

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS:

- Título : **“CARACTERIZACIÓN
EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL
HOSPITAL FELIX MAYORCA
SOTO, TARMA, 2017 – 2022”**
- Para optar : El Título Profesional de Médico Cirujano
- Autor : Bach. Ospina Meza Richard Fredi
- Asesor : Mg. Victor Martin Gonzalez Palomino
- Línea de Investigación
Institucional : Salud y Gestión de la Salud
- Fecha de inicio y culminación
de la investigación : Enero 2023 – Noviembre 2023

Huancayo - Perú

Febrero, 2024

DEDICATORIA

“A mi abuelita Estela, que se encuentra en el cielo, a mi abuelo y padres por acompañarme durante esta etapa de mi vida y brindarme su apoyo incondicional para poder alcanzar mis sueños.”

Richard

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana los Andes, a la Facultad de Medicina Humana y maestros por impartir sus conocimientos en mi formación profesional.

Al Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma por darme las facilidades para la aplicación de esta investigación.

A mi asesor, por guiarme en la presente investigación.

CONSTANCIA DE TURNITIN



NUEVOS TIEMPOS
NUEVOS DESAFÍOS
NUEVOS COMPROMISOS

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0014-FMH -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis** Titulada:

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 – 2022

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. OSPINA MEZA RICHARD FREDI**

Facultad : **MEDICINA HUMANA**

Asesor(a) : **MG. VICTOR MARTIN GONZALEZ PALOMINO**

Fue analizado con fecha **23/02/2024** con **123** pág.; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

X
X

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 Versión 2.0. 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, 23 de febrero de 2024



DR. HILARIO ROMERO GIRON
JEFE (e)

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2020, mencionó que la muerte materna sigue siendo un problema de salud pública. Así mismo la organización panamericana de la salud (OPS) establece como causa directa de mortalidad materna, a los cuadros de hipertensión en el embarazo, seguido de hemorragia obstétrica. (1, 2)

Según el Ministerio de Salud del Perú, en el 2023 se observó como causas de mortalidad materna; en primer lugar, a los episodios de hemorragia obstétrica con un 24.7%., destacándose el embarazo ectópico como la principal causa de muerte en el primer trimestre, con una tasa de mortalidad de 9 al 14%. (3,4,5). Así mismo, el Ministerio de Salud menciona una incidencia de 20 por cada 1000 gestaciones. (6)

El embarazo ectópico es la anidación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, si progresa la gestación, se puede romper, condicionando la aparición de un cuadro de hemorragia, que si no se controla lleva a un cuadro de shock hipovolémico. (7,9)

Diversos estudios han identificado la presencia de múltiples características presentes en los casos de embarazo ectópico, como la presencia de características sociodemográficas, ginecoobstétricas y antecedentes quirúrgicos que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar esta patología. (8, 9)

Esta patología se caracteriza por presentar una triada clásica conformada por; dolor abdominal bajo, amenorrea y sangrado vaginal irregular, otras presentaciones clínicas son; el dolor a la movilización de cérvix, masa anexial dolorosa y compromiso hemodinámico como; vértigo, síncope o irritación peritoneal. (8, 9, 10)

Por ello el presente estudio busca en reconocer las características epidemiológicas y las características clínicas propias de la población estudiada, de esta manera uno puede reconocer de manera oportuna las características influyentes en el desarrollo de esta

patología y así permitir un adecuado manejo, mejorando la supervivencia de las pacientes, así como la conservación de su salud sexual y reproductiva. (9)

Por otra parte, se busca brindar información a la población sobre las características epidemiológicas y la presentación clínica, mediante campañas de promoción de la salud con la finalidad de realizar un adecuado control de dichas características, para mejora de su salud sexual y reproductiva, así mismo reconocer la presentación clínica.

