

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES
HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018.

TESIS

PRESENTADO POR EL BACHILLER

URETA NOLASCO LESLIE MARISOL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR: Dr. Williams Fajardo Alfaro

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la oportunidad de poder realizar este estudio, a mis padres. Al Dr. Williams Fajardo Alfaro por su valiosa ayuda en la realización y desarrollo de la investigación, al director del Hospital por haberme permitido el acceso a la información y a mis compañeros por compartir sus conocimientos conmigo.

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres por guiarme en este camino y por todo el apoyo incondicional y por la confianza que me tuvieron.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a embarazo ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo, corte Transversal, Cualitativo, Casos y Controles. Nivel Explicativo y no Experimental. Se revisaron 98 historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia de enero 2017 a diciembre 2018. La población estudiada fue de pacientes con diagnóstico definitivo de Embarazo Ectópico y la muestra que se comparó fue de 32 pacientes con diagnóstico de embarazo normal. El proceso de los datos se hizo mediante el programa de SPSS versión 23, para determinar la asociación se utilizó la prueba χ^2 e IC 95%, y para determinar la ocurrencia de la probabilidad se lo estableció con el valor de OR y su respectivo IC 95%.

RESULTADOS: Se encontraron Factores Asociados significativos en función de su intervalo de confianza para embarazo ectópico: Edad 15-29 años ($\chi^2=0.078$) (OR: 1.181; IC 95%: 0.896-0.964); Enfermedad Inflamatoria Pélvica ($\chi^2=0.015$) (OR: 1.147; IC 95%: 0.588-0.945); Cirugía pélvica uterina previa ($\chi^2=0.268$) (OR: 1.096; IC 95%: 0.768-0.565); Embarazo Ectópico previo ($\chi^2=0.168$) (OR: 1.476; IC 95%: 0.409-0.553); Número de Parejas Sexuales >2 ($\chi^2=0.030$) (OR: 1.522 ; IC 95%: 1.022-2.266); Uso de Dispositivo Intrauterino ($\chi^2= 0.021$) (OR: 1.791 ; IC 95%: 0.454—0.380); Uso de Levonogestrel como ACO ($\chi^2= 0.018$) (OR: 1.625 ; IC 95%: 0.448-0.873)

CONCLUSIONES: Los factores asociados a Embarazo Ectópico son la edad 15-29 años, antecedente de EPI, Cirugía pélvica uterina previa, antecedente de EE, haber tenido >2 Parejas Sexuales, Uso de DIU y uso de Levonogestrel como anticonceptivo Oral de emergencia a repetición.

PALABRAS CLAVES: EE:Embarazo Ectópico, EPI:Enfermedad Inflamatoria Pélvica, DIU:Dispositivo Intrauterino, ACO:Anticonceptivo oral de emergencia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the factors associated with ectopic pregnancy in hospitalized patients in the Gynecology-Obstetrics service of the Hipólito Unanue National Hospital in 2017 and 2018.

MATERIALS AND METHODS: It is a study of Observational, Analytical, Retrospective, Cross-section, Cases and Controls. Explanatory level and not Experimental. 98 clinical histories of the Gyneco-Obstetrics service were reviewed from January 2017 to December 2018. The population studied was of patients with a definitive diagnosis of Ectopic Pregnancy and the sample that was compared was 32 patients with a diagnosis of normal pregnancy. The data processing was done through the SPSS version 23 program, to determine the association, the X2 test and 95% CI were used, and to determine the occurrence of the probability it was established with the OR value and its respective IC 95 %.

RESULTS: Significant Associated Factors were found based on their confidence interval for ectopic pregnancy: Age 15-29 years ($X=0.078$) (OR: 1.181; 95% CI:0.896-0.964); Pelvic Inflammatory Disease ($X^2=0.015$) (OR: 1.147; 95% CI:0.588-0.945); Previous uterine pelvic surgery ($X^2=0.268$) (OR: 1.096; 95% CI:0.768-0.565); Previous ectopic pregnancy ($X^2=0.168$) (OR: 1.476; 95% CI:0.409-0.553); Number of Sex Partners > 2 ($X^2=0.030$) (OR: 1.522; 95% CI:1.02-2.266); Use of Intrauterine Device ($X^2=0.021$) (OR: 1.791; 95% CI:0.454—0.380); Use of Levonogestrel as OAC ($X^2=0.018$) (OR: 1.625; 95% CI:0.448-0.873).

CONCLUSIONS: The factors associated with Ectopic Pregnancy are age 15-29 years, history of EPI, previous uterine pelvic surgery, history of EE, having had > 2 Sex Partners, DIU use and use of Levonogestrel as a repeat emergency oral contraceptive.

KEY WORDS: EE: Ectopic Pregnancy; PID: Pelvic Inflammatory Disease; IUD: Intrauterine Device. ACO: Emergency oral contraceptive.

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico es considerado una verdadera emergencia médica, de ahí el interés en conocer su comportamiento y su desarrollo.

El Embarazo Ectópico es definido como la implantación del blastocisto en cualquier otro lugar que no sea la cavidad uterina donde normalmente sucede. También es considerado como Embarazo Extrauterino, por su localización fuera del útero. Tiene diversos lugares de implantación como la zona tubárica, uterina (cornual, cervical e intramural), ovárico, abdominal, intraligamentario, etc.

Esta patología es considerado en Perú como la causa más importante de abdomen agudo, también como la principal causa de Mortalidad Materna 10% y representa el 1% de las Hemorragias Maternas; todo estos relacionados al primer trimestre de embarazo. Constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede complicarse con una rotura tubárica, donde el lugar de implantación más frecuente viene a ser la trompa de Falopio; produciendo entonces una hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no fallecer, el daño par la trompa puede ser irreversible y causar limitaciones en la reproductividad de la madre

En los últimos 4 años se ha visto un aumento de la incidencia; sin embargo se ha observado que la mortalidad materna ha disminuido, por lo cual es importante conocer que factores están asociados y cuál es la sintomatología clínica para que los Profesionales y personal de Salud puedan identificar a tiempo y con precisión el diagnóstico precoz y así evitar posibles complicaciones. ⁽¹⁾

Actualmente es considerado como un problema de salud pública, ya que a pesar de ocasionar repercusiones e impacto en la mujer y su familia, es considerado como uno de los problemas que aumenta la mortalidad materna. Por eso es imprescindible que los profesionales de Salud realicen de forma

precisa, oportuna y precoz los diagnósticos de esta patología, para una intervención oportuna.

Es importante identificar los factores que puedan influir en la aparición de un Embarazo ectópico, por eso los Profesionales y personal de Salud que atienden directamente a la mujer y gestante, deben de brindar la información exacta para prevenir y disminuir su incidencia.

Los factores que se han visto asociados a embarazo ectópico son el aumento de conductas sexuales de riesgo, también algunos tratamientos de fertilidad, el uso de métodos anticonceptivos hormonales, uso de DIU, el aborto previo, el embarazo ectópico previo, cesárea, Paridad, etc.

En cuanto a la presentación clínico se ha observado frecuentemente el dolor abdominal, hemorragia uterina anormal, amenorrea, masa anexial palpable que se sigue mencionando en diferentes estudios como la sintomatología clásica. El diagnóstico que se describe en otros estudios es mediante la ecografía transvaginal y el dosaje de la subunidad beta de la Gonadotrfina coriónica. El tratamiento incluye la manera expectante, médica y/o quirúrgica. Este último método es más importante porque se utiliza en la mayoría de los casos ya que las pacientes suelen acudir al servicio por complicaciones como hemoperitoneo y shock hipovolémico, en cambio el tratamiento radical afecta en la reproductividad de la paciente, es por eso que el tratamiento médico gana relevancia actualmente.

La incidencia se ve distinta en diferentes partes del mundo, con tasas altas como 1 por cada 28 embarazos, o 1 por cada 40 embarazos. En más de la mitad de las pacientes que acuden al servicio de urgencia, no se diagnostica en primera evaluación médica esta patología. En países desarrollados como EEUU, Europa, Australia, Nueva Zelanda y Japón obtuvieron un 4.9% de mortalidad materna por embarazo ectópico. Según el INEC en Ecuador el embarazo ectópico representa el 0.83% de la primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre de embarazo. ⁽²⁾

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR:.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 GENERAL.....	3
1.2.2. ESPECÍFICO	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL.....	5
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	5
1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA.....	10
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	26

2.4. HIPÓTESIS	28
2.4.1. GENERAL.....	28
3.1.2. ESPECÍFICOS.....	28
2.5. Variables	29
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	30
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	32
3.2 Población y Muestra	32
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	34
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	36
4.1. RESULTADOS	36
4.2. DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1. CONCLUSIONES.....	47
5.2. RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	52

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018.....37

TABLA 2: FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018.....38

TABLA 3: FACTORES DE CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018.....40

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54
ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	59
ANEXO 03: CONSULTA DE EXPERTOS.....	60
ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	61

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se denomina embarazo ectópico cuando la implantación del blastocisto fecundado se realiza en lugares de progreso que están situados únicamente fuera del endometrio.

Es considerado en nuestro país actualmente dentro de las 5 primeras patologías que causan la mortalidad materna durante el primer tercio de embarazo, por eso es considerado como un problema de salud pública a nivel nacional. Aumenta hasta 10 veces más la mortalidad materna en pacientes que realizan un parto vaginal y hasta 50 veces más cuando es por aborto inducido.

La incidencia a nivel mundial de embarazo ectópico está representado cerca del 1-2% de los embarazos. En el Perú tampoco pasa desapercibido, ya que esta patología se ve asociado a ciertos factores Ginecológicos (Enfermedad inflamatoria Pélvica, haber tenido embarazo tubárico, antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino, antecedente de alguna cirugía tubárica o pélvica uterina e inclusive los anticonceptivos orales de emergencia). Esta patología llega a ser una verdadera emergencia médica, ya que si no se detecta a tiempo puede llegar a una complicación mortal que es la rotura tubárica, aquello ocurre cerca del 97% en las trompas de Falopio; que llevaría a la paciente a una hemorragia interna causando la muerte de la paciente y si no, pues llevaría a un severo daño irreversible de la trompa comprometiendo la fertilidad de la mujer durante su vida y más adelante la vida reproductiva. ⁽³⁾

Los exámenes auxiliares nos han servido para diagnosticar precozmente esta patología, mediante la ecografía transvaginal y el dosaje de la Hormona Gonadotrofina Coriónica.

En los Estados Unidos el incremento fue cerca de 5 veces más en un periodo de 20 años hasta la actualidad y la prevalencia sucede en mujeres de 35 a 44

años; esto quiere decir que el riesgo de una mayor edad, aumenta la aparición que sería incluido como un factor sociodemográfico.

De todas las muertes maternas el 36.5% son causadas por hemorragias maternas y de ello el 3.9% son causadas por el embarazo ectópico según el MINSA en el año 2015.

Según el MINSA en el año 2018; el 57.4% del total de muertes maternas fueron causas obstétricas directas: dentro de ellos el 28.7% fueron trastornos hipertensivos y el 19.4% fueron las Hemorragias (1-2% son Embarazos Ectópicos).

