Sergio E. Bernal de las pacientes que acudieron a este hospital entre el año 2017 al 2019 y fueron diagnosticadas con embarazo ectópico donde, se hace una revisión para observar que dichas historias contengan las variables que están plasmadas en la investigación, para ello, se emplea una ficha de recolección de datos previamente aprobada por especialistas, y así, poder utilizarlo en factores de riesgo para embarazo ectópico. No es necesario utilizar hoja de consentimiento informado pues los datos son recolectados de la historia clínica manteniendo su confidencialidad.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para esta investigación se cuenta con el permiso del área de docencia e investigación previa solicitud aprobada, también con el permiso al área de ginecoobstetricia donde se procede a la búsqueda de números de historias clínicas pues, para la información de esta investigación se utiliza como única fuente de datos a la historia clínica, toda la información se recolecta con una hoja de recolección de datos que tiene como parámetros, factores de riesgo sociodemográficos, factores de riesgo ginecoobstetricos, factores de riesgo quirúrgicos.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las variables de interés encontradas son llevadas de forma virtual y se procesan en tablas de SPSS y gráficos del Excel 2016 según corresponda, y posteriormente es analizado de manera estadística. Para este análisis se presenta porcentajes y frecuencias, de acuerdo, a variables cualitativas y variables cuantitativas de tendencia de control (media, mediana y moda). Además se realizó un análisis inferencial para cada variable utilizando el programa SPSS, y se realizó un cruce de estas variables con la prueba no paramétrica de Chi² para la asociación con valor $p < 0.05$ y el Odds ratio con un intervalo de confianza de 95% para calcular el riesgo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se rige a los principios de la bioética como “la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (última revisión año 2000)”, en la cual nos indica que nuestro deber al momento de realizar una investigación debemos proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación, entre otras pautas éticas para la investigación.

Además, el proyecto de investigación fue presentado al comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista y se pidió autorización al Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para poder aplicar el instrumento y así realizar esta investigación.

Esta investigación no supone ningún riesgo ni beneficio para las pacientes que formaron parte del estudio, sino que es beneficioso para las pacientes atendidas posteriormente a la investigación por la información obtenida en cuanto a la relación de las variables del estudio.

Todo el estudio fue tomado de las historias clínicas de las pacientes con confidencialidad respectiva de los datos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO

TABLA N° 1. PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS FACTORES DE RIESGO

| FACTORES DE RIESGO | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | p-valor | OR |
|--|-------------------|-------|----|-------|---------|-------|
| | SI | % | NO | % | | |
| EDAD 18 – 35 AÑOS | 87 | 79,8% | 74 | 67,9% | 0,22 | 1,95 |
| ESTADO CIVIL CONVIVIENTE | 90 | 82,6% | 70 | 64,2% | 0,002 | 2,639 |
| ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO | 41 | 37,6% | 19 | 14,7% | 0,000 | 3,505 |
| INICIO DE RELACIÓN SEXUAL <18 AÑOS | 104 | 95,4% | 79 | 72,5% | 0,000 | 7,899 |
| ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL | 42 | 38,5% | 25 | 22,9% | 0,013 | 2,106 |
| LEGRADO UTERINO | 39 | 35,8% | 21 | 19,3% | 0,006 | 2,335 |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

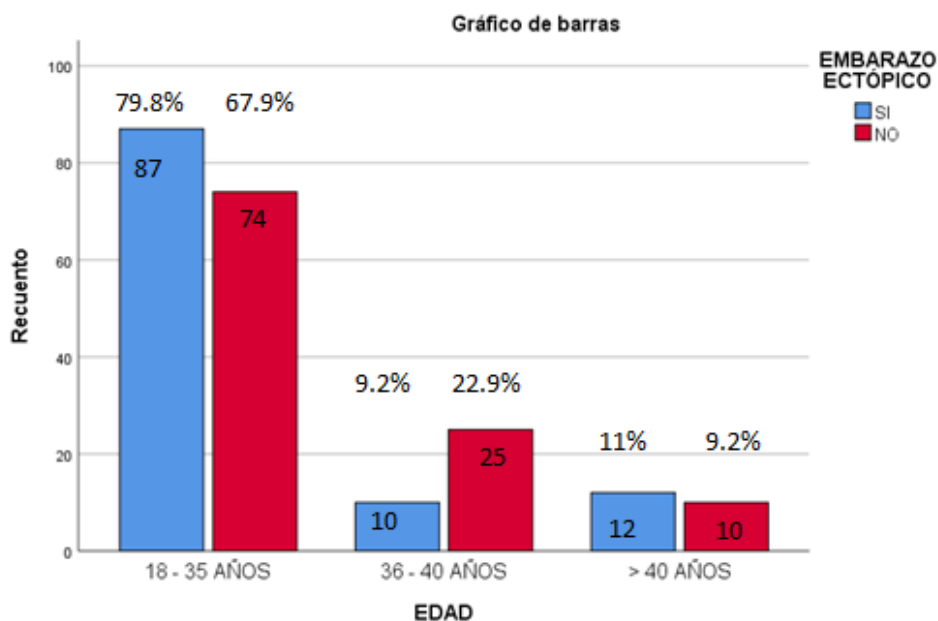
Interpretración: Tabla n° 1, observamos la relación de factores de riesgo de embarazo ectópico, en este análisis estadístico se evidencia que la edad de 18 a 35 años, estado civil conviviente, antecedente de embarazo ectópico, iniciar las relaciones sexuales teniendo menos de 18 años, haber sufrido de alguna enfermedad de transmisión sexual y haberse realizado legrado uterino son factores de riesgo para padecer de embarazo ectópico con un valor de $p < 0.05$ y $OR > 1$ además, corrobora significancia estadística.

TABLA N° 2. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|---------------------|--------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| EDAD DE LA GESTANTE | 18 – 35 AÑOS | 87 | 79,8 % | 74 | 67,9 % | 161 | 7,66 | 0,22 | 1,95 | 1,054 | 3,607 |
| | 36 – 40 AÑOS | 10 | 9,2 % | 25 | 22,9 % | 35 | | | | | |
| | >40 AÑOS | 12 | 11 % | 10 | 9,2 % | 22 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 1. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

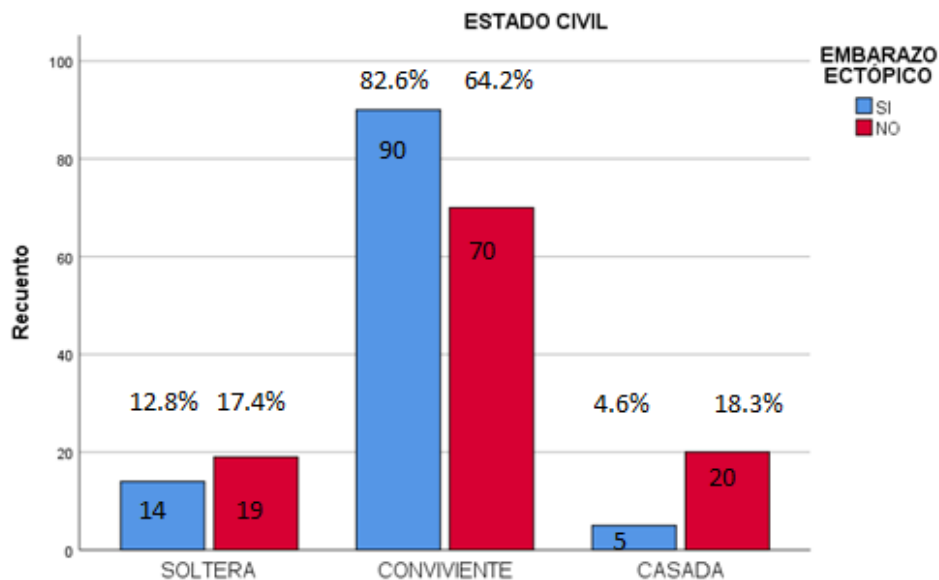
Interpretación: Gráfico n°1, tabla n° 2; con respecto a la variable edad observamos que las gestantes entre 18 y 35 años son 161 de las cuales 87 si presentan embarazo ectópico que significa el 79,8% de estas y 74 no presentaron embarazo ectópico (67,9% de estas últimas), en el grupo de 36 a 40 años de un total de 35 pacientes 10 si padecían de embarazo ectópico (9,2%) y 25 no padecían de embarazo ectópico 35%, y del grupo de mayores de 40 años, de un total de 22 pacientes, 12 padecían de embarazo ectópico (11% del total de pacientes con embarazo ectópico), y 10 no presentaron embarazo ectópico (9,2% del total de pacientes sin embarazo ectópico). Además, del análisis estadístico se obtuvo un χ^2 de 7,66 y un valor de $p= 0,22$ lo cual corrobora que hay relación y confirma que no hay significancia estadística, y nos da como resultado un Odds ratio de 1,95 el cual nos dice que la edad es un factor de riesgo para gestación ectópica.

TABLA N° 3. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO CIVIL.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | χ^2 | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|--------------|-------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| ESTADO CIVIL | SOLTERA | 14 | 12,8 % | 19 | 17,4 % | 33 | 12,258 | 0,002 | 2,639 | 1,404 | 4,980 |
| | CONVIVIENTE | 90 | 82,6 | 70 | 64,2 % | 106 | | | | | |
| | CASADA | 5 | 4,6 % | 20 | 18,3 % | 25 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 2. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO CIVIL.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

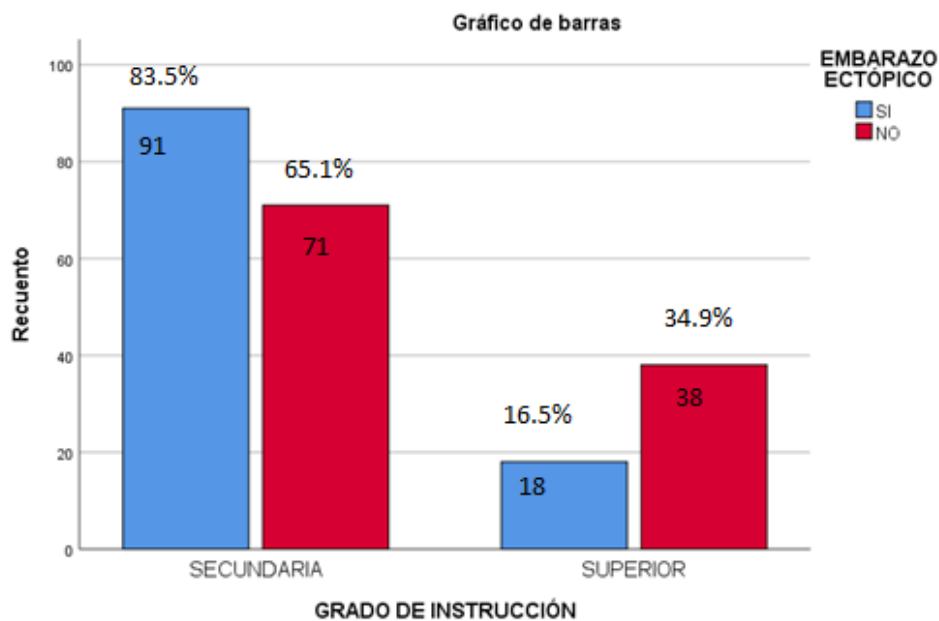
Interpretación: Gráfico n°2, Tabla n° 3; Con respecto a la variable estado civil se observa que, de 218 gestantes, 33 son solteras, y de ellas 14 (12,8%) si presentan diagnóstico de embarazo ectópico, y 19 (17,4%) no obtuvieron diagnóstico de embarazo ectópico, se ve también que 106 pacientes son convivientes de las cuales 90 padecen de embarazo ectópico que sería el 82,6% del total de estas y 70 no tienen diagnóstico de embarazo ectópico ocupando el 64,2% de las mismas. De los 25 que presentaron estado civil casada 5 (4,6%) si tenían diagnóstico de embarazo ectópico y 20 (18,3%) no tenían este diagnóstico. Se determina el análisis estadístico donde se tiene un Chi2 de 12,285 con un valor de $p=0,002$ lo cual corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística, además, se obtiene un Odds ratio de 2,639 el que nos dice que el estado civil es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 4. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|----------------------|------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | SECUNDARIA | 91 | 83,5 % | 71 | 65,1 % | 162 | 9,612 | 0,002 | 2,706 | 1,425 | 5,136 |
| | SUPERIOR | 18 | 16,5 % | 38 | 34,9 % | 56 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 3. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU GRADO DE INSTRUCCIÓN.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