Ante esta problemática, esta investigación busca conocer las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, durante el período de enero del 2017 hasta diciembre del 2022. De esta manera el profesional médico se encargará de buscar estrategias para realizar un diagnóstico integral, además un control preventivo en las pacientes con deseos de gestación que presentan estas características.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONSTANCIA DE TURNITIN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CONTENIDO	7
CONTENIDO DE TABLAS.....	10
CONTENIDO DE FIGURAS.....	12
RESUMEN.....	14
ABSTRACT.....	15
CAPÍTULO I.....	16
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1.Descripción de la realidad problemática	196
1.2. Delimitación del Problema.....	18
1.2.1. Especial.....	19
1.2.2. Temporal	19
1.2.3. Teórica	20
1.3. Formulación del Problema.....	20
1.3.1. Problema general	20
1.3.2. Problemas específicos.....	20
1.4. Justificación.....	21
1.4.1. Social	21
1.4.2. Teórica	22
1.4.3. Metodológica	24
1.5. Objetivos.....	24
1.5.1. Objetivo general	24

1.5.2. Objetivos específicos.....	25
CAPÍTULO II.....	26
MARCO TEÓRICO	26
2.1. Antecedentes.....	26
2.2. Bases Teóricas o Científicas.....	31
2.3. Marco Conceptual.....	60
CAPÍTULO III	63
HIPÓTESIS	63
3.1. Hipótesis general	63
3.2. Hipótesis específicas.....	63
3.3. Variables.....	63
CAPÍTULO IV	64
METODOLOGÍA.....	64
4.1. Método de investigación.....	64
4.2. Tipo de investigación	64
4.3. Nivel de investigación	64
4.4. Diseño de la investigación.....	65
4.5. Población y muestra	65
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
4.6.1. Técnica.....	66
4.6.2. Instrumento de recolección de datos.....	66
4.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos	67
4.8. Aspectos éticos de la Investigación	67
CAPÍTULO V	68
RESULTADOS	68
5.1. Descripción de resultados.....	68
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	86

CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS.....	107
Anexo 1. Matriz de consistencia	107
Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables.....	108
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos	111
Anexo 4. Base de Datos.....	115
Anexo 5. Carta de presentación de la Universidad.....	117
Anexo 6. Carta de aceptación del Hospital.....	118
Anexo 7. Resolución de cambio de título	119
Anexo 8. Validación de instrumento	120
Anexo 9. Evidencia de recolección de datos	123

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Edad en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	68
Tabla 2. Estado civil en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	69
Tabla 3. Grado de Instrucción en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	70
Tabla 4. Edad gestacional en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	71
Tabla 5. Edad de inicio de relaciones sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	72
Tabla 6. Número de Partos previos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	73
Tabla 7. Número de Parejas sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	74
Tabla 8. Embarazo Ectópico previo en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	75
Tabla 9. Antecedente de aborto previo en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	76
Tabla 10. Hábito Tabáquico en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	77

Tabla 11. Antecedente de Enfermedad Pélvica inflamatoria en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	78
Tabla 12. Uso de técnica de reproducción asistida en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	80
Tabla 13. Uso de Métodos anticonceptivos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	81
Tabla 14. Antecedentes quirúrgicos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	82
Tabla 15. Características clínicas en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	84

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Edad en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	69
Figura 2. Estado civil en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	70
Figura 3. Grado de Instrucción en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	71
Figura 4. Edad gestacional en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	72
Figura 5. Edad de inicio de relaciones sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	73
Figura 6. Número de Partos previos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	74
Figura 7. Número de Parejas sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	75
Figura 8. Embarazo Ectópico previo en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	76
Figura 9. Antecedente de aborto previo en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	77
Figura 10. Hábito Tabáquico en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	78

Figura 11. Antecedente de Enfermedad Pélvica inflamatoria en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	79
Figura 12. Uso de técnica de reproducción asistida en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	80
Figura 13. Uso de Métodos anticonceptivos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	81
Figura 14. Antecedentes quirúrgicos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	83
Figura 15. Características clínicas en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.	84

RESUMEN

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.

