

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



UPLA
UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

TESIS:

TÍTULO : “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO”

Para optar : El Título Profesional de Médico Cirujano

Autor (es) : Bach. Vila Bautista Diana Estefany

Asesor : Dr. Tito Ortega Erwin

Línea de Investigación Institucional : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación de la investigación : Enero a Diciembre del 2021

Huancayo – Perú - 2023

DEDICATORIA

A mis padres que me inculcaron valores y siempre estuvieron alentándome en cada circunstancia, a mi hermana que con sus palabras me ha ayudado a seguir fuerte y a seguir adelante, a mis abuelos que sé que donde estén están orgullosos de mí y a mi asesor que me ha enseñado y guiado en este camino, sin ustedes esto no se hubiera logrado, gracias los llevare siempre en mi corazón.

Diana

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana los Andes, que me ha permitido culminar esta etapa profesional en bienestar de la humanidad y mi compromiso con ello.

Así como también al Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, por darme la oportunidad de desarrollar este estudio, con la finalidad de llevar conocimiento futuro a los nuevos médicos.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 00026-FMH -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente:

Tesis
Trabajo de Suficiencia Profesional
Trabajo Académico

Titulado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO"** Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. VILA BAUTISTA DIANA ESTEFANY**

Facultad : **MEDICINA HUMANA**

Asesor(a) : **Dr. TITO ORTEGA ERWIN**

Fue analizado con fecha **27/09/2023** con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.
Excluye Citas.
Excluye Cadenas hasta 20 palabras.
Otro criterio (especificar)

El documento presenta un porcentaje de similitud de **25 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N°15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 28 de Setiembre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Materiales y Métodos: Método descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal con enfoque cuantitativo. Se empleó una ficha de recolección de datos el cual se detalló con información de historias clínicas, el procesamiento y el análisis estadístico se realizaron con SPSS Statistics v26.0.

Resultados: La edad más frecuente fue de 15-19 años (84,4%), el estado civil más frecuente fue de conviviente (52,6%) y el grado de instrucción superior (45,4%), el (38,1%) fueron Nulíparas y en su mayoría tenían 2 parejas sexuales (30,9%). El antecedente de aborto (33%) fue el más frecuente seguido de embarazo ectópico previo (6,2%) y Cirugía tubárica previa (5,2%). Las características clínicas fueron el dolor pélvico (91,8%), sangrado vaginal anormal (84,5%) y amenorrea (51,5%), la mayoría de pacientes no usaban ningún método anticonceptivo (67%), anticonceptivos orales (6,2%) y DIU (2,1%). Se obtuvo con más frecuencia el embarazo ectópico complicado (85,6%) y se utilizó como tratamiento quirúrgico la laparotomía exploratoria más salpinguectomía (82,5%) en la mayoría de pacientes.

Conclusiones: Se identificó que la edad de 15-19 años, conviviente, el tener 2 parejas sexuales, la nuliparidad, el aborto, el embarazo ectópico previo, la cirugía tubárica previa y el no uso de ningún método anticonceptivo, son factores de riesgo más frecuentes en nuestro medio para el desarrollo de embarazo ectópico.

Palabras clave: Factores de riesgo, embarazo ectópico, síntomas.

ABSTRACT

Objective: Identify the most frequent risk factors associated with ectopic pregnancy in patients treated at the El Carmen Maternal and Child Hospital during the year 2021.

Materials and Methods: Descriptive, observational, retrospective and cross-sectional method with a quantitative approach. A data collection form was used, which was detailed with information from medical records, the processing and statistical analysis were carried out with SPSS Statistics v26.0.

Results: The most frequent age was 15-19 years (84,4%), the most frequent marital status was cohabiting (52,6%) and the higher level of education (45,4%), the (38,1%) were nulliparous and the vast majority had 2 sexual partners (30,9%). A history of abortion (33%) was the most frequent followed by previous ectopic pregnancy (6,2%) and previous tubal surgery (5,2%). The clinical characteristics were pelvic pain (91,8%), abnormal vaginal bleeding (84,5%) and amenorrhea (51,5%), the vast majority of patients did not use any contraceptive method (67%), oral contraceptives (6,2%) and IUD use (2,1%). Complicated or ruptured ectopic pregnancy was more frequently obtained (85,6%) and exploratory laparotomy plus salpingectomy was used as surgical treatment (82,5%) in the majority of patients.

Conclusions: It was identified that age 15-19 years, cohabiting, having 2 sexual partners, nulliparity, abortion, previous ectopic pregnancy, previous tubal surgery and not using any contraceptive method, are the most frequent risk factors in our environment for the development of ectopic pregnancy.

Keywords: Risk factors, ectopic pregnancy, symptoms.

CONTENIDO

	Pág.
CARÁTULA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
CONTENIDO.....	vi
CONTENIDO DE TABLAS.....	ix
CONTENIDO DE GRÁFICOS.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	18
1.2. Delimitación del problema.....	20
1.3. Formulación del problema.....	21
1.3.1. Problema General.....	21
1.3.2. Problema Especifico.....	21
1.4. Justificación.....	21
1.4.1. Social.....	22

1.4.2. Teórica.....	23
1.4.3. Metodológica.....	23
1.5. Objetivos.....	24
1.5.1 Objetivo General.....	24
1.5.2. Objetivos Específicos.....	24
 CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes Nacionales e Internacionales.....	25
2.2. Bases teóricas o Científicas.....	28
2.3. Marco Conceptual.....	46
 CAPITULO III: HIPÓTESIS	
3.1. Hipótesis General.....	48
3.2. Hipótesis Específicas.....	48
3.3. Variables.....	49
 CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1. Método de Investigación.....	50
4.2. Tipo de Investigación.....	50
4.3. Nivel de Investigación	51
4.4. Diseño de la Investigación.....	51
4.5. Población y muestra	51
4.6. Criterios de selección	52

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
---	----

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados	56
5.2. Contrastación de Hipótesis	81
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	82
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS.....	100
Anexo N° 1: Matriz de consistencia	101
Anexo N° 2: Matriz de operacionalización de las variables	102
Anexo N° 3: Instrumentos de investigación	106
Anexo N° 4: Permiso institucional	108
Anexo N° 5: Dictamen del comité de ética	109
Anexo N° 6: Carta de presentación	110
Anexo N° 7: Data de procesamiento de datos	113
Anexo N° 8: Fotos de aplicación del instrumento	117

CONTENIDO DE TABLAS

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS **Pág.**

Tabla N°1: La edad como factor de riesgo sociodemográfico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202157

Tabla N°2: Estado civil como factor de riesgo sociodemográfico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202158

Tabla N°3: Grado de instrucción como factor de riesgo sociodemográfico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....59

FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS

Tabla N°4: La paridad como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....60

Tabla N°5: El número de parejas sexuales como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202161

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS

Tabla N°6: Antecedente de embarazo ectópico previo como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico ectópico en el servicio de

Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....62

Tabla N°7: Antecedente de aborto como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....63

Tabla N°8: Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202163

Tabla N°9: Antecedente de cirugía tubárica previa como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202164

Tabla N°10: Antecedente de habito de fumar como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....64

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO

Tabla N°11: El dolor pélvico como característica clínica del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....65

Tabla N°12: El sangrado vaginal anormal como característica clínica del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....65

Tabla N°13: La amenorrea como característica clínica del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202166

Tabla N°14: Masa anexial palpable como característica clínica del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202166

Tabla N°15: Las náuseas como característica clínica del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202167

Tabla N°16: Los vómitos como característica clínica del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....67

Tabla N°17: La presión arterial como característica clínica en caso de shock hipovolémico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....68

EXÁMENES DE LABORATORIO

Tabla N°18: Examen de B-HCG cualitativo como apoyo al diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....69

Tabla N°19: Examen de B-HCG cuantitativo > 1500 mUI/ml como apoyo al diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....70

Tabla N°20: Examen de laboratorio B-HCG cuantitativo < 1500 mUI/ml como apoyo al diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....70

Tabla N°21: Examen de laboratorio de hemoglobina como apoyo al diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....71

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS PARA EMBARAZO ECTÓPICO

Tabla N°22: La ecografía transvaginal como examen diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....73

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Tabla N°23: Método del ritmo como método anticonceptivo para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....74

Tabla N°24: Uso de anticonceptivos orales como método anticonceptivo para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....75

Tabla N°25: Uso de dispositivo intrauterino como método anticonceptivo para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....75

Tabla N°26: No uso de ningún método anticonceptivo para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....76

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Tabla N°27: Pacientes que tuvieron embarazo ectópico complicado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....77

Tabla N°28: Pacientes que tuvieron embarazo ectópico no complicado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....78

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Tabla N°29: La salpinguectomia como tratamiento quirúrgico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....79

Tabla N°30: La salpingostomia como tratamiento quirúrgico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....80

CONTENIDO DE GRAFICOS

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS **Pág.**

Gráfico N°1: Frecuencia de la edad como factor de riesgo sociodemográfico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021..... 57

Gráfico N°2: Estado civil como factor de riesgo sociodemográfico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 202158

Gráfico N°3: Grado de instrucción como factor de riesgo sociodemográfico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....59

FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS

Gráfico N°4: La paridad como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....60

Gráfico N°5: El número de parejas sexuales como factor de riesgo ginecológico y obstétrico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....61

EXÁMENES DE LABORATORIO

Gráfico N°6: Distribución de los valores de hemoglobina en normal, leve, moderado y severo, como apoyo al diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio

de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....72

EXÁMENES DIAGNÓSTICOS PARA EMBARAZO ECTÓPICO

Gráfico N°7: La ecografía transvaginal como examen diagnóstico del embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....73

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Gráfico N°8: Frecuencia de pacientes que tuvieron embarazo ectópico complicado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....77

Gráfico N°9: Frecuencia de pacientes que tuvieron embarazo ectópico no complicado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....78

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Gráfico N°10: La salpinguectomía como tratamiento quirúrgico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....79

Gráfico N°11: La salpingostomía como tratamiento quirúrgico para embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el año 2021.....80

INTRODUCCIÓN

Un embarazo ectópico ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta en un tejido que no sea el endometrio. Esta patología tiene un alto riesgo de mortalidad y morbilidad en nuestro medio, sabiendo que también el diagnóstico precoz significa aumentar la supervivencia materna y preservar la fertilidad futura de la paciente. La primera descripción se hizo en 1963 d.c. por Albucaris escritor árabe, y Bursiere fue reconocido por primera vez por ese mismo año, cuando examino el cuerpo de una ejecutada en Paris.

Es una enfermedad grave y potencialmente mortal. Este número se ha multiplicado por seis veces en las últimas dos décadas. Aproximadamente 2 % de todos los embarazos están registrados actualmente con este diagnóstico y representan un importante problema de salud pública. Este aumento está relacionado, con un incremento de las infecciones de transmisión sexual, el poco conocimiento de la población sobre los métodos anticonceptivos, así como también de la propia enfermedad en sí. A pesar de este suceso, el diagnóstico y tratamiento precoz han reducido el número de muertes maternas por embarazos ectópicos.

En cuanto al factor de riesgo esta es una condición que retarda o previene la transferencia de un ovulo fertilizado al útero. Tal daño puede ser ocasionado a las trompas de Falopio, como enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo tubárico previo, uso de dispositivo intrauterino y efectos de la cirugía tubárica previa.

Sabiendo que haber tenido un embarazo ectópico previo aumenta el riesgo de un embarazo ectópico actual. Entre otros factores de riesgo estudiados en nuestro medio se encuentra el tabaquismo y la edad materna que es muy importante considerarla.

La causa de esta afección pueden ser la rotura de trompas con hemorragia intraabdominal masiva que se conoce como hemoperitoneo, que a menudo es la complicación más frecuente del embarazo ectópico, sin embargo, esta sigue siendo la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo (10%).

(1)

Incluso cuando el embarazo ectópico se diagnostica y se trata con éxito, con frecuencia se produce un daño a las Trompas de Falopio lo que lleva a una fertilidad reducida a infertilidad para muchas mujeres. Por tanto, el diagnóstico precoz basado en la anamnesis, una buena historia clínica preguntando los antecedentes de esta, las causas y los factores de riesgo es fundamental para un éxito en el tratamiento.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Los embarazos ectópicos son ahora una de las enfermedades ginecológicas y obstétricas más comunes y contribuyen a un incremento en la mortalidad materna, esta tiene una prevalencia que oscila entre el 1-2%, que ha ido en aumento por el uso de técnicas de reproducción asistida agregando a ello una tasa de mortalidad del 2.7%, con una incidencia significativamente creciente; actualmente en todos los embarazos el valor esta entre el 0,8 y 2,0 %. (1)

Según el informe de la OMS del 2018, las tasas de mortalidad materna son inaceptablemente altas. Cada día, 830 mujeres en todo el mundo mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y/o el parto.

Durante el pasado contexto de emergencia por la pandemia de covid-19, se observó en el Perú un aumento significativo de la mortalidad materna. La tasa de muertes maternas en el año 2020 fue de 45.7%, más que el año 2019. De acuerdo a ello hasta el 3 de abril del 2021 la tasa de mortalidad asciende a 136 pacientes, con un 65.9%, más que en el año 2020, en el mismo periodo. (2)

Se ha detallado en la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la muerte materna es una de las mayores desigualdades en salud para las mujeres. En África, Asia, América latina y el Caribe, las mujeres tienen más probabilidad de morir durante su vida como resultado del embarazo y el parto. Se estima que 1500 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y hasta 358.000 muertes por año, principalmente en países en desarrollo. Existen muchas causas directas e indirectas del embarazo, el parto y la muerte postparto. A nivel mundial alrededor el 80% de las muertes se deben a causas directas, entre las cuales destacan cuatro: la hemorragia, la sepsis, los trastornos hipertensivos y el parto obstruido. (3)

Debido a que es la principal causa de muerte materna al comienzo del embarazo, las pruebas adicionales como la ecografía transvaginal y el dosaje hormona gonadotropina coriónica son importantes para un diagnóstico certero. (4)

Como las tasas de incidencia en Lima, Perú varían según la ubicación, encontramos: 1 en 767 pacientes en el Hospital San Bartolomé, 1 en 303 en el Hospital Edgardo

Rebagliati, 1 en 156 en el Hospital María Auxiliadora, 1 en 129 pacientes en el Hospital Cayetano Heredia, 1 en 130 en el Hospital Hipólito Unanue, 1 en 75 en el Hospital Arzobispo Loayza y finalmente en el Instituto Materno Perinatal 1 de 303 pacientes. (5)(6)

El diagnóstico precoz es muy importante sobre todo antes de que se complique. Tenga en cuenta que esto va de la mano con la educación de la población sobre cómo detectar a tiempo esta condición, para evitar desencadenar la mortalidad materna. Siendo así el uso de anticonceptivos o de cualquier otro método anticonceptivo debe de coordinarse con un plan integral de salud.

Delimitación del problema

DELIMITACIÓN ESPACIAL

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen. Este hospital se encuentra en la provincia de Huancayo-Junín, tiene la categoría III-E, especializado, está ubicado en el jirón Puno-Huancayo #12001. Actualmente el Hospital posee los servicios de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Cuidados intensivos materno infantil, Odontopediatría, entre otros.

DELIMITACIÓN SOCIAL-TEMPORAL

Este estudio se centró en gestantes del primer trimestre atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, entre enero a diciembre del año 2021.

DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Este estudio enfatizo, que el embarazo ectópico es un problema para la población gestante. Asimismo, se analizó su probabilidad de ocurrencia con base en la historia clínica y por medio de los factores de riesgo evaluados en este estudio.

Formulación del problema

1.1.1. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021?

1.3.2. Problema (s) Específico (s)

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos más frecuentes asociados a embarazo ectópico: edad, grado de instrucción y estado civil en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021?
- ¿Cuáles son los antecedentes patológicos ginecológicos y obstétricos más frecuentes asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021?