Cuando vieron que la prevalencia aumentaba cada vez más se dieron cuenta que las causas no fueron netamente biológicas, sino que ciertos factores sociales tendrían que ver con este aumento de la prevalencia como las conductas y hábitos sexuales que no son saludables. A razón de ello se le reconoce al Embarazo Ectópico como un problema de salud pública actualmente. El diagnosticar y tratar exitosamente un Embarazo Tubárico no garantiza a la mujer seguir con una vida reproductiva normal (<50% de la mujeres resultan con embarazos exitosos), además del daño irreversible que ocasiona.

Junto con ello existen diversos factores que determinan la aparición de un Embarazo ectópico como los factores socio demográficos, ginecológicos y conductas sexuales que con una adecuada medicina preventiva, manejo y diagnóstico oportuno se llegaría a prevenir, detectar e inclusive manejar adecuadamente este fenómeno de salud pública resultando así la reducción de la morbi-mortalidad materna que tanto perjudica la salud pública actualmente. ⁽⁴⁾

Razones todas, por la cual planteo la siguiente incógnita:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

- ¿Cuáles son los factores asociados a embarazo ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?

1.2.2. ESPECÍFICO

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?
- ¿Cuáles son los factores Gineco-obstétricos asociados a embarazo ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?
- ¿Cuáles son las conductas sexuales asociados a embarazo ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

TEÓRICA

Mi estudio da a conocer los principales factores que se asocian con esta patología y junto con la sintomatología poder prevenir e inclusive diagnosticar oportunamente un Embarazo Ectópico, también con la ayuda de los exámenes auxiliares usándolo antes que esta patología se pueda complicar con un ruptura tubárica llevando a una hemorragia y con ello la muerte materna que es el principal problema de salud pública.

PRÁCTICO

De acuerdo a los estudios revisados existen factores que se asocian, claro que uno más que otros, ya que en cada año va cambiando la frecuencia de algunos de ellos, aparte de investigar en mi presente estudio los factores asociados tanto sociodemográficos, Gineco-obstétricos y hábitos o conductas sexuales que conllevan al diagnóstico de un Embarazo tubárico, es averiguar la incidencia actual en mi población que son las mujeres hospitalizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del año 2017 y 2018.

SOCIAL

En muchas literaturas lo catalogan al embarazo ectópico como un verdadero problema social; ya que según mis antecedentes, existen ciertos hábitos y conductas sexuales que las pacientes han llevado durante su vida lo cual influiría en el aumento de la incidencia de esta patología y cuáles de estas conductas ha aumentado en la actualidad.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

Espacial: El presente trabajo tendrá como lugar el Hospital Nacional Hipólito Unanue ubicándose en la zona este de la ciudad de Lima, Av. Cesar Vallejo N°1390 distrito de El Agustino, este Hospital está consignado en un Nivel III-1.

Temporal: En el periodo que va desde Enero del 2017 a Diciembre del 2018.

Social: Serán pacientes con Embarazo Ectópico que han sido hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue y que cumplan únicamente los criterios de inclusión para concretar mi población y mi muestra.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La consecución de toda la base de datos para mi estudio de investigación tiene los siguientes límites:

- Los pedidos de permiso para el acceso a las historias clínicas ha demandado una burocracia exigente en la parte estadística.
- Las historias clínicas incompletas y mal archivadas.
- Los sub-registros de la numeración de las historias clínicas encontradas.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Determinar los factores asociados a embarazo ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.
- Establecer los factores Gineco-Obstétricos asociados a embarazo ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.
- Indicar las Conductas Sexuales asociados a embarazo ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.

1.7 PROPÓSITO

Tiene como fundamento encontrar básicamente los principales factores que se asocian al embarazo ectópico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue como la situación sociodemográfica de las pacientes, los antecedentes Gineco-Obstétricos y algunas conductas sexuales que se deben de investigar, para que con estos resultados, podamos disminuir la incidencia de embarazo ectópico cuando se encuentre algunos de estos factores para poder prevenir y diagnosticar eficientemente esta patología evitando que ocurra a menudo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

-Orellana J. et al 2016. “Embarazo Ectópico Complicaciones y factores de riesgo, estudio a realizar en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013-2015”. Guayaquil, Ecuador. Los resultados fueron 25% de las edades oscila entre 26-30 años, el 93% fue mestiza. 73% vive en área urbana, 51% se dedica hacer quehaceres domésticos, 50% de las pacientes tenía una edad gestacional de 4.1-7 semanas de gestación, un 90.3% presentó dolor pélvico como sintomatología. El 90% de localización de implantación fue en la zona tubárica, el 89,38% de los casos se hicieron intervenciones quirúrgicas, siendo la complicación más común el aborto tubárico con un 12.5%; 2% de las pacientes consumían tabaco con frecuencia. 39% de las pacientes tuvieron coito antes de los 18 años. El 11% de las pacientes presentaron una edad mayor de 35 años. El 18% tuvieron como antecedente un embarazo tubárico previo.

-Padilla B. et al 2016. “Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico” México. Con el resultado de que la RM del hábito tabáquico fue un promedio de 18.33, también las pacientes con antecedente de embarazo ectópico: 11.9%; antecedente de cirugía abdominal: 5.87%; que la paciente haya sido multigesta: 3.80%; que la paciente haya tenido más de una pareja sexual: 2%. Uno de los síntomas que más resalta y de importancia fue el de dolor a nivel pélvico: 57.1% (16), Embarazo tubárico derecho fue de 52.6%, el de embarazo tubárico fue de 82.1% (23), Embarazo tubárico no roto 60.7% (17), el síntoma de hemoperitoneo fue de 60.7% (17). En cuanto a la edad gestacional de un embarazo tubárico fue de 4-8ss (75%) y por último el tratamiento quirúrgico que utilizaron fue de 96.4%.

- Zhang D, et al 2016. “Asociación sobre el conocimiento del uso del levonogestrel como AOE y el riesgo de presentar embarazo ectópico después de un fracaso de la anticoncepción de emergencia con

levonogestrel” Shangai. Donde los resultados fueron los siguientes: aquellas que dieron respuesta incorrecta a la pregunta sobre el uso y método adecuado del levonogestrel como anticonceptivo oral de emergencia tenían mayor riesgo de Embarazo tubarico después de la falla del uso del Levonogestrel. Por otra parte algunas mujeres que no tomaban en serio las instrucciones de los profesionales sobre el uso del Levonogestrel tenían más probabilidades de presentar esta patología, las mujeres con insuficiencia de Levonogestrel informaron que sus amigos, padres, tv, internet, etc. son la principal fuente de información.

- **Vega J, et al 2015. “Embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Colombia.** Con el resultado de que se encontraron un aproximado de 23 referencias bibliográficas por lo cual 1 es una parte del libro, 9 de ellos son revisiones del tema, 13 son revisiones de tema y 13 son reportes o series de casos. Este estudio resulta que para diagnosticar un embarazo tubárico debemos de tener una fuerte sospecha de manifestaciones clínicas, medir la hormona b-HCG y obtener los resultados de la ecografía transvaginal realizado por un especialista calificado.

- **Zhao WH, et al. 2014 “Uso de anticonceptivos y riesgo de embarazo ectópico”. Shangai.** Resultó siendo que el usar un dispositivo intrauterinos (DIU) por varios años, aumentaría el riesgo de diagnostica un embarazo tubárico y también se incrementó el riesgo con la duración del embarazo anterior. El usar los anticonceptivos redujo el riesgo de embarazo intrauterino IUP no deseada” (condón, método de extracción, método del ritmo de calendario, píldora de anticonceptivos orales, emergencia con levonogestrel anticoncepción, DIU, esterilización tubárica). Y para embarazo ectópico no deseado (condón, método de extracción, método del ritmo de calendario, OCPs, DIU, esterilización tubárica. Sin embargo cuando la anticoncepción falló y se produjo el embarazo el uso actual de OCP, LNG-EC, DIU y esterilización tubárica aumentó el riesgo de PE en comparación con la falta de uso de anticonceptivos.

NACIONALES

-Mamani A. et al 2018. “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017-Puno” Puno, Perú. Se evidenciaron los siguientes factores que son significativos: como el estar soltera ($p=0.006$) (OR: 10.333; IC 95%: 1.209-88.357); legrado uterino ($p=0.008$) (OR: 5.870; IC 95%: 1.156-29.808); se encontró también como antecedente una enfermedad inflamatoria pélvica ($p=0.015$) (OR: 6.120; IC 95%: 1.879-19.914); también se obtuvo como antecedente aborto espontáneo previo ($p=0.013$) (OR: 9.000; IC 95%: 1.818 – 44.532); inicio precoz de relaciones sexuales ($p=0.024$) (OR:4.200; IC 95%: 1.289-13.692); y el uso del DIU ($p=0.011$) (OR: 4.392; IC 95%: 1.080-17.862).

-Cava M, al 2016. “Enfermedad Pélvica Inflamatoria como factor de riesgo para el desarrollo de Embarazo Ectópico” Trujillo, Perú. Este estudio tuvo como resultado que cerca del 23.5% de los pacientes diagnosticados con embarazo tubárico tuvieron como antecedente una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI); pero el 5.9% sin ser diagnosticadas con embarazo tubárico tuvieron EPI.

- Carbajal L. 2016. “Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015” Arequipa-Perú. Este estudio tuvo como resultado que de 181 pacientes resultaron los siguiente: edad 28.91% \pm 6,86 años; secundaria incompleta 53.04%; conviviente 46.96%; fumadoras 4.42%; nulíparas 46,41%; 1 pareja sexual 41.44%; edad de inicio de Relaciones Sexuales 18.06 \pm 2,56 años; no antecedente de Cirugía 85.64%; 9.94% cesárea; antecedente de Embarazo ectópico 3.87%; EPI como antecedente 2.21%; anticonceptivos Progestágenos 28.28%; 7.73% Preservativo y 3.87% uso de DIU.

- Zapata B, et al 2015. “la cirugía pélvica y el Ectópico previo en la epidemiología del Embarazo Ectópico” Lima, Perú. En este estudio la

población fue de 46 personas. La incidencia de Embarazo tubárico: 0.63%-- 1/157 partos. Multíparas: 67%; edad 20-40 años: 89%; amenorrea 5-7 semanas: 37%; antecedente de Embarazo tubárico: 20%; cirugía pélvica: 39%; sintomatología (amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal): 59%; en la ecografía: tumor anexial, presencia de líquido libre en el fondo de saco posterior. Embarazos ectópicos rotos: 54%; lugar más frecuente fue la zona tubárica. Laparotomía como cirugía exploratoria para el diagnóstico: 48%; anatomía patológica como diagnóstico: 48%.