Material y Métodos: Se realizó, una investigación retrospectiva, observacional, transversal, descriptiva y no experimental. La población que se estudió estuvo conformada por 65 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En la recolección de datos se aplicó la técnica documental, y los datos se procesaron en el programa Microsoft Excel. **Resultados:** se estudió 65 pacientes, de las cuales se observó que la edad más frecuente fue la adulta entre 20 a 34 años, estado civil conviviente (55.4%), grado de instrucción secundaria (52.3%), edad gestacional entre 6 a 10 semanas (61.5%), la edad de inicio de relaciones sexuales fue mayor o igual a 18 años en un (60%), un (36.9%) son primípara, dos o más parejas sexuales en un (53.8%), embarazo ectópico previo en un (7.7 %), aborto previo en (16.9 %), un (100%) no presentaron hábito tabáquico, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en un (7.7%), uso de técnica de reproducción asistida en un (1.5%), un (24.6 %) utilizo método anticonceptivo, uso de Dispositivo Intrauterino un (4.6 %), antecedente de cesárea previa (16.9%), antecedente de legrado uterino y/o aspiración manual endouterina (15.4%) y como características clínicas dolor abdominal bajo (96.9%), sangrado vaginal irregular (76.9%). **Conclusiones:** En las pacientes del Hospital Félix Mayorca Soto, las características sociodemográficas son; edad entre 20 a 34 años, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria, como características ginecoobstetrico son; inicio de relación sexual mayor o igual a 18 años, presentaron dos o más parejas sexuales y como antecedente quirúrgico son; cesárea previa, como característica clínica son; dolor abdominal bajo. **Palabras clave:** Embarazo ectópico; Epidemiología; Embarazo. (Fuente: DeCS-BIREME).

Abstract

Objective: To describe the epidemiological and clinical characteristics of ectopic pregnancy in patients treated at the Félix Mayorca Soto Hospital in Tarma, in the period 2017 - 2022.

Material and Methods: A retrospective, observational, cross-sectional, descriptive and non-experimental research was carried out. The study population was made up of 65 patients with a diagnosis of ectopic pregnancy, who met the inclusion and exclusion criteria. The documentary technique was applied in data collection, and the data were processed in the Microsoft Excel program. **Results:** 65 patients were studied, of which it was observed that the most frequent age was adult between 20 to 34 years, marital status cohabiting (55.4%), level of secondary education (52.3%), gestational age between 6 to 10 weeks (61.5. %), the age of initiation of sexual relations was greater than or equal to 18 years in one (60%), one (36.9%) are primiparous, two or more sexual partners in one (53.8%), previous ectopic pregnancy in one (7.7%), previous abortion in (16.9%), one (100%) did not have a smoking habit, history of pelvic inflammatory disease in one (7.7%), use of assisted reproduction technique in one (1.5%), one (24.6 %) use contraceptive method, use of Intrauterine Device one (4.6%), history of previous cesarean section (16.9%), history of uterine curettage and/or manual uterine aspiration (15.4%) and as clinical characteristics lower abdominal pain (96.9%) , irregular vaginal bleeding (76.9%). **Conclusions:** In the patients of the Félix Mayorca Soto Hospital, the sociodemographic characteristics are; age between 20 to 34 years, marital status, level of secondary education, gynecological and obstetric characteristics are; initiation of sexual relationship greater than or equal to 18 years of age, had two or more sexual partners and a surgical history: previous cesarean section, as clinical characteristics are; lower abdominal pain. **Keywords:** Ectopic pregnancy; Epidemiology; Pregnancy; symptoms. (Source: DeCS-BIREME).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la organización mundial de la salud (OMS) en el 2020, mencionan que 287 000 mujeres fallecieron durante o después del embarazo o en el parto, el 75 % de las muertes son a causa de hemorragias, infecciones, hipertensión en el embarazo, generando una complicación en el parto. Según la organización panamericana de la salud (OPS) en el 2020 reportó que un aproximado de 8400 mujeres fallecieron a causas relacionadas al embarazo y al parto, en todo América latina y el Caribe, teniendo como causas directas la hipertensión en el embarazo seguido de cuadros de hemorragia. (1,2)

En el Perú según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud (2023), las causas de defunción como causa directa son hemorragia obstétrica en un 24.7% y en un 18.5% los trastornos hipertensivos. Los cuadros de hemorragia más frecuentes son; hemorragia en el alumbramiento, atonía uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto y placenta previa. De estos el embarazo ectópico es la principal causa de mortalidad materna que se presenta en el primer trimestre, con una tasa de 9 al 14%. (3,4,5)