1.2. Justificación

1.2.1. Social

La OMS es un medio que sirve para alcanzar el bienestar y contribuir al desarrollo social y económico de un país, no solo para la orientación de acciones para prevenir problemas de salud, sino también como vía para mejorar la sociedad. Esta reconoce la importancia del diagnóstico oportuno en problemas de salud, especialmente en

este caso cuando se trata de mujeres embarazadas con el fin de orientar la acción para la salud, ideal forma de prevenir problemas individuales y sociales para hacer de la salud un bien común.

Este estudio es importante debido a la alta morbi-mortalidad materna actual a nivel nacional, siendo la principal causa la hemorragia , seguido del embarazo ectópico que es una de las principales causas de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo. El objetivo de mi estudio es identificar los factores de riesgo más frecuentes de esta enfermedad que están presentes en nuestra población. Desde un punto de vista económico, el enfoque en la prevención es mucho más importante ya que conlleva menos costo que el manejo de la enfermedad, las complicaciones médico-quirúrgicas y una menor estancia hospitalaria que será beneficioso para la paciente.

En 2015 se reportaron un total de 443 muertes maternas, de las cuales las muertes maternas directas e indirectas representaron el 65% del total. Como bien sabemos la primera causa de muerte materna en nuestro país es la hemorragia, es decir, la hemorragia durante el parto, el embarazo ectópico, la hemorragia postparto inmediata y la placenta previa. (7)

Según la procedencia Lima, Cajamarca, Piura, La libertad, Loreto y Puno, la tasa de mortalidad en el Perú es del 53,9% pero estas cifras han cambiado con el tiempo en el país y van en aumento a nivel mundial, por consiguiente, es muy importante la actualización para esta patología. Mientras que los departamentos de Moquegua, Tacna y Madre de Dios se encuentran con un menor números de casos a nivel nacional. (7)

En el Perú existen pruebas diagnósticas precisas para esta enfermedad como es la ecografía transvaginal y dosaje de B-hcg, donde permite un diagnóstico y actuación precoz, por ende, es imprescindible reconocer los factores de riesgo para facilitar un diagnóstico precoz y así evitar pacientes de riesgo.

1.2.2. Teórica

El embarazo ectópico es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y el conocimiento de los factores de riesgo, antecedentes, características generales, cuadro clínico y tratamiento, así como también los exámenes de ayuda diagnóstica como la ecografía y dosaje de la hormona gonadotropina coriónica humana, permite disminuir la incidencia, prevenir, reconocer y dar tratamiento oportuno sobre esta patología.

Esta patología ocurre alrededor del 2% de todos los embarazos. Este aumento también se observa en los países en vías de desarrollo como es el caso de nuestro país. La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), el embarazo ectópico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa se han descrito como factores independientes que aumentan el riesgo de embarazo ectópico. (1)

1.2.3. Metodológica

Este estudio ayudará a determinar cuáles son los factores de riesgo sobre el embarazo ectópico en la ciudad de Huancayo. Para obtener los resultados se estudiarán a las gestantes del primer trimestre con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen.

Esto implica el uso de herramientas de recopilación de datos donde se revisarán los registros médicos para identificar los factores de riesgo que están presentes en

las pacientes con embarazo ectópico, esperando así contribuir en llevar conocimiento a los futuros médicos y optar medidas de prevención para su solución y el manejo adecuado de esta patología, donde muchos de nosotros como personales de salud nos enfrentaremos en esta realidad problemática.

1.3. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

1.5.2. Objetivo(s) Específico(s)

Determinar los factores sociodemográficos más frecuentes asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el año 2021.

Identificar los antecedentes patológicos ginecológicos y obstétricos más frecuentes asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en el año 2021.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

Antecedentes Nacionales e Internacionales

INTERNACIONALES

- Se tiene a Rivera C , Pomes C , Diaz V, Espinoza P, Zamboni M (2020) en su estudio titulado “Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico” – Chile , donde determinaron los factores de riesgo en alto ,moderado y bajo grado ,siendo más significativos : el antecedente de cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo y el antecedente de uso de técnicas de reproducción asistida .En cuanto a las mujeres que se embarazan con DIU, indico que el riesgo relativo de EE es mayor que aquellas que se embarazan sin DIU . (78)
- Se tiene a Martínez N, Bravo D, Suarez H, Cuadrado E, Velásquez G (2023) en su estudio titulado “Diagnostico y manejo del embarazo ectópico:

Revisión de la literatura”- Ecuador, indico que los factores de riesgo para embarazo ectópico son: La edad materna avanzada, tabaquismo, antecedentes de embarazo ectópico, daño tubárico o cirugía tubárica, infecciones pélvicas previas, uso de DIU y tecnologías de reproducción asistida. (8)

- Se tiene a Paz, W (2023) tiene un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020”-Ecuador, determino que la primiparidad, la cirugía de ovario y enfermedad pélvica inflamatoria como factores predisponentes a embarazo ectópico. (75)

NACIONALES

- Tenemos a Zurita J. (2023) en su estudio titulado “Factores de riesgo relacionados a embarazo ectópico en pacientes atendidas del Hospital Sergio E. Bernales del 2019-2020”, donde concluye que los factores de riesgo para embarazo ectópico son: la edad de 15 a 35 años, y como antecedentes gineco-obstétricos más frecuentes fueron: la cirugía tubárica previa, uso de dispositivo intrauterino, y el antecedente de aborto. (76)
- Tenemos a Chávez A. (2018) en su investigación titulado “Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016” determino que la multiparidad establece un factor de riesgo para presentar embarazo ectópico. (11)
- Se tiene a Hermoza C. (2021) realizo un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue

del 2015 al 2020 en el cual concluye que los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico son: edad materna de 20 a 29 años (47,5%), escolaridad secundaria (63%) y estado civil de casada (36,5%), menciona también que el antecedente de parto por cesárea es un factor de riesgo para embarazo ectópico. (72)

- Se tiene a Ccorisoncco, F (2022) en su investigación titulado “Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte 2020 – 2021, encontró que los factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico fueron antecedentes de embarazo ectópico, edad de inicio de relaciones sexuales < 18 años y tener más de 6 parejas sexuales. (73)
- Del ángel, J (2021) en su estudio titulado “Embarazo Ectópico: Factores de riesgo y características clínicas experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel “, encontró que los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico fueron: tabaquismo, el antecedente de embarazo ectópico y el uso de DIU; mientras que las características clínicas más importantes en orden de frecuencia fueron: dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado transvaginal. (74)

REGIONALES

- No se encontró información detallada sobre investigaciones relacionadas con el presente estudio.

2.2 Bases Teóricas o Científicas

2.2.1 EMBARAZO ECTÓPICO

Sabemos que el embarazo ectópico ocurre cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero. (27)

Los embarazos ectópicos ocurren con mayor frecuencia en una de las trompas de Falopio, que es uno de los tubos que transporta los óvulos desde los ovarios hasta el útero. Este tipo de embarazo ectópico se denomina embarazo tubárico. En ocasiones, el embarazo ectópico se produce en otras partes del cuerpo, como los ovarios, la cavidad abdominal o en el cuello uterino. (21)

El óvulo fecundado que se implanto fuera de la cavidad endometrial tiene poca supervivencia porque las condiciones de esta no la permiten sobrevivir, consecuencia de ello se da el aumento de tejido que causa sangrado esta condición pone en riesgo la vida de la paciente con inestabilidad hemodinámica si no se trata a tiempo. (22)

Tenemos las formas no tubáricas del embarazo ectópico que incluyen el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario. (23)

Un embarazo ectópico complicado es de fácil diagnóstico, pero se asocia a un mayor riesgo de mortalidad materna. Se clasifica según el estado hemodinámico de la paciente:

- Sin compromiso hemodinámico: Este cursa con hematosalpinx y aborto tubárico.

- Con compromiso hemodinámico: Se manifiesta hemoperitoneo por la rotura del embarazo ectópico.
- Muerte ovular precoz: Se muestra presencia de hematosalpinx y obstrucción tubárica parcial o también total, cursa además con aborto tubárico y rotura tubárica. (24) .

Se debe de tener en cuenta que el trabajo en equipo de salud, debe ir de la mano con la profilaxis y prevención de enfermedades, como el Embarazo Ectópico es una de las principales enfermedades que incrementan la morbimortalidad materna es primordial identificar los factores de riesgo que predispone dicha enfermedad.

2.2.2 ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO

Sabemos que el embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, representando el 9% de las muertes durante este periodo. (25)

Por lo tanto, el Embarazo ectópico no se considera una condición médica específica de un grupo étnico o zona geográfica en particular. Teniendo así una incidencia del 1% al 2% de todos los embarazos. (26)

Las causas que llevaron a este aumento, son múltiples, donde destacan el incremento de los factores de riesgo como los Procesos Inflamatorios Pélvicos, el aumento del tabaquismo en las mujeres en edad reproductiva y un incremento de los embarazos debidos a tratamientos de fertilidad. También hay que agregar, el fácil acceso a la ecografía transvaginal que se encuentran a una fácil disposición de los pacientes como también la determinación de β -HCG las 24 horas del día. El EE es una patología que causa morbilidad y mortalidad materna, tanto en países

desarrollados, como también en los en vías de desarrollo. La primera causa de mortalidad materna del primer trimestre En el Reino Unido (UK), es de 0.35/1000 (3). En EE. UU, la tasa de mortalidad es de 56,6%. (27)

Se sabe que los embarazos ectópicos en la actualidad están en aumento debido al uso de dispositivos intrauterinos, enfermedad inflamatoria pélvica ya tratada, edad retrasada de maternidad, las técnicas de reproducción asistida y la cirugía correctora. Este aumento puede estar relacionado con el uso de las técnicas de reproducción asistida, tratamientos de esterilización, uso de algunos métodos anticonceptivos, y una con mayor incidencia la enfermedad inflamatoria pélvica, que es la causa principal de esta patología.

2.2.3 LOCALIZACIÓN

Otro punto muy importante es el sitio del embarazo ectópico, entre 95%-98% están adheridos a la Trompa de Falopio, de ahí su nombre de tubáricos (70% siendo ampular, 12% ístmico y 11% fimbria), hay un 2,4% en lugares poco frecuentes como el ovario, cérvix, en zona de cicatriz anterior de cesárea y menos frecuente aún, intra abdominales como en peritoneo, hígado y bazo. (4)

En raras ocasiones existen los embarazos heterotópicos que es poco común, en el cual hay un embrión intrauterino y otro ectópico, el cual puede presentarse de 2 maneras: inducida (relacionado con técnicas de fertilización in vitro, incidencia de 1:1.000 a 1:1.500 embarazos) o espontánea (frecuencia de 1:20.000 a 1:80.000 embarazos (28). Siendo así la ubicación más frecuente en la trompa uterina (95%): en la región ampular (MIR).

2.2.4 ETIOLOGÍA

La implantación de un embrión en humanos, requiere la manifestación de diferentes factores, muchos de los cuales aún no esclarecidos del todo. En las trompas de Falopio, ocurren varios eventos y cambios embrionarios, tanto en el micro ambiente donde se desarrolla el embrión, así como también en la dirección ciliar y contractilidad muscular.

Se dice que los hábitos de fumar, así como los procesos inflamatorios en las trompas de Falopio, pueden alterar el microambiente, desencadenando una implantación en un lugar anómalo o en un tiempo anómalo del transporte embrionario dentro de la trompa de Falopio, pero hasta ahora no se ha logrado determinar cuál es la proteína, un receptor o una sustancia específica. Las investigaciones científicas, basadas en comparar trompas de mujeres que expresaron un EE, con las que no lo han realizado, aún no está del todo claras. (29)

Existen varios transcurros que pueden retardar o impedir la migración del ovulo fecundado, debido a factores que aumentan la susceptibilidad del huevo ya sea por la mucosa tubárica, por transmigración del óvulo fertilizado, y muy raramente anomalías del huevo. En la mayoría de los casos se ha descrito que la etiología del embarazo ectópico aún no está bien definida. (30)

Debemos considerar los tipos de factores muy importantes en la etiopatogenia de embarazo ectópico:

- Factores tubáricos: Tenemos a las infecciones como enfermedad pélvica inflamatoria producidas por Gonorrea o Clamidia, la cirugía tubárica (ligadura tubárica, embarazo ectópico previo), endometriosis y tabaco.

2.2.5. FISIOPATOLOGÍA

El sitio más común de implantación ectópica son las trompas uterinas, seguidas por los cuernos uterinos. Los casos raros son los embarazos que se producen en el cuello uterino, en la cicatriz de una cesárea, en un ovario, el abdomen o el intersticio tubárico.

Se produce la implantación en el cual, hay una reacción decidual (es como la primera migración placentaria: cuando se degrada el endometrio y se mete de forma inadecuada) cuando la implantación es inadecuada es porque tiene una vascularización deficiente, en el cual la trompa no tiene la distensión adecuada y la pared tubárica es delgada finalmente causando hemorragia.

Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se implantan en diversas partes de las trompas de Falopio. Siendo los más comunes las implantaciones ampulares. El 5% que falta se encuentra en los ovarios, en la cavidad peritoneal o el cérvix uterino. Recientemente se ha observado que los embarazos en cicatrices previas y en cesáreas son cada vez más frecuentes. Cabe destacar como consecuencia y casi siempre de técnicas de reproducción asistida (AST, Asisted Reproductive Technologés) donde se implantan varios embriones, una ectópica y otro Intrauterino. (31)

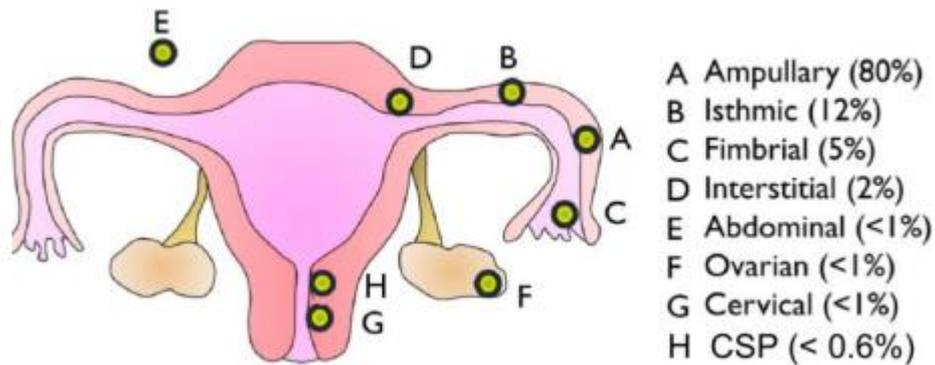
2.2.6. ANATOMÍA PATOLÓGICA

En cuanto a la anatomía patológica tenemos un punto muy importante:

- Trompa: Se da la reacción decidual imperfecta, donde intervienen las vellosidades que penetran en la pared ocasionando a veces la ruptura de esta.

2.2.7. EVOLUCIÓN

En cuanto a los sitios donde se dan los embarazos ectópicos y su evolución tenemos:



Localizaciones de las gestaciones extrauterinas adaptada de Parker V.L. Arch Gynecol Obstet (2016) 294:19–27

- ECTÓPICO TUBÁRICO (95%)

Ampular: Consiste en el crecimiento durante algunas semanas (unas 7 semanas de amenorrea) y posteriormente aborto tubárico.

Ístmico: Consiste en la ruptura precoz, causando abdomen agudo y shock

Fimbrico: Consiste en un embarazo abdominal secundario.

Interstitial: Consiste en la ruptura más tardía, con abundante sangrado.

- ECTÓPICO HETEROTÓPICO: Este es el más frecuente en reproducción asistida, por lo que también es difícil de diagnosticar.
- ECTÓPICO ABDOMINAL: En este caso es posible que llegue a término, pero los casos más frecuentes nos dicen que se calcifica.