- Vega J. et al, 2015. “Embarazo Ectópico en el Hospital regional Docente Materno Infantil El Carmen en el año 2015” Huancayo-Perú. Resultaron un total de 1.47% - 1/68 partos de frecuencia de Embarazo tubárico. En cuanto a los factores el estar soltera: 40.3%; nivel de instrucción superior: 51.9%; procedencia (Huancayo, el tambo, Chilca); más de 1 pareja sexual: 54.4%; dos gestaciones: 35.1%; nulíparas: 42.9%; usó menos de 1 anticonceptivo: 62.3%; preservativo: 30.2%; método anticonceptivo de inyecciones mensuales: 28.3%; cirugía tubárica como antecedente: 54.2%; aborto previo 38.9%; ingresaron por emergencia: 96.1% (de los cuales 25.3% ingresaron el primer día y 68% ingresaron la primera semana). En cuanto a sintomatología dolor a nivel de la pelvis: 94.8%; (de los cuales la zona más frecuente fue el hipogastrio); ginecografía: 79.2%; amenorrea: 48.1%. En cuanto a los signos fue el de dolor a la palpación: 86.8%; dolor anexial: 46.1%; rebote positivo 26.3%; dolor a la palpación de cérvix 26.3%. Dosaje de la hormona b-HCG: 74.3%. Presencia de anemia en la consulta: 51.9%. la localización más frecuente fue trompas de Falopio: 84.5% (dentro de la zona ampular); intervención quirúrgica como tratamiento: 80.5% y salpinguectomía en un 73.4%.

-Horna J. et al 2015 “Embarazo Ectópico: Factores de riesgo, estudio en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2014” Cajamarca, Perú. Se obtuvo el resultado de que los factores de riesgo son el de estado civil soltera (OR: 11,48; IC 95%: 1.34-21.60); antecedente de enfermedad pélvica

inflamatoria (OR: 3.88; IC 95%: 1.31-11.47); también se obtuvo que el inicio de relaciones sexuales (OR: 3.48; IC 95%: 1.05-9.3); y el resultado del aborto espontáneo previo (OR: 6.43; IC 95%: 1.17-14.2).

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 BASE TEÓRICA DE EMBARAZO ECTÓPICO

Se ha definido que una vez que se realiza la concepción, el blastocisto no llega a implantarse en la cavidad uterina sino en otros focos fuera del útero y uno de los lugares donde es más frecuente esta anidación, es en la zona ampular de las Trompas de Falopio.

En los Estados Unidos, el embarazo ectópico representa cerca del 2% de los embarazos del primer trimestre y alrededor de 6% en relación a la muerte materna.

En cuanto a la clasificación podemos dividir al embarazo ectópico según su complicación: no complicada y en complicada.

No complicada: la duración no suele pasar del primer trimestre porque la reabsorción se da con facilidad o con el adecuado tratamiento, así mismo viene a ser un antecesor de un embarazo complicado. La sintomatología de esta patología suele ser muy característico (dolor al momento del tacto uterino, cuando el tiempo de amenorrea no coincide con el tamaño del útero y la palpación de una masa anexial, limitada, ovoide, pequeña y unilateral). Y por último el embarazo complicado se caracteriza por ser más fácil de diagnosticarlo y detectarlo, pero así mismo es más peligroso y mortal ya que llega a comprometer el estado hemodinámico de la paciente, en caso de que se comprometiera el estado hemodinámico causaría un shock que podría ser un hemoperitoneo y si presenta muerte ovular precoz estaríamos hablando de un hemosálpax y obstrucción tubárica; en caso de que el embarazo tubárico no tenga compromiso hemodinámico hablaríamos de un hematosálpax y en otro caso de un aborto tubárico. ⁽⁵⁾

En nuestro país cerca del 1-2% se ha visto incrementado la incidencia de los embarazos ectópicos, se ha relacionado con algunos antecedentes de la pacientes con antecedente de utilizar un dispositivo intrauterino por un largo periodo, enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo tubárico y de alguna cirugía en las trompas de Falopio.

Las manifestaciones clínicas de esta patología es la clásica triada de sangrado vaginal, dolor abdominal y amenorrea. En cuanto a las presentaciones puede ir desde un caso asintomático hasta complicarse con un abdomen agudo con shock hemodinámico. El diagnóstico de esta enfermedad se hacía a través de la detección de la subunidad B de la BHCG y el examen de ultrasonografía transvaginal. ⁽⁶⁾

En el manejo consideraremos tres posibilidades en relación al cuadro que presenten que es expectante, médico o quirúrgica. En caso que se tenga que elegir entre la vida de la madre y el feto, siempre elegimos el de la madre para preservar su fertilidad y vida reproductiva, más aún en pacientes nulíparas.

EPIDEMIOLOGÍA

Según el “American College of Obstetricians and Gynecologists” describen que la mortalidad es mayor en pacientes con Embarazo tubárico que por un embarazo que nace vivo o que se interrumpe de forma intencional.

En el Perú esta patología tiene como incidencia 1-2.4%; tasa de mortalidad: 0.3-0.4%; primera causa de mortalidad en el primer trimestre del embarazo: 9%.

En el I semestre del 2018; el 57.4% del total de muertes maternas fueron causas obstétricas directas: dentro de ellos el 28.7% fueron trastornos hipertensivos y el 19.4% fueron las Hemorragias (1-2% son Embarazos Ectópicos)

En algunos países desarrollados el Embarazo tubárico tiene un porcentaje de 10 al 15% de causa materna en relación con la gestación y un alto valor de 80 al 90% de mortalidad materna en el primer tercio de embarazo.

El incremento de la incidencia se ve afectado por diversos factores asociados, la reproducción asistida de parejas infértiles y el uso oportuno de los exámenes auxiliares.

ETIOLOGÍA

La causa es multifactorial, pero existen diferentes factores principales que modifican el traslado del óvulo ya fecundado de la zona tubárica hacia la cavidad uterina (es decir existen diversos factores que por algún motivo dificultan ese movimiento retrasándola o dificultando este traslado por aumento de la receptividad del huevo por los cilios de la trompa de Falopio, por transmigración del huevo fecundado y también por alguna anomalía del huevo).

La causa exacta de la implantación y desarrollo del blastocisto aún no se comprende. Se ha descrito que la 17 b-ESTRADIOL, actuando a través de los receptores estrogénicos alfa y beta, juegan un gran papel en la homeostasis de la tuba uterina siendo eso las fluctuaciones de 17 b-ESTRADIOL lo que genera un mal funcionamiento de la tuba uterina. Todas las situaciones predictores de un embarazo ectópico posee en común una lesión del epitelio tubárico o una interferencia en la movilidad de las trompas. Después de la fecundación en la ampolla tubárica, la implantación del blastocisto ocurre entre el sexto y séptimo día en el lugar donde se encuentre, ya que si no logra implantarse en el útero lo hará en las trompas. Llegando a situarse en su pared muscular la cual invade y erosiona. ⁽⁷⁾

En muchas ocasiones la causa precisa de esta patología no suele ser precisa.

⁽⁸⁾

CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA.

El lugar de implantación más frecuente suele ser el lugar más cercano al Ovario que es la Trompa de Falopio (98%), dentro de este lugar las zonas más frecuencia a menor frecuencia son: Zona Ampular (80%), Zona Istmica (12%), Zona cornual-intersticial (2.2%) y las fimbrias (6%).

Otro de los lugares más frecuentes seguida de las Trompas de Falopio son: Ovario: 0.15%; cérvix: 0.15% y por último el abdomen: 1.4%. Tras la afluencia del uso de reproducción asistida se ha relacionado con la aparición de los embarazos extratubáricos en un 7%.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología va a depender mucho de la rotura del embarazo, por ello gracias al avance de la tecnología el diagnóstico de un embarazo tubárico suele ser oportuno antes de que se rompa.

La gran parte de los pacientes no saben si tienen un embarazo ectópico o no ya que la sintomatología suele ser silenciosa al inicio o simplemente son inexistentes y supuestamente suele estar yendo con normalidad el embarazo o también puede ser precedente de un aborto

En caso de que no se encuentre el diagnóstico a tiempo, la evolución del embarazo suele caracterizarse por una amenorrea variable, luego puede presentarse una hemorragia leve o manchado vaginal que pasa desapercibido por la paciente. ⁽⁹⁾

La verdadera sintomatología empieza cuando el embarazo tubárico se rompe (complicado) que suele caracterizarse por: dolor intenso (hipogastrio, flancos y zona pélvica), este dolor se define como (desgarrante, lancinante, latente y agudo); síncope y vértigo (alteración del sistema nervioso); sensibilidad a la palpación (abdomen, zona pélvica); dolor al mover el cuello uterino (signo de alerta); aumento de tamaño a nivel del saco vaginal (acumulación de sangre)

y palpación de alguna tumoración pastosa anexial; es decir casi al lado del útero.

Respecto a la acumulación de sangre intraperitoneal cerca de la mitad de las pacientes suele presentar irritación a nivel del diafragma que se evidencia por dolor en el cuello y hombro, sobre todo cuando se les dice que inspiren aire.

La mayoría de las pacientes acuden al Hospital al inicio del embarazo tubárico. En algunos casos el diagnóstico se establece antes de haber iniciado las manifestaciones clínicas y algunas evidencias sintomatológicas son:

-DOLOR: En la zona abdominal y pélvica cerca del 95%. Cuando la enfermedad está más avanzada suelen aparecer manifestaciones gastrointestinales en un 80% de los casos, también es característico el mareo y aturdimiento con un 58%. Si el embarazo se rompe pasa a complicado y el dolor se manifiesta en toda la zona abdominal.

-HEMORRAGIA ANORMAL: cerca del 60 a 80% de las pacientes manifiestan tener amenorrea y luego una hemorragia vaginal o manchado que pasa desapercibido al inicio. También puede presentarse un hemorragia vaginal abundante que suelen confundirlo con un abortó incompleto.

-HIPERSENSIBILIDAD ABDOMINAL O PÉLVICA. Cuando el embarazo ectópico está intacto la hipersensibilidad suele ser nula, en cambio cuando se rompe la hipersensibilidad se manifiesta en la zona abdominal como vaginal; en más del 75% de las mujeres (especialmente en la movilidad cervical).

-CAMBIOS UTERINOS: Hay cambio cuando la tumoración ectópica crece y empuja la cavidad uterina, también cuando hay estimulación hormonal. Llegando a que el útero se convierta en decidua, pero es varibale. Cuando se observa una decidua sin trofoblasto estaríamos hablando de un Embarazo tubárico y la ausencia de decidua tampoco excluye una de estas.

-SIGNOS VITALES: Mayormente no hay cambios antes de la rotura, pero cuando esta se complica ocasiona una hemorragia moderada que se

manifiesta con aumento de la presión arterial o respuesta vagal con hipotensión y bradicardia. ⁽¹⁰⁾

Si hablamos de embarazo ovárico la sintomatología es algo parecida a un EE y hemorragia del cuerpo lúteo. Encontrándose un promedio de 33% de hemorragia abundante.

En caso de embarazo cervical un 90% presenta hemorragia de tipo vaginal y que pasa desapercibida porque no da dolor-el 33% de hemorragia es extensa.

Y solo el 25% refiere hemorragia con dolor abdominal.

Mientras va avanzando el embarazo las paredes del útero se distienden y suelen adelgazarse, el cuello se dilata parcialmente.

2.2.2 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE EMBARAZO ECTÓPICO.

La incidencia de embarazo ectópico ha ido aumentando durante todo este tiempo y junto con ello también se ha descrito una gran cantidad de literaturas que explican las diferentes asociaciones y factores de riesgo que tendrían que ver con este incremento. Algunos estudios reportaron que la aparición de un embarazo ectópico tendría q ver con las circunstancias que evitan o retardan la movilidad del “ovulo fecundado” hacia la cavidad uterina; es por ello que cualquier evento que ocasione alguna alteración en la estructura de la trompa de Falopio podría tener mayor riesgo a la aparición de un Embarazo tubárico.