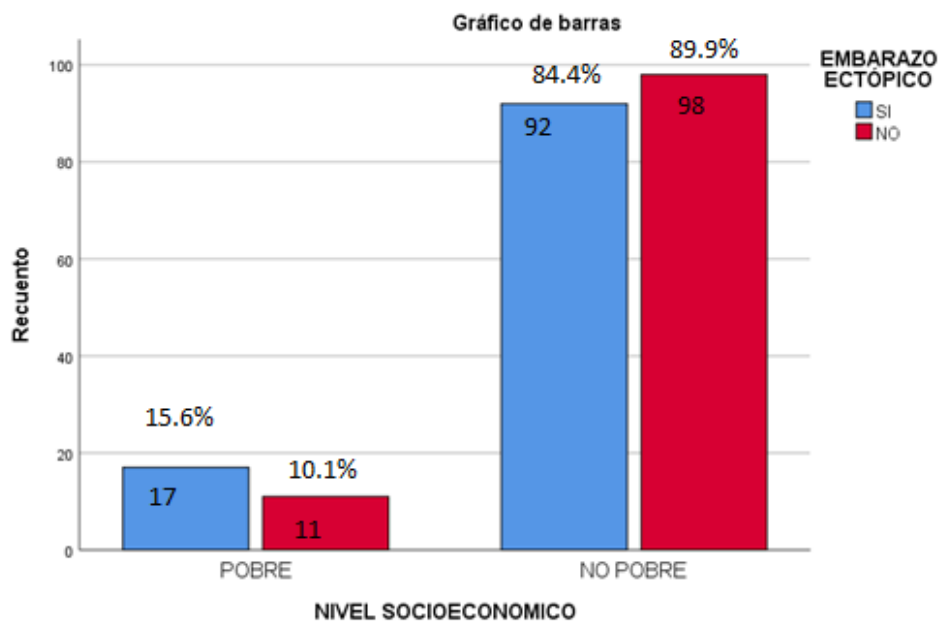
Interpretación: Gráfico n°3, Tabla n° 4; En cuanto a la variable grado de instrucción se observa que del total de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 91 (83.5%) estudiaron hasta secundaria, y que 18 de ella (16,5%) llegó a nivel superior, en cuanto a las que no tenían diagnóstico de embarazo ectópico de las 109, 71 (65,1%) estudió hasta nivel secundario y 38 (34,9%) hasta grado superior. Asimismo, del análisis estadístico se obtuvo Chi2 con un valor de 9,612 y valor de $p=0,002$ lo que corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística, además se tiene un Odds ratio de 2,706 se concluye que el grado de instrucción es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 5. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|----------------------|----------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| NIVEL SOCIOECONOMICO | POBRE | 17 | 15,6 % | 11 | 10,1 % | 28 | 1,475 | 0,225 | 1,646 | 0,732 | 3,701 |
| | NO POBRE | 92 | 84,4 % | 98 | 89,9 % | 190 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 4. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NIVEL SOCIOECONÓMICO.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

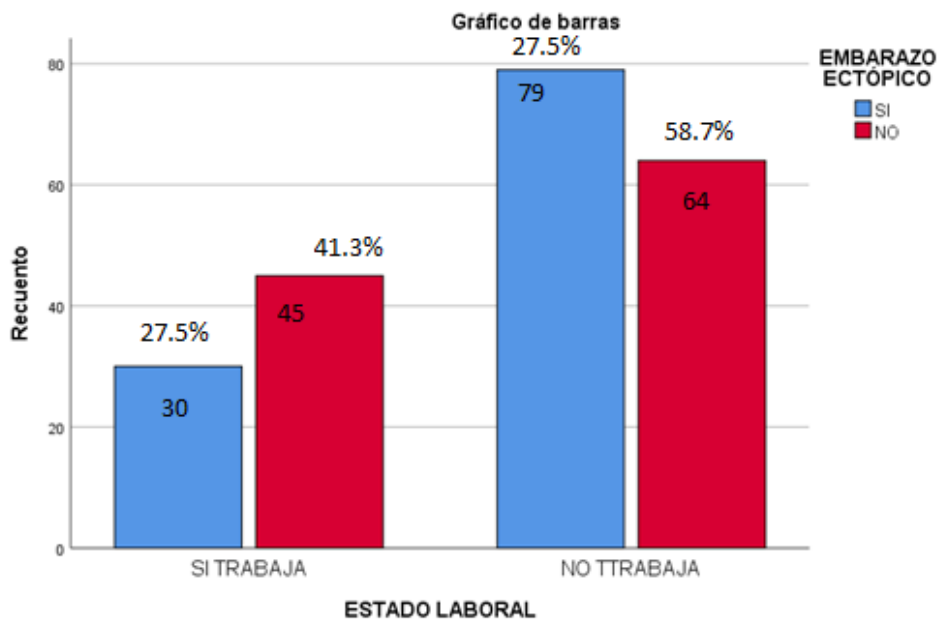
Interpretación: Grafico n° 4, Tabla n° 5; Con la variable nivel socioeconómico de las 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 17 (15,6%) estaban en condición de pobre y 92 de ellas (84,4%) con condición de no pobre, y de las 109 pacientes que no contaban con diagnóstico de embarazo ectópico 11 de ellas (10,1%) eran pobres y 98 (89,9%) se encontraban como no pobres, también, se determina el análisis estadístico y se obtiene un Chi2 con un valor de 1,475 con un valor de $p=0,292$ lo cual corrobora que no hay relación y confirma que no hay significancia estadística, además, se ve un Odds ratio de 1,646 lo cual indica que el nivel socioeconómico es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 6. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO LABORAL.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|----------------|------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| ESTADO LABORAL | SI TRABAJA | 30 | 27,5 % | 45 | 41,3 % | 75 | 4,573 | 0,032 | 0,540 | 0,306 | 0,953 |
| | NO TRABAJA | 79 | 27,5 % | 64 | 58,7 % | 143 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRÁFICO N° 5. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ESTADO LABORAL.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

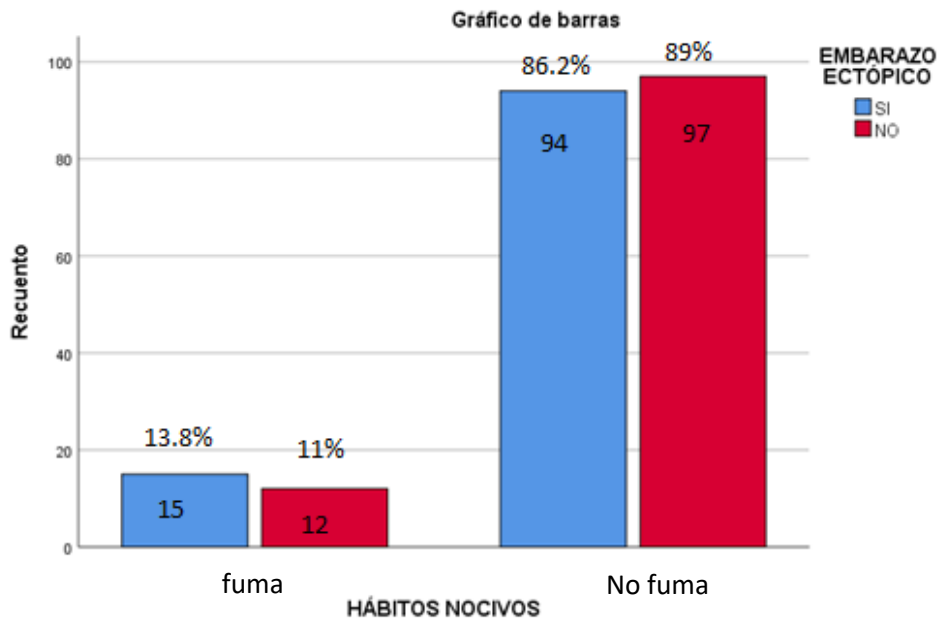
Interpretación: Grafico n° 5, Tabla n° 6, En cuanto a la variable estado laboral, vemos que de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 30 de ellas (27,5%) si trabaja y las otras 79 pacientes (72,5%) no trabajan, mientras que de las 109 pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 45 (41,3%) si trabajan, mientras que 64 (58,7%) no trabajan, Asimismo, se determina el análisis estadístico donde Chi2 es 4,537 y el valor de p=0,032, lo cual corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística; además se obtiene una Odds ratio de 0,540 concluyendo que el estado laboral no es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 7. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-----------------|---------|-------------------|--------|-----|------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| HÁBITOS NOCIVOS | FUMA | 15 | 13,8 % | 12 | 11 % | 27 | 0,380 | 0,537 | 1,290 | 1,574 | 2,901 |
| | NO FUMA | 94 | 86,2 % | 97 | 89 % | 191 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 6. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