2.2.8. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Las principales características asociadas a embarazo ectópico son:

- **Edad Materna**

La edad materna avanzada es “considerada un factor de riesgo no controlable para embarazo ectópico, la incidencia más elevada se encuentra en el grupo etario entre los 35-44 años de edad. Por lo tanto, las mujeres de más de 35 años de edad tienen una tasa elevada de embarazo ectópico que es 8 veces mayor en comparación a pacientes más jóvenes. La incidencia de EE en las mujeres menores de 18 años es un tanto inconsistente, mientras que la mayor incidencia de embarazo ectópico en las mujeres mayores es constante en muchas poblaciones de diferentes países” (32)

- **Estado civil**

El estado civil estuvo interpretado por diversos estudios latinoamericanos el cual concluyen que las mujeres convivientes fueron las que presentaban mayor riesgo de embarazo ectópico.

En el Hospital María Auxiliadora los embarazos ectópicos ocurrieron en el 72,9% con estado civil de convivientes. La razón probablemente sea la inestabilidad conyugal, así como también la falta de comprensión en pareja y la falta de búsqueda de un compromiso serio. (33)

- **Grado de instrucción**

El nivel de educación es una prioridad importante para el embarazo ectópico, lo que se correlaciona con el nivel de conocimiento que tienen sobre esta patología.

Se encontró en el Hospital María Auxiliadora una alta frecuencia de educación secundaria entre las madres con embarazo ectópico (34) , sin embargo otros estudios han encontrado que las mujeres con instrucción superior tienen mayor riesgo, probablemente esté relacionado con los hábitos higiénicos y deficiente atención de salud en el diagnóstico y manejo de enfermedades inflamatorias pélvicas , como también el poco conocimiento del uso de Métodos Anticonceptivos, así mismo en temas de infecciones de transmisión sexual, promiscuidad sexual, inicio precoz de relaciones sexuales y múltiples parejas por bajo nivel educativo.

2.2.9. FACTORES GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS

Aunque la etiología del embarazo ectópico es multifactorial, el riesgo no está claro hasta en un 50% de las mujeres. Los mecanismos subyacentes al riesgo de implantación extrauterina siguen sin estar claros. Los posibles mecanismos incluyen:

- a) obstrucción anatómica,
- b) anormalidades en la motilidad tubárica o función ciliar,
- c) producto de la concepción anormal,
- d) factores quimiotácticos que estimulan implantación tubaria.

Que se detallaran a continuación:

- **Embarazo ectópico previo**

Una historia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de futuros casos aproximadamente el 7-10 % . (35)

Los antecedentes de Embarazo ectópico previo, aumentan la probabilidad de un nuevo episodio aproximadamente 7 veces. Se ha reportado que, en presencia de

antecedentes de tratamiento conservador de un embarazo ectópico tubárico, el riesgo de un nuevo embarazo ectópico se incrementa hasta en un 15%. (36)

Según Betsy Zapata, Juan Ramírez, José Pimentel, Santiago Cabrera, Gerardo Campos, en su estudio titulado: "La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico" Concluyen que el embarazo ectópico sigue siendo causa de emergencia gineco-obstétrica; donde debe sospecharse en casos de cirugía pélvica y/o de ectópico previo, siendo la ecografía transvaginal una valiosa herramienta diagnóstica, especialmente en casos no complicados y con poca sintomatología. Más del 50% de las pacientes ingresan con cuadro clínico típico, teniendo que plantear un manejo de tipo radical en pacientes complicadas, donde afecta la fertilidad, además de exponer a las pacientes a transfusiones y al ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (37)

- **Cirugía tubárica previa.**

En cuanto a la cirugía tubárica, esta condición puede provocar un embarazo ectópico originando interrupción en la trompa de Falopio ya sea por complicaciones de una cirugía, infección, algún tumor o cualquier anomalía congénita. El 70% de los embarazos después de un cauterio tubárico son ectópicos, mientras que el 70 % de los embarazos después del pinzamiento de las trompas llegan a ser intrauterinos. Aquellas mujeres que se someten a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también sufren un mayor riesgo de padecer un embarazo ectópico. (38)

La alteración de la anatomía tubárica esta correlacionada con la predisposición de un embarazo ectópico. Otras causas son las anomalías congénitas, endometriosis y cirugía como también la endometriosis tubárica y la miomatosis uterina, también puede causar obstrucción tubárica. (39)

- **Dispositivos Intrauterinos (DIU)**

Uno de los métodos anticonceptivos más usados en el mercado por su alta eficacia es el DIU. Este dispositivo se encuentra situado en la cavidad uterina que provoca una inflamación local del endometrio, que puede extenderse a otros órganos sexuales cambiando su morfología; comúnmente se asocia a una infección cervicovaginales no diagnosticada o una infección de transmisión sexual. Así entonces esto supone un obstáculo al transporte del cigoto y su nidación en el útero. Se dice que si el DIU tiene una permanencia mayor de dos años aumenta 2,6 veces el riesgo de tener un embarazo ectópico. (40)

Existen reportes donde informan el aumento de embarazos ectópicos en pacientes con fallas en contracepción, ya sean usuarias de anticonceptivos orales de progestinas puras o de DIU. (41)

Además de que debemos tener en consideración los fracasos anticonceptivos, cabe señalar que existe una mayor asociación del embarazo ectópico con los DIU liberadores de progesterona, esto es muy importante de tener en cuenta, al momento de medicar tal anticonceptivo para evitar problemas futuros. (42)

- **Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)**

Las mujeres con Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), tienen una alta incidencia en desarrollar un embarazo ectópico. La causa más común es el antecedente de

infección causada por *Chlamydia trachomatis*. Los pacientes con infecciones por clamidias presentan una amplia gama de manifestaciones clínicas, que van desde un cervicitis asintomática hasta una salpingitis y posteriormente una enfermedad inflamatoria pélvica. Estos eventos hacen que se acumule tejido cicatricial dentro de las trompas de Falopio y dañe a los cilios. Sin embargo, si los dos tubos se ven bloqueados por la EPI, el embarazo no se produce, y esto representaría una protección contra un embarazo ectópico. (43)

Alrededor del 50% de las mujeres que han sido infectadas no se enteran que tuvieron la enfermedad. Otros microorganismos que son causantes de EPI, como la *Neisseria gonorrhoeae*, también aumentan el riesgo de embarazo ectópico, así como también una historia de salpingitis aumenta el riesgo de embarazo ectópico unas cuatro veces, por lo que se recomienda una buena historia clínica al momento del diagnóstico siempre enfatizando en los antecedentes. (44)

- **Antecedente de Aborto**

Según Solano, S. (45) las pacientes con antecedente de aborto espontáneo, ya sea por infecciones intrauterinas, cirugía, endometriosis, tabaco, entre otros tienen una mayor probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico dependiendo de la edad materna y la paridad. En una aspiración de la cavidad uterina o curetaje que consiste en el uso de una cureta para eliminar el tejido del útero mediante raspado implica una variabilidad inflamatoria local que se genera en esta ubicación, produciendo infección, esta puede diseminarse hacia la trompa y provocar cambios anatómofisiológicos a nivel de la misma; conduciendo hacia enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y en el futuro un embarazo ectópico.

- **Habito de Fumar**

Se dice que el tabaquismo está relacionado a tener un riesgo de embarazo ectópico, pero en este caso también se sugiere un efecto dosis-respuesta, lo que significa que el riesgo de embarazo ectópico aumenta gradualmente con el número de cigarrillos fumados por día.

Según Bejarano (46) este se asocia a embarazo ectópico, específicamente para las mujeres que fuman 20 o más cigarrillos/día. Aunque el mecanismo aún no está del todo claro, se observan cambios en la contractilidad muscular tubárica, así como también en el microambiente. Basándonos en estudios en animales y humanos, los investigadores han sugerido varios mecanismos por los cuales fumar puede desempeñar un papel importante para el desarrollo de embarazo ectópico. Estos procesos incluyen uno o más de las siguientes: retraso en la ovulación, alteración de la motilidad uterina y de las trompas o alteración en la inmunidad. Ningún estudio ha demostrado evidencia de un mecanismo específico por el que el tabaquismo afecte la aparición de un embarazo ectópico.

- **Número de compañeros sexuales**

Tener múltiples parejas sexuales aumenta el riesgo de embarazo ectópico, aunque se desconocen las razones exactas, pero puede estar relacionado con la enfermedad pélvica inflamatoria e infecciones de transmisión sexual.

Dándonos a conocer que la etapa prematura de relaciones sexuales también va de mano con el nivel de conocimiento que tienen sobre este y sobre todo el uso de anticonceptivos. (47)

- **Paridad**

Según Urrutia, S (48) nos da entender que muchos estudios han concluido que las mujeres nulíparas tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico comparado a una mujer multípara, razón por la cual se desconoce, pero tiene mucho que ver con los factores sociodemográficos, los factores ginecológicos y obstétricos mencionados.

2.2.10. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mayoría de mujeres con un Embarazo Ectópico presentan:

- 1) Amenorrea (de 6-10 semanas)
- 2) Sangrado anormal (oscuro o rojo)
- 3) Dolor pélvico (uni o bilateral)
- 4) Masa anexial palpable

Los estudios han demostrado que el embarazo ectópico asintomático está presente en un 9% pero esto indica solo amenorrea. Este puede o no estar asociado a inestabilidad hemodinámica e incluso el shock en casos severos.

Los pacientes jóvenes con hemodinamia compensada, que a veces tienen un gran hemoperitoneo, solo presentan taquicardia leve. Las apariencias atípicas también son comunes y pueden confundirse con síntomas gastrointestinales, problemas del tracto urinario, apendicitis, ruptura folicular hemorrágica y abortos espontáneos, entre otros.

Es importante la fuerte sospecha clínica de esta patología, ya que solo el 50% de las pacientes padecen la conocida triada básica o síntomas típicos correspondientes a: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal anormal.

2.2.11. EXÁMEN FÍSICO

Las mujeres que han experimentado un embarazo ectópico a menudo se quejan de dolor pélvico, sin embargo, no todos los embarazos ectópicos se manifiestan con dolor. Siendo así las mujeres en edad fértil que se quejan de malestar pélvico, dolor/malestar abdominal, náuseas/vómitos, síncope, aturdimiento, sangrado vaginal, deben considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. (10)

La evaluación de los signos vitales para detectar taquicardia e hipotensión es fundamental para determinar la estabilidad hemodinámica del paciente. Al examinar el abdomen y el área suprapúbica, se debe prestar atención a la ubicación del dolor y de cualquier factor que la exacerbe. (10) Si se logra una protección voluntaria/involuntaria de los músculos abdominales a la palpación, surgen preocupaciones sobre la posibilidad de líquido libre u otra causa de signos peritoneales.

Es muy importante considerar la búsqueda de signos de inflamación peritoneal, dado que el embarazo ectópico es la causa más frecuente de abdomen ginecológico en nuestro medio, este resulta ser muy inespecífico ya que suele manifestarse en forma de amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal durante el primer trimestre de la gestación.

2.2.12. HISTORIA CLÍNICA

Sabiendo que una buena historia clínica requiere de anamnesis, se debe indagar sobre los factores de riesgo mencionados anteriormente, si ha utilizado métodos anticonceptivos (indicar cual es y el tiempo de uso), alguna cirugía previa, algún antecedente de embarazo previo, endometriosis, consumo de tabaco, En conclusión, se debe de hacer una buena anamnesis y examen físico que son muy importantes al momento de diagnosticar dicha patología.

Los síntomas más comunes de un embarazo ectópico normal son dolor abdominal y sangrado vaginal de intensidad variable, esto es muy común en embarazos intrauterinos normales con síntomas de aborto, pero los embarazos ectópicos también deben de ser considerados para un diagnóstico definitivo.

2.2.13 DIAGNÓSTICO

De acuerdo al diagnóstico, podemos considerar la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal anormal que sugiere un embarazo ectópico. A continuación, se muestran los exámenes auxiliares que nos ayudaran al diagnóstico:

✓ Ecografía transvaginal

Este examen es primordial ante la sospecha de embarazo ectópico, ya que permite una visualización clara de la cavidad uterina. El embarazo intrauterino visualizado en la ecografía transvaginal esencialmente descarta el embarazo ectópico excepto en el caso extremadamente raro de embarazo heterotópico. (55)

El diagnóstico definitivo de embarazo ectópico se puede realizar mediante ecografía cuando se observa un saco vitelino y/o un embrión en los anexos; sin embargo, la ecografía por si sola rara vez se usa para diagnosticar un embarazo ectópico ya que la mayoría no progresa a esta etapa. Comúnmente, el historial médico de la paciente se combina con niveles cuantitativos seriados de β -hCG y la ultrasonografía secuencial, para llegar a un diagnóstico final de embarazo ectópico. (56)

Con una sensibilidad de 87-99% y una especificidad de 94 a 99%, la ecografía transvaginal (US) es una herramienta valiosa en la evaluación para la evaluación temprana de mujeres con sospecha de embarazo ectópico. (68)

Dada la correlación entre las concentraciones de β -hCG en sangre y el tamaño del saco amniótico, la incapacidad para visualizar el embarazo intrauterino con concentraciones de β -hCG > 1500-2000 mUI/ml, se considera altamente predictiva de embarazo ectópico. Esta pauta permite identificar el 60% de todos los embarazos ectópicos que es muy importante tener en cuenta. (69)

Zona Discriminatoria: El amnios con saco vitelino debe ser detectado por ecografía transvaginal en pacientes con embarazo intrauterino cuando la β -hCG sérica excede cierto nivel (llamado umbral discriminatorio), la ecografía utiliza un umbral de 2.000 mUI/mL (70). Un embarazo ectópico es posible si el nivel de β -hCG está por encima del umbral discriminatorio.

Si los niveles de β -hCG están más allá del rango discriminatorio y no hay datos concluyentes en la ecografía, la paciente puede experimentar un embarazo intrauterino o ectópico temprano. (71)

✓ **Dosaje de Gonadotropina coriónica humana (B-HCG)**

Por mucha relevancia que tiene este examen diagnóstico es muy importante determinar con precisión la presencia de un embarazo para evaluar si la paciente presenta signos y síntomas sugestivos de un embarazo ectópico.

Según Euskal (58) cuando existe duda diagnóstica en la ecografía TV, se procede a la cuantificación de B-HCG si está por encima de 1500 mUI/ml (entre la 3^o y 4^o semana) o de 5000 mUI/ml (entre la 5^o y 6^o semana) y si el feto no se ve en el saco o este no está presente, se constata el diagnóstico (57). Existen casos sobre rupturas de EE de fase de bajada de la β hCG. Como también otros marcadores plasmáticos, pero no fueron concluyentes ni clínicamente útiles, al igual que con el análisis de progesterona, es más difícil de medir en casos de urgencias, porque está más relacionado con un embarazo en curso o no viable que con un embarazo ectópico. Por lo tanto, se registra la determinación del grupo sanguíneo y factor Rh, ya que si es Rh negativo se debe dar Rh o Gam. Si las eco TV y la β hCG no son concluyentes, se pueden utilizar otras pruebas más veredignas como la laparoscopia.

La curva empinada, especialmente si el aumento es lento o continuo, sugiere un embarazo ectópico en ausencia de un saco intrauterino (MIR). Si se sospecha el diagnóstico se recomiendan hacer pruebas cada 48 horas.

✓ **Culdocentesis**

Esta técnica ha sido utilizada muchos años antes de la ecografía por nuestros maestros donde consiste en la aspiración de la base del saco de Douglas para obtener sangre del endometrio lesionado que se conoce como hemoperitoneo. (MIR)

La técnica diagnóstica de rutina, no solo para problemas ginecológicos, sino también para muchas otras condiciones abdominales agudas, cuando se sospecha el contenido del fondo de saco de Douglas, el examen es definitivo para el resultado diagnóstico. Sin embargo, esta puede traer complicaciones como Aspiración de aire o heces, o caso contrario Hemorragia Intraperitoneal. Actualmente es una técnica en desuso, pero cabe mencionarlo ya que se utilizaba anteriormente.

✓ **Laparoscopia**

Esta técnica accede la visión directa para confirmar el diagnóstico y también permite el abordaje quirúrgico. (MIR)

2.2.12. TRATAMIENTO

A) Conducta expectante

Esta es un tanto ineficaz, solo en las unidades reproductivas, cabe resaltar que este puede llegar a la rotura tubárica, conllevando a hemoperitoneo y finalmente el shock.