Hay factores que están presentes en las pacientes con embarazo ectópico con un porcentaje considerable de 25 a 50%.

Esta patología se observa en un rango de 2,1 a 9,4% en casos donde la pareja se somete a mecanismos de fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIVTE), se describe porque estos procesos utilizan la progesterona y el clomifeno, que en efecto alteran el movimiento de las trompas. Y existen cifras considerables y estudios donde mencionan que el embarazo ectópico estaría

relacionado con el uso de la píldora del día siguiente o con el dispositivo intrauterino también con Levonogestrel. ⁽¹¹⁾

En resumen hay diversos factores que están asociados a la aparición de esta patología que detallaremos más adelante:

a) **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

- **Edad Materna:**

Según las literaturas y antecedentes la edad tendría que ver mucho con la aparición de esta patología ya que aumenta el riesgo cuando la paciente es más añosa de 3 a 4 veces más en pacientes de 35-44 años en relación a las pacientes de 18 a 34 años. Por ello se daría la falla en la movilización retardada de la actividad mioeléctrica de las trompas de Falopio.

- **Estado civil**

Se evidenciaron en diversos estudios en nuestro país que la aparición de esta patología fue en embarazadas convivientes a pesar de que las pacientes tenían un promedio de edad entre 35 a 45 años (Un ejemplo de ello es un estudio que se realizó en el Hospital María Auxiliadora en el 2015).

Resultó como estado civil (convivientes): 72.9%. Se deduce entonces que las pacientes presentaron inestabilidad con sus parejas ante el matrimonio.

- **GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Este factor tiene que ver con la cultura y conocimiento de las pacientes sobre el tema. Aunque en muchos estudios no incluyen a este factores como una de las causas. Es por ello que no se relaciona con exactitud la relación de instrucción y embarazo ectópico, podríamos decir entonces que este factor tendría que relacionarse indirectamente con las conductas higiénicas, baja atención de salud en el diagnóstico y con ello el manejo de enfermedades inflamatoria pélvicas, de contacto sexual, promiscuidad, coito precoz en las

pacientes y más de una pareja por el bajo nivel de conocimiento por parte de la paciente).

- **PROCEDENCIA**

Este factor no es muy común ya que otros estudios lo descartan, uno de los estudios del autor Pacheco en el 2015 realizado en el Hospital Materno Perinatal de Lima (45,7% del cono este), así mismo en otro estudio esta vez realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (26,2% del Cercado de Lima). Este factor en si serviría para abordar a los pacientes con antecedente de embarazo tubárico para que así se puedan tomar las medidas preventivas y con ello evitar otro suceso parecido.

- b) **FACTORES GINECOLÓGICOS**

Aquí les mencionamos algunos antecedentes más frecuentes hasta la actualidad.

- **Paridad**

En un estudio de Duran y Moreno señalan que hay alta probabilidad de embarazo ectópico en pacientes nulíparas a comparación de las mujeres multíparas. En un estudio de Carbajal en Arequipa se concluyó también que las mujeres nulíparas tendrían mayor asociación. Moreno sin embargo relata que la mayor probabilidad la tiene las pacientes multíparas con un (80%).

- **Embarazo ectópico previo**

La probabilidad de que una paciente con antecedente de embarazo tubárico y con tratamiento conservador vuelva a presentar esta patología es de 15%.

Estas pacientes tienen un riesgo volver a presentar esta patología de 7 a 13 veces más (25% de gestantes podría realizar el episodio nuevamente y un valor de 50-80% la posibilidad de que las pacientes tengan un embarazo normal intrauterino).

- **Enfermedad Inflamatoria Pélvica**

Está condición que afecta sobre todo a las trompas de Falopio causando diferentes complicaciones a nivel anatómico y funcional; asociándose también a infecciones a nivel de la pelvis y si llega a hacer manifestaciones que afectan de manera crónica puede causar adherencias y obstrucciones.

Una de ellas es la salpingitis crónica que durante su complicación puede causar cierta fibrosis y posteriormente una obstrucción a nivel de la trompa de forma bilateral como (modificaciones en el epitelio ciliar y en las fibras musculares, ciertas constricciones y dilataciones a nivel sacular) alterando el transporte del futuro cigoto hacia la cavidad uterina.

Se presenta en más de la tercera parte de las pacientes y el agente de mayor frecuencia es la Chlamydia Trachomatis y la segunda es la N. Gonorrhoeae, estas alteran el canal endocervical, alterando las barreras protectoras y permitiendo así la infección ascendente. El ascenso de microorganismos también ocurre por la pérdida del mecanismo de depuración de las células epiteliales cilíndricas tubárica y uterinas; el daño del epitelio endocervical permite la invasión de por la flora vaginal.

El diagnóstico de EPI debe ser evidenciada por dolor a la palpación del útero, dolor en los anexos o con la movilización del cuello uterino. Algunos datos aumentan la especificidad diagnóstica: temperatura bucal > 38.3°C, secreción vaginal mucopurulenta, abundantes leucocitos en el examen microscópico de secreciones cérvicouterinas, velocidad de sedimentación globular, elevada proteína C reactiva y presencia de N. Gonorrhoeae o C. Trachomatis en el cuello uterino. ⁽¹²⁾

- **Cirugía tubárica previa**

Una cirugía a nivel de las trompas de Falopio es una de las mayores causas de embarazo ectópico ya que se está manipulando por diferentes causas la trompa originando así la interrupción anatómica de ello por ciertas complicaciones tales como una cirugía mal hecha, infección, anomalía

congénita o tumores. También estas cirugías afectan la función ciliar de las trompas.

Cerca del 76% de embarazos post esterilización son por lo embarazos ectópicos. Reduciéndose a 50% con la microcirugía.

- **Aborto o legrado uterino**

Al momento que la persona se realiza un raspado en el útero o se realiza una aspiración a ese nivel, causa cierta irritación e inflamación de la zona uterina; causando así la distención de microorganismos por la trompa y provocar alteraciones tanto anatómicas como fisiológicas; podría también complicarse con una enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y más adelante un Embarazo tubárico. En el instituto perinatal se encontró una gran asociación de una episodio de aborto o legrado con el embarazo ectópico. Así mismo en el hospital de Trujillo realizaron un estudio donde también señalaban la asociación q existía entre la Enfermedad Pélvica Infamatoria con el embarazo ectópico (13.6 veces más).

- **Cesárea**

La aparición de un embarazo ectópico sobre una cicatriz de cesárea ha ido aumentando considerablemente, probablemente al número de cesáreas realizadas anteriormente (la implantación embrionaria en esta zona de cicatriz de cesárea tiende a liberar factores como la citosina, junto con ello la expresión de distintos receptores de superficie atraerán la implantación de este embrión, mayormente en cicatrices de cirugía endometrial por la atracción quimiotáctica luego de un proceso de inflamación y de reparación tisular que allí ocurre).

- **Edad gestacional diagnóstica**

Algunos estudios evidenciaron que el mayor porcentaje de embarazadas tuvieron un promedio de edad gestacional de 9 semanas en las que se diagnosticaron el embarazo ectópico.

c) FACTORES DE CONDUCTAS SEXUALES

- **Inicio de relaciones sexuales**

La evidencia de encontrar mayor probabilidad de embarazo ectópico es en pacientes que han iniciado su vida sexual antes de los 18 años. Un estudio que hizo Bejarano resultó que la iniciaron su vida sexual antes de los 16 incrementando el riesgo de padecer un embarazo tubárico más adelante.

- **Número de parejas sexuales**

Que una paciente tenga más de una pareja sexual hace que aumente la prevalencia de tener un embarazo ectópico ya que estaría ligado a ciertas infecciones o una enfermedad inflamatoria pélvica.

- **Consumo de tabaco.**

El tabaquismo en sí es un factor equivalente a las infecciones de transmisión sexual, ya que aumenta la probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico en 3 y 4 veces en las pacientes que fuman cerca de 1 cajetilla diaria (Saraiya, 1998). Por otro lado se realizaron estudios en animales donde el tabaco afectaba la estructura de la trompa de Falopio por el humo de cigarro. También altera la captación del complejo cúmulo-ovocito y también afectaría el traslado del embrión a consecuencia de sus efectos en la función ciliar y contracción del músculo liso.

- **Uso de tecnología de reproducción asistida.**

Esta patología se observa en un rango de 2,1 a 9,4% en casos donde la pareja se somete a mecanismos de fertilización in vitro y transferencia embrionaria (FIVTE), se describe porque estos procesos utilizan la progesterona y el clomifeno, que en efecto alteran el movimiento de las trompas.

Cuando el uso de esta tecnología de reproducción asistida se realiza en parejas subfértiles o infecundas la frecuencia de que resulte un embarazo ectópico es de 0.8% por transferencia y cerca de 2.2% de embarazo clínico. Dentro de estos procedimientos los que resultan en mayor frecuencia son

(transferencia intratubárica de gametos, transferencia de embrión criopreservado y la fertilización in vitro). Para este último los factores que se asocian a un Embarazo tubárico es que la paciente presente infecundidad por factor tubárico y el hidrosálpix.

- **Uso de DIU**

El uso de este dispositivo al liberar hormonas a nivel de la cavidad uterina y al momento del ingreso de los espermatozoides cuando ocurra la fecundación el cigoto no se pueda implantar en la cavidad uterina por la liberación de las hormonas a nivel de esta, implantándose el cigoto en las partes anexiales (este argumento ya no es tan válido en la actualidad ya que muchos rechazan este factor como causa de embarazo ectópico).

Cuando sucede una concepción mientras se está usando el DIU es ectópico más a menudo que un embarazo sin ese dispositivo. El sistema intrauterino de levonogestrel tiene una capacidad acumulada de alrededor de 5 años de hacer un embarazo ectópico de 0.5 por cada 100 usuarias, de los cuales el 50% es un embarazo ectópico. ⁽¹²⁾

- **Uso de Levonogestrel (ANTICONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA)**

Los anticonceptivos orales de emergencia con progesterona sola incrementan de manera mínima la frecuencia de producir un embarazo ectópico al disminuir la motilidad del musculo liso en la trompas de Falopio.⁵

Incrementando la posibilidad de que haga un embarazo tubárico si en caso el tratamiento falla. Lo cual habrían diversos mecanismos en donde el Levonogestrel actuaría alterando la motilidad tubárica y la relajación de la actividad mioeléctrica de las trompas de Falopio que están mediadas por la progesterona; por ello impide el transporte del blastocisto por el itsmo ocasionando un Embarazo Ectópico.

Una de las contraindicaciones y precauciones del uso de la píldora del día siguiente es que si se produjera un embarazo tras la administración del levonogestrel, se debe considerar la mayor probabilidad de un embarazo ectópico.

DIAGNÓSTICO

Sugieren tres formas (exploración clínica, ecográfica y la determinación seriada de la fracción b de la Hormona Gonadotrofina Coriónica), la más efectiva es la ecografía transvaginal, seguida de la BHCG (este suele incrementar de 53 a 66% cada 48 horas en un embarazo eutócico o normal).