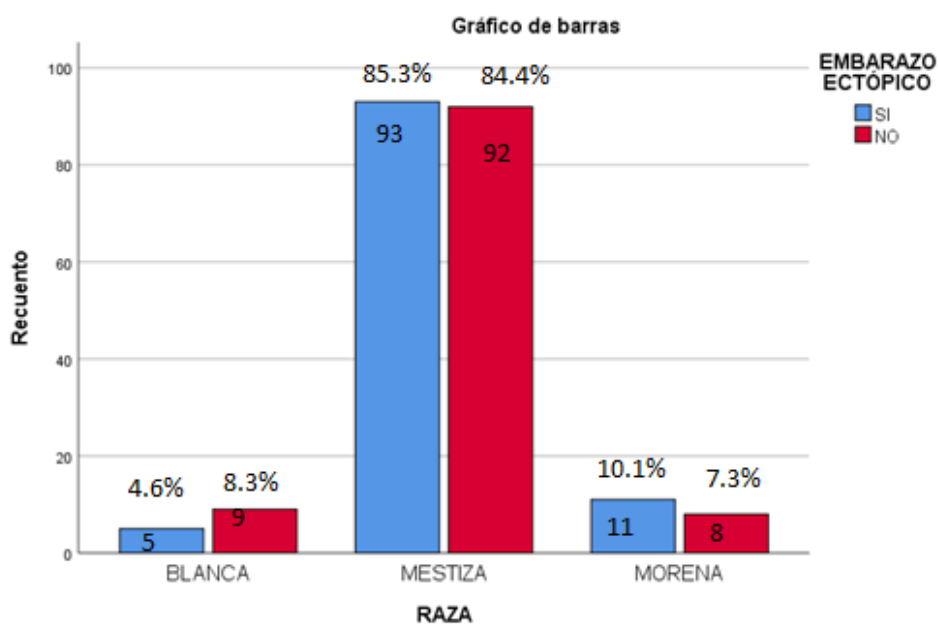
Interpretación: Gráfico n° 6, Tabla n° 7; En la variable hábitos nocivos se obtiene que de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 15 de ellas fuma (13,8%) y 94 (86,2%) no fuman, de las 109 pacientes que no tuvieron diagnóstico de embarazo ectópico 12 de ellas (11%) si fuman, mientras que 97 (89%) no fuman; además de realiza el análisis estadístico donde se obtuvo χ^2 con valor de 0,380 con un valor de $p=0,537$ lo cual corrobora que no hay relación y confirma que no hay significancia estadística, se comprueba una Odds ratio de 1,290, concluyendo que el hábito nocivo de fumar es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 8. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU RAZA.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-------|---------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| RAZA | BLANCA | 5 | 4,6 % | 9 | 8,3 % | 14 | 1,622 | 0,444 | 1,074 | 0,512 | 2,253 |
| | MESTIZA | 93 | 85,3 % | 92 | 84,4 % | 185 | | | | | |
| | MORENA | 11 | 10,1 % | 8 | 7,3 % | 19 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 7. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU RAZA.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Interpretación: Grafico n° 7, Tabla n° 8, En la variable raza se obtiene que de las 109 pacientes que si presentan diagnóstico de embarazo ectópico 5 (4,6%) era de raza blanca, mientras 93 (85,3%) eran de raza mestiza, por otro lado, 11 (10,1%) eran de raza morena. Además, se determina el análisis estadístico donde se obtuvo chi2 con un valor de 1,622 con un valor p=0,444 lo cual corrobora que no hay relación y confirma que no hay significancia estadística; también se comprueba una Odds ratio de 1,074 lo que nos dice que la raza es un factor de riesgo para para embarazo ectópico.

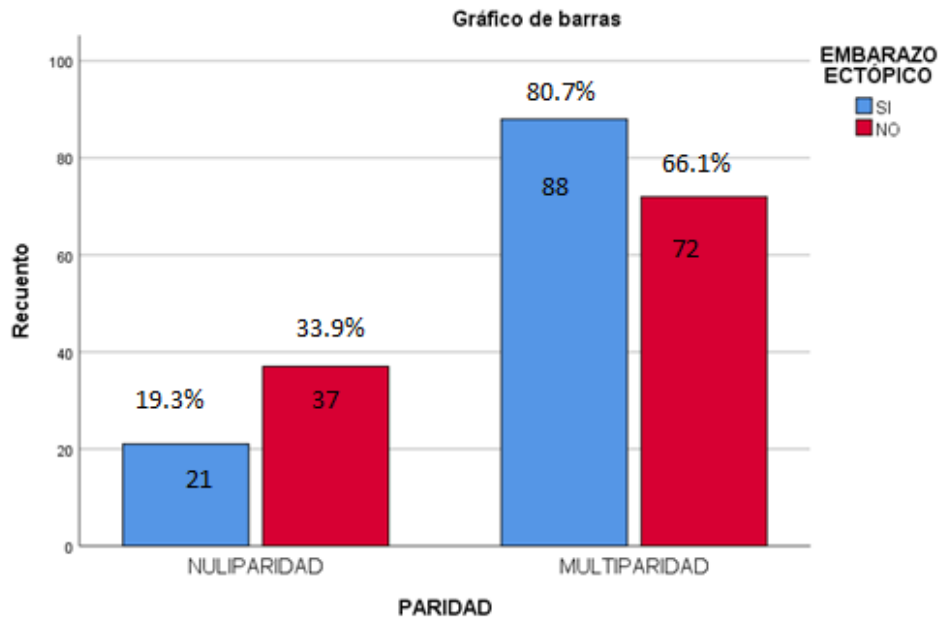
FACTORES GINECOOBSTETRICOS

TABLA N° 9. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PARIDAD.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|---------|--------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| PARIDAD | NULIPARIDAD | 21 | 19,3 % | 37 | 33,9 % | 58 | 6,014 | 0,014 | 0,464 | 0,250 | 0,863 |
| | MULTIPARIDAD | 88 | 80,7 % | 72 | 66,1 % | 160 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N°8. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PARIDAD.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

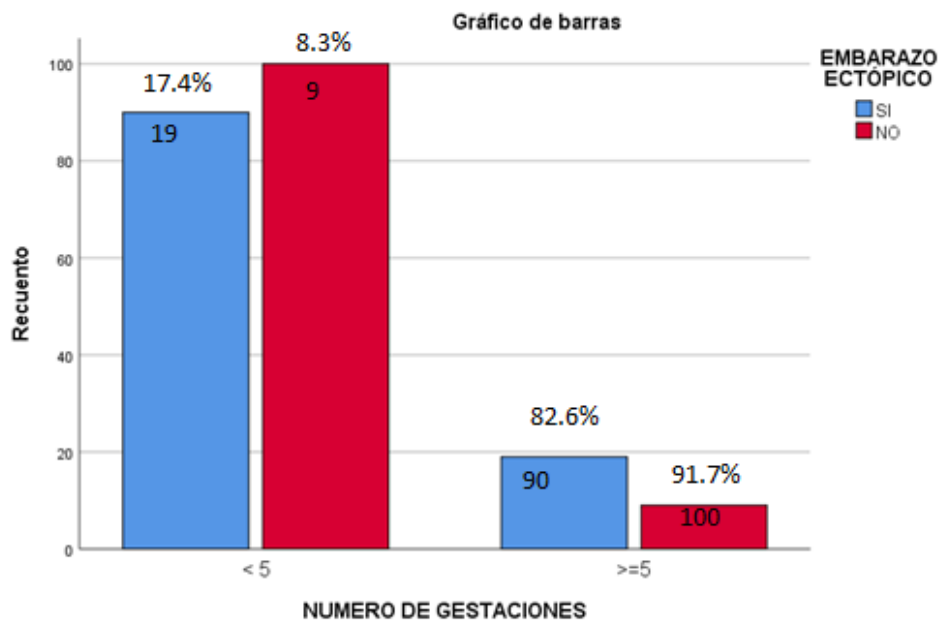
Interpretación: Grafico n° 8, Tabla n°9; En la variable paridad, de las 109 con diagnóstico de embarazo ectópico se observa que 21 de ellas (19,3%) era nulípara mientras que 88 (80,7%) eran multíparas, en cuanto a las 109 pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 37 (33,9%) eran nulíparas y 72 (66,1%) eran multíparas, además, se determina el análisis estadístico donde se obtiene χ^2 de 6,014 con un valor de $p=0,014$, lo que corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística; asimismo, da como resultado un Odds ratio de 0,464 lo que indica que la paridad no es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 10. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NÚMERO DE GESTACIONES.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-------------|------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| GESTACIONES | PRIMIGESTA | 19 | 17,4 % | 9 | 8,3 % | 28 | 4,098 | 0,043 | 0,426 | 0,184 | 0,990 |
| | MULTIGESTA | 90 | 82,6 % | 100 | 91,7 % | 190 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 9. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NÚMERO DE GESTACIONES.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

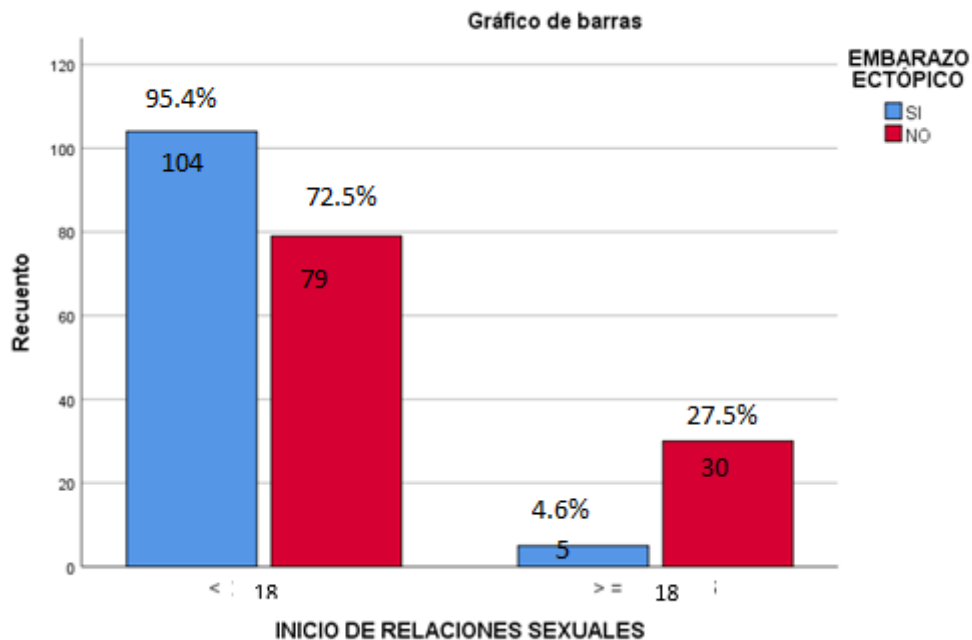
Interpretación: Grafico n° 9, Tabla n° 10; De las 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 19 (17,4%) eran primigestas, mientras que 90 (82,6%) eran multigestas; en cuanto a las pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico se observa que 9 (8,3%) eran primigestas, mientras que 100 (91,7%) eran multigestas; también, se obtiene el análisis estadístico donde da como resultado un χ^2 de 4,098 con un valor de $p=0,043$, lo cual corrobora que no hay relación y nos dice que hay significancia estadística, además de tiene un Odds ratio de 0,426 no que los dice que el número de gestaciones no es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 11. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD DE INICIO EN RELACIONES SEXUALES.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | χ^2 | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-------------------------------|------------|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------|---------|-------|-------------------------------|--------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| INICIO DE RELACIONES SEXUALES | <18 AÑOS | 104 | 95,4 % | 79 | 72,5 % | 183 | 21,272 | 0,001 | 7,899 | 2,932 | 21,277 |
| | >= 18 AÑOS | 5 | 4,6 % | 30 | 27,5 % | 35 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 10. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU EDAD DE INICIO EN RELACIONES SEXUALES.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