B) Procedimiento Quirúrgico

El método por vía laparoscópica es la primera opción de tratamiento cuando se opta por la terapéutica quirúrgica. Numerosos EE requieren histerectomía como tratamiento. En los casos de EE abdominal en ese momento requiere laparotomía y preservación de la placenta en su lugar, esperando su resorción automática.

C) Cirugía conservadora

Indicada para el embarazo ectópico ampular en pacientes con deseos de fertilidad. Se realiza una bisección en el borde de la trompa anti mesenquimatosa que se le conoce como Salpingostomia y se extrae el saco.

D) Cirugía radical

Es el retiro de la trompa dañada (Salpinguectomía) esta se aplica en pacientes con rotura de trompa, así como también discierne por el tamaño de la trompa por encima de los parámetros de recuperabilidad asociados o no a hemoperitoneo. La mejor opción es salpinguectomía en vez de la salpingostomía.

E) Tratamiento médico

Administración de metrotexato (IM o directo en la trompa) con control hematológico estricto y determinaciones seriadas de BHCG. Actualmente la pauta más utilizada es la dosis única intramuscular (50 mg/m² de superficie). Sería el tratamiento actual de elección.

2.3. Marco conceptual

- ✓ Cuando la implantación del saco es implantada fuera de la cavidad endometrial se considera un embarazo ectópico. El 95% de los casos cuando dicha implantación se produce en la trompa de Falopio es más frecuentemente en la región ampular y el istmo.

En una mujer en edad reproductiva con niveles elevados de la hormona gonadotropina coriónica beta humana o prueba de embarazo positiva ya sea de sangre u orina, agregando a ello ausencia de embarazo intrauterino, la detección por ultrasonografía de una masa anexial extraovárica debe sospecharse de embarazo ectópico hasta que se demuestre lo contrario. (77)

- ✓ La influencia de embarazo ectópico es mayor cuando ya hubo otra gestación ectópica anteriormente (62), el de enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, de cirugía sobre las trompas, uso de dispositivo intrauterino (63) y de manejo para la infertilidad.
- ✓ Tal como avanza el embarazo ectópico, su riesgo de la rotura también se incrementa esta llegaría a ser una urgencia médica de un embarazo ectópico, es una causa del 10% de muertes maternas, suele manifestarse con dolor pélvico intenso y sangrado vaginal.
- ✓ Es imprescindible reconocer los múltiples diagnósticos diferenciales que conlleva esta patología estos se subdividirán en dos que son los siguientes:
 - 1) Embarazo ectópico roto: rotura de quiste hemorrágico.
 - 2) Embarazo ectópico no roto: cuerpo lúteo, quiste hemorrágico y endometriosis.
- ✓ En cuanto al manejo se debe fraccionar en dos grandes episodios:
 - 1) Embarazo ectópico roto: Esta es una emergencia hospitalaria potencialmente mortal que requiere terapéutica quirúrgica de emergencia ya que corre en peligro la vida de la paciente. Si la paciente esta clínicamente inestable no es importante distinguir entre rotura de embarazo ectópico o de quiste hemorrágico, estando en estos dos escenarios se indica la laparotomía de urgencia.
 - 2) Embarazo ectópico no roto: Estimar tratamiento médico con metrotexato.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

- ✓ Este estudio no cuenta con hipótesis general.

3.2. Hipótesis Específicas

- ✓ Este estudio no cuenta con hipótesis específicas.

3.3 Variables

VARIABLES DEPENDIENTE:

- Embarazo Ectópico.

VARIABLES INDEPENDIENTE:

a) Factores sociodemográficos:

- Edad
- Estado civil
- Grado de Instrucción

b) Factores ginecológicos y obstétricos:

- Paridad
- Número de parejas sexuales
- Embarazo ectópico previo
- Antecedente de Aborto
- Antecedente de Enfermedad inflamatoria pélvica
- Habito de fumar
- Antecedente de Cirugía tubárica
- Uso de métodos anticonceptivos

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Método de Investigación

Descriptivo, ya que se analizan las características de una población o fenómeno sin considerar las relaciones entre ellos.

4.2. Tipo de Investigación

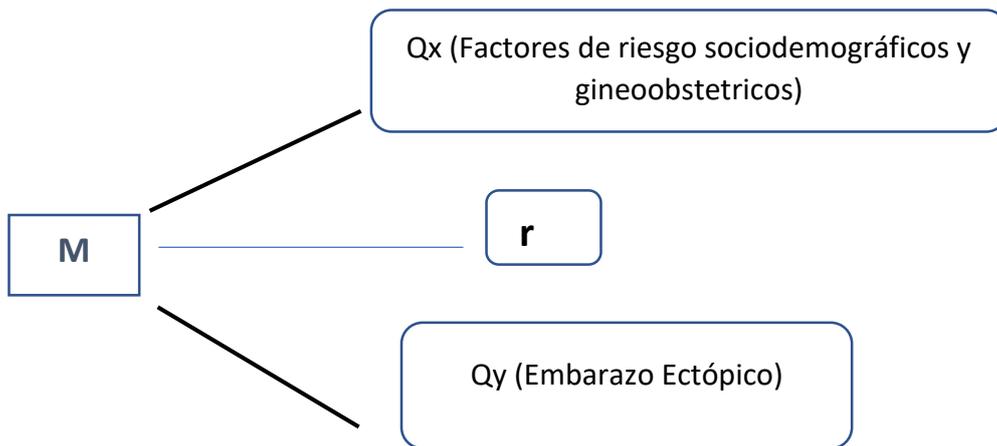
- Estudio Descriptivo
- Estudio Observacional (ya que no se manipulan las variables)
- Estudio Retrospectivo
- Transversal (medición en un solo momento)

4.3. Nivel de Investigación

- Descriptiva

4.4. Diseño de la Investigación

- De tipo cuantitativo



Donde:

M= muestra de estudio

Qx = variable 1 Factores de riesgo

Qy = variable 2 Embarazo ectópico

4.5. Población y muestra

Población (N)

La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes del 1° trimestre (entre 0-12 semanas) que fueron Hospitalizadas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo durante el periodo de enero a diciembre del año 2021. El tamaño de la población fue 768 gestantes del primer trimestre hospitalizadas, de esta se sacó el tamaño de la muestra que fue el número total de historial médico de pacientes con resultado de embarazo ectópico.

Determinación de la Muestra (n)

Estará integrada por el número de historias clínicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de Embarazo Ectópico en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo durante el año 2021. La muestra fue censal, por lo que no hubo necesidad del tamaño muestral ya que se trabajó con toda la población de estudio que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión durante el tiempo especificado. Hubo 97 historias clínicas, de las cuales 7 historias clínicas fueron excluidas por diagnóstico diferente y datos inaccesibles por problemas legales, así entonces se procedió el estudio con 90 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo establecido.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión:**

CASOS:

Mujeres embarazadas diagnosticadas de embarazo ectópico que fueron intervenidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen del año 2021, los criterios diagnósticos fueron el examen clínico, ecografía obstétrica, valor de BHCG consignados en la historia clínica accesible.

CONTROLES:

Mujeres embarazadas sin diagnóstico de embarazo ectópico en el mismo período de tiempo con historia clínica accesible o poca información obtenida.

- **Criterios de Exclusión:**

CASOS:

Historia clínica de mujer embarazada con diagnóstico de embarazo ectópico donde la historia clínica este inaccesible o con información incompleta.

CONTROLES:

Embarazo gemelar, mujeres con comorbilidades como neoplasias en tratamiento, DM tipo 2 no controlada, adolescentes, con historia clínica inaccesible y / o datos incompletos requeridos.

4.6. Técnica e Instrumentos de recolección de datos:

Ante todo, primeramente, se solicitó el permiso institucional correspondiente al área de capacitación junto con el área investigación y posteriormente a la oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo, para examinar las historias clínicas referente a la población de estudio.

- **Técnica de recolección de datos**

En esta investigación se aplicó el análisis de documentos y la recolección de datos, se revisó la información necesaria sobre las variables estudiadas y se recopiló los documentos médicos legales de las gestantes con diagnóstico de Embarazo Ectópico en el mencionado estudio.

La colección de datos fue proporcionada por la investigadora junto con los archivos del Hospital ya antes mencionado.

- **Instrumentos de recolección de datos**

Tal instrumento fue la ficha de revisión de documentos, para el vaciado de los datos de la historia clínica, completada por ítems marcados con una “X” donde se consignó el número de historia clínica, edad de la gestante, datos sociodemográficos, ginecológicos y obstétricos, según nuestras variables a estudiar, esta inquisición se acompaña en el Anexo 1.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos:

- **Procesamiento y análisis de datos**

Luego de finalizada la recaudación de datos, los diferentes valores de cada unidad de análisis se ordenaron en una tabla de Microsoft Excel 2016, creando una base de datos con la recolección de datos según los indicadores clave de cada variable y sus objetivos correspondientes.

Por consiguiente, los resultados obtenidos fueron ingresados y procesados al programa estadístico de IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26.0 para el sistema operativo Windows 10.

Así entonces se efectuó el análisis estadístico descriptivo de los ítems de investigación para las variables, en cuanto a frecuencias, porcentajes, porcentaje valido y porcentaje acumulado. Esto permitió la preparación del informe final.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Para realizar este estudio y utilizar el registro de historias clínicas, se requirió la aprobación institucional del director del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo en la oficina de estadística. Se aseguró la privacidad de los datos, ya que solo mi persona tuvo acceso directo al registro de pacientes, lo que garantiza la anonimidad de los pacientes estudiados y el uso de datos solo para fines de investigación.

Este estudio se realizó de acuerdo a los principios éticos establecidos en el Reglamento de Investigación de la Universidad Peruana Los Andes. Así También cuenta con el dictamen del Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la citada universidad.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

Las unidades de análisis en este estudio fueron 90 historias clínicas, conformados por todas las pacientes ingresadas al hospital con diagnóstico de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo durante el período de enero a diciembre del 2021. A continuación, se presentan los resultados según cada variable de estudio evaluada y se explica el análisis descriptivo por cada ítem.

5.1.1. FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

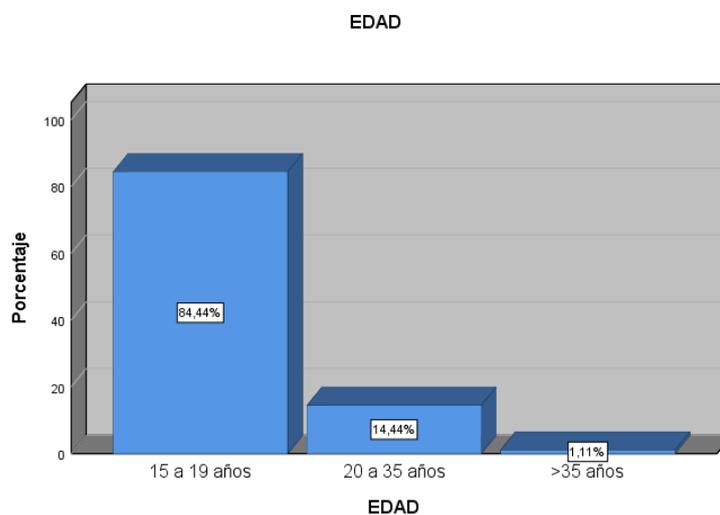
Factores de riesgo sociodemográficos para embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°1: Edad

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 a 19 años	76	84,4	84,4	84,4
	20 a 35 años	13	14,4	14,4	98,9
	>35 años	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°1:



Fuente: Elaboración propia.

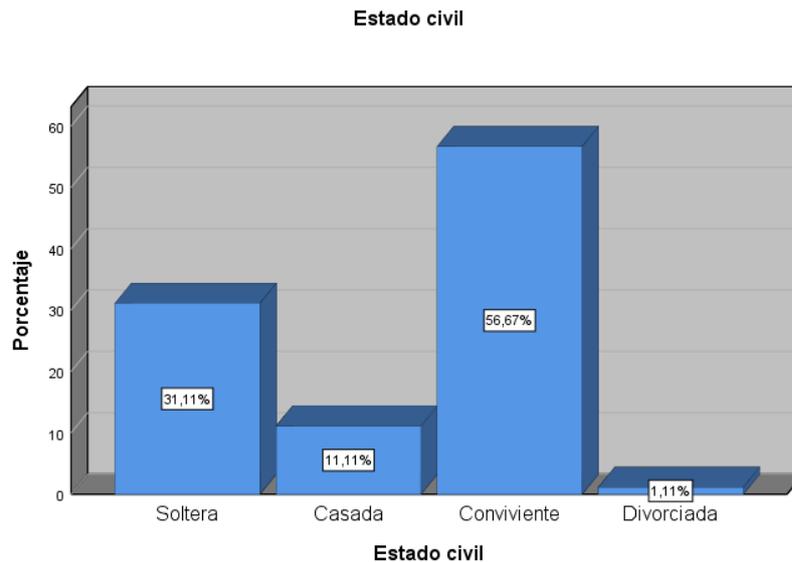
*En la tabla N°1 y gráfico N°1 nos indica la distribución de edades de las pacientes estudiadas. La mayoría (84,4%) tiene entre 15-19 años, un (14,4%) tiene entre 20 y 35 años, y solo un (1.1%) tiene más de 35 años.

Tabla N°2: Estado Civil

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	28	31,1	31,1	31,1
	Casada	10	11,1	11,1	42,2
	Conviviente	51	56,7	56,7	98,9
	Divorciada	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°2:



Fuente: Elaboración propia.

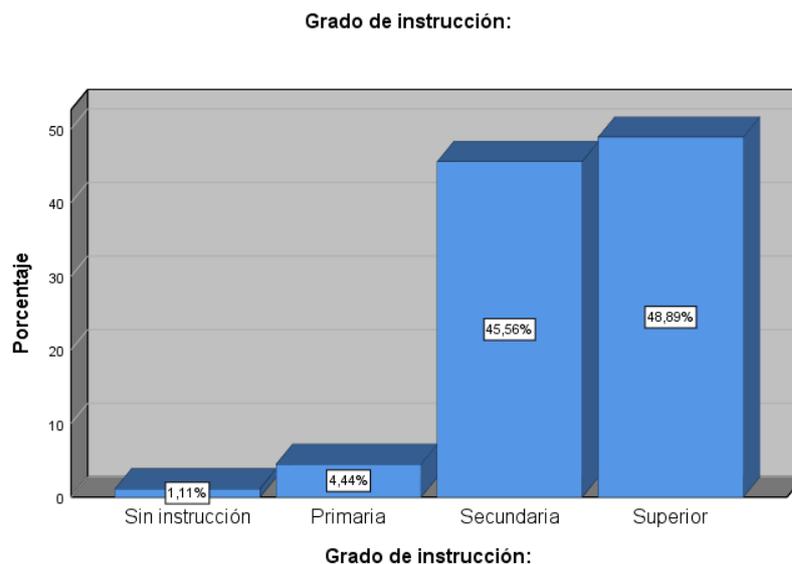
*En la tabla N°2 y gráfico N°2 esta muestra la disposición del estado civil. La pluralidad de las pacientes son convivientes, representando el 56,7% de la muestra válida. Las personas solteras representan el 31,1%, las personas casadas el 11,1% y las personas divorciadas el 1,1%. Existiendo una mayoría notoria de las pacientes que fueron convivientes en cuanto al resto.

Tabla N°3: Grado de Instrucción

		Grado de instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin instrucción	1	1,1	1,1	1,1
	Primaria	4	4,4	4,4	5,6
	Secundaria	41	45,6	45,6	51,1
	Superior	44	48,9	48,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°3:



Fuente: Elaboración propia.

*En la tabla N°3 y gráfico N°3 podemos apreciar la distribución del grado de instrucción en la muestra. La mayoría de las pacientes tienen educación superior, representando el 48,9% de la muestra válida. Las pacientes con educación secundaria representan el 45,6%, las pacientes con educación primaria el 4,4% y las personas sin instrucción el 1,1%.