Si en caso los valores de la b-HCG están (>25 ng/ml) se descartaría un embarazo tubárico.

El diagnóstico se define con la ecografía transvaginal y los valores de b-HCG (sensibilidad de 97%, especificidad de 99%, y un valor predictivo de 98%).

a) ECOGRAFÍA

En una ecografía ante la sospecha de un embarazo tubárico hay ciertos signos característicos que nos confirmarían el diagnóstico (Útero vacío, más aún cuando el útero es grueso, cuando se observa un “pseudosaco” intrauterino, el signo de “doble halo” que se observa en las trompas, cuando se visualiza “un saco gestacional fuera del útero con presencia de vesícula vitelina y a veces hasta de embrión”, el Doppler color positivo en dos casos anteriores y lo que más se encuentra es la presencia de líquido en el fondo del Saco de Douglas).

b) DETERMINACIÓN SERIADA LA FRACCIÓN DE b-HCG (por método de ELISA)

Las células del trofoblasto forman esta hormona lo cual va aumentando cada 2 días moderadamente (<10,000 UI/ml). Cuando las cifras no

superan este valor, podemos diagnosticar como embarazo no viable u ectópico. La cifra más alta ocurre en la semana 11 de gestación.

Los resultados de la b-HCG confirman el diagnóstico cuando hay sospecha de un ectópico y la ecografía sale dudosa. ⁽¹³⁾

c) ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL CON DOPPLER COLOR.

Este examen es muy confirmatorio ya que nos ayuda a identificar la zona intrauterina y la zona extrauterina de color vascular el llamado “patrón en anillo de fuego” y el “patrón continuado de alta velocidad y baja impedancia” que es correspondida con la perfusión de la placenta. Si logramos observar este patrón, pero que este fuera del útero; podríamos confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico.

Si este patrón se observa fuera de la cavidad uterina estaríamos confirmando el diagnóstico de un embarazo ectópico.

d) LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA

Este examen es muy importante en las pacientes termodinámicamente estables, en caso de un embarazo tubárico roto o complicado, se empieza con la cirugía, como tratamiento definitivo.

TRATAMIENTO

Este tratamiento no es complicado y se puede clasificar en dos: tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, teniendo en cuenta que este último se puede clasificar en: tratamiento observacional y tratamiento médico.⁶

-TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

1. TRATAMIENTO OBSERVACIONAL

La mayoría de las veces no necesitan tratamiento y se resuelven sin necesidad de ello hasta un 70 % de los casos. Y bueno este tratamiento se dio a cabo luego de que en el año 1055 un científico Lund vio que la mayoría de las pacientes estando ya hospitalizadas de EE no complicado solían

resolverse si la necesidad de optar por un tratamiento, pero la recomendación para que sea un tratamiento observacional es que debería de cumplir ciertos parámetros como:

- Que la paciente esté hemodinámicamente estable.
- El valor inicial de la hormona BHCG < 1000UI/ml
- Que el líquido libre en el fondo del saco de Douglas esté disminuido o nulo <50 ml
- Que la masa anexial mida menos de 2cm
- Ausencia de actividad cardiaca

2. TRATAMIENTO MÉDICO

El objetivo de este tratamiento es provocar la muerte del embrión o blastocisto y para ello también se tienen que tener en cuenta ciertos parámetros como:

- Que la paciente presente un EE no complicado, esté hemodinámicamente estable y tanto la función renal como hepática tiene que estar normales.
- El tiempo de embarazo sea < 6 semanas
- Ausencia de latido cardiaco en el saco gestacional.
- Masa anexial mida menos de 3.5cm
- Nivel de BHCG < a 15000 UI/ml

Algunos autores como tanaka (1982), Miyazaki (1983) y Ory (1988) mencionaron el uso de metrotexate como tratamiento para el embarazo intersticial y también hicieron algunos estudios donde usaron el metrotexate como tratamiento para EE.

El metrotexate es un fármaco que frena el crecimiento del embrión.

Una vez que se inicia el tratamiento es importante medir los valores de BHCG semanalmente para así poder saber la efectividad del medicamento en el

tratamiento de EE, ya que puede existir un margen de error <5% en este tratamiento.

Para ello se debe evitar algunos factores para que el tratamiento sea efectivo como valores de la BHCG >5000 Mui/ml, en el examen ecográfico el líquido sea abundante o moderado que haya latidos cardiacos y tratamiento incremente los niveles de BHCG >50% dentro de 48h.

-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El mejor tratamiento para estos pacientes es laparoscopia, donde se realizan varios tipos de cirugía como la salpingectomía, tomando en cuenta la medida de la masa, si el oviducto está comprometido o no y el estado de hemodinámica de la paciente, pero si a pesar de todo esto encontramos complicaciones se deberá de realizar la laparotomía como elección.

Si las manifestaciones clínicas de la paciente son estables y el embrión tiene un tamaño pequeño, se puede proceder a extraer el embrión haciendo un corte pequeño en el ombligo, se puede observar y examinar las trompas con una pequeña cámara, luego se extrae el embrión y restos del tejido conservando la estructura de la trompa.

Por el contrario si encontramos mucho tejido cicatrizal en el abdomen, abundante hemorragia por la ruptura de las trompas o del mismo embrión, o si el embrión tiene un tamaño muy grande y si en caso mediante la laparoscopia no se puede visualizar muy bien la pelvis, realizaremos la cirugía abdominal mejor llamada laparotomía exploratoria.

El tratamiento quirúrgico pueden ser de dos maneras siendo la salpingectomía (donde se extrae la trompa de Falopio) o la salpingostomía (extracción del embarazo ectópico, protegiendo o conservando la trompa). Después de ello se necesitará seis semanas para la recuperación de la paciente.

Algunos estudios verificaron que la salpingostomía tiene tasas elevadas de embarazo ectópico recurrente y las tasas de embarazo intrauterino son más altas también.

Después de la cirugía es importante el seguimiento de los valores de BHCG, porque las células del trofoblasto siguen en la trompa en un valor de 5 a 20%.

Para la elección de la cirugía laparoscopia o laparotomía se deben tener en cuenta si la trompa está intacta o está rota, la localización del embarazo ya sea a nivel intersticial, istmico o ampular de la trompa, el tamaño del tumor que podría ir de 3cm a 8cm, la accesibilidad de la operación, si es que hay adherencias o no, impedimentos que influyan en la hemostasia y lo más importante es que la mujer quiera mantener su fertilidad o no. ⁽¹⁴⁾

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Embarazo ectópico: Esta patología se caracteriza porque el blastocisto no llega a implantarse en el lugar adecuado que es el útero, sino en diversos focos ectópicos y uno de los más frecuentes es la “zona ampular” de la Trompa de Falopio.

Embarazo ectópico persistente: Se le dice así cuando la mujer aun así haya pasado por una salpingostomía o bien por una comprensión de fimbria y el tejido trofoblástico persiste en la trompa y no hay un embrión identificable (las “vellosidades coriónicas” están confinadas a nivel de la capa muscular, la adherencia del tejido trofoblástico en el peritoneo podría ser una causante de la persistencia).

Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Se denomina así a toda aquella infección ocurrida en el útero y colaterales como la trompa de Falopio. “Tiene principales sintomatologías (dolor abdominal bajo, fiebre, episodios de leucorrea que tienen o no mal olor). Varios factores hacen la aparición de esta por el ascenso de diversos microorganismos” que llegan a invadir el útero y anexos son como (uso de Dispositivo Intra Uterino, promiscuidad, enfermedades de transmisión

sexual, estos factores llevan a la infertilidad, embarazo tubárico y dolor a nivel de la pelvis).

Cirugía tubárica previa: Aquella cirugía realizada en cualquier parte de la trompa de Falopio

Embarazo ectópico previo: Antecedente de la paciente de haber tenido en alguna oportunidad un embarazo cuya implantación se haya realizado fuera de la cavidad uterina.

Aborto o legrado uterino: Antecedente de cualquier interrupción que haya pasado con el embrión dentro del periodo de gestación.

Cesárea: Es una cirugía que se realiza a nivel del vientre de la paciente con el fin de “extraer el feto por medio de una incisión la pared abdominal de la madre a nivel del útero y con ello evitar el trabajo de parto, existen ciertos factores para realizar una cesárea o cuando haya problemas inesperados durante el trabajo de parto,” pero también este método puede ser programado.

Edad de inicio de relaciones sexuales: Cuando la paciente ha tenido su primer contacto sexual.

Número de parejas sexuales: cuantas parejas sexuales ha tenido la paciente hasta la actualidad.

Consumo de tabaco: Acción de inhalar y exhalar los humos producidos por el tabaco.

DIU: Es un dispositivo que se coloca en el útero con el objetivo de liberar una hormona llamada progesterona que impide que el ovulo fecundado se implante en el útero.

Levonogestrel como Anticonceptivo Oral de Emergencia: Es un anticonceptivo que se usa de manera no consecutiva sólo en casos que se necesite, ya que tiene una alta eficacia si se toma dentro de las horas correspondidas y puede causar mínimos efectos secundarios.

Anticoncepción hormonal oral

Es un método que se utiliza para la liberación de hormonas (progesterona y estrógeno) ocasionando la viscosidad de la mucosidad del cuello uterino y evitando la liberación del óvulo.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. GENERAL

- **H(i):** Existen factores asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018

H(0): No existen factores asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.

3.1.2. ESPECÍFICOS

- **H(i):** Existen factores sociodemográficos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.

H(0): No existen factores sociodemográficos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.

- **H(i):** Existen factores Gineco-Obstétricos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018..

H(0): No existen factores Gineco-Obstétricos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.

- **H(i):** Existen conductas sexuales asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.
- **H(0):** No existen conductas sexuales asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.

2.5. Variables

-INDEPENDIENTE

FACTORES ASOCIADOS

- Factores Socio-Demográficos
 - Edad
 - Grado de instrucción
 - Estado civil
- Factores Gineco-obstétricos
 - Paridad
 - Enfermedad Inflamatoria Pélvica
 - Cirugía pélvica uterina previa
 - Embarazo Ectópico previa
 - Aborto o legrado uterino previo
 - Cesárea.
- Conductas Sexuales
 - Edad de inicio de relaciones sexuales
 - Número de parejas sexuales
 - El uso de Dispositivo Intrauterino
 - Uso de Levonogestrel como AOE
 - Uso de Preservativo
 - Uso de Ampolla Mensual
 - Uso de Ampolla trimestral

-Uso de pastillas Orales

-DEPENDIENTE

EMBARAZO ECTÓPICO

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Edad Materna: Tiempo de edad que una persona cumple a lo largo de su vida.

Grado de instrucción: el nivel de conocimiento que haya alcanzado una persona aun así no haya culminado o están en proceso.

El más alto nivel de conocimiento realizado o en curso, sin tener en cuenta si estos estudios se hayan culminado o están provisional o definitivamente incompletos.

Estado civil: Condición Legal de una persona para saber cuál es su situación de pareja.

Paridad: Tiene como concepto las veces en que la paciente ha estado gestando excluyendo las veces en que el producto ha nacido.

Enfermedad inflamatoria pélvica: Infección que ocurre en el útero y trompas de Falopio u otras colaterales.