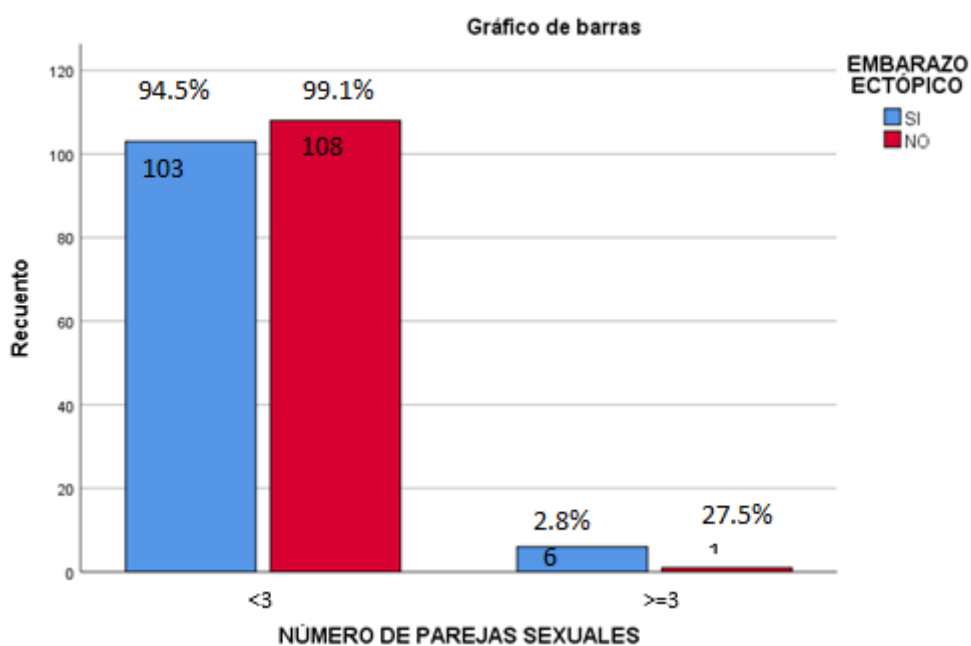
Interpretación: Grafico n° 10, Tabla n° 11; De 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 104 (95,4%) tuvieron un inicio de relaciones sexuales siendo menores de 18 años, mientras que solo 5 (4,6%) iniciaron las relaciones sexuales siendo mayor de edad, mientras que de las pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 79 (72,5%) iniciaron las relaciones sexuales siendo menor de edad, mientras que 30 (27,5%) iniciaron relaciones sexuales con más de 18 años. Se determinó el análisis estadístico donde se obtuvo un χ^2 de 21,272 con un valor $p=0,000$, además se comprueba un Odds ratio de 7,899 lo cual concluye que el inicio de relaciones sexuales si es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 12. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|------------------|------|-------------------|--------|-----|------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| PAREJAS SEXUALES | <3 | 103 | 94,5 % | 108 | 99 % | 211 | 3,690 | 0,055 | 1,159 | 1,019 | 1,343 |
| | >= 3 | 6 | 2,8 % | 1 | 1 % | 7 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

GRAFICO N° 11. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

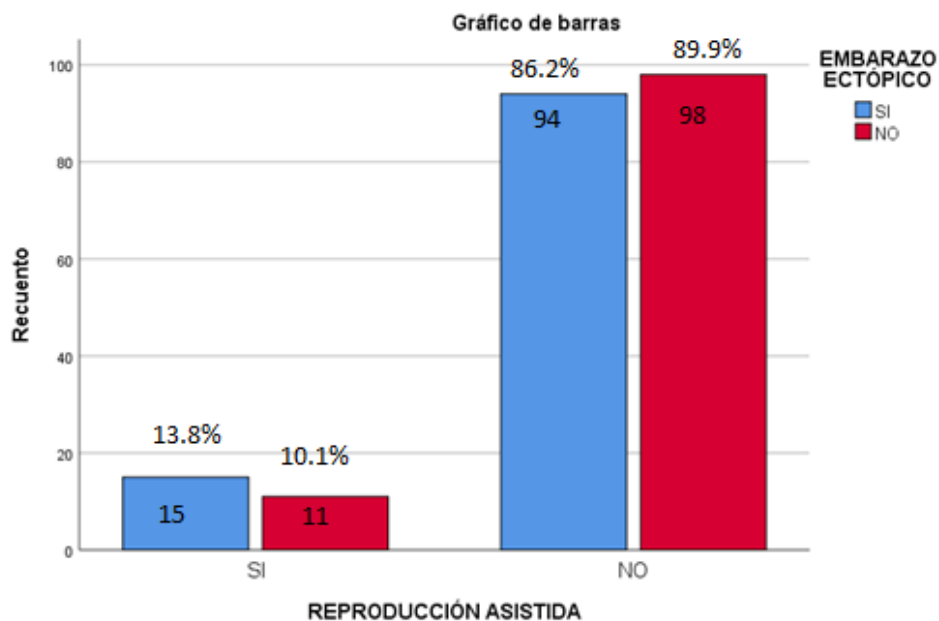
Interpretación: Grafico n° 11, Tabla n° 12; En la variable parejas sexuales, de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 103 (94,5%) tuvieron menos de 3 parejas sexuales, y 6 (2,8%) tuvieron 3 o más parejas sexuales, de parte de las pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 108 (99,1%) tuvieron más de 3 parejas sexuales mientras que 1 (1%) tuvo más de 3 parejas sexuales, además se obtiene mediante análisis estadístico un χ^2 de 3,690 con un valor $p=0,055$ lo cual corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística, además, se obtiene una Odds ratio de 1,159 por lo que concluye que el número de parejas sexuales es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 13. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | χ^2 | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-----------------------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| REPRODUCCIÓN ASISTIDA | SI | 15 | 13,8 % | 11 | 10,1 % | 26 | 0,699 | 0,403 | 1,422 | 1,621 | 3,253 |
| | NO | 94 | 86,2 % | 98 | 89,9 % | 192 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 12. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes

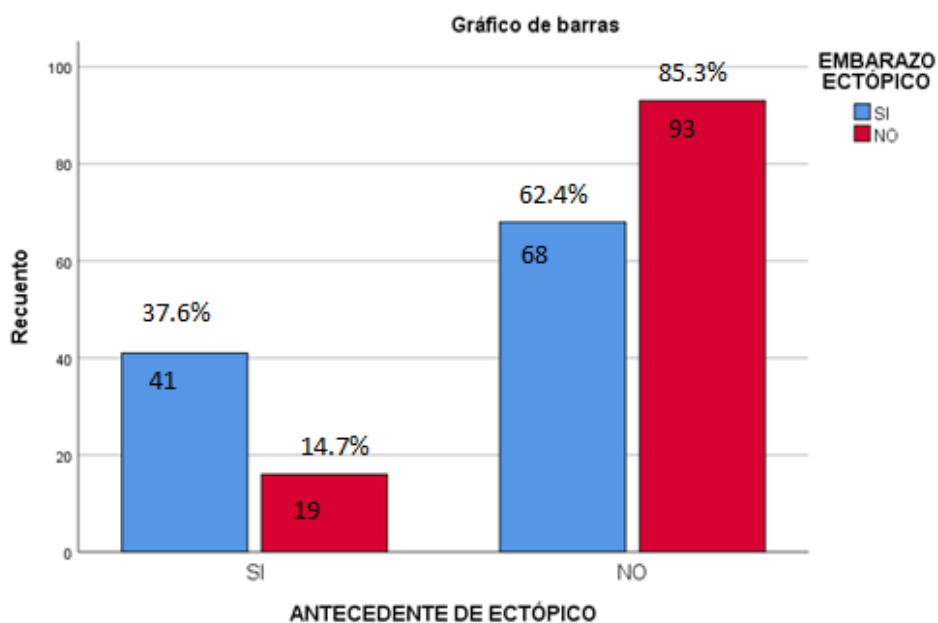
Interpretación: Grafico n° 12, Tabla n° 13; En la variable reproducción asistida de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 15 (13,8%) si tuvieron antecedente de reproducción asistida y 11 (10,1%) no tuvieron este antecedente; mientras que de las 109 pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 11 (10,1%) si tuvieron antecedente de reproducción asistida y 98 (89,9%) no tuvieron este antecedente. Por lo cual se determinó un análisis estadístico donde se obtuvo un χ^2 0,600 con un valor de $p=0,403$ lo cual corrobora que no hay relación y confirma que no hay significancia estadística; además, se obtuvo un Odds ratio de 1,422 lo cual indica que la reproducción asistida es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 14. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PRESENTACIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|--------------------------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO | SI | 41 | 37,6 % | 19 | 14,7 % | 57 | 14,846 | 0,001 | 3,505 | 1,817 | 6,760 |
| | NO | 68 | 62,4 % | 93 | 85,3 % | 161 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 13. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU PRESENTACIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

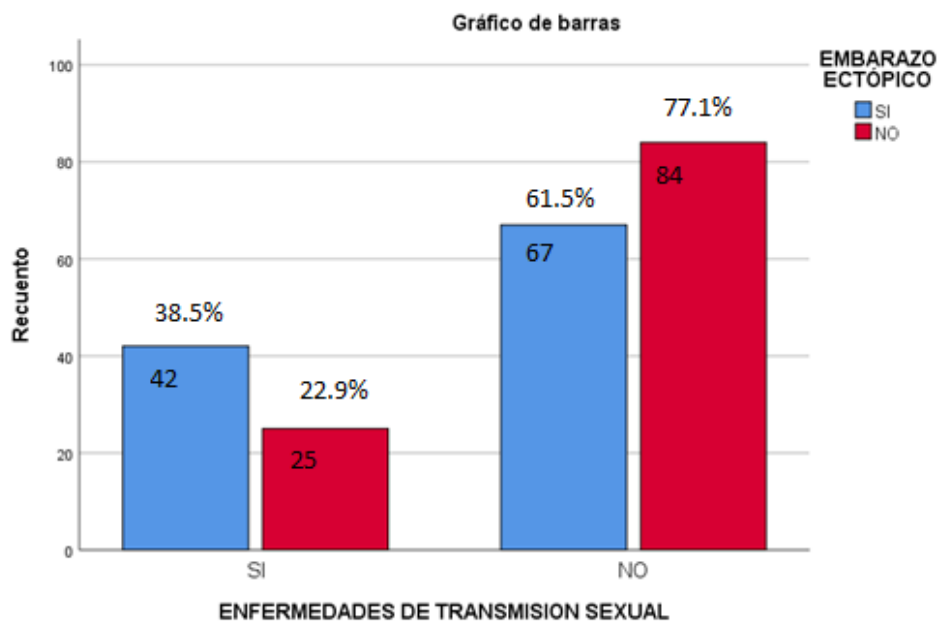
Interpretación: Gráfico n° 13, Tabla n° 14; De 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 41 (37,6%) tuvieron antecedentes de embarazo ectópico y 68 (62,4%) no tuvieron antecedente de haber sufrido embarazo ectópico anteriormente, por otro lado, de las 109 pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico solo 19 (14,7%) tuvieron antecedente de sufrir embarazo ectópico previamente y 93 (85,3%) no tuvieron este antecedente. Realizando el análisis estadístico se determina un χ^2 de 14,846 con valor de $p=0,0000$ lo cual corrobora que hay relación y confirma una significancia estadística; asimismo se obtiene una Odds ratio de 3,505 lo cual concluye que tener como antecedente el haber padecido embarazo ectópico anteriormente es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 15. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRASMISIÓN SEXUAL.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|---------------------------------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| ENFERMEDAD DE TRASMISIÓN SEXUAL | SI | 42 | 38,5 % | 25 | 22,9 % | 67 | 6,227 | 0,013 | 2,106 | 1,167 | 3,800 |
| | NO | 67 | 61,5 % | 84 | 77,1 % | 151 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 14. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE ALGUNA ENFERMEDAD DE TRASMISIÓN SEXUAL.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