5.1.2 FACTORES DE RIESGO GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS

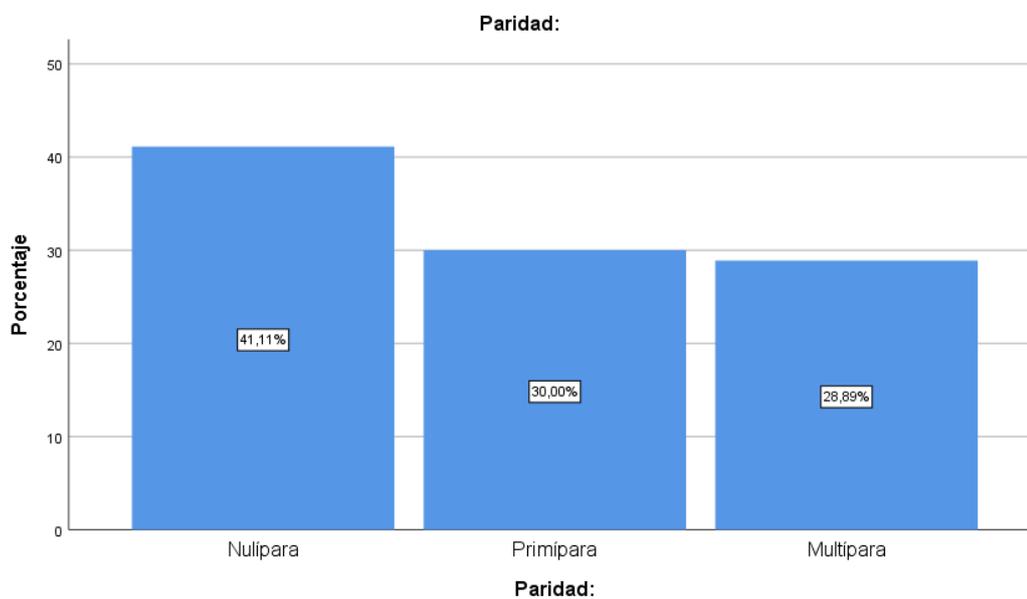
En este ítem veremos los factores de riesgo Ginecológicos y Obstétricos para embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°4: Paridad

		Paridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nulípara	37	41,1	41,1	41,1
	Primípara	27	30,0	30,0	71,1
	Multípara	26	28,9	28,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°4:



Fuente: Elaboración propia.

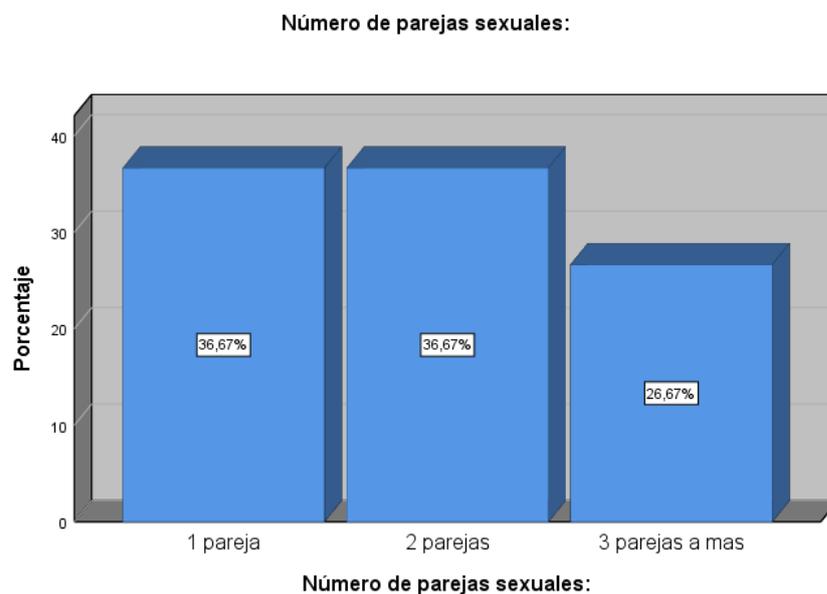
*En la tabla N°4 y grafico N°4 indica la organización de la paridad en la muestra. La mayoría de las pacientes fueron nulíparas, representando el 41,1% de la muestra válida. Las pacientes primíparas representan el 30,0%, y las pacientes múltiparas representan el 28,9%.

Tabla N°5: Número de parejas sexuales

		Número de parejas sexuales			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 pareja	32	34,1	34,1	34,1
	2 parejas	34	37,6	37,6	65,9
	3 parejas a mas	24	28,3	28,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°5:



Fuente: Elaboración propia.

*En la tabla N°5 y grafico N°5 se muestra el número de parejas sexuales como factor de riesgo ginecológico y obstétrico. Las pacientes que tuvieron una pareja, representan el 34.1% de la muestra válida, las pacientes que han tenido dos parejas sexuales representan el 37,6% y el 28,3% fueron de las pacientes que han tenido tres parejas sexuales a más. Siendo así el mayor porcentaje las pacientes que tuvieron dos parejas sexuales.

5.1.3 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTETRICOS

Este ítem será vistos los Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos para embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°6: Antecedente de Embarazo Ectópico Previo

		Embarazo ectópico previo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	6,7	6,7	6,7
	NO	84	93,3	93,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°6 indica que un pequeño porcentaje de la muestra (6,7%) ha tenido un embarazo ectópico previo, mientras que la gran mayoría (93,3%) no ha tenido un embarazo ectópico previo.

Tabla N°7: Antecedente de Aborto

		Antecedente de Aborto			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	32	35,6	35,6	35,6
	NO	58	64,4	64,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

* En la tabla N°7 se tiene como antecedente de aborto aproximadamente un tercio de la muestra (35,6%) Si tuvo un antecedente de aborto, mientras que la mayoría (64,4%) no tiene un antecedente de aborto de las pacientes estudiadas.

Tabla N°8: Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria

		Antecedente de Enfermedad pélvica inflamatoria			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	1,1	1,1	1,1
	NO	89	98,9	98,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*En la tabla N°8 los resultados indican que la mayoría de las pacientes estudiadas en la muestra (98,9%) no presenta antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria.

Tabla N°9: Antecedente de Cirugía tubárica previa

		Cirugía tubárica previa			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	5,6	5,6	5,6
	NO	85	94,4	94,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°9 muestra que una pequeña proporción de la muestra (5.6%) ha tenido una cirugía tubárica previa, mientras que la mayoría (94,4%) no ha tenido una cirugía tubárica previa.

Tabla N°10: Habito de fumar

		Habito de fumar			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	90	92,8	100,0	100,0
	SI	0	0	0	100,0
Total		90	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

*Se puede apreciar la tabla N°10 donde los resultados indican que la gran mayoría de las personas en la muestra (92,8%) no tienen el hábito de fumar. Sin embargo, no hubo ninguna paciente (0%) que tenía el hábito de fumar en las pacientes estudiadas.

5.1.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO

En este Ítem veremos las Características clínicas para embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°11: Dolor Pélvico

		Dolor pélvico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	89	98,9	98,9	98,9
	NO	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Podemos apreciar la tabla N°11 donde los resultados indican que la pluralidad de las pacientes en la muestra (98,9%) experimentan dolor pélvico. Sin embargo, hay un pequeño porcentaje (1,1%) de pacientes que no experimentan dolor pélvico.

Tabla N°12: Sangrado Vaginal Anormal

		Sangrado vaginal anormal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	82	91,1	91,1	91,1
	NO	8	8,9	8,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Se puede apreciar la tabla N°12 donde muestra que la mayoría de las pacientes en la muestra (81,1%) experimentaron sangrado vaginal anormal, mientras que una pequeña proporción (8,9%) no lo experimentaron.

Tabla N°13: Amenorrea

		Amenorrea			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	50	55,6	55,6	55,6
	NO	40	44,4	44,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Podemos observar la tabla N°13 donde nos muestra que más de la mitad de las pacientes en la muestra (55,6%) experimentan amenorrea, es decir, no tienen menstruación. Por otro lado, las pacientes que no experimentaron amenorrea y tuvieron menstruación regular fueron alrededor del (44,4%).

Tabla N°14: Masa Anexial Palpable

		Masa anexial palpable			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	3	3,3	3,3	3,3
	NO	87	96,7	96,7	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Se puede apreciar la tabla N°14 donde nos muestra que una pequeña proporción de la muestra (3,3%) de las pacientes, tuvieron una masa anexial palpable, mientras

que la gran mayoría (96,7%) de pacientes no tuvieron masas anexiales palpables como signo clínico de embarazo ectópico.

Tabla N°15: Nauseas

		Nauseas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	17	18,9	18,9	18,9
	NO	73	81,1	81,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°15 como se puede apreciar nos indica que una minoría de la muestra de las pacientes estudiadas (18,9%) experimenta náuseas, mientras que la mayoría (81,1%) no las experimenta.

Tabla N°16: Vómitos

		Vómitos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	14	15,6	15,6	15,6
	NO	76	84,4	84,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°16 indica que una minoría de la muestra (15,6%) de las pacientes estudiadas experimenta vómitos, mientras que la mayoría (84,4%) no los experimenta.

Tabla N°17: Presión Arterial

		Presión Arterial			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL (<120/80 mmhg)	75	83,3	83,3	83,3
	ELEVADA (>120/80 mmhg)	13	14,4	14,4	97,8
	DISMINUIDA (PAS <90mmhg)	2	2,2	2,2	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Podemos observar la tabla N°17 donde se puede apreciar las variables de la presión arterial en normal (<120/80 mmHg), elevada (>120/80 mmHg) y disminuida como Hipotensión (PAS <90 mmHg o PAM <60 mmHg), con más énfasis en la última variable para ver los criterios de Shock Hipovolémico que conlleva esta patología en este caso nos indica que la mayoría de las pacientes en la muestra (83,3%) tienen una presión arterial normal, un (14,4%) de pacientes tuvieron una presión arterial elevada, mientras que una minoría de pacientes estudiados (2,2%) tuvieron una presión arterial disminuida, hipotensión, como complicación del embarazo ectópico que en este caso fue el Shock hipovolémico.

5.1.5 EXAMENES DE LABORATORIO

En este Ítem veremos los exámenes de laboratorio como apoyo al diagnóstico para embarazo ectópico como son el B-HCG cualitativo y cuantitativo y además del valor de la hemoglobina, en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°18: Examen de laboratorio B-HCG cualitativo

Exámenes B-HCG cualitativo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	76	84,4	84,4	84,4
	NO	14	15,6	15,6	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°18 nos indica que la mayoría de las pacientes en la muestra (84,4%) tienen resultados positivos en los exámenes B-HCG, lo cual podría ser indicativo de un posible embarazo. Por otro lado, una minoría (15,6%) tienen resultados negativos en los exámenes.

Tabla N°19: Examen de laboratorio B-HCG >1500 mUI/ml

		B-HCG > 1500 mUI/mL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	33	36,7	36,7	36,7
	NO	57	63,3	63,3	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

*Podemos apreciar la tabla N°19 donde indica que el 36,7% de las pacientes en la muestra tuvieron resultados positivos en los exámenes de B-HCG cuantitativo mayores a 1500 mU/mL, lo cual puede ser indicativo de un posible embarazo. Por otro lado, el 63,3% de las pacientes tuvieron resultados negativos o inferiores a ese valor.

Tabla N°20: Examen de laboratorio B-HCG < 1500 mUI/mL

		B-HCG < 1500 mUI/mL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	27	30,0	30,0	30,0
	NO	63	70,0	70,0	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°20 podemos observar que el 30,0% de las pacientes en la muestra tienen resultados positivos en los exámenes de B-HCG menores a 1500 mU/mL, mientras que el 70,0% tienen resultados negativos o superiores a ese valor.

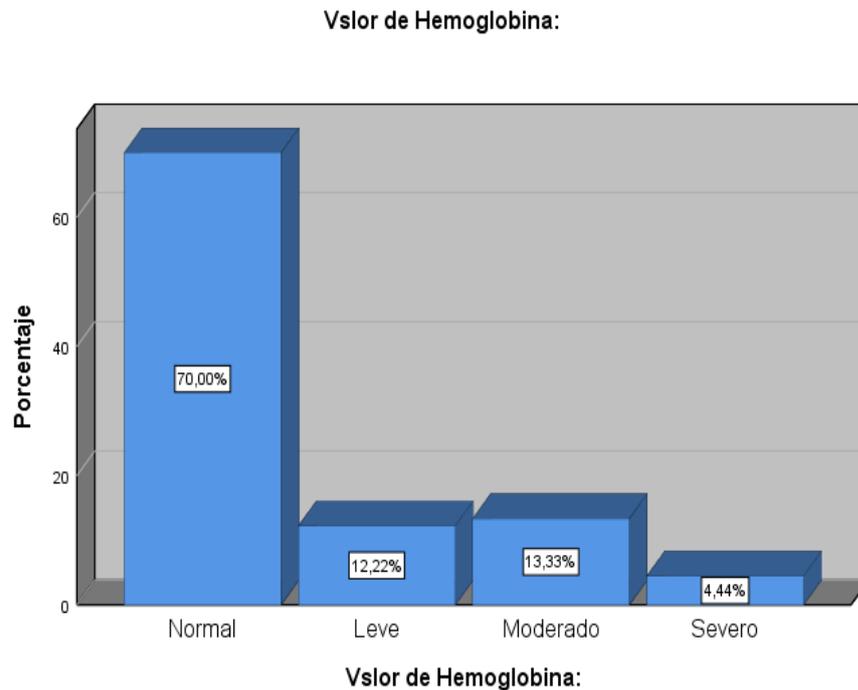
Tabla N°21: Examen de laboratorio Valor de Hemoglobina.

Valor de Hemoglobina:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal (≥ 11 mg/ml)	63	70,0	70,0	70,0
	Leve (10-10.9 mg/ml)	11	12,2	12,2	82,2
	Moderado (7-9.9 mg/ml)	12	13,3	13,3	95,6
	Severo (< 7 mg/ml)	4	4,4	4,4	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°6:



Fuente: Elaboración propia.

*Podemos observar la tabla N°21 y Grafico N°6 donde se puede apreciar la distribución de los valores de hemoglobina en una muestra de 90 personas. La variable tiene cuatro categorías: "Normal", "Leve", "Moderado" y "Severo". Siendo así el valor normal en pacientes gestantes mayor o igual a 11mg/ml, Leve de 10-10.9 mg/ml, Moderado 7-9.9 mg/ml y severo <7 mg/ml siendo así el porcentaje representa la proporción de personas en cada categoría en relación con el total indicándonos que la mayoría de las pacientes en la muestra (70,0%) tienen valores de hemoglobina normales. Sin embargo, hay una proporción significativa de pacientes con valores de hemoglobina levemente bajos siendo el 12,2%, moderadamente bajos el 13,3% y el 4,4% severamente bajos.

5.1.6. EXAMEN DIAGNÓSTICO PARA EMBARAZO ECTÓPICO

En este Ítem veremos el siguiente examen de apoyo al diagnóstico más utilizado para embarazo ectópico que fue: La ecografía transvaginal, en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

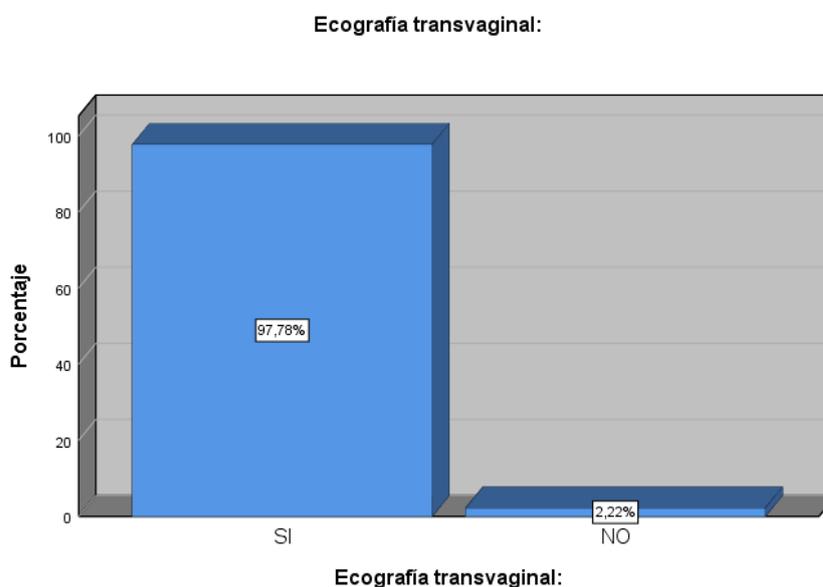
Tabla N°22: Ecografía transvaginal

Ecografía transvaginal:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	88	97,8	97,8	97,8
	NO	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N°7 :



Fuente: Elaboración propia.