Cirugía tubárica previa: Cirugía que consiste en sacar una parte de la trompa de Falopio, dejando un lugar de esterilidad.

Embarazo ectópico previo: Haber presentado en alguna oportunidad un embarazo en cualquier otro lugar que no sea en útero.

Aborto o legrado uterino: Intervención del embarazo de forma natural o voluntaria que se realiza con el fin de terminar con el embarazo, realizada antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.

Cesárea. Antecedente de cicatriz de cesárea donde facilita la anidación del embrión ocasionando un embarazo ectópico.

Edad de inicio de relaciones sexuales: Edad en que la persona ha comenzado a tener relaciones sexuales

Número de parejas sexuales: Más de una pareja sexual por paciente aumenta la probabilidad de infecciones por transmisión sexual y de enfermedad inflamatoria pélvica.

Uso de DIU: “Pieza que se coloca en el interior del útero e impide el anidamiento del óvulo fecundado.”

Uso de Levonogestrel como Anticonceptivo Oral de Emergencia: “Píldora del día siguiente” Anticonceptivo oral de emergencia que se usa dentro de las 72h después de las relaciones sexuales sin protección.

Uso de preservativo: es el método de barrera con menor porcentaje de fallas a comparación de otros métodos anticonceptivos, además que también tiene mayor efectividad contra el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Uso de ampolla mensual: método anticonceptivo que puede contener una progestina sola o una progestina asociada a un estrógeno. Y la función es que tu organismo deje de liberar óvulos y que la mucosidad de la cervix resulte más espeso.

Uso de ampolla trimestral: método anticonceptivo que mayormente contiene medroxiprogesterona que es una hormona progestina, promueve la disminución de flujo

Uso de pastillas orales: método anticonceptivo que contienen estrógeno y progestina, funcionan evitando la ovulación, pero tiene menor efectividad, ya que el olvido de algunas de estas píldoras podría aumentar el riesgo de embarazo.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional: No hay intervención del investigador y por ello se limita a medir solamente las variables que define el seguimiento

Analítico: se establecen relaciones entre 2 variables.

Retrospectivo porque vamos a investigar datos de historias clínicas que ya están archivadas

Corte transversal: Porque el estudio se realiza en un periodo determinado.

Casos y controles: Se investiga dos poblaciones en la cual la primera en presencia de una enfermedad (casos) y la otra población que no presenta la enfermedad (controles); luego se compara la exposición de estos dos grupos a uno o más factores.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel Explicativo

No experimental

3.2 Población y Muestra

POBLACIÓN

La población que se estudiará a continuación será conformada por las 700 pacientes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017 y 2018.

SELECCIÓN DE MUESTRA

La selección de la muestra fueron las pacientes gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018. La selección de cada una de ellas fue de manera aleatoria.

TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra se calculó mediante el formato de Epidate conformado por dos grupos donde el primero está conformado por los casos y el segundo grupo por los controles según la fórmula.

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	60	60	120
95,0	98	98	196

En conclusión: (Casos: 98 pacientes y Controles: 98 pacientes) con un intervalo de confianza de 95%.

-CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

CASOS

- Pacientes que tienen como diagnóstico el EE y que han sido evidenciadas por los exámenes de ecografía, análisis de BHCG, hallazgo intraoperatorio y por patología hospitalizadas en el HNHU en el año 2017 y 2018.
- Pacientes que han sido entrevistadas por el personal de salud dentro del hospital con diagnóstico netamente corroborado.
- Las pacientes deben estar orientadas en espacio, tiempo y persona cuando se les realizó las preguntas para el registro en la historia clínica.
- Pacientes deben tener una historia clínica y además de ello que debe estar completa la información requerida.

CONTROLES

- Son las mujeres con embarazo intrauterino normal en el mismo servicio cuya historia es accesible y está completa.

-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

CASOS

- Se les excluirá del estudio si las pacientes no han cumplido con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.
- También si las pacientes que cumplieron todos los criterios mencionados, pero no fueron entrevistadas intrahospitalariamente.
- Aquellas pacientes que sólo tienen sospecha de EE, pero no fueron corroboradas con patología.

CONTROLES

- Pacientes en el mismo servicio que presentan diagnóstico de: (Gestante gemelar, mujeres con alguna u otra enfermedad mórbida o concomitantes, DM tipo II, etc, adolescentes) que la historia clínica no esté disponible y la información este incompleta.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Es un análisis documental donde se incorporaron los factores asociados a Embarazo Ectópico que abarca el perfil Sociodemográfico, Ginecológicos y de conductas sexuales; mediante la ficha de recolección de datos.

El instrumento utilizado en este caso son los archivos de historias clínicas de mujeres que han sido hospitalizadas con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos de esta investigación fueron registrados en los programas de MS Excel y luego se procesaron en el programa de SPSS Windows Versión 25.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información recaudada será registrada en el programa de Microsoft Excel para la realización de tablas descriptivas. Luego de ello se buscaran si existe

o no asociación de variables con el Chi y luego se calculó el Odds Ratio con un intervalo de confianza de 95% mediante el programa de SPSS,

3.6. ASPECTOS ÉTICOS.

Este estudio tiene como referencia la declaración de Helsinki, de no revelar y tener alta confidencialidad de todos los datos obtenidos por mi persona de las pacientes a estudiar. Todos los datos se utilizarán para fines científicos, para alguna presentación de eventos y su publicación.

Tengo como deber y responsabilidad proteger la vida, salud, dignidad, integridad y la intimidad de la información personal de las personas que participan en la investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

VARIABLES	VARIABLES SECUNDARIAS	SUB-VARIABLES	CATEGORÍAS-INDICADORES	TIPO
EMBARAZO ECTÓPICO	-----	-----	EMBARAZO ECTÓPICO EMBARAZO INTRAUTERINO	CUALITATIVA NOMINAL
	SOCIO- DEMOGRÁFICOS	EDAD	15-29 30-43	CUANTITATIVO ORDINAL
		GRADO DE INST.	ILETRADA-PRIMARIA SECUNDARIA-SUPERIOR	CUALITATIVO NOMINAL
		ESTADO CIVIL	SOLTERA CASADA CONVIVIENTE	CUALITATIVO NOMINAL
	GINECO- OBSTÉTRICOS	PARIDAD	NULÍPARA MULTÍPARA	CUALITATIVO NOMINAL
		EPI	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		CX PÉLVICA UTERINA	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		ABORTO O LEGRADO UTERINO	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		CESÁREA	SI	CUALITATIVO NOMINAL
	CONDUCTAS SEXUALES	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	<=18 >18	CUANTITATIVO ORDINAL
		# PAREJAS SEXUALES.	1 >2	CUANTITATIVO ORDINAL
		USO DE DIU	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		USO DE LEVONOGESTREL COMO ACO	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		PRESERVATIVO	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		AMPOLLA MENSUAL	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		AMPOLLA TRIMESTRAL	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL
		PASTILLAS ORALES	SI NO	CUALITATIVO NOMINAL

Fuente: Ficha de recolección de datos.

4.1. RESULTADOS

EXPOSICION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

-FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA 1: Factores sociodemográficos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.

ccc						Total	X ² p_valor ≤0.05	OR	IC: 95%	
		Casos		Controles						
		N	%	N	%					
EDAD	15-29	56	57%	64	65%	120	0.078	1.184	0.896	0.964
	30-43	42	43%	34	35%	76		0.844	0.639	1.116
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ILETRADA-PRIMARIA	20	20%	12	12%	31	0.033	0.761	0.557	1.040
	SECUNDARIA-SUPERIOR	78	79%	87	89%	165		0.832	0.213	1.155
ESTADO CIVIL	SOLTERA	32	33%	12	12%	44	0.558	0.597	0.462	0.771
	CASADA	7	7%	12	12%	19	0.079	1.395	0.761	2.558
	CONVIVIENTE	42	43%	34	35%	76	0.078	0.844	0.639	1.116
Total		98		98		196				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla de factores sociodemográficos se puede apreciar que la edad d 15-29 años de las pacientes es catalogado como un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico; en relación al resultado del OR, se dice que existe 1.184 veces la probabilidad de ocurrencia de que hagan un embarazo ectópico, si en caso la paciente obtenga ese rango de edad a comparación con las que tienen un rango de edad 30-43 (IC OR 95%: 0.806 – 0.964), (Con X², Valor

de $p=0.078$). Podemos observar entonces que esta patología suele presentarse en casi la segunda década de vida en comparación con edades superiores. Esto corresponde también que en nuestro país la pirámide poblacional es de base ancha al ser conformada por personas jóvenes y es común que el inicio de relaciones sexuales y embarazo a temprana edad y adolescentes. (Tabla 1)

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS

TABLA 2: Factores Gineco-Obstétricos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS		Casos		Controles		Total	X ² p_valor ≤0.05	OR	IC: 95%	
		N	%	N	%					
PARIDAD	NULÍPARA	51	52%	76	78%	127	0.021	0.696	0.299	0.215
	MULTÍPARA	47	48%	22	22%	69	0.345	0.590	0.452	0.770
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	No	13	13%	87	89%	100	0.015	1.147	0.588	0.945
	Si	85	87%	11	11%	96				
CIRUGÍA PÉLVICA-UTERINA PREVIA	No	78	80%	75	77%	153	0.268	1.096	0.768	0.565
	Si	20	20%	23	23%	43				
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIA	No	89	91%	98	100%	187	0.168	1.476	0.409	0.553
	Si	9	9%	0	0%	9				
ABORTO O LEGRADO UTERINO PREVIO	No	45	46%	75	77%	120	0.008	0.538	0.409	0.708
	Si	53	54%	23	23%	76				
CESÁREA	No	75	77%	80	82%	155	0.771	0.863	0.629	1.183
	Si	23	23%	18	18%	41				
Total		98		98		196				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla de factores Gineco-Obstétricos se puede apreciar que un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico es Enfermedad Inflamatoria Pélvica con

el valor de OR, se dice que existe 1.147 veces la probabilidad de ocurrencia de un embarazo ectópico, si la paciente tiene como antecedente una Enfermedad Inflamatoria Pélvica comparando con las que no lo tienen. (IC OR 95%: 0.588-1.945), (Valor de $p=0.015$). (Tabla 2)

Otro de los factores Gineco-Obstétricos se puede apreciar que un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico es antecedente de Embarazo Ectópico con el valor de OR, se dice que existe 1.476 veces la probabilidad de ocurrencia de un embarazo ectópico, si la paciente tiene como antecedente una Enfermedad Inflamatoria Pélvica comparando con las que no lo tienen. (IC OR 95%: 0.409-0.553), (Valor de $p=0.168$). (Tabla 2)

Otro de los factores Gineco-Obstétricos se puede apreciar que un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico es antecedente de CIRUGÍA PÉLVICA UTERINA con el valor de OR, se dice que existe 1.096 veces la probabilidad de ocurrencia de un embarazo ectópico, si la paciente tiene como antecedente una Enfermedad Inflamatoria Pélvica comparando con las que no lo tienen. (IC OR 95%: 0.768-0.565), (Valor de $p=0.268$). (Tabla 2)

-FACTORES DE CONDUCTAS DE RIESGO

TABLA 3: Factores de conductas de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.