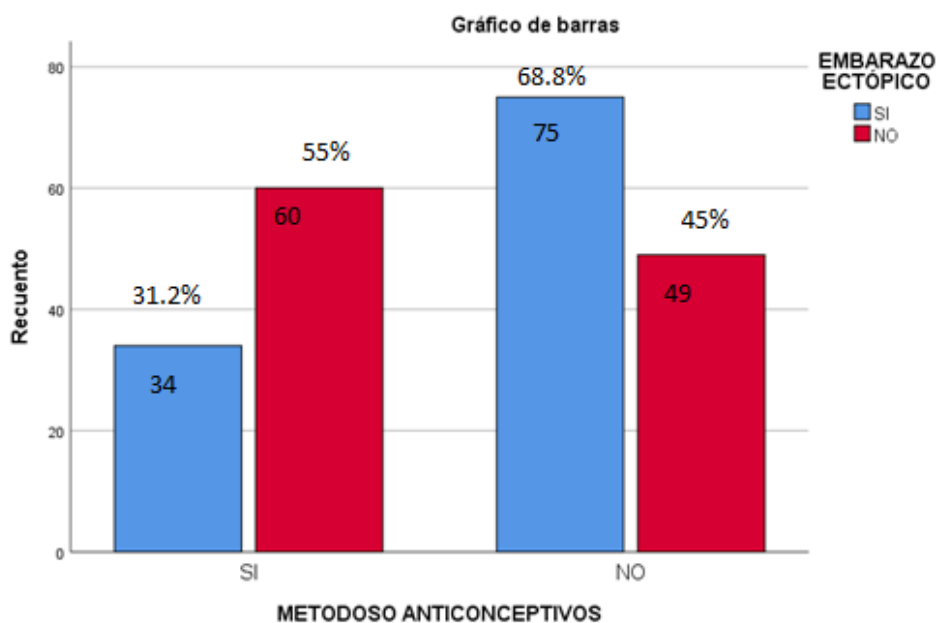
Interpretación: Grafico n° 14, Tabla n° 15; de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 42 (38,5%) tuvieron antecedente de alguna enfermedad de trasmisión sexual, 67 (61,5%) no tuvieron ninguna enfermedad de trasmisión sexual, de parte de las pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 25 (22,9%) tuvieron antecedentes de enfermedad de trasmisión sexual, mientras 84 pacientes (77,1%) no tuvieron ninguna enfermedad de trasmisión sexual. Se realiza el análisis estadístico donde se obtiene un valor de χ^2 de 6,227 con un valor de $p=0,013$ lo cual corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística, también se observa que el valor de Odds ratio es de 2,106 lo cual confirma que la variable de enfermedad de trasmisión sexual es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 16. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-----------------------|----|-------------------|--------|-----|------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| METODO ANTICONCEPTIVO | SI | 34 | 31,2 % | 60 | 55 % | 94 | 12,643 | 0,000 | 0,370 | 0,213 | 0,644 |
| | NO | 75 | 68,8 % | 49 | 45 % | 124 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

GRAFICO N° 15. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Interpretación: Grafico n° 15, Tabla n° 16; De las 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 75 (68,8%) no utilizaron ningún método anticonceptivo, y 34 (31,2%) si utilizaron algún método anticonceptivo, de las 109 pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico 60 (55%) si utilizaron algún método anticonceptivo, mientras que 49 (45%) no utilizaron ningún método anticonceptivo, se realizó un análisis estadístico donde observamos un chi2 de 12,643 y un valor de p= 0,000 lo cual corrobora que hay relación y confirma que hay significancia estadística, también se observa un Odds ratio de 0,370 lo cual indica que el uso o no de un método anticonceptivo no es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

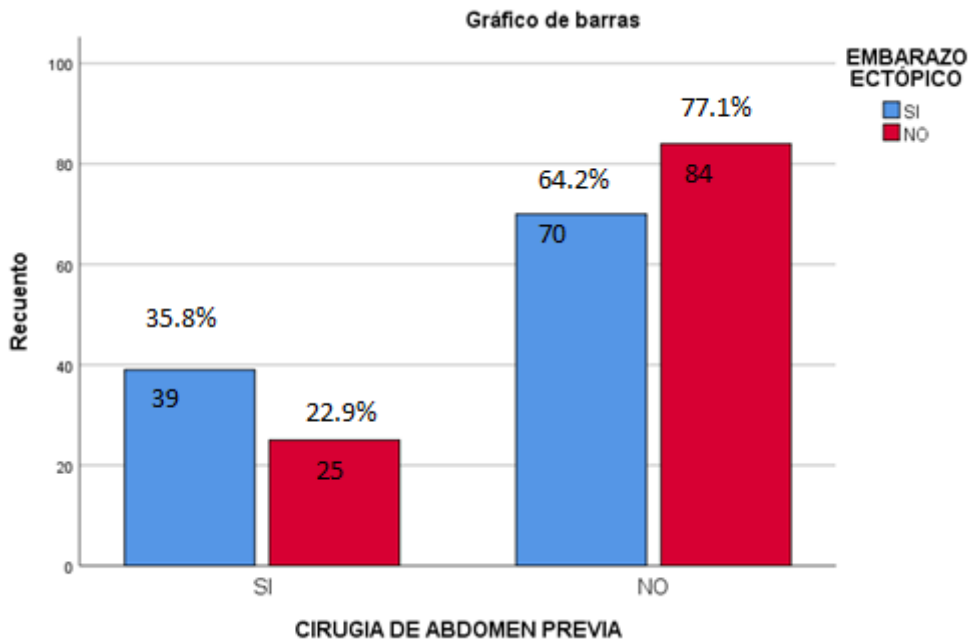
FACTORES DE RIESGO QUIRURGICOS

TABLA N° 17. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|---------------------------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| CIRUGIA DE ABDOMEN PREVIO | SI | 39 | 35,8 % | 25 | 22,9 % | 64 | 4,335 | 0,037 | 1,872 | 1,034 | 3,390 |
| | NO | 70 | 64,2 % | 84 | 77,1 % | 154 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes

GRAFICO N° 16. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SUS ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

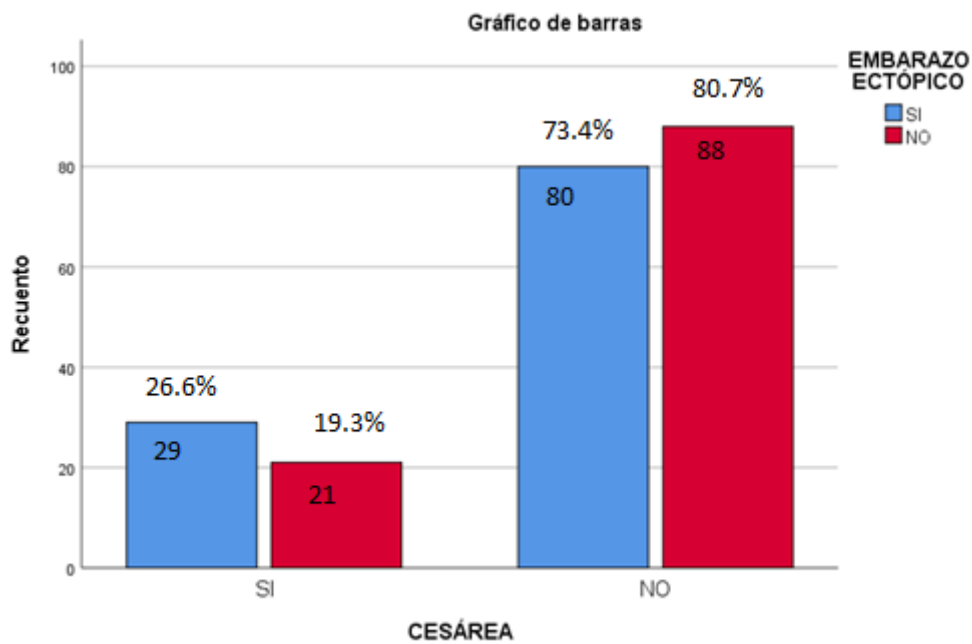
Interpretación: Grafico n° 16, Tabla n° 17; De la variable cirugía de abdomen previo, se observa que de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 39 (35,8%) si tuvieron cirugía de abdomen previo, 70 (64,2%) no tuvieron antecedente de cirugía de abdomen, se determinó el análisis estadístico donde se obtuvo un chi2 de 4,335 con un valor de p=0,037 lo cual corrobora que hay relación y confirma que si hay significancia estadística, además se tiene una Odds ratio de 1,872 dando como resultado que el tener cirugía de abdomen previo es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 18. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CESÁREA.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|---------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| CESAREA | SI | 29 | 26,6 % | 21 | 19,3 % | 50 | 1,661 | 0,197 | 1,519 | 0,803 | 2,875 |
| | NO | 80 | 73,4 % | 88 | 80,7 % | 168 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

GRAFICO N° 17. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CESÁREA.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

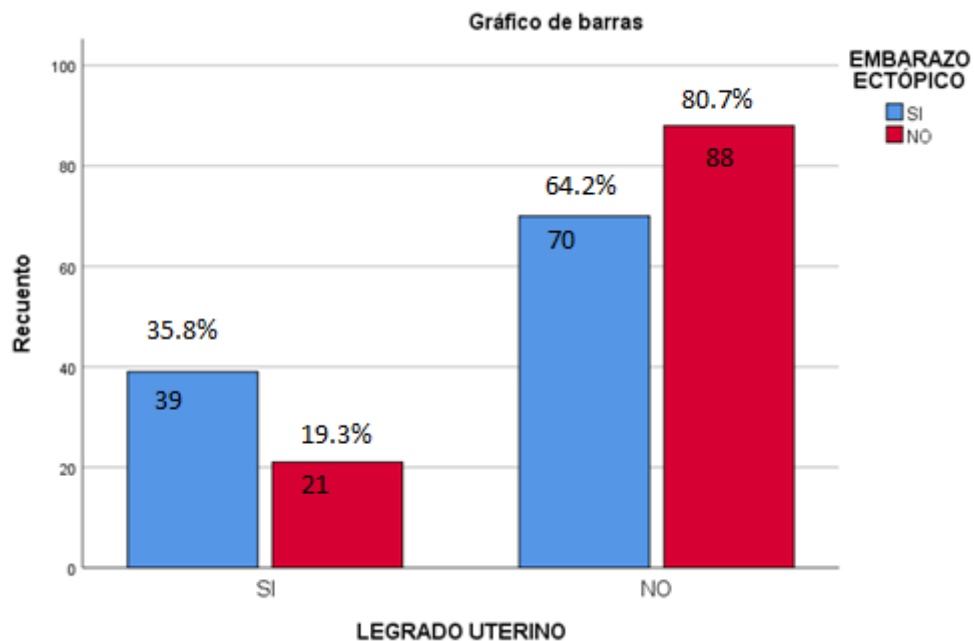
Interpretación: Grafico n°17, Tabla n° 18; se observa que de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 29 (26,6%) tuvieron antecedente de cesárea y 80 (73,4%) no tuvieron este antecedente, mientras las pacientes que no contaban con el diagnóstico de embarazo ectópico 21 (19,3%) si tuvieron antecedente de cesárea y 88 (80,7%) no tuvieron antecedente de cesárea. En el análisis estadístico se obtiene un chi2 de 1,661 con un valor de p= 0,197 con lo que vemos que no hay relación y confirma que no hay significancia estadística, con una Odds ratio de 1,519 lo cual nos diría que el antecedente de cesárea es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

TABLA N° 19. EMBARAZO ECTÓPICO Y SU ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-----------------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| LEGRADO UTERINO | SI | 39 | 35,8 % | 21 | 19,3 % | 60 | 7,451 | 0,006 | 2,335 | 1,260 | 4,324 |
| | NO | 70 | 64,2 % | 88 | 80,7 % | 158 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

GRAFICO N° 18. EMBARAZO ECTÓPICO Y SU ANTECEDENTE DE LEGRADO UTERINO.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