*Podemos ver la tabla N°22 y grafico N°7 donde se puede apreciar que la gran mayoría de las pacientes en la muestra (97,8%) se les realizo una ecografía transvaginal como ayuda diagnostica con resultados positivos, lo cual indica la presencia de un embarazo ectópico y solo una pequeña proporción de pacientes (2,2%) no se le realizo. Con esto podemos observar que la ecografía transvaginal fue la prueba de imagen más utilizada para apoyo al diagnóstico de Embarazo ectópico.

5.1.7.USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En este apartado veremos el uso de métodos anticonceptivos que han utilizado las pacientes, como son: el método del ritmo, anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, preservativo o ninguno, para embarazo ectópico, en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°23: Método del Ritmo

		Método del Ritmo:			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	2,2	2,2	2,2
	NO	88	97,8	97,8	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

*La tabla N°23 indica que una pequeña proporción de pacientes (2,2%) utilizan el método del ritmo como método anticonceptivo, mientras que la gran mayoría (97,8%) no lo utiliza.

Tabla N°24: Uso de Anticonceptivos Orales

		Uso de Anticonceptivos Orales:			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	6	6,7	6,7	6,7
	NO	84	93,3	93,3	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Se puede apreciar la tabla N°24 donde indica que el 6,7% de las pacientes estudiadas en la muestra utilizaron anticonceptivos orales, mientras que el 93,3% de pacientes no los utiliza.

Tabla N°25: Uso de dispositivo intrauterino

		Uso de Dispositivo Intrauterino			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	2,2	2,2	2,2
	NO	88	97,8	97,8	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*La tabla N°25 indica que el 2,2% de las pacientes estudiadas en la muestra utilizan dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, mientras que el 97,8% no los utiliza.

Tabla N°26: No usa ningún método Anticonceptivo

		No Usa Ningún método Anticonceptivo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	65	72,2	72,2	72,2
	SI	25	27,8	27,8	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

*Se puede observar la tabla N°26 donde indica que la gran mayoría de pacientes en un 72,2% no utilizan ningún método anticonceptivo, mientras que un 27,8% si utilizan diversos métodos anticonceptivos ya mencionados.

5.1.8. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ECTÓPICO

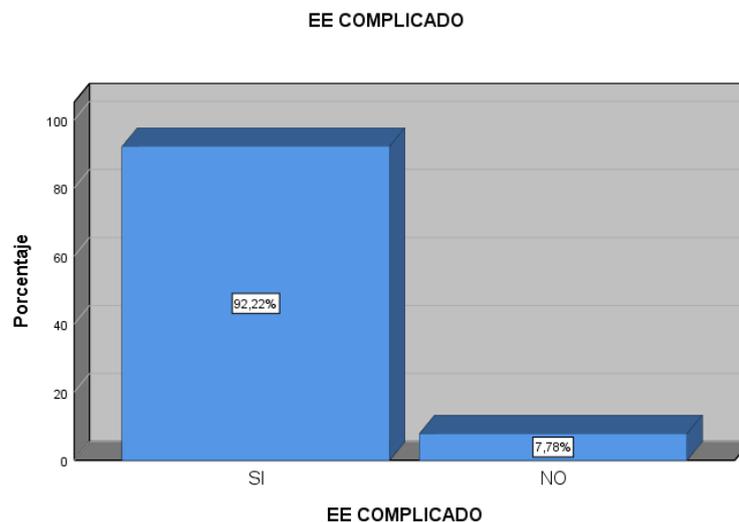
En este ítem veremos si las pacientes estudiadas tuvieron un Embarazo Ectópico complicado o no tuvo ninguna complicación, como bien sabemos la complicación del embarazo ectópico es la presencia de Hemoperitoneo, en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°27: Pacientes que tuvieron Embarazo Ectópico Complicado

		EE COMPLICADO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	83	92,2	92,2	92,2
	NO	7	7,8	7,8	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°8:



Fuente: Elaboración propia.

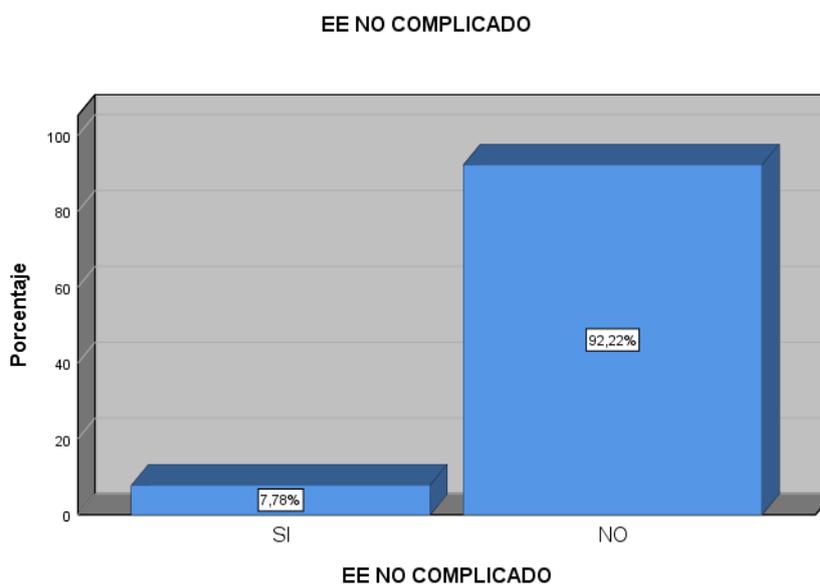
*La tabla N°27 y gráfico N°8 se muestra la información sobre la presencia de complicaciones en un contexto específico. La variable "EE Complicado" tiene dos categorías: "SI" y "NO". La frecuencia indica la cantidad de casos que presentan o no complicaciones. En este caso, 83 personas presentaron complicaciones, mientras que 7 personas no presentan complicaciones, en este caso el 92,2% de las pacientes en la muestra presentan complicaciones, mientras que el 7,8% no las presenta.

Tabla N°28: Pacientes que tuvieron Embarazo Ectópico No Complicado

EE NO COMPLICADO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	7	7,8	7,8	7,8
	NO	83	92,2	92,2	100,0
Total		90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°9:



Fuente: Elaboración propia.

*Se puede valorar en la tabla N°28 y gráfico N°9 donde indica que el 7,8% de las pacientes en la muestra no presentaron complicaciones del embarazo ectópico, mientras que el 92,2% en su mayoría si las presento.

5.1.9. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

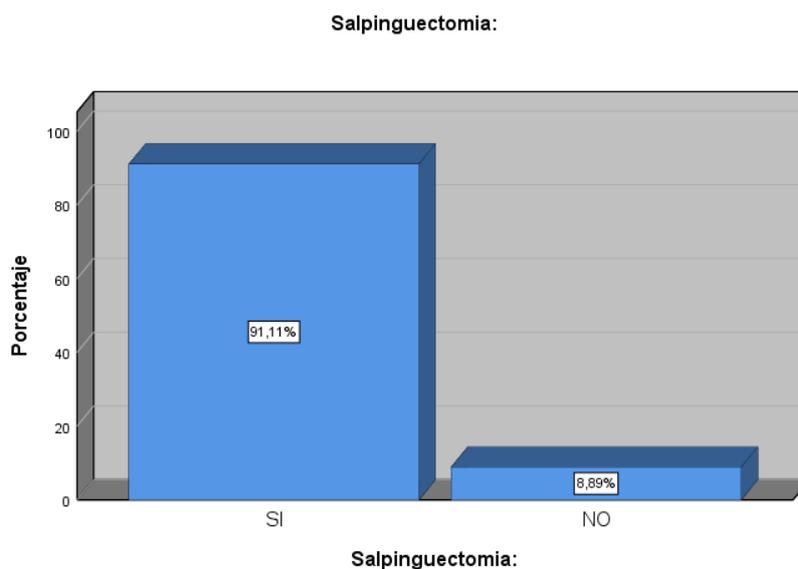
Este apartado veremos el tratamiento quirúrgico empleado en el embarazo ectópico que fueron: Salpinguectomia y Salpingostomia, en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Tabla N°29: Salpinguectomia

		Salpinguectomia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	82	91,1	91,1	91,1
	NO	8	8,9	8,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°10:



Fuente: Elaboración propia.

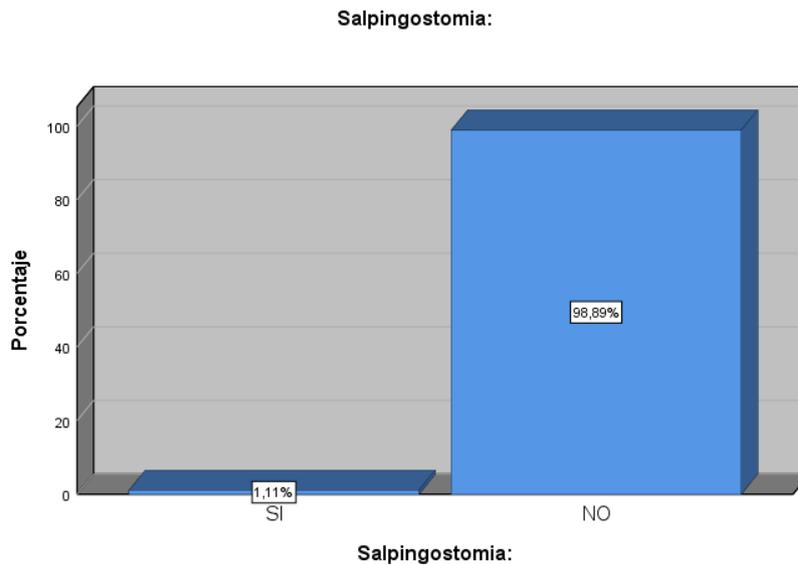
*Podemos estimar la tabla N°29 y grafico N°10 donde se muestra la información sobre la realización de salpinguectomía en una muestra de 90 pacientes. En este caso nos indica que la gran mayoría de pacientes estudiadas el 91,1% se han sometido a una salpinguectomía, mientras que el 8,9% no fueron sometidas a tal manejo quirúrgico, sino a tratamiento expectante mediante monitorización y manejo medico con metrotexato.

Tabla N°30: Salpingostomia

		Salpingostomia:			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	1,1	1,1	1,1
	NO	90	98,9	100,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°11:



Fuente: Elaboración propia.

*Se puede apreciar la tabla N°30 y grafico N°11, donde se muestra la información sobre la realización de salpingostomia en una muestra de 90 pacientes. La frecuencia indica la cantidad de pacientes que se han sometido o no a una salpingostomia. En este caso, ninguna persona ha sido sometida a una salpingostomia, ya que todas las respuestas son "NO". En este caso, el 98,9% de las personas no han sido sometidas a una salpingostomia en relación con el total de la muestra válida así entonces el 100.0% de las pacientes no han sido sometidas a una salpingostomia.

5.2. Contratación de hipótesis

Esta investigación no cuenta con verificación de hipótesis.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El embarazo ectópico pone en peligro la vida de la gestante, por lo que, detectar los factores de riesgo asociados a esta condición clínica dirige a orientar las tácticas preventivas y llevar a cabo los métodos diagnósticos para así diferenciarlas de otras enfermedades con cuadro clínico parecido.

Así, el estudio identificó que los factores de riesgo sociodemográficos para el embarazo ectópico en la indagación estadística según frecuencia y porcentaje fueron: gestantes < 35 años, en el rango específico de 15-19 años (84,4%), en cuanto al estado civil fueron las gestantes convivientes (56,7%) en su gran mayoría, y el grado de instrucción más frecuente estudiado se encontró que fueron las gestantes de grado de instrucción Superior (48,9%), análogo a lo encontrado por Hermoza, C (2021) en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna del 2015 al 2020”, determinó que los factores sociodemográficos fueron: Edad Materna de 20 a 29 años (47.5%), escolaridad secundaria (63%) y estado civil casada (36.5%), estos dos últimos con diferencias a lo encontrado en esta investigación. (72)

En relación al estado civil y la edad encontramos similitud a lo encontrado por Ccorisonco, F (2022) en su estudio titulado “Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital de Vitarte 2020-2021”, demostró que la edad menor de 35 años (81.7%), secundaria (78.8%), conviviente (74.6%) y ama de casa (70.4%) son primordiales. (73)

Así también en Salcedo (2017) en su estudio titulado: “Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital regional de Ayacucho “miguel ángel mariscal Llerena” julio 2013 – junio 2017”,

mostro que la promiscuidad tiene 7,001 veces más probable de desarrollar embarazo ectópico que las mujeres que no son promiscuas.

Esta similitud se debe a que la gran mayoría de pacientes no tienen una adecuada educación reproductiva, como sabemos el uso de métodos anticonceptivos, charlas educativas que deberían realizar los centros de primer nivel de atención que es la puerta de entrada de estas pacientes en nuestro país.

En cuanto a los datos ginecológicos y obstétricos: Se evidencia que la paridad más frecuente en este estudio fueron las pacientes Nulíparas (41,1%) y en su mayoría tenían 2 parejas sexuales (37,6%), resultado similar en Hermoza, C (2021) quien refiere que los factores gineco obstétricos fueron: nuliparidad (43,1%) y el antecedente de cesárea (83,4%). (72)

Asimismo, relacionando los antecedentes ginecológicos y obstétricos como factores de riesgo fueron en su pluralidad las pacientes que tuvieron antecedente de aborto (35,6%), seguido de embarazo ectópico previo (6,7%) y la cirugía tubárica previa (5,6%).

Resultado similar con Ccorisoncco, F (73), donde concluye que los factores de riesgo epidemiológicos para el embarazo ectópico fueron: embarazo ectópico previo y el tener más de 6 parejas sexuales.

Caso contrario en Paz, W (2023) en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020-Ecuador, donde concluye que la primiparidad, la cirugía de ovario y enfermedad pélvica inflamatoria son factores predisponentes a embarazo ectópico (75), los cuales discrepan en cuanto a esta investigación.

Zurita, J (2023) en su estudio titulado “Factores relacionados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019-2020. Donde concluye que el factor sociodemográfico en pacientes de 15 a 35 años estuvo relacionado a embarazo ectópico. En antecedentes ginecológicos y obstétricos se presentaron factores relacionados siendo la cirugía tubárica previa, uso de dispositivo intrauterino y el antecedente de aborto, existiendo así notables similitudes. (76)

Con respecto a Salcedo (2017), mostro que las mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria tienen 5,174 veces más probabilidades de tener un embarazo ectópico que las mujeres sin enfermedad pélvica inflamatoria, existiendo diferencias con lo encontrado en esta investigación.

Con respecto a Chávez, A (2018) quien no reconoce a este ítem como factor de riesgo para embarazo ectópico, en este caso estos resultados difieren con lo ya analizado en este estudio.

Referente al antecedente de embarazo ectópico previo, Salcedo V (2017), muestra que las mujeres que se han sometido a una cirugía de trompas tienen un riesgo 3,092 veces mayor de embarazo ectópico que las mujeres que no la han tenido.