La guía de práctica clínica del Ministerio de salud del Perú en el 2021, menciona que la incidencia es de 20 por cada 1000 gestaciones, esto está en aumento por los casos de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). (6)

El embarazo ectópico es la anidación y el desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, la presentación de esta patología se enfoca al compromiso hemodinámico, si presenta un cuadro de hemorragia producto de la rotura de la trompa uterina, es complicado y la no presencia de este cuadro nos muestra un cuadro no complicado, la pérdida de sangre producto de la rotura uterina, condicionaría como complicación un shock hipovolémico. (7, 9)

El embarazo ectópico presenta una incidencia que se representa en 1 a 2% de todos los embarazos, siendo diagnosticada más frecuente entre la semana 6 a 10 de edad gestacional y teniendo como localización más frecuente las trompas uterinas en un 95 % y de esta la región ampular como la más frecuente. Presenta una etiología multifactorial, pero en un 50 % de casos no se presentan factores condicionantes para su desarrollo, por otro lado los mecanismos implicados para el desarrollo de una implantación anormal del óvulo fecundado se agrupan en cuadros de distorsión anatómica y funcional a nivel de las trompas uterinas. (8,9,10,)

Entre las múltiples características relacionadas al embarazo ectópico, donde se destacan; antecedente de cirugía tubárica, técnicas de esterilización, antecedente de embarazo ectópico previo, uso de dispositivo intrauterino, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad mayor a 2 años, edad materna avanzada, tabaquismo, uso de progestágenos orales, endometriosis etc. (8, 9)

A medida que el embarazo ectópico progresa, se desarrollaran múltiples síntomas, entre los que se destaca la triada clásica que es; dolor abdominal bajo, amenorrea y sangrado vaginal irregular, otras características clínicas que se destacan son; tumoración anexial

dolorosa, dolor a la movilización de cérvix, signos de hipovolemia como vértigo o síncope y/o signos de irritación peritoneal, como es el dolor de hombro que aumenta con inspiración, producto de la irritación diafragmática por presencia de sangre, así mismo se menciona que el dolor abdominal bajo puede o no estar presente, además se agrega síntomas de embarazo como hipersensibilidad mamaria, náuseas y polaquiuria. En un embarazo ectópico pequeño y sin rotura no se manifiestan datos clínicos, pero se insta mayor observación en mujeres en edad fértil. (8, 9, 10)

El diagnóstico de embarazo ectópico es un reto ya que no hay una clínica patognomónica y mucho de los síntomas se muestran en otros tipos de patologías, es por ello que los métodos diagnósticos más utilizados para poder confirmar la sospecha de un embarazo ectópico son exámenes auxiliares como el ultrasonido, como la ecografía transvaginal, observándose, una masa anexial no relacionada a ovarios, liquido libre en cavidad, no presencia de gestación intrauterina. Una fecha de última regla no confiable puede provocar una confusión entre un embarazo intrauterino y ectópico, por eso es importante uso de la ecografía. Esta se complementa con estudios de laboratorio. El estudio laboratorial busca la medición seriada de niveles séricos de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (BhCG), con ello se busca asociar para poder reconocer el comportamiento de la gestación, además el método ideal para el diagnóstico de embarazo ectópico sigue siendo la laparoscopia diagnóstica. (9, 11)

El comportamiento de la BhCG, en un embarazo normal se da la duplicación cada 2 días, y su correlación con un embarazo intrauterino es ubicado por una ecografía transvaginal, cuando el BhCG se ubican en niveles de 1500 a 2500 mUI/mL (8).

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente debe ser hospitalizado para su tratamiento, que puede ser un manejo expectante, manejo médico y/o manejo quirúrgico. (11)

Un diagnóstico oportuno es de vital importancia para su intervención y evitar la complicación que repercute en un compromiso hemodinámico comprometiendo la vida de la paciente. Es importante destacar que el poco conocimiento de la población sobre esta patología en relación a sus características, por otro lado un descuido en el cuidado de su salud sexual y reproductiva conllevan al incremento de casos, es por tal que representa un gran reto para el personal médico, en buscar un enfoque adecuado de esta patología, para su posterior intervención, con la finalidad de buscar la mejora del paciente y así preservar su salud reproductiva y no llegue a la muerte, ya que el embarazo ectópico sigue siendo la principal causa de muerte ligada al embarazo en el primer trimestre (6, 9). Agregándose la ausencia de información y estudios a nivel de esta provincia, en relación a esta patología.