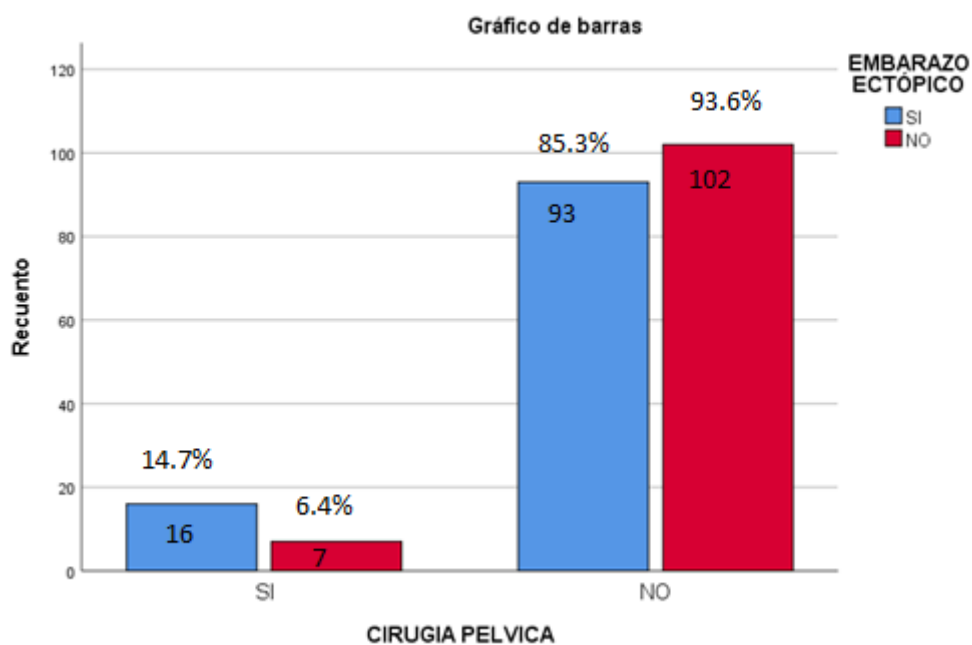
Interpretación: Grafico n°18, Tabla n° 19; De la variable legrado uterino, se observa que de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 39 pacientes (35,8%) tuvieron antecedentes de haberse realizado legrado uterino, 70 pacientes (64,2%) no tuvieron este antecedente, en cuanto a las pacientes sin diagnóstico de embarazo ectópico se observa que 21 pacientes (19,3%) tuvieron antecedentes de haberse realizado legrado uterino, mientras que 88 (80,7%) no se realizaron legrado uterino, asimismo se observa un χ^2 de 7,451 con un valor de $p= 0,006$ con lo cual se corrobora que hay relación y se confirma que hay significancia estadística, además muestra un Odds ratio de 2,335 con lo cual nos dice que la variable legrado uterino es un factor de riesgo para presentar embarazo ectópico.

TABLA N° 20. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA DIFERENTE A CESÁREA.

| | | EMBARAZO ECTÓPICO | | | | Total | X ² | p-valor | OR | Intervalo de confianza de 95% | |
|-----------------|----|-------------------|--------|-----|--------|-------|----------------|---------|-------|-------------------------------|-------|
| | | SI | % | NO | % | | | | | Inf | Sup |
| CIRUGÍA PELVICA | SI | 16 | 14,7 % | 7 | 6,4 % | 23 | 3,937 | 0,047 | 2,507 | 0,988 | 6,364 |
| | NO | 93 | 85,3 % | 102 | 93,6 % | 195 | | | | | |
| Total | | 109 | 50 % | 109 | 50 % | 218 | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

GRAFICO N° 19. EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN SU ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA DIFERENTE A CESÁREA.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

Interpretación: Grafico n°19, Tabla n° 20; De la variable cirugía pélvica previa, se observa que de 109 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico 16 (14,7%) si tuvieron antecedentes de alguna cirugía pélvica, 93 pacientes (85,3%) no tienen antecedentes de alguna cirugía pélvica, en cuanto a las pacientes que no tienen diagnóstico de embarazo ectópico solo 7 pacientes (6,4%) tuvieron antecedentes de alguna cirugía pélvica, y 102 (93,6%) no tuvieron antecedentes de alguna cirugía pélvica, del análisis estadístico se obtuvo un χ^2 de 3,937 con un valor de $p=0,047$ lo cual afirma que hay relación y confirma que hay significancia estadística; además se tiene una Odds ratio de 2,507 viendo que haberse realizado una cirugía pélvica es factor de riesgo para embarazo ectópico.

4.2. DISCUSIÓN

En cuanto a los factores de riesgo sociodemográficos estudiados se observa que la edad predominante es entre 18 y 35 años con un 79.8% y un Odds ratio de 1,95 , este resultado concuerda con estudios realizados por Beatriz Escobar y col. en donde el grupo etario era entre 20 y 30 años con un RM 1.88, siendo ambos significativos, también con Jonathan Hernandez y col. quienes obtuvieron como resultado los rangos de edades entre 25 y 34 años con un 63.6% siendo estadísticamente significativo con un OR de 4.03, también con Ignacio Cabrera en el que la edad promedio fue de 30.6 +/- 6.2. Todos concuerdan que es esta la edad donde la mujer presenta mayor probabilidad de presentar una gestación, también mayor actividad sexual, por ende, mayor riesgo de una enfermedad de transmisión sexual.⁽⁴³⁾ Además, un considerable porcentaje de todas las pacientes en estudio eran convivientes 82,6% con un Odds ratio de 2,639, el cual concuerda con un estudio realizado por Angel Martinez quien tuvo una diferencia significativa de 348 pacientes donde 168 eran convivientes y 99 eran solteros, ⁽⁴¹⁾ también con Guillermo de la Cruz, donde el 60% de las pacientes tenían condición de conviviente, que se puede deber a la misma condición de mayor actividad reproductiva. En cuanto al consumo de sustancias nocivas, el hábito de fumar tabaco es un factor de riesgo importante para el embarazo ectópico, pues puede ser porque baja la actividad inmunológica, o que estapredispone a una EPI, como lo demuestra Beatriz Escobar y colaboradores en su estudio, en el cual dice que el tabaco aumenta un riesgo en 18 veces con un RM de 18.33, ⁽⁴⁴⁾ sin embargo, el 86.2% de las pacientes de nuestro estudio no tuvo antecedentes de fumar, que concuerda con el estudio de Maria Urrutia quien tuvo una OR de 1,92 pero, sin ser significativo, también Gladys Guzmán y col que el 99% de sus pacientes estudiadas no tenía antecedente de fumar. ⁽⁴⁷⁾

En los factores ginecoobstetricos, la mayoría de las pacientes eran multíparas 80,7%, con un OR de 0,464 sin considerarse un factor de riesgo, el cual concuerda con los trabajos realizados por Ignacio Cabrera, ⁽⁴⁵⁾ Diversas literaturas nos indican que un antecedente de embarazo ectópico aumenta un riesgo entre 15% y 20%, y si lo sufrió 2 veces aumenta en un 32% tal como nos dice Guillermo de la Cruz y col en su estudio, ⁽⁴⁸⁾ además, Jónathan Hernandez nos dice que el embarazo ectópico aumenta el riesgo 6 veces, En Perú, Wendy Palomino encontró un aumento hasta 14 veces con un OR de 14.603 y un IC 95% entre 2.123-100.433, en nuestro el 37,6% de las pacientes estudiadas tuvo antecedente de un embarazo ectópico con un OR de 3,505 previo que concuerda con los estudios realizados. Esta relación se debe a alguna modificación tubárica que tuvo el embarazo anterior y el manejo que eligieron. ⁽⁴⁶⁾ Otro factor muy importante es antecedente de enfermedad de transmisión sexual sobretodo de EPI, en la que hay una alteración muy importante de la actividad ciliar, causando por distorsión en la trompa de Falopio ⁽⁴⁶⁾ es por ello que el tener múltiples compañeros sexuales aumenta la posibilidad de sufrir una enfermedad de transmisión sexual entre ella la EPI respaldado por María Urrutia y col. ⁽⁴³⁾ En este estudio observamos que la mayoría de las pacientes no tuvo antecedentes de enfermedad de transmisión sexual con un 61,5% sin embargo se evidenció un Odds ratio de 2,106 indicando que este es un factor para padecer de embarazo ectópico, que concuerdan con los estudios de Jhonatan Hernandez quien nos muestra que el padecer de una enfermedad de transmisión sexual, sobretodo de EPI es un factor de riesgo importante con un OR de 2,79 y un IC 95% entre 1,28-6,13; con un valor $p=0,0046$. ⁽⁴³⁾

Los antecedentes quirúrgicos, abdominales y pélvicos, cesárea, legrado uterino, llegan a generar adherencias e inflamaciones dejando alteraciones anatómicas del oviducto, en nuestro estudio más del 26,6% tuvo antecedente de cesárea con un Odds ratio de 1,519; y más del 35% se realizó legrado uterino con un Odds ratio de 2,335. Que no es el resultado mayor, pero es un resultado significativo, que concuerda con los resultados de otros estudios, como el hecho por Angel Martinez en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el que solo la cuarta parte de sus pacientes estudiadas anteriormente se había realizado alguna cirugía abdomino-pélvica, ⁽⁴²⁾ e Ignacio Cabrera que tampoco obtuvo un resultado alto para antecedentes quirúrgico, por otro lado, Beatriz Escobar en su estudio concluye que una cirugía abdomino-pélvica aumenta casi en 6 veces la probabilidad de un caso de embarazo ectópico. ⁽⁵²⁾

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En cuanto a los factores sociodemográficos, la edad predominante en este estudio fue entre 18 y 35 años y ser conviviente . La mayoría de las pacientes no tuvo antecedente de fumar, además no es un resultado con significancia estadística. Además, el estado laboral en esta investigación no es un factor de riesgo.

De parte de los factores ginecoobstetricos, eran multíparas e iniciaron las relaciones sexuales a temprana edad, tuvieron múltiples parejas sexuales, y no utilizaban ningún método anticonceptivo, es decir la mayoría de las pacientes en este estudio tenían conducta sexual de riesgo. Además, un grupo de las pacientes tuvo como antecedentes el haber padecido embarazo ectópico previo. También, el mayor porcentaje de las pacientes no presentó antecedentes de alguna enfermedad de transmisión sexual. Además la paridad no supuso un factores de riesgo en esta investigación.

De lo antecedentes de cirugía abdomino-pélvica en nuestras pacientes estudiadas las cesáreas realizadas o legrado uterino y cirugía abdominal o otra cirugía pélvica tienen una cantidad significativa. Sin embargo los antecedentes de cesarea no tuvieron significancia estadística.

5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda brindar consejería a las pacientes enfatizando en los factores de riesgo más significativos encontrados en esta investigación, orientándolas que acudan al hospital en cuanto observes los signos de alarma indicados, así poder ayudar al diagnóstico temprano de los factores de riesgo y así evitar o disminuir la gravedad de la enfermedad posteriormente. Y concientizar a las pacientes que acuden al hospital sobre la importancia de prevenir los factores de riesgo sociodemográficos que pueden llevar a un embarazo ectópico realizando charlas preventivas sobre esta, además de enfatizar en realizar descarte de los estos factores a toda paciente en edad reproductiva. Informando a todas las pacientes sobre la importancia de evitar los hábitos nocivos por las posibles complicaciones que llevarían.