En cuanto al antecedente de cirugía tubárica previa, Chávez, A. (2018), refiere que las gestantes que tuvieron un embarazo ectópico y estas no habían tenido una cirugía de cesárea previa, lo que indica que no es un factor de riesgo para embarazo ectópico, lo cual hay discrepancia en cuanto a esta investigación.

En cuanto al antecedente aborto en esta investigación fue el más frecuente (33%) de las pacientes estudiadas como factor de riesgo para embarazo ectópico, resultado similar a Salcedo V, demuestra que las mujeres que tuvieron aborto tienen 4,844 veces más probabilidades de tener un embarazo ectópico que las mujeres que no la tuvieron. Caso inverso por Chávez A, donde demuestra que un antecedente de aborto no es un factor de riesgo de embarazo ectópico.

Las particularidades clínicas más frecuentes de embarazo ectópico en esta investigación fueron: Dolor pélvico (98,9%), Sangrado vaginal anormal (91,1%) y Amenorrea (55,6%) , resultado similar a lo encontrado en Hermoza C , donde concluye que las características clínicas fueron: metrorragia y dolor pélvico(49,7%) y masa anexial (24,3%), con algunas diferencias en cuanto a la masa anexial , ya que en esta investigación la masa anexial palpable fue infrecuente en un 3,3% de la pacientes estudiadas.(72)

Resultado similar en Del ángel, J (74) en su investigación “Embarazo ectópico: factores de riesgo y características Clínicas. Experiencia de 10 años en un centro de tercer Nivel” donde concluye que las principales características clínicas en orden de frecuencia fueron: dolor abdominal, retraso menstrual y sangrado transvaginal, existiendo mucha similitud a lo encontrado en esta investigación.

Frente a los exámenes diagnósticos en esta investigación se encontró que la ecografía transvaginal fue la más utilizada como apoyo al diagnóstico en un 97,8%, concluyendo, así como en otros estudios el examen de elección en embarazo ectópico, esto se puede ver reflejado en las guías internacionales de Ginecología y obstetricia.

El método anticonceptivo que más se utilizó en orden de frecuencia en esta investigación fue que no usaban ningún método anticonceptivo (72,2%), seguido de uso de anticonceptivos orales (6,7%) y uso de DIU (2,2%), resultado similar a lo encontrado en Moreno, D (2014) donde indica que el no uso de anticonceptivos, tener endometriosis y antecedente de embarazo ectópico son factores de riesgo de embarazo ectópico.

Por otro lado , en cuanto a las complicaciones que trae el embarazo ectópico este estudio se halló que la gran pluralidad de pacientes tuvieron un embarazo ectópico complicado (92,2%) , siendo así que en su mayoría se encontró hemoperitoneo , además de que se pudo determinar que presentaron anemia (29,9%) , shock hipovolémico en (2%) y sin complicaciones (7,8%) , resultado similar a lo encontrado en Ccorisonco , F (73) este determino que las complicaciones encontradas en las gestantes con embarazo ectópico fueron: anemia 56.3%, choque hipovolémico 19.7%, síndrome febril 7.1% y sin complicaciones 16.9%.

Finalmente en cuanto al tratamiento quirúrgico más frecuente analizado en esta investigación fue el abordaje por laparotomía exploratoria más salpinguectomía en

un (91,1%), que se le realizo en la gran pluralidad de pacientes con embarazo ectópico complicado, así como también ninguna de las pacientes estudiadas se sometieron a una salpingostomia como opción quirúrgica , resultado similar a lo encontrado en Del ángel , J (74) donde determino en su investigación que el tratamiento más común fue el quirúrgico por vía laparotomía, una pequeña parte mediante el abordaje por laparoscopia, así como el tratamiento médico, se observó poca efectividad.

Conforme a diferentes estudios nacionales e internacionales discrepan sobre los factores de riesgo del embarazo ectópico, así como lo encontrado en este estudio, ya que la gran mayoría concuerdan con lo investigado, además de que es muy importante llegar a una buena anamnesis medico paciente, valorando los antecedentes ginecológicos y obstétricos para mejorar los índices que conlleva esta patología y así evitar la mortalidad materna que enfrenta nuestro país. Muy importante educar a nuestra población sobre la salud sexual y reproductiva mediante charlas, empezando por los centros de primer nivel de atención que es la primera puerta de entrada donde se dirigen estas pacientes.

CONCLUSIONES

1. Esta investigación concluye que los principales factores sociodemográficos más frecuentes para embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, es la edad materna < de 35 años en específico el rango de edad de 15-19 años (84.4%) como el más primordial, así como también el estado civil de Conviviente (56,7%) y el grado de Instrucción Superior (48,9%).
2. Mediante los factores de riesgo ya estudiados mundialmente sobre el embarazo ectópico, esta investigación identifico que los principales factores de riesgo ginecológicos y obstétricos más frecuentes para desarrollar embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen son: el aborto (35,6%), el embarazo ectópico previo (6,7%), la cirugía tubárica previa (5,6%), y la nuliparidad (41,1%). Donde la enfermedad pélvica inflamatoria y el habito de fumar no muestran significancia.
3. Existen diversas investigaciones donde discrepan sobre los factores de riesgo ginecológicos y obstétricos como son: el aborto, el antecedente de embarazo ectópico previo y la cirugía tubárica previa, donde algunas no las consideran como factores de riesgo, pero revisando la literatura, esta investigación identificó, así como en muchas investigaciones los factores de riesgos ginecológicos y obstétricos más comunes que tiene esta patología.
4. En cuanto a las características clínicas que conlleva esta patología, en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, se pudo determinar en orden de frecuencia que fueron: el dolor pélvico (98,9%), seguido del Sangrado vaginal anormal (91,1%) y la amenorrea (55,6%), sin embargo, debemos de

tener en cuenta que no todas las pacientes presentan los 3 síntomas principales juntos.

5. En esta investigación se identificó que la ecografía transvaginal fue la más utilizada como método de apoyo al diagnóstico en un 97,8%.
6. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos se encontró en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, en orden de frecuencia que la gran mayoría de pacientes no utilizaban ningún método anticonceptivo (72,2%), seguido del uso de anticonceptivos orales (6,7%) y el uso de DIU fue de (2,2%).
7. Encontramos en esta investigación la gran pluralidad de pacientes en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, tuvo un embarazo ectópico complicado en un 92,2%, ya que en su mayoría se encontró hemoperitoneo, líquido en cavidad, en los resultados post quirúrgicos. Además, que las pacientes presentaron anemia en un 29,9% y shock hipovolémico en un 2 %.
8. En cuanto al tratamiento quirúrgico más frecuente realizado en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, fue mediante el abordaje por Laparotomía exploratoria más salpingectomía en un (91,1%), mientras que el 8,9% tuvieron tratamiento expectante mediante monitorización y manejo médico con metrotexato. Observando que ninguna de las pacientes fue sometida a una salpingostomía como tratamiento quirúrgico.
9. Analizando los factores de riesgo y la clínica, podríamos llegar a un diagnóstico certero y oportuno, evitando así la mortalidad materna, además de que ser necesario de un diagnóstico precoz de un embarazo ectópico no complicado sería beneficioso para el paciente en cuanto a un menor costo y una recuperación más rápida con menos días de estancia hospitalaria.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a todo el personal médico, primordialmente a los médicos ginecólogos y obstetras, a ejecutar una creación de unidad y servicio de estudio sobre la validación de instrumentos para diagnóstico diferencial del embarazo ectópico con implementación actual en pacientes con hemorragia del primer trimestre de difícil diagnóstico.
2. También se sugiere, la evaluación clínica precoz, en las hemorragias del primer trimestre con ayudas laboratoriales y de imágenes para así evitar la morbilidad y mortalidad materna ya que es una dificultad de salud pública en nuestro país.
3. Se recomienda al personal médico sobre el buen manejo de la ecografía transvaginal para el diagnóstico de embarazo ectópico, ya que como hemos visto es de suma importancia y de mucha ayuda diagnóstica ya que nos ayudaría a actuar con decisión y determinación frente a este caso.
4. Se recomienda dirigir una buena anamnesis, una buena historia clínica como también el examen físico que es de suma importancia, viendo los antecedentes que tienen estas pacientes, para así evaluar los factores de riesgo que presenta esta patología y así evitar complicaciones futuras.
5. Se recomienda implementar programas enfocados en la salud sexual y reproductiva de toda la población, a partir de los centros de atención primaria, para reducir los factores de riesgo asociados a esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades del embarazo ectópico. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 20 de agosto de 2023]. Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>
2. Mesa de concertación para la lucha contra la Pobreza, PERÚ: Mortalidad Materna sigue en Aumento en el Contexto de Covid- 19. Un llamado a la Acción. [Internet]. [consultado 14 julio 2021].Disponible en :
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/mclcpalerta-sobre-muertes-maternas-abril-2021-vp4.pdf>
3. World Health Organization. Maternal and newborn health topics: Maternal mortality. Sitio web de Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/en/index.
4. Rasti S, Ali Asadi M, Taghriri A, Behrashi M, Mousavie G. Vaginal Candidiasis Complications on Pregnant Women. Jundishapur J Microbiol [internet]. 2014;7(2):1-2. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138689/>
5. Mercado M. y col. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013
6. MSc. Margarita Altunaga Palacio and col . Manejo del embarazo ectópico. La habana Cuba.

7. Gil F. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4): 66 – 74.
8. Martínez Rodríguez, N. A., Bravo Mosquera, D. E., Suárez Lescano, H. B., Cuadrado Suárez, E. A., & Velásquez López, G. F. (2023). Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. *Journal of American Health*, 6(1). <https://doi.org/10.37958/jah.v6i1.159>
9. Alur-Gupta S, Cooney L, Senapati S, Sammel M, Barnhart K. Metotrexato de dos dosis versus una dosis única para el tratamiento del embarazo ectópico: un metanálisis. *Rev Soy J Obstet Gynecol*. Agosto de 2019; 221 (2): 95-108.
10. Razulike NC, Konje JC. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Womens Health (Lond)*. 2013 Jul;9(4):373-85. doi: 10.2217/whe.13.35. PMID: 23826778.
11. Chavez A. “Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016”. Tesis 2018.
27. Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, et. . Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007 *Gynecol Obstet* 2011; 117: 837.
28. . Corpa JM. Ectopic pregnancy in animals and humans. *Reproduction*. 2006; 131:631–640.
29. Addi M, Artacho JC, Navarro JA. Embarazo ectópico. *Rev Elect Medynet*. [citado 2017 Febrero 10] Disponible en:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>.

30. López Verastegui A, Vargas Matamorros S, et. al. Embarazo ectópico. Revista Médica de nuestros hospitales. 2011 [citado 2016 diciembre 10]; 17(2): 84-88.

Disponible en:

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

31. Williams obstetricia. Cunningham and col Pag 238 . .ISBN 13: 978-0-07-149701-5

32. Kashanian M, Baradaran HR, Mousavi SS, Sheikhsari N, BararPour F. Risk factors in ectopic pregnancy and differences between adults and adolescents, is consanguinity important? J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol. octubre de 2016;36(7):935-9.

33. Carbajal L. Embarazo ectópico en el hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015, (Tesis) Arequipa, Universidad Católica de Santa María – Arequipa, 2016.

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

35. Sepilian V, Wood A, Casey F, Revlin M, “eMedicine,”

<http://emedicine.medscape.com/article/2041923-overview#showall>

36. MedlinePlus (febrero de 2008). «Embarazo ectópico». *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 6 de mayo de 2009.

37. Zapata Betsy, Ramírez Juan, Pimentel José, Cabrera Santiago, Campos Gerardo. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 Ene [citado 2020 Nov 19];61(1): 27-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000100005&lng=es.
38. Martínez A, Mascaró Y, et. al. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Perú Ginecol Obstet. [revista en internet]. 2013 Marzo [citado 2017 Enero 10]; 59: 177-186. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/32>
39. Marion LL, Meeks GR. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol. junio de 2012;55(2)
40. Corpa JM. Ectopic pregnancy in animals and humans. Reproduction. 2006; 131:631–640.
41. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Obstetricia Williams, 23^a. Edición, México, 2011.
42. Wikipedia.org. Embarazo Ectopico , [revista en internet] , Disponible en : https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_ect%C3%B3pico#Antecedentes_quir%C3%B3gicos.
43. Smith, Roger P.; Frank Netter (2004). *Netter Obstetricia, Ginecología y salud de la mujer*. España: [Elsevier](#). p. 247.

44. Marion LL, Meeks GR. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol. junio de 2012;55(2)
45. Solano Sánchez, Salvador Rafael; Patricia Maldonado Miranda y Eduardo Ibarrola Buen Abad (2005). «Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC». *MG An Med Asoc Med Hosp ABC* **50** (2): 58-61. Consultado el 6 de mayo de 2009.
46. Bejarano J. Antecedente de legrado intrauterino asociado a embarazo ectópico, (Tesis) Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego - Trujillo; 2016.
47. Moreno P. Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado hospital María Auxiliadora 2014, (Tesis) Lima, Universidad de San Martín de Porres - Lima; 2015.
48. Urrutia S MT, Poupin B L, Alarcón A P, Rodríguez C M, Stiven R L. Embarazo ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007;72(3):154-9.
49. Revista clínica HSID, "Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico", Costa Rica, 2018, disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
50. Sepilian, Vicken P.; Ellen Wood (agosto de 2007). «Ectopic pregnancy». *Obstetrics and Gynecology* (en inglés). eMedicine.com. Consultado el 6 de marzo de 2009.

51. Carbajal L. Embarazo ectópico en el hospital Goyeneche, Arequipa, 2011-2015, (Tesis) Arequipa, Universidad Católica de Santa María – Arequipa, 2016.
52. González-Merlo J. Obstetricia, 6ª. Edición, Masson, México, reimpresión 2013.
53. Velásquez MR, Álvarez CH. Embarazo heterotópico, revisión de la literatura. Rev Inv Clin. 1992; 44: 531-4.
54. Barnhart K, van Mello NM, Bourne T, Kirk E, Van Cluster B, Bottomley C.
55. Hendriks E, Rosenberg R, PrineL. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2020 May 15;101(10):599-606. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ. 2005 Oct 11;173(8):905-12. doi: 10.1503/cmaj.050222.
56. E. Kirk, C. Bottomley, and T. Bourne. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. Human reproduction Update, Vol. 20, No.2 pp. 250-261, 2014.
- Bhavsar A. Considerations for identifying ectopic pregnancy. Am Fam Physician. 2014 Dec 1;90(11):752-3. PMID: 25611707
57. ASALE R-. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
58. Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística [citado 19 nov 2020], Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.

59. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/edad>
60. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
61. Disponible: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf
62. Disponible en.:
<https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>
63. Disponible en: <https://dle.rae.es/dispositivo>
64. Disponible en : <http://www.unamamiquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega>
65. Disponible en : <https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/pelvic-pain/basics/definition/sym-20050898>
66. Disponible en :
https://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_uterina_disfuncional
67. Disponible en :
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/masa-anexial>
68. Mavrelós , D. Nicks , H. Jamil ,A. Hoo ,W. Jauniaux , E. Jurkovic , D.
Efficacy and safety of a clinical protocol for expectant management of selected women diagnosed with a tubal ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 2013; 42: 102-107.

69. Dart , R. Ramanujam ,P. Dart , L. Progesterone as a predictor of ectopic pregnancy when the ultrasound is indeterminate. *Am J Emerg Med* 2002; 20:575-579.
- 70) Van Den Eeden , S., Shan ,J. Bruce, C. Glasser , M . Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization. *Obstet Gynecol* 105 (5 Pt 1):1052–1057, 2015.
71. Connolly, A. Ryan ,D. Stuebe ,A. Honor, M . Reevaluation of discriminatory and threshold levels for serum β -hCG in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 121 (1):65–70, 2013.
72. Hermoza C. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna 2015 al 2020. [Tesis pregrado]. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre 2021.
73. Ccorisoncco, F. Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el hospital vitarte 2020 – 2021. [Tesis pregrado]. Perú. Universidad Nacional Federico Villareal 2022.
74. Del ángel, J. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas. Experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel”. [Tesis postgrado]. México. Universidad Autónoma de Nuevo León 2021.
75. Paz, W. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020. [Tesis postgrado]. Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador 2023.