En tal sentido, a lo expuesto la presente investigación tiene el propósito de describir las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma, 2017 – 2022, con el fin de aportar datos relacionados a sus características condicionantes y así tener un control en su desarrollo y posterior a ello un diagnóstico precoz y un manejo oportuno.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Espacial

La investigación se realizó en el Hospital Félix Mayorca Soto, que se encuentra ubicado en la avenida Pacheco N° 362, en la ciudad de Tarma, provincia de Tarma, departamento de Junín a unos 3053 m.s.n.m.

1.2.2. Temporal

La recopilación de información, se realizó durante el mes de setiembre del 2023, a partir de las historias clínicas correspondientes al periodo; desde enero del 2017 hasta diciembre del 2022.

1.2.3 Teórica

El presente estudio se encargó en reconocer las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto. Para alcanzar dichos datos, se emplearon modelos teóricos que marcaron el contenido conceptual.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022?
- ¿Cuáles son las características ginecoobstétricas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022?
- ¿Cuáles son los antecedentes quirúrgicos de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022?
- ¿Cuáles son las características clínicas más frecuentes de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

El embarazo ectópico es una patología ginecológica – obstétrica, que pertenece al grupo de enfermedades hemorrágicas de la primera mitad del embarazo, que desencadena un abdomen agudo quirúrgico, esta patología presenta un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de dolor abdominal bajo, amenorrea y sangrado vaginal irregular. Siendo variable la presentación clínica, según como progresa el embarazo hasta que se produzca la rotura, comprometiéndose el estado hemodinámico de la paciente.

Los casos de embarazo ectópico se observan en diversos estudios que se realizaron en nuestro país, en diferentes nosocomios, que buscan conocer las diferentes características que condicionan la aparición del embarazo ectópico, entre los múltiples estudios se destaca los estudios realizados en la región Junín, como lo reportado en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de la ciudad de Huancayo durante el año 2017, en donde se observó una prevalencia de 3.2%. El embarazo ectópico es una de las principales emergencias gineco-obstétricas y cuadro de abdomen agudo quirúrgico, donde hay necesidad de intervenir de forma oportuna ya que puede llevar un impacto negativo con la vida y salud reproductiva de la mujer y generar cambios en el entorno laboral y familiar de la paciente, creando perjuicio en la actividad económica y productiva en favor de su familia y la sociedad, es por tal que nos vemos en la necesidad de conocer como es la presentación de esta enfermedad en los diferentes sectores de nuestro país.

Así mismo el presente estudio brinda y contribuye con la educación de la población, sobre temas importantes en salud, como son los cuadros de infecciones de transmisión sexual, que condicionaría un posterior desarrollo de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que es el primer condicionante para el desarrollo de un embarazo ectópico, por otro lado, informar la importancia de tener una adecuada educación sexual y reproductiva, evitando un inicio temprano de relaciones sexuales, evitar la promiscuidad y hacer un adecuado uso de los métodos anticonceptivos, y así poder

garantizar una planificación óptima en el desarrollo de su gestación. Además, es importante mencionar que el desarrollo de un episodio de embarazo ectópico es condicionante para la aparición de otro episodio. El manejo es casi siempre quirúrgico y en mucho de los casos terminan en cuadros de infertilidad.

Es por tal que la presente investigación tiene justificación social, ya que, mediante los resultados obtenidos, las instituciones de salud pertenecientes a esta provincia pueden considerar estos datos para brindar información a la población sobre las diferentes características del embarazo ectópico, que en cierta medida predisponen a su aparición y que en algunos casos puede complicarse y llevar a la muerte. Así mismo el conocer las características clínicas de embarazo ectópico, que servirá al personal de salud para su identificación oportuna y posterior atención, logrando el bienestar del paciente y conservando su salud reproductiva.