Conociendo los factores de riesgo ginecoobstetricos que presentan las pacientes que acuden a este hospital se recomienda Incentivar a todas las pacientes a asistir al programa de planificación familiar, motivar aún más a los trabajadores del servicio a captar pacientes, además de realizar educación sexual sobre todo en las adolescentes, promoviendo el uso de anticonceptivos. A su vez, realizar una mejor anamnesis en todas las pacientes en cuanto los antecedentes de enfermedades de trasmisión sexual, realizar chequeos ginecológicos, fomentar la prevención de estas como el uso de preservativos y evitar múltiples parejas sexuales, además brindar información en cuanto a las manifestaciones clínicas que presente para una atención oportuna.

Además es importante que el personal de salud informe a las pacientes sobre la importancia de los factores de riesgo quirúrgicos abdomino-pelvicos de realizarse alguna intervención quirúrgica abdomino-pélvica, y la relación que tiene esta con embarazos ectópicos futuros. Para poner mayor interés en el diagnóstico temprano del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Zane SB, Kieke BA, Kendrick JS, Bruce C. Surveillance in a time of changing health care practices: estimating ectopic pregnancy incidence in the United States. *Matern Child Health J.* diciembre de 2002;6(4):227–36.
- 2.- Organización Mundial De La Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. OMS. 2007 [Consultado el 13, Diciembre, 2019]. Disponible en: e
- 3.- Chow WH, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev.* 1987;9:70–94.
- 4.- Walker JJ. Ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* marzo de 2007;50(1):89–99.
- 5.- Cunningham, Leveno, Bloom Hauth, y col. 23ª edición. México. Mc Graw Hill. 2011. P. 239 – 256.
- 6.- Tulandi Togas, Courtney Schreiber, Ectopic pregnancy: Incidence, risk factors, and pathology. *Uptodate* [Internet]. Apr 13, 2016. [Consultado el 19, agosto, 2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-incidence-risk-factors-and-pathology?source=search_result&search=Ectopic%20pregnancy:%20Incidence,%20risk%20factors,%20and%20pathology&selectedTitle=1~150.
- 7.- Diana Catalina Durán Acero y Diana Elizabeth Moreno Moreno, Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectópico, [tesis de especialista]. Colombia; Universidad del rosario, 2014.
- 8.- Jónathan Hernández Núñez, Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, *Medisur* [Internet] 2013. [citado 30 diciembre de 2019]. vol.11 no.6: 647 – 655, disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v11n6/ms06611.pdf>.
- 9.- Beatriz Escobar-Padilla, C. Perez, H. Martínez. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico, *Rev Med Inst Mex* [Internet] 2016. [citado 30 diciembre de 2019]. Vol 55(3): 278-85 disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173b.pdf>.
- 10.- Shruti R. Bhoosanoor, Sujani BK,. Urvashi, Gayatri Devi Sivasambu, Ectopic pregnancy: a life threatening gynaecological emergency, *IJRCOG* [en línea]. 2017. [citado 30 diciembre de 2019]., vol 6, núm 1, disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/648>.

- 11.- Salvador Solano , Patricia Maldonado ,Eduardo Ibarrola; Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico; An Med Asoc Med Hosp ABC [revista en internet]. 2005 [citado 31 enero de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc052b.pdf>
- 12.- Williams Moisés Mercado Medrano, Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013 [tesis de título de Médico cirujano]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
- 13.- Beltrán Baquerizo Jean Carlos, Factores relacionados al embarazo ectópico en altura en el hospital nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo en el periodo 2014 [tesis de título de Médico cirujano]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, 2016.
- 14.- Cava Moreno, Michael Antony. Enfermedad pélvica inflamatoria como factor de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico, [tesis de médico cirujano]. Perú, Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
- 15.- Wendy Zelmira Palomino Zevallos. Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectópico En Pacientes Atendidas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital De Vitarte En El Periodo Enero-Diciembre Del 2015 Lima – Perú, [tesis de médico cirujano]. Perú, Universidad Ricardo Palma; 2018.
- 16.- Oswaldo Basilio Pascual Rodríguez; Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2010-2015 [tesis de médico cirujano]. Perú, Universidad Nacional de Trujillo, 2017.
- 17.- Palacios Lopez Ludwin Emerson, Características Clínicas, Epidemiológicas Y Tratamiento Quirúrgico En Pacientes Con Embarazo Ectópico [tesis de maestría], Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, 2018.
- 18.- Carmen Fernández Arenas, El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet], 2011. [citado 6 Enero de 2020]. Vol 37 núm 1 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010.

- 19.- Alejandro Virelles Pacheco,. Rolando Bonet Fonseca, Reynier Santiesteban Vázquez. Factores relacionados con el embarazo ectópico. *Multimed* 2017; 21 (2) 14.
- 20.- Graciela Janet Sierra García; Factores De Riesgo Del Embarazo Ectópico Actores De Riesgo Del Embarazo Ectópico; ARCH INV MAT INF, [revista en internet]. 2019 [citado 31 enero de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092h.pdf>.
- 21.- Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong. *Williams Obstetricia*. 23ª edición. Mexico. Mc Graw Hill. 2010. 239.
- 22.- Laura Baquedano Mainar, Marta Lamarca Ballestero, Fernando Puig Ferrer, Miguel Angel Ruiz Conde. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. *Rev. chil. obstet. ginecol.* vol.79 no.2 Santiago, Chile 2014.
- 23.- Diana Catalina Durán Acero, Diana Elizabeth Moreno Moreno. Factores De Riesgo Asociados A Embarazo Ectópico [Tesis para el título de especialista]. Universidad del Rosario - Hospital Universitario Mayor Mederi. Bogotá D.C. Abril de 2014.
- 24.- Jonathan Ross, Pelvic inflammatory disease: Pathogenesis, microbiology, and risk factors. *Uptodate* [Internet]. Oct 21, 2016. [Consultado el 10, Setiembre, 2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-pathogenesis-microbiology-and-risk-factors?source=history_widget
- 25.- Gun M, Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* marzo de 2002;19(3):297–301.
- 26.- Togas Tulandi, MD, MHCM, Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites, *UpToDate* [Internet], 2019. [citado 2 Enero de 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=gestation%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3.
- 27.- López Verastegui A, Vargas Matamorros S, et. al. Embarazo ectópico. *Revista Médica de nuestros hospitales*. [revista en internet]. 2011 [citado 2016 diciembre 10]; 17(2): 84-88. Disponible en:

http://www.revistamedica.org.ec/docs/rmnh/2012/vol17/revistamedica_vol17_no2.pdf.

28.- Mogrovejo A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015, [tesis de título de Médico cirujano]. Cuenca; Universidad de Cuenca – Ecuador, 2016.

29.- González-Merlo J. Obstetricia, 6ª. Edición, Masson, México, reimpresión 2013.

30.- María Teresa Urrutia, L Poupin, Embarazo Ectópico: Factores De Riesgo Y Características Clínicas De La Enfermedad En Un Grupo De Mujeres Chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet], 2007 [citado 8 Enero de 2020]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n3/art04.pdf>.

31.- Rodríguez Yodarka, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Revista cubana de obstetricia y ginecología 2010; 2010, 36(1): 36-43.

32.- Li C, Zhao WH, Zhu Q, Cao SJ, Etopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites, PubMed [Internet], 2015. [citado 2 Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=26296545>.

33.- Carlos Alberto Valera Valero, Y Sánchez, N González. Diagnóstico del embarazo ectópico. AMC [Internet], 2003 [citado 8 Enero de 2020]. vol.7 no.3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000300013.

34.- Li C, Zhao WH, Meng CX, et al. Contraceptive Use and the Risk of Ectopic Pregnancy: A Multi-Center Case-Control Study. PubMed [Internet], 2014; [citado 2 Enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493939>.

35.- Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev Peru Ginecol Obstet. enero de 2015;61(1):27–32.

36.- Morales C, Nagua Blanca D. Características Clínicas Y Factores De Riesgo Del Embarazo Ectópico En El Hospital Vicente Corral Moscoso De La Ciudad De Cuenca, Durante El Periodo 2008-2012, [tesis de médico cirujano]. ecuador, Universidad de cueca – Riobamba; 2014

- 37.- Carlos Gual-Castro, El inicio del embarazo en la mujer, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos* Conferencia "Dr. Eduardo Liceaga", REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL DEL MEXICO. [revista en internet]. 2012 [citado 3 enero de 2020]; 75 (4): 238-246. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-ei-inicio-del-embarazo-mujer-X0185106312842590>.
- 38.- Antonio Melchor-Rodríguez y col. Purificación y caracterización de gonadotropina coriónica humana para uso diagnóstico. Scielo [Internet]. 2019 [Consultado el 02,Enero, 2020]. vol.31 no.2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2224-54212019000200224&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 39.- Sociedad Española de Fertilidad. Saber Más Sobre Fertilidad Y Reproducción Asistida [Internet], España, 2011 [revisión, 8 Enero de 2020]. Disponible en: https://www.sefertilidad.net/docs/pacientes/spr_sef_fertilidad.pdf.
- 40.- Sergio Vargas Mora y Carolina Estrada Rodríguez, Anticoncepción Con Dispositivo Intrauterino, REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA [revista en internet]. 2013 [citado 6 enero de 2020]; 606: 227-231. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132f.pdf>.
- 41.- José Pacheco, Infección por chlamydia trachomatis, Ginecol Obstet [revista en internet] 1999 [citado 3 enero de 2020]; 52 (3): 159-166. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_45n3/infeccion.htm
- 42.- Ángel Iván Martínez Guadalupe, Yuri Sandy Mascaró Rivera; Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Rev. peru. ginecol. obstet [revista en internet]. 2013 [citado 31 enero de 2020]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300005.
- 43.- Jónathan Hernández, Magel Valdés; Factores De Riesgo Asociados Al Embarazo Ectópico, MEDISUR [revista en internet]. 2013 [citado 31 enero de 2020]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600006.

44.- Beatriz Escobar, Carlos Pérez, Horacio Martínez; Factores De Riesgo Y Características Clínicas Del Embarazo Ectópico 2016; REV MED INST MEX, [revista en internet]. 2017 [citado 31 enero de 2020]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457750970002/457750970002.pdf>.

45.- Ignacio Cabrera, Iván Perales, Germán Romero; Análisis Epidemiológico Y Clínico Del Embarazo Ectópico: Hospital Base De Los Ángeles. Rev. chil. obstet. ginecol.obstet [revista en internet]. 2010 [citado 31 enero de 2020]; Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000200004&script=sci_arttext&lng=n.

46.- Gerardo Martín Requena Frías. 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 de médico cirujano]. Perú, Universidad Privada Antenor Orrego 2014.

47.- Guzmán Gonzales, Gladys Milagros. Factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora en el año 2016, Lima- Perú, [tesis de médico cirujano]. Perú, Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.