76. Zurita, J. Factores relacionados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019-2020. [Tesis pregrado]. Perú. Universidad privada San Juan Bautista facultad de medicina humana 2023.
77. Ribera, A. Mora, A. García de la Oliva, A. Araujo, D. y Cueto, L. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente [Revista médica]. Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España 2016.
78. Rivera Christian, Pomés Cristián, Díaz Verónica, Espinoza Paula, Zamboni Milena. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev. chil. obstet. ginecol. 2020.

ANEXOS

Anexo N°1: Matriz de consistencia.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021?	Identificar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.	<p>Determinar los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen durante el año 2021.</p> <p>Identificar los antecedentes patológicos ginecológicos y obstétricos más frecuentes asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen durante el año 2021.</p>	<p>a) Factores sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Grado de Instrucción <p>b) Factores ginecológicos y obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Paridad •Número de parejas sexuales •Embarazo ectópico previo •Antecedente de Aborto •Antecedente de Enfermedad inflamatoria pélvica •Habito de fumar •Antecedente de Cirugía tubárica • Uso de métodos anticonceptivos •Características clínicas •Exámenes de laboratorio •Exámenes diagnósticos •Complicaciones 	Este estudio no cuenta con hipótesis general ni específicas.	<p>Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal con enfoque cuantitativo.</p> <p>Análisis estadístico descriptivo de las unidades de estudio en relación a las variables, según frecuencias y porcentajes.</p>	Mediante revisión de Historias clínicas, completadas con una ficha de recolección de datos previamente validada por 3 expertos, la cual se completó con información de pacientes intervenidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil el Carmen durante el año 2021.

Anexo N°2: Matriz de operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	NATURALEZA DE LA VARIABLE	TECNICA E INSTRUMENTO
Embarazo Ectopico	Es aquella en la que nidación se conlleva fuera de la cavidad endometrial.	Obteniendo datos de la Historia Clínica de Pacientes atendidas en el servivico de ginecologia y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen.	Con diagnostico de embarazo ectópico. Sin diagnostico de embarazo ectópico	Pacientes con diagnostico de Embarazo Ectopico	Mediante los datos clinicos tendremos: *Con diagnostico de embarazo ectópico *Sin diagnostico de embarazo ectópico	Nominal Dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Edad	El tiempo que una persona o ciertos animales vivieron desde su nacimiento	Consiguiendo datos de la Historia clínica de Pacientes atendidas en el servicio de ginecologia y obstetricia del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen.	<ul style="list-style-type: none"> • 15-19 años • 20-35 años • >35 años 	Años cronologicos	La variable de edad se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • 15-19 años • 20-35 años • >35 años 	Discreta	Cuantitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Estado civil	Comprende la situación jurídica particular de un individuo en relacion con la familia, pais o nacion a la que pertenece.	Esta variable se medira con los datos de la Historia Clínica asi tambien con recoleccion de datos .	Cuyas dimensiones son: Soltera, casada, conviviente y divorced	La condición del paciente según su patron civil	La varible del estado civil se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Nominal politomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.

					<ul style="list-style-type: none"> • Divorciada 			
Grado de instrucción	Es el nivel mas alto de educacion completa o incompleta independientemente de que sea complete o provisional.	Esta variable se medira partiendo desde el máximo nivel académico hasta el mas deficiente, mediante datos consignados en la Historia Clinica	Cuyas dimensiones son: Sin instrucción, Primaria, Secundaria y Superior	Maximo nivel alcanzado hasta el mas deficiente	La variable de grado de instrucción se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción • Primaria • Secundaria • Superior 	Ordinal	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Paridad	Se define como el numero de embarazos viables, clasificados por el número de nacidos vivos y mortinatos que duran mas de 20 Semanas.	Esta variable se medira mediante la evaluación de la formula obstétrica CLAP, que se muestra en la Historia Clinica	Cuyas dimensiones son: Nulipara, Primipara y Multipara	Precedente consignado en la Historia Clinica	La variable de paridad se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Nulipara • Primipara • Multipara 	Nominal Politomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Numero de parejas sexuales	Numero de parejas sexuales que ha tenido una persona.	Esta variable se medira mediante el registro de dicha información en la Historia clínica	Cuyas dimensiones son: 1 pareja, 2 parejas, 3 parejas a mas.	Dato Precedido en la Historia clínica	La variable numero de parejas sexuales se evaluara: <ul style="list-style-type: none"> • 1 pareja • 2 parejas • 3 parejas a mas 	Nominal politomica	Cuantitativa	Ficha de recoleccion de datos.
	Anterior embarazo ectópico previo , definido cuando la implantacion ocurre	Esta variable se medira mediante la revisión de dicha	Critica	Precedente consignado en la Historia Clinica	La variable de embarazo ectópico previo se expresara:	Nominal Dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.

Embarazo ectópico previo	fuera de la cavidad endometrial.	informacion en la Historia Clinica.			<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 			
Antecedente de Aborto	La interrupción del embarazo antes de que el feto sea factible 20-22 semanas de embarazos o el peso del feto es menor o igual a 500 gramos.	Esta variable se medira como precedente consignado en la Historia Clinica	Critica	Precedente consignado en la Historia Clinica	La variable de antecedete de aborto se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Si • NO 	Nominal dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Enfermedad pelvica inflamatoria	Proceso inflamatorio de etiología infecciosa con un perfil epidemiológico común que afecta al menos al utero y/o las trompas y deja secuelas muy similares a largo plazo.	Esta variable se medira en aquellas pacientes que han tenido como antecedente de Enfermedad pélvica inflamatoria, encontrado en la Historia Clinica	Critica	Precedente encontrado en la Historia Clinica	La variable de enfermedad inflamatoria pélvica se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Cirugia tubarica previa	Antecedente de haber tenido una cirugía en este caso tubarica que reside en la ligadura de Trompas de Falopio.	Esta variable se medira como antecedente encontrado en la Historia clínica	Critica	Precedente encontrado en la Historia Clinica	La variable de cirugía tubarica previa se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.

Habito de fumar	Inhalacion y exhalacion de vapores producidos por el tabaco.	Esta variable se medira como antecedente encontrado en la Historia clínica	Critica	Precedente encontrado en la Historia Clinica	La variable de habito de fumar se expresara: Si No	Nominal dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.
Uso de metodo anticonceptivos	Conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales.	Esta variable se medira mediante el registrado de dicha informacion en la historia clínica si es usuaria o no De los diversos anticonceptivos que existen en nuestro medio como: *Metodo del ritmo *Uso de anticonceptivos orales *Uso de DIU *No usa ningun metodo anticonceptivo	Critica	Informacion consignada en la historia clínica	La variable se expresara: <ul style="list-style-type: none"> • Si y No metodo del ritmo • Si y No uso de ACO • Si y No uso de DIU • Si y no usa ningun metodo anticonceptivo 	Nominal dicotomica	Cualitativa	Ficha de recoleccion de datos.

Anexo N° 3: Instrumento de investigación (Ficha de recolección de datos).

TEMA DE INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO

N° DE FICHA:

N° DE H.C:

FECHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: 15-19 años 20-35 años >35 años

Estado civil: Soltera
Casada
Conviviente
Divorciada

Grado de instrucción: Sin instrucción
Primaria
Secundaria
Superior

2. DATOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

Paridad: Nulípara
Primípara
Multípara

Número de parejas sexuales: 1 pareja
2 parejas
3 parejas a mas

3. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

Embarazo ectópico previo: SI NO

Antecedente de Aborto: SI NO

Antecedente de Enfermedad pélvica inflamatoria: SI NO

Cirugía tubárica previa: SI NO

Habito de fumar: SI NO

4. CARACTERISTICAS CLINICAS

Dolor pélvico: SI NO

Sangrado vaginal anormal: SI NO

Amenorrea: SI NO

Masa anexial palpable: SI NO

Nauseas: SI NO

Vómitos: SI NO

Presión arterial:

5. EXAMENES DE LABORATORIO

B-HCG positivo B-HCG negativo

B-HCG >1500 mUI/ml: SI NO

B-HCG <1500 mUI/ml: SI NO

Valor exacto de B-HCG:

Valor de hemoglobina:

6. EXAMENES DIAGNOSTICOS

Ecografía transvaginal: SI NO

Culdocentesis vaginal: SI NO

Laparoscopia abdominal: SI NO

7. USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Método del Ritmo: SI NO

Uso de métodos anticonceptivos: SI NO

Uso de dispositivo intrauterino: SI NO

No usa ningún método anticonceptivo: SI NO

8. COMPLICACIONES

Embarazo ectópico complicado:

Embarazo ectópico No complicado:

9. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Salpinguectomia: SI NO

Salpingostomia: SI NO

Anexo N°4 : Permiso de la Institucion .

PROVEIDO N° 2023-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI

A : Diana Estefany VILA BAUTISTA
DE : Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
ASUNTO : Autorización para Revisión de Historias Clínicas
FECHA : Huancayo, 24 de abril de 2023

Vista la nota de aprobación del Jefe de la Oficina de Estadística e Informática, Ing. José Valerio Aldana, quien da su visto bueno para que Diana Estefany VILA BAUTISTA, estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes quien solicito acceso a Historias Clínicas para desarrollar su trabajo de investigación "Factores de Riesgo Asociados a Embarazo Ectópico en Pacientes atendidas en un Hospital de Huancayo". Esta jefatura autoriza el ingreso de la estudiante en mención para obtención de información de las historias clínicas para ejecución de su proyecto de investigación.

HOSPITAL REGIONAL DIDACENTE
MATERNAL INFANTIL "EL CARMEN"

Lic. Adm. Germán Abel C. Caceres P. J.
25 de Abril del 2023

CACR/cacr

Cc. Archivo

Anexo N°5: Dictamen del comité de ética.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Habiéndose reunido en sesión ordinaria el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes el día 24 de abril de 2023 a horas 10:00 dirigido por el docente Dr. Santiago Angel Cortez Orellana, como presidente del comité, mediante reunión virtual y con el quorum correspondiente se procedió a revisar el Proyecto de Investigación titulado:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO" presentado por Bach.Vila Bautista Diana Estefany posterior a la revisión y análisis correspondiente se dictamina por unanimidad como **APROBADO**, por cumplir con lo establecido en la normativa vigente.

Huancayo, 24 de abril de 2023

MC. HENRY FRANCISCO AGUADO TAQUIRE
Secretaria del Comité de Ética

DR. SANTIAGO ANGEL CORTEZ ORELLANA
Presidente del Comité de Ética

Anexo N°6: Carta de Presentación.



Facultad de
Medicina Humana

Huancayo

"Año de la Unidad, Paz y el Desarrollo"

UPLA: ¡40 años formando profesionales exitosos!

Huancayo 12 de abril de 2023

CARTA DE PRESENTACION N° 037-D-FMH-UPLA/2023

Señor:

DR. HECTOR MILLAN CAMPOSANO
DIRECTOR DEL "HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN"

Ciudad.-

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la estudiante VILA BAUTISTA DIANA ESTEFANY, alumna de la FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES, identificada con C.M. N° H00930B quien desea realizar el Trabajo de Investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE HUANCAYO" en su Institución. Para quien solicito se le otorgue las facilidades del caso.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


DR. SEGUNDO RONALD CABALLERO TALERIO
Docente
UPLA Facultad de Medicina Humana



CC: Archivo

Anexo N°7: Procesamiento de datos con SPSS.

- P1: Edad
- P2: Estado Civil
- P3: Grado de Instrucción
- P4: Paridad
- P5: Número de parejas sexuales
- P6: Embarazo ectópico previo
- P7: Antecedente de aborto
- P8: Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria
- P9: Cirugía Tubárica previa
- P10: Habito de Fumar
- P11: Dolor pélvico
- P12: Sangrado vaginal anormal
- P13: Amenorrea
- P14: Masa anexial palpable
- P15: Nauseas
- P16: Vómitos
- P17: Presión arterial
- P18: B-hcg cualitativo
- P19: B-hcg cuantitativo > 1500 mU/mL
- P20: B-hcg cuantitativo < 1500 mU/mLñ
- P21: Valor de hemoglobina
- P22: Ecografía transvaginal

- P23: Culdocentesis vaginal
- P24: Laparoscopia abdominal
- P25: Método del ritmo
- P26: Uso de anticonceptivos orales
- P27: Uso de dispositivo intrauterino
- P28: No usa ningún método anticonceptivo
- P29: Embarazo Ectópico Complicado
- P30: Embarazo Ectópico No Complicado
- P31: Salpinguectomía y Salpingostomía

Nº	SOCIODEMOGRFICO			DATOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS		ANTECEDENTES GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS				CARACTERISTICAS CLINICAS							EXAMENES DE LABORATORIO				EXAMENES DIAGNOSTICOS			USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS				COMPLECCIONES		TRATAMIENTO QUIRURGICO	SUMA TOTAL	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30		P31
1	2	3	4	3	3	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	59
2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	56
3	1	3	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	55
4	1	1	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	54
5	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	58
6	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	58
7	1	2	4	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	59
8	2	3	4	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	62
9	1	3	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	63
10	1	1	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	61
11	1	3	4	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	66
12	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	64
13	1	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	68
14	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	69
15	1	1	4	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	69
16	1	1	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	66
17	1	3	4	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	73
18	1	3	4	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	70
19	1	3	4	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	75

20	1	3	4	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	75	
21	1	2	3	3	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	73
22	1	3	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	76	
23	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	77	
24	1	3	4	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	77	
25	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	80	
26	1	2	3	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	77	
27	1	3	3	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	78	
28	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	77	
29	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	82	
30	1	3	4	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2		1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	85	
31	2	3	3	2	2		1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	84	
32	1	3	1	3	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2		3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	87	
33	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1		2	2	1	2	2	1	2	1	2	85
34	1	3	3	3	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2		1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	89	
35	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	88
36	2																														38	
37	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	94	
38	1	3	3	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	91	
39	1	1	3	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2		2	1	2	87	
40	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	92	
41	1	3	4	2	2		1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	95	
42	1	3	4	2	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	96	
43	2	1	3	3	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	97
44	2	3	4	3	3	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	101	
45	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	98	
46	2																														48	
47	2	3	3	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	100	
48	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	101	

49	1	3	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	103
50	2	3	4	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	108
51	1	3	4	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	103
52	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	104	
53	1	3	4	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	106	
54	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	107	
55	1	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	110	
56	2	3	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	112	
57	2	4	3	3	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	112	
58	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	113	
59	2																														61	
60	1	1	4	1	3	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	4	1	2	2	2	2	1	2	1	2	115	
61	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	112	
62	1	2	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	112	
63	2																														65	
64	1	3	4	1	3	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	118	
65	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	114	
66	2																														68	
67	2	1	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	120	
68	1	3	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	4	1	2	2	2	2	1	2	1	2	123	
69	1	3	4	1	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	123	
70	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	124	
71	1	2	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	124	
72	2																														74	
73	1	1	3	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	122	
74	2																														76	
75	1	3	4	1	3	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	128	
76	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	126	
77	1	2	3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	129		

78	1	1	4	2	3	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	134
79	1	1	4	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	129	
80	1	1	4	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	133	
81	1	3	4	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	135	
82	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	136	
83	1	3	4	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	138	
84	1	3	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	137	
85	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	139	
86	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	140	
87	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	141	
88	2	3	3	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2		3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	143	
89	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	144	
90	1	1	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	142	
91	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	146		
92	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	144	
93	1	1	4	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	144	
94	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	4	1	2	2	2	2	1	2	1	2	150	
95	1	1	4	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	150		
96	1	3	3	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	147	
97	1	1	4	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	146	
891.01																																
5679																																

Anexo N°8: Fotos sobre la aplicación del instrumento de evaluación.



Foto 1 y 2 : Revisión de expedientes a estudiar.



Foto 3: Verificando y completando la ficha de recolección de datos.