1.4.2. Teórica

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, con una incidencia de 1 a 2 % de todos los embarazos producidos, se destaca que la incidencia se debe a un aumento en las características condicionantes, ya que estos son causa que influyen en el desarrollo de esta enfermedad, presenta una etiología multifactorial, entre las características que predisponen, se destaca la presencia de los siguientes antecedentes como; enfermedad pélvica inflamatoria, antecedente de embarazo ectópico, antecedente de cirugía tubárica, uso de dispositivo intrauterino entre otros. Tiene dos formas clínicas de presentación; embarazo ectópico complicado también conocido como roto en donde se presenta una alteración en el estado hemodinámico, mientras que la otra presentación es un embarazo ectópico no complicado, donde el embarazo permanece íntegro y no se rompió. Un cuadro

complicado puede llegar a un estado de shock que puede comprometer la vida del paciente. La presentación clínica habitual se desarrolla en base a una triada caracterizada por el dolor abdominal bajo, amenorrea y sangrado vaginal irregular. Sin embargo, la presentación varía según el progreso de la enfermedad y que la existencia de diagnósticos diferenciales obstétricos como es con el aborto o enfermedad trofoblástica gestacional, llevan a que su diagnóstico es un reto. Es por ello con el avance de la tecnología se busca emplear métodos de apoyo al diagnóstico como son los exámenes auxiliares más importante como es el uso de ecografía transvaginal y el dosaje sérico de la hormona gonadotropina coriónica humana, que buscan un diagnóstico oportuno, y conseguir un manejo oportuno, entre los que se destaca el manejo expectante, médico y quirúrgico.

La información obtenida en el presente estudio permite una actualización del contenido teórico y/o científico respecto al embarazo ectópico, aportando a las diferentes guías hospitalarias en especial en el Hospital Félix Mayorca Soto, de esta manera se busca afinar una detección temprana y manejo oportuno del embarazo ectópico, y así evitar que se complique y llegue a un procedimiento quirúrgico de emergencia, siendo la cirugía invasiva que es la más optada en estos casos. Además, la presente investigación adquiere justificación teórica ya que a nivel de esta provincia no existe un estudio como antecedente. Además de esta manera proporcionar información al personal sanitario y actualizar los conocimientos preexistentes sobre las características sociodemográficas y características clínicas de embarazo ectópico, es por tal que el presente estudio adquiere la presente justificación.

1.4.3. Metodológica

El presente estudio se realizó en la ciudad de Tarma, tomando como población de estudio a 65 pacientes, todas con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo de enero 2017 hasta diciembre del 2022.

Para la ejecución se empleó fichas de recolección de datos que consta con diferentes ítems con múltiples alternativas y de esta manera alcanzar los objetivos formulados en la presente investigación, recopilando la información relacionada a las características sociodemográficas y características clínicas, para luego ser procesado los datos en el programa Excel.

Con ello se busca brindar información respecto a embarazo ectópico, dirigido a los diferentes profesionales de la salud y así poder guiar su diagnóstico oportuno y posterior intervención oportuna con la finalidad de garantizar y preservar la fertilidad de dicha paciente.

Además, cabe mencionar que el estudio realizado en la presente ciudad mediante la presente metodología, servirá como base para futuras investigaciones relacionadas al embarazo ectópico, en relación al diagnóstico, al manejo, a complicaciones, entre otros.

1.5.Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Describir las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.
- Identificar las características ginecoobstetricos de embarazo ectópico en pacientes

atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.

- Identificar los antecedentes quirúrgicos de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.
- Identificar las características clínicas más frecuentes de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Paz W. (2023), llevó a cabo su estudio en Ecuador donde concluyó; que las pacientes con embarazo ectópico se encontraron entre la edad de 25 a 29 años, con grado de estudios secundario con un 54.8%, en relación a la paridad un 29.8% son primíparas y con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria un 20.9% de los casos. (6)

Kedisobua E. (2023), llevó a cabo su estudio en Angola donde concluyeron que; los síntomas que prevalecen son; dolor abdominal bajo en un 70 % y amenorrea en un 60 % y se destaca que la edad promedio para su presentación fue de 28.4 años. (12)