CONDUCTAS SEXUALES						Total	X2 p_valor ≤0.05	OR	IC: 95%	
		Casos		Controles						
		N	%	N	%					
INICIO DE REALACIONES SEXUALES	≤18	75	77%	65	66%	140	2.500	0.767	0.540	1.087
	>18	34	35%	33	34%	67	0.230	0.978	0.729	1.311
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	1	18	18%	32	33%	50	5.262	0.657	0.411	0.978
	>2	80	82%	66	67%	146	0.030	1.522	1.022	2.266
USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO	No	93	95%	95	97%	188	0.021	1.791	0.454	0.380
	Si	5	5%	3	3%	8				
USO DE LEVONOGESTREL COMO AOE	No	88	90%	95	97%	183	0.018	1.625	0.448	0.873
	Si	10	10%	3	3%	13				
PRESERVATIVO	No	81	83%	60	61%	141	0.015	0.859	1.221	2.828
	Si	17	17%	38	17%	55				
AMPOLLA MENSUAL	No	56	57%	59	60%	115	0.189	0.939	0.709	1.244
	Si	42	43%	39	40%	81				
AMPOLLA TRIMESTRAL	No	92	94%	81	83%	173	0.098	0.039	0.010	0.113
	Si	6	6%	17	17%	23				
PASTILLAS ORALES	No	62	63%	94	96%	156	0.234	0.442	0.355	0.550
	Si	36	37%	4	4%	40				
Total		98		98		196				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla de factores de Conductas Sexuales se puede apreciar que un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico es el haber tenido >2 Parejas Sexuales como antecedente, con el valor de OR, se dice que existe 1.522 veces la probabilidad de que ocurra un Embarazo Ectópico, comparando con las que tuvieron 1 pareja sexual (IC OR 95%: 1.022-2.266), (Con X2, Valor de p=0.030). (Tabla 3)

Otro de los factores de Conductas Sexuales que actúan como un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico es el Uso de DISPOSITIVO INTRAUTERINO, con el valor de OR, se dice que existe 1.791 veces la probabilidad de ocurrencia de embarazo ectópico, si la paciente tiene antecedente de haber usado el Preservativo, comparando con las que no lo son. (IC OR 95%: 0.454-0.380), (Con X2, Valor de $p=0.021$). (Tabla 3)

Y por último, otro de los factores de Conductas Sexuales que actúan como un factor de riesgo asociado a embarazo ectópico es el Uso de LEVONOGESTREL, con el valor de OR, se dice que existe 1.625 veces la probabilidad de ocurrencia de embarazo ectópico, si la paciente tiene antecedente de haber usado el Preservativo, comparando con las que no lo son. (IC OR 95%: 0.448-0.873), (Con X2, Valor de $p=0.018$). (Tabla 3)

4.2. DISCUSIÓN

Mi presente estudio abarca una patología que si se complica compromete la vida de la madre, llamándose Embarazo Ectópico Roto o Complicado, el embarazo ectópico tiene diferentes factores que se asocian y que a través del tiempo se han ido modificando, ya que influye en la mortalidad materna, este estudio tratará de demostrar, qué factores están influyendo en la aparición del Embarazo Ectópico, con el fin de prevenir a dichas pacientes con estos factores asociados a esta condición clínica y preparar escalas diagnósticas para diferenciarlas de otras patologías con el mismo cuadro clínico.

Para ello he tratado de buscar la mejor metodología para esta investigación que es la de Casos y Controles.

En la tabla 1:

El presente estudio si se encontró que el factor sociodemográfico de Edad resulte como un Factor Asociado a Embarazo Ectópico ya que la mayor frecuencia de Embarazo Ectópico ocurrió en el intervalo de edad entre los 15-29 años con 55% y un (OR: 1.184 y IC 95% 0.896-0.964); la edad ha sido catalogada como un factor de riesgo en embarazo ectópico anteriormente; y los estudios corroboran el resultado.

El estado civil de conviviente no resultó como uno de los factores que se asocian a embarazo ectópico, lo cual difiere con los resultados de Mamani Barboza AV , (Puno –Perú 2018) que concluyeron en su estudio que la mayoría de las pacientes con Embarazo Ectópico es la Convivencia (OR: 10.333) (IC al 95% 1.209-88.357) y el estado civil soltería no fue significativo. Para Hornka Silva JR (Cajamarca –Perú 2016) resultó como predominancia el estado civil convivencia (OR: 11.48) (IC 95%: 1.34-21.60); sin embargo hay dos antecedentes que difieren con nuestro resultado el primero de ellos es el de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) donde resulto que el Estado Civil de las pacientes fue a predominio de las solteras en un 46.96% y finalmente el segundo estudio que coincide con nuestro resultado

es el de Vega Uscovilca JL (Huancayo-Perú-2015) el estado civil predominante de 100% (n=77) con embarazo ectópico resultó que el 53.2% (n=41) fueron solteras. Por lo tanto el estado civil de Conviviente no es catalogado como un factor definitivo para poder asociarlo a embarazo ectópico; ya que presenta un OR muy bajo y un IC95% con comportamiento no significativo.

Otro de los factores sociodemográficos que no se asocia al embarazo ectópico fue el de Grado de Instrucción de Secundaria-Superior, hay dos estudios que coinciden con nuestro resultado; en el estudio de Horna Silva JR (Cajamarca –Perú 2016) si bien tiene una OR: 2.80, pero su IC95% 0.97-8.24 quita significancia como para catalogarlo como un factor de riesgo, por eso este estudio no cuenta al Grado de instrucción como un factor de riesgo lo mismo sucede con los resultados de Mamani Barboza AV , (Puno –Perú 2018) que se observa que el Grado de Instrucción Superior tiene un (OR: 2.333), pero su (IC95%: 0.807-6.747) también quita significancia. Además de ello hay dos estudios nacionales que si difieren con los resultados de nuestro estudio, el primero de ellos es de Vega Uscovilca JL (Huancayo-Perú-2015) con una población de 100% (n=77), el 51.9% (n=40) pacientes con embarazo ectópico presentaron como Grado de Instrucción Superior y el segundo es el de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) donde se aprecia un predominio de Grado de Instrucción de secundaria incompleta representado por el 53.04%, seguido del Grado de Instrucción Superior Universitario que representa un 44.75%. por lo tanto el grado de instrucción no tiene significancia.

El presente estudio si se encontró que el factor sociodemográfico de Edad resulte como un Factor Asociado a Embarazo Ectópico ya que la mayor frecuencia de Embarazo Ectópico ocurrió en el intervalo de edad entre los 15-29 años con 55% y un (OR: 1.184 y IC 95% 0.896-0.964); la edad ha sido catalogada como un factor de riesgo en embarazo ectópico anteriormente; y los estudios corroboran el resultado.

La soltería en cambio resultó ser un Factor Protector por su (OR: 0.597 y su IC 95% 0.462-0.771ft)

Tabla 2:

El factor Gineco-Obstétrico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica resultó ser un factor asociado a embarazo ectópico, según mis antecedentes coinciden con los estudios de: Cava MA (Trujillo-Perú 2016) se evidencia que el 23.5% de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Ectópico tuvieron antecedente de Enfermedad Inflamatoria Pélvica inflamatoria (valor de $p=0.023$) (OR: 4.92; IC 95%: 1.36-17.77); Mamani Barboza AV , (Puno –Perú 2018) donde se evidenció como un factor significativo al antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ($X^2=9.974$ y valor de $p=0.015$) (OR: 6.120; IC 95%: 1.879 – 19.914) y por último Horna Silva JR (Cajamarca –Perú 2016) donde concluyo que el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria tiene alta significancia ($X^2 =6.40$; $p=0.011$) (OR: 3.88; IC 95%: 1.31-11.47).

Otro de los factores Gineco-Obstétricos fue el de Cirugía Pélvica—Uterina que resultó ser un factor asociado a embarazo ectópico con un (OR: 1.096), y su IC 95%, lo cual no coincide con los resultados de las investigaciones como: Horna Silva JR (Cajamarca –Perú 2016) que resultó que el 20% de los casos resultaron haber tenido antecedente de cirugía pélvica uterina (OR:9.44) (IC95%: 2.50-18.7) lo cual tiene una considerable significancia, otro estudio como el de Vega Uscovilca JL (Huancayo-Perú-2015) resultó que del 100% ($n=77\%$) pacientes hospitalizadas de embarazo ectópico, 42.9% ($n=33$) tuvieron alguna cirugía pélvica uterina y finalmente el estudio de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) Se evidencia que en pacientes que presentaron embarazo ectópico manifiestan como antecedente haber presentado al menos una cirugía pélvica uterina con un valor de 46.41%.

Y por último otro factor que se ha relacionado con la aparición de embarazo ectópico es el antecedente de haber tenido un embarazo ectópico, y los estudios de Horna Silva JR (Cajamarca –Perú 2016) que resultó que el 40%

de los casos resultaron haber presentado como antecedente un embarazo ectópico (OR:1.32) (IC95%: 1.065-2.765) lo cual tiene una considerable significancia, otro estudio como el de Vega Uscuvilca JL (Huancayo-Perú-2015) resultó que del 100% (n=77%) pacientes hospitalizadas de embarazo ectópico, 34.6% (n=33) tuvieron alguna cirugía pélvica uterina

Finalmente podríamos concluir que los factores Gineco-Obstétricos que si se asocian con la posibilidad de presentar un embarazo ectópico son los antecedentes de: Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Cirugía Pélvica uterina y antecedente de embarazo ectópico. Y los factores que no se relacionaron y no tuvieron algún valor significativo como: Paridad, antecedente de aborto o legrado uterino previo y cesárea.