48.- De la Cruz Guillermo LA. Incidencia y perfil obstetrico y quirurgico depacientes con embarazo ectopico en el Instituto Materno Perinatal Enero-Diciembre 2001 [Internet]. [citado 1 de agosto de 2018]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Salud/Cruz_P_G/Cruz_PG.htm.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| • VARIABLE INDEPENDIENTE: factores de riesgo | | | |
|--|--|-------------------------|-------------------------------|
| INDICADORES | ITEMS | NIVEL DE MEDICION | INSTRUMENTO |
| Edad | 1.- 18 – 20 2.- 20 – 25 3.- 25 – 30 4.- 30 - 35 | Cualitativa- Ordinal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Estado civil | 1.- Soltera 2.- casada 3.- otros | Categórica - nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Grado de instrucción | 1.- analfabeta 2.- primaria 3.- secundaria 4.- superior | Categórica – ordinal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Nivel socioeconómico | 1.- pobre 2.- no pobre | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Estado laboral | 1.- desempleado 2.- dependiente 3.- independiente | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |

| | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|
| Hábitos nocivos | 1.- ninguno 2.- tabaco 3.- alcohol | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Etnia | 1.- mestizo 2.- blanca 3.- negra 4.- asiática | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Paridad | 1.- nulípara 2.- primípara 3.- multípara | Categórica – ordinal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Gestaciones | 1.- primigesta 2.- multigesta | Categórica – ordinal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Embarazo ectópico previo | 1.- Si 2.- no | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Reproducción asistida | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Inicio de relaciones sexuales | 1.- menos a 18 años 2.- mayor a 18 años | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Parejas sexuales | 1.- una sola pareja | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |

| | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|
| | 2.- 2 o más parejas | | |
| Antecedentes de EPI | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Antecedentes de otra ITS | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Uso de métodos anticonceptivos | 1.- Ninguno 2.- preservativo 3.- Hormonales | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Uso de DIU | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Antecedentes de cirugía abdominal | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Antecedente de cirugía pélvica | 1.- ninguno 2.- salpinguectomía 3.- salpingoplastia 4.- apendicetomía | Categórica – nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |

| | | | |
|-----------------|------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Cesárea | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| Legrado uterino | 1.- Si 2.- No | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |

VARIABLE DEPENDIENTE: EMBARAZO ECTÓPICO

| INDICADORES | Nº DE ITEMS | NIVEL DE MEDICION | INSTRUMENTO |
|---------------|---|-------------------------|-------------------------------|
| DOLOR PELVICO | 1.- SI 2.- NO | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| HEMORRAGIA | 1.- SI 2.- NO | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| LOCALIZACIÓN | 1. TUBARICO 2. AMPULAR 3. INFUNDIBULAR 4. INTERSTICIAL 5. OVARICO 6. ABDOMINAL | Categórica – Nominal | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |

ANEXO N°2: INSTRUMENTO

| | |
|---|--|
|  | UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA |
|---|--|

Título: Factores De Riesgo Para Gestación Ectópica En Mujeres Atendidas En El Hospital Sergio E. Bernales En El Año 2017 – 2019
Autor: Khristel Julissa Omareda Suarez

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores Sociodemográficos:

1.- Edad:

2.- Estado civil:

| | | |
|---------|--------|-------|
| Soltera | Casada | Otros |
|---------|--------|-------|

3.- Grado de instrucción:

| | | | | |
|------------|---------|----------|------------|----------|
| analfabeta | Inicial | Primaria | secundaria | Superior |
|------------|---------|----------|------------|----------|

4.- Nivel socioeconómico:

| | |
|-------|----------|
| Pobre | No pobre |
|-------|----------|

5.- Estado laboral:

| | |
|------------|------------|
| Si trabaja | No trabaja |
|------------|------------|

6.- Hábitos nocivos:

| | |
|------|---------|
| Fuma | No Fuma |
|------|---------|

7.- Raza:

| | | | |
|---------|--------|-------|----------|
| Mestiza | Blanca | Negra | Asiatica |
|---------|--------|-------|----------|

Factores ginecoobstetricos:

8.- Paridad.

| | | |
|----------|-----------|-----------|
| Nulípara | Primípara | Múltipara |
|----------|-----------|-----------|

9.- Gestaciones

| | | |
|------------|--------------|------------|
| Primigesta | Menos de dos | Más de dos |
|------------|--------------|------------|

10.- Uso de técnicas de reproducción asistida.

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

11.- Embarazo ectópico previo:

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

12.- Inicio de relaciones sexuales:

| | |
|------------------|----------------|
| Menos de 18 años | Más de 18 años |
|------------------|----------------|

13.- Número de parejas sexuales:

| | |
|-----------------|------------------------|
| 1 pareja sexual | Más de 1 pareja sexual |
|-----------------|------------------------|

14.- Antecedente de EPI u otras enfermedades de transmisión sexual.

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

15.- Uso de métodos anticonceptivos:

| | | | |
|---------|--------------|------------|------------|
| Ninguno | Preservativo | Hormonales | Uso de DIU |
|---------|--------------|------------|------------|

Factores quirúrgicos:

16.- Antecedentes de cirugía abdominal:

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

17.- Cesárea:

| | | |
|----|---------|----------------|
| No | Una vez | Más de una vez |
|----|---------|----------------|

18.- Legrado intrauterino:

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

19.- Otra de cirugía pélvica

| | | | |
|---------|-----------------|-----------------|-------|
| Ninguno | Salpinguectomía | Salpingoplastia | Otros |
|---------|-----------------|-----------------|-------|

ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Vallenas Pedemonte, Francisco
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento Ficha de Recolección de datos sobre los Factores de Riesgo Asociado para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017 - 2019
 1.5 Autor (a) del instrumento: Omareda Suarez, Khristel Julissa

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 – 40% | Bueno a 41- 60% | Muy Buena 61 – 80% | Excelente 81 – 100% |
|-----------------|---|---------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje claro | | | | / | |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | / | |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances y la teoría sobre los factores de riesgo de embarazo ectópico | | | | / | |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | / | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad | | | | / | |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer relación a las variables entre el embarazo ectópico y sus factores de riesgo | | | | / | |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos | | | | / | |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores | | | | / | |
| METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del estudio según el tipo de investigación. | | | | / | |

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

Aplicable
 Aplicable después de corregir ()
 No aplicable ()

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

80%

Lugar y Fecha: Lima 13 de enero del 2020

SERVICIO MEDICO "MI SALUD"
 MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 DE EN SALUD PÚBLICA Y EN EDUCACIÓN
 DR. FRANCISCO A VALLINAS PEDEMONTE
 CMP 20528 RUC 13210

Firma del Experto informante

DNI N° 02400171

Teléfono: 555.83.2103

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Bazán Rodríguez Eli*
 1.2 Cargo e institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
 1.3 Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento Ficha de Recolección de datos sobre los Factores de Riesgo Asociado para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017 - 2019
 1.5 Autor (a) del instrumento: Omareda Suarez, Khristel Julissa

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 – 40% | Buena 41 – 60% | Muy Buena 61 – 80% | Excelente 81 – 100% |
|-----------------|---|------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Está formulado con un lenguaje claro | | | | | 85% |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | 85% |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances y la teoría sobre los factores de riesgo de embarazo ectópico | | | | | 85% |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | 85% |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad | | | | | 85% |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer relación a las variables entre el embarazo ectópico y sus factores de riesgo | | | | | 85% |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos | | | | | 85% |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores | | | | | 85% |
| METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito del estudio según el tipo de investigación. | | | | | 85% |

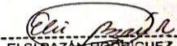
II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN *Aplica*

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

Aplicable ()
 Aplicable después de corregir ()
 No aplicable ()

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN 85%

Lugar y Fecha: Lima 13 de enero del 2020


 ELI BAZÁN RODRÍGUEZ
 COESPEN 444

Firma del Experto informante
 DNI N° *19209983*
 Teléfono: *377 414 129*



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: PÉREZ VALLE, ALEJANDRO VÍCTOR
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Médico Jefe del Departamento de Pediatría HNSEB
- 1.3. Tipo de experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor del instrumento: OMAREDA SUAREZ, KHRISTEL JULISSA

II. ASPECTOS DE VALIDACION

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 0-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy buena 61-80% | Excelente 81-100% |
|-----------------|--|---------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | 85 |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuesta. | | | | | 85 |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances de la teoría | | | | | 90 |
| ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | 75 | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | 85 |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes. | | | | | 85 |
| CONSISTENCIA | Basado en aspectos teóricos y científicos. | | | | | 90 |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | 85 |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación. | | | | | 90 |

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del Juez experto al instrumento)

IV. PROMEDIO DE VALORACION: 85% (Excelente)

Comas, 21 de Enero de 2020

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALDES
.....
MG. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigaciones-HNSEB
CNP 22525 RNC 9502

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES |
|---|--|---|--|
| <p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio e. Bernales entre el año 2017 al 2019?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio e. Bernales entre el año 2017 al 2019?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son los factores de riesgo gineco-</p> | <p>General:</p> <p>OG: Definir los factores de riesgo para la gestación ectópica mujeres atendidas en el Hospital Sergio e. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE 1: Identificar los factores de riesgo sociodemográficas en las pacientes con gestación ectópica atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.</p> | <p>General:</p> <p>H1: Si existen factores de riesgo para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> <p>H0: No existen factores de riesgo para para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> <p>Específicos:</p> | <p>Variable Estudio 1:</p> <p>Factores de riesgo.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Edad -Estado civil -Grado de instrucción -Nivel socioeconómico -Hábitos nocivos -Etnia -Pariedad. -Gestaciones. -Reproducción asistida. -Embarazo ectópico previo -Inicio de relaciones sexuales. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>obstetricos para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio e. Bernales entre el año 2017 al 2019?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son los factores de riesgo abdominopélvico para la gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio e. Bernales entre el año 2017 al 2019?</p> | <p>OE 2: Determinar los factores de riesgo ginecoobstetricos de las pacientes con gestación ectópica atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.</p> <p>OE 3: Identificar si los factores de riesgo quirúrgicos abdomino-pélvicos para la gestación ectópica atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales desde enero de 2017 a diciembre de 2019.</p> | <p>H1: Si existe factores de riesgo sociodemográficos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> <p>H0: No existe factores de riesgo sociodemográficos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> <p>H1: Si existe factores de riesgo ginecoobstetricos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> | <p>-Número de parejas sexuales. -Antecedente de EPI u otras enfermedades de transmisión sexual. -Uso de métodos anticonceptivos. -Antecedentes de cirugía abdominal -Cesárea -Legrado intrauterino -Otra de cirugía pélvica</p> <p>Variable Estudio 2:</p> <p>Embarazo ectópico</p> <p>Indicadores:</p> <p>-Localización</p> |
|--|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>H0: No existe factores de riesgo ginecoobstetricos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> <p>H1: Si existe factores de riesgo quirúrgicos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> <p>H0: No Si existe factores de riesgo quirúrgicos para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales entre el año 2017 al 2019.</p> | |
|--|--|--|--|

| Diseño metodológico | Población y Muestra | Técnicas e Instrumentos |
|--|---|--|
| <p>Tipo de estudio:</p> <p>Es un estudio Observacional, retrospectivo, transversal, analítico de caso control.</p> <p>Nivel de investigación:</p> <p>El estudio es de nivel explicativo.</p> | <p>Población:</p> <p>Mujeres atendidas en el servicio de ginecología del hospital Sergio E. Bernales con diagnóstico de embarazo ectópico, durante un periodo de tiempo que abarca desde enero del 2017 a diciembre de 2019.</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <p>Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.</p> <p>Historia clínica con la información completa</p> <p>Criterios de Exclusión:</p> <p>Historia clínica con información necesaria incompleta.</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra será el total de la población.</p> <p>Muestreo: No probabilístico.</p> | <p>Técnica:</p> <p>Se utilizará como técnica el análisis documental tomada desde la historia clínica y como instrumento se utilizará la ficha de recolección de datos.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> |