Tabla 3:

El factor de conductas sexuales como el haber tenido >2parejas sexuales resultó ser un factor asociado a embarazo ectópico, lo cual coincide con el estudio de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) donde predominó que el 41.44% de mujeres refirió >= a 2 Parejas Sexuales como antecedente; así mismo en el estudio de Vega Uscuvilca JL (Huancayo-Perú-2015) resultó que del 100% (n=68) de las pacientes el 45.6% (n=31) presentaron >2 Pareja Sexuales como antecedente. Si hay asociación

Otro de los factores que resultó como factor asociado a embarazo ectópico fue el Uso de dispositivo intrauterino como antecedente. Según Horna Silva JR (Cajamarca –Perú 2016) en su estudio predominó el Uso de Dispositivo Intrauterino DIU con un (OR: 4.392) (IC OR 95%:1.080 – 17.862) que tiene alta significancia para Horna, otro de los antecedentes que coinciden fue el de Mamani Barboza AV , (Puno –Perú 2018) donde predomina el uso de Dispositivo Intrauterino como factor de riesgo con un (OR: 4.392) (IC OR 95%:1.080 – 17.862); sin embargo el resultado del estudio de Vega Uscuvilca JL (Huancayo-Perú-2015) difiere con nuestro estudio, donde refiere que del 100% (n=33) de pacientes, el 30.2% (n=16) refirió Uso de Preservativo y por

último en el estudio de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) se sostuvo que el 7.73% de mujeres usaron Preservativo como método anticonceptivo preventivo. Si hay asociación

Y por último el uso repetitivo de Levonogestrel ha sido un factor predisponente que si se asocia con el embarazo ectópico. Y los estudios de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) lo abalan, así como el estudio de Carbajal Gonzales L. (Arequipa; 2016) donde manifiesta que el uso repetitivo de las pastillas (llamado del día siguiente) se asocia a la aparición de un embarazo ectópico.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. El presente trabajo de investigación confirmó algunos factores que se asocian directamente a la aparición de un Embarazo Ectópico descritos por la literatura médica en las pacientes hospitalizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018; sin embargo, se evidenció que estos factores no coincidían del todo y tenían diferente relación al reportado por otros trabajos e investigación de casos- controles. Se llegó a las siguientes conclusiones:
2. El trabajo de investigación evidencia que el factor sociodemográfico independiente para Embarazo Ectópico fue la edad de 15-29 años, es decir que las pacientes con ese rango de edad tienen 1.2 veces más de probabilidad de ocurrencia en comparación de las mujeres con un rango de edad de 30-43 años.
3. Este reciente estudio confirma que dentro de los factores Gineco-Obstétricos que actúan como Factores Asociados a Embarazo ectópico fueron: Enfermedad Inflamatoria Pélvica, aumentando la probabilidad de ocurrencia en 1.2; Cirugía Pélvica Uterina con 1.096 veces más de que aparezca la patología y el Embarazo Ectópico previo con una probabilidad de ocurrencia de 1.4 veces más.
4. La investigación confirmó que dentro de los factores de Conductas sexuales, 3 fueron significativos y son: Número de Parejas Sexuales >2 con una probabilidad de 1.5 veces más de que ocurra, el Uso de Dispositivo Intrauterino que resultó con 1.8 veces la posibilidad que suceda la patología y el Uso de Levonogestrel como AOE con un 1.6 veces más de posibilidad de que un Embarazo Ectópico se manifieste.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de salud deben estar al tanto de las pacientes que ingresan a emergencia por dolor, sangrado, amenorrea, los factores que se asocian a Embarazo Ectópico y tener en cuenta las maneras de identificación precoz del problema y su adecuada intervención, para que así con la práctica podamos tratar exitosamente esta patología y prevenirla; a la vez recomendar al personal de salud a realizar investigaciones sobre el tema con el fin de demostrar si los factores asociados actuales tuvieron algún cambio.
2. Fomentar la sospecha de embarazo ectópico en mujeres que presenten cuadros de dolor abdominal con el antecedente de vida sexual activa donde incluye el rango de edad entre los 15-29 años, ya que es la edad donde mayormente se diagnostica esta patología según este estudio.
3. Registrar en las historia clínicas la presencia de antecedentes de: Enfermedad Inflamatorio Pélvica, alguna cirugía pélvica uterina o embarazo ectópico; ya que aumentan el riesgo de aparición y se puede prevenir un futuro Embarazo Ectópico.
4. Es imprescindible fomentar programas sobre las conductas sexuales de los adolescentes y jóvenes para retardar el inicio de relaciones sexuales y disminuir el número de parejas, así como el adecuado uso de los Métodos Anticonceptivos (preservativo, ampollas trimestrales, ampollas mensuales o uso de implantes) con el fin de evitar la enfermedades, infecciones de transmisión sexual y un futuro embarazo no deseado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán G. 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- peru. [Internet] 2017 [Consultado 28 octubre 2018] Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/542/T-TPMC-Gladys%20Milagros%20Guzm%c3%a1n%20Gonzales.pdf>
2. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectopico de las pacientes atendidas en el hospital regional manuel nuñez butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- puno. [Internet] 2018 [Consultado 28 octubre 2018] Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf.
3. Palomino W. 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. [Internet] 2018 [Consultado 28 octubre 2018] Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINOZ.pdf>.
4. Reátegui D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el servicio de ginecoobstetricia del hospital de huaycán en el periodo de 2015-2018. [Internet] 2019 [Consultado 25 de mayo 2019] Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2128/T-TPMC-DANIELA%20XIOMARA%20REATEGUI%20QUISPE.pdf>.
5. Hoffman B. Williams Ginecología. [Internet] 2014 [Consultado 15 de Junio 2019]; 13: 978-0-07-171672-7 Disponible en: file:///E:/XII/LIBROS%20GINECOLOGIA/Williams._Ginecologia_2a_ed_booksmedicos.org.pdf

6. Vega J. Embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el año 2015. [Internet] 2016 [Consultado 25 de junio 2019] Disponible en:
http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/612/TMH_09.pdf
7. Horna J. Embarazo Ectópico: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2014. [Internet] 2015 [Consultado 20 de Nov 2018] Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/234/T%20618.32%20H813%202015.pdf>
8. Komarkako F. Píldora Poscoital con Levonogestrel. . [Internet] 2016 [Consultado 24 de junio 2019]. Volumen 16 N°3 Disponible en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2008/es_def/adjuntos/infac_v16_n3.pdf
9. Valsecia M. Farmacología de las hormonas sexuales. Estrógenos, antiestrógenos, progesterona, progestágenos. Antiprogestágenos y Anticonceptivos Hormonales. 2013;(26) IV.
10. Iglesias S. et al. LEVONORGESTREL: UNA ALTERNATIVA Y UNA NECESIDAD. 2017.
11. Zhonghua Y. Análisis clínicos de los factores de riesgo relacionados con el embarazo ectópico. 2014, 25 de noviembre; 94 (43): 3429-31.
12. Zhao WH, et al. El uso de anticonceptivos y el riesgo de embarazo ectópico: un estudio multicéntrico de casos y controles. 2014 Dic 10; 9 (12).
13. Zhang D, et al. Asociación entre el conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel y el riesgo de embarazo ectópico después del fracaso de la anticoncepción de emergencia con levonorgestrel: una encuesta comparativa. Agosto 2016; 25 (8).

14. Martínez A. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2013;59: 177-186.
15. Padilla B, et al. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. 2017;55(3):278-85.
16. Rodríguez E. El levonorgestrel y su mecanismo de acción. Agosto 2016. Chile.
17. Carbajal Gonzales. Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015. septiembre 2016. Arequipa-Perú
18. Kurt T, et al. The new england journal of medicine. Ectopic Pregnancy. 2009;361:379-87.
19. Martínez S. Relación entre embarazo ectópico y uso de levonorgestrel como anticoncepción oral de emergencia, en el hospital nacional edgardo rebagliati martins 2010. Huancayo-Perú. Tesis.
20. Orellana J. Embarazo Ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del Hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013-2015. 2015-2016, Guayaquil-Ecuador.

ANEXOS

ANEXO 01

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: URETA NOLASCO, LESLIE MARISOL

LOCAL: CHORRILLOS

ASESOR: DR. WILLIAMS FAJARDO ALFARO

TEMA: FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018.

VARIABLE DEPENDIENTE			
Indicadores	Ítems	Nivel de medición	Instrumento
Embarazo ectópico	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS			
Indicadores	Ítems	Nivel de medición	Instrumento
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS			
EDAD MATERNA	a) 15-29 b) 30-43	Cuantitativo Ordinal	Ficha de recolección de datos
GRADO DE INSTRUCCIÓN	a) Illetrada-Primaria b) Secundaria-Superior	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
ESTADO CIVIL	a) Soltera b) Casada c) Conviviente	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS			
PARIDAD	a) Nulípara b) Multípara	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
CIRUGÍA PÉLVICA UTERINA PREVIA	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIA	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
ABORTO O LEGRADO UTERINO PREVIO	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
CESÁREA	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos

CONDUCTAS SEXUALES			
INICIO DE RELACIONES SEXUALES	a) <=18 años b) >18 años	Cuantitativo Ordinal	Ficha de recolección de datos
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	a) 1 pareja b) >2 parejas	Cuantitativo Ordinal	Ficha de recolección de datos
ANTECEDENTE DE DIU	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
Levonogestrel como AOE	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
PRESERVATIVO	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos

AMPOLLA MENSUAL	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
AMPOLLA TRIMESTRAL	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos
PASTILLAS ORALES	Si, No	Cualitativo Nominal	Ficha de recolección de datos



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

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES ASOCIADOS EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018”

Fecha de hospitalización:

Nombre con iniciales:

Factores Sociodemográficos

Edad: a) 15-29a b) 30-43a

Grado de instrucción: a) Ilustrada-Primaria b) Secundaria-Superior

Estado civil: a) soltero b) casado c) conviviente

Factores Ginecológicos

Paridad: Nulípara () Multípara ()

	SI	NO
EPI		
Cirugía Pélvica-uterina		
Embarazo Ectópico previo		
Aborto o legrado uterino		
Cesárea		

Conductas sexuales:

Inicio de Relaciones Sexuales (IRS): a) ≤ 18 () b) > 18 ()

Número de parejas sexuales: a) 1 b) > 2

Dispositivo intrauterino (DIU): a) SI b) No actualmente () último año ()

El Uso de Levonorgestrel (LNG) a) SI b) No. Para evitar la gestación actual:.....Uso anterior de LNG:.....

Otros Métodos Anticonceptivos: a) Preservativo b) Ampolla Mensual

c) Ampolla Trimestral d) Pastillas Orales

ANEXO 04

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Ureta Nolasco, Leslie Marisol

ASESOR: Dr. Williams Fajardo Alfaro

LOCAL: Chorrillos

TEMA: FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE EN EL AÑO 2017 Y 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son los factores asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Determinar los factores asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018</p>	<p>General:</p> <p>HG: Existen factores asociadas a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>-Factores asociados</p> <p>1) Factores socio demográficos. 2) Factores Gineco-Obstétricos.</p>

<p>Específicos:</p> <p>PE1: ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?</p> <p>PE2: ¿Cuáles son los factores Gineco-Obstétricos asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE 1: Determinar los factores sociodemográficos asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018</p> <p>OE 2: Establecer los factores Gineco-Obstétricos asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.</p>	<p>Específicas:</p> <p>HE 1: Existen factores sociodemográficos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.</p> <p>HE 2: Existen factores Gineco-Obstétricos asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.</p>	<p>3)Conductas Sexuales</p> <p>Indicadores: - Sí, No</p> <p>Variable Dependiente: -Embarazo Ectópico</p> <p>Indicadores: -Sí, No</p>
---	--	---	---

<p>PE3: ¿Cuáles son las conductas sexuales asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018?</p>	<p>OE 3: Indicar las conductas sexuales asociados a Embarazo Ectópico en las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018</p>	<p>HE 3: Existen conductas sexuales asociados a Embarazo Ectópico en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.</p>	
---	---	--	--

Diseño Metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumento
<p>-Nivel: Nivel Explicativo No Experimental</p> <p>-Tipo de Investigación: Es un estudio Observacional. Analítico de casos y controles. Corte transversal: Ya que se desarrolló en un momento determinado. Retrospectivo: porque vamos a investigar datos de historias clínicas.</p>	<p>Población: La población estará conformada por las 700 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017 y 2018.</p> <p>La muestra estará conformada por: 98 pacientes que serán los (casos) y por 98 pacientes que serán los (controles).</p>	<p>Técnica: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Instrumentos: Es un análisis documental donde se incorporaron los factores de riesgo de Embarazo Ectópico y algunos datos del perfil epidemiológico.</p>