Figueredo L. et al. (2021), llevó a cabo su estudio en Cuba, donde mostraron que el embarazo ectópico fue frecuente entre las edades de 20 a 29 años (55.4%). Por otro lado, la enfermedad pélvica inflamatoria se dio en un 53.6%, en relación a los antecedentes de abortos con un 17.8 %. Mientras que las manifestaciones clínicas el principal síntoma fue el dolor en bajo vientre en un 57.14 %, y amenorrea y sangrado vaginal en un 35.7 % y 14.3 % respectivamente, tumoración anexial en un 7.1 % y los vómitos en un 3.6 %. (13)

Anyanwu M. et al. (2021), llevaron a cabo su estudio en Gambia donde concluyeron que las edades de presentación se dieron entre los 26 a 35 años con un

56%, así mismo destacaron a la baja paridad como las primíparas en un (32%). La presentación clínica más frecuente fue el dolor abdominal con un 65.1 %. (14)

Del Ángel J. (2021), realizó su estudio en México, donde concluyó que la terapia de reproducción asistida obtuvo un porcentaje de 1%. Mientras que las características clínicas son el dolor abdominal con un 92.6%, retraso menstrual y sangrado vaginal con un 88.3 % y 64.6 % respectivamente. (15)

2.1.3. Nacionales

Mescua E. (2023), llevó a cabo su estudio en la ciudad de Lima, donde concluyó que en el embarazo ectópico se presentó en un rango de edad de 20 a 35 años en un 66% y grado de instrucción secundaria en un 91.5 %. En relación a los antecedentes quirúrgicos un 41 % presentó como antecedente legrado uterino, un 29% antecedente una cesárea. Además, un 15% presentó embarazo ectópico previo, un 9 % padecieron de enfermedad pélvica inflamatoria y un 91% tuvieron mayor o igual a dos compañeros sexuales. Así mismo la edad gestacional se encontró entre las 5 a 8 semanas representando un 74 %. Respecto al uso de métodos anticonceptivos un 18% usaron anticonceptivos orales y un 2 % de los casos el dispositivo intrauterino. (16)

Huerta L. et al. (2022), llevaron a cabo su investigación en la ciudad de Huaraz donde concluyeron; que el 59.1 % fueron analfabetas o grado de educación primaria, un 72.7 % de estado civil de unión familiar, la edad de presentación se dio en ≤ 19 años y ≥ 35 años representando un 72.7 %. Mientras que un embarazo ectópico previo en un 33.3 %, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en un 51.5 %, uso de dispositivo intrauterino en un 48.5 %, uso de anticonceptivos orales se presentó en un 68.2% y el antecedente de aborto en un 43.9%. (17)

Hermoza C. (2021), realizó su estudio en la ciudad de Tacna, donde concluyó; que los casos de embarazo ectópico se observaron entre las edades de 20 a 29 años en un valor de 47.5%, grado de instrucción secundaria en un 63 %, estado civil casada con un 36.5 %. En relación a la paridad, mayor frecuencia en nulíparas con un 43.1%, según el antecedente de aborto se observó pacientes sin antecedente de aborto con un 58 %, antecedente de embarazo ectópico en un 90.1%, en antecedente de cesárea un 83.4%, un 85.6 % no refirió uso de dispositivo intrauterino, un 84 % no presentaron enfermedad pélvica inflamatoria. Por otro lado, el inicio de relaciones sexuales se dio en edades de 15 a 20 años con un 75.1%, el consumo de tabaquismo un 94.5 % no tuvieron este antecedente, la edad gestacional fue de 4 a 8 semanas con un 75%. Las características clínicas; un 49.7 % de las pacientes presentaron metrorragia y dolor pélvico y un 44 % presento metrorragia, dolor pélvico y masa anexial. (18)

Huaman K. (2021), llevó a cabo su estudio en el departamento de Cusco, donde concluyó que el embarazo ectópico es más frecuente en edades de 20 a 35 años de edad en un 82 %, de estado civil de conviviente en un 51% y con grado de instrucción de secundaria en un 56 %. En relación a los antecedentes gineco obstétricos, se presentó más en aquellos que usaron anticonceptivos con un 47%, el método hormonal es un 38%, un 27 % tienen antecedente de aborto previo y un 25 % antecedente de embarazo ectópico previo. Respecto al inicio de relación sexual un 90 % de los casos de embarazo ectópico iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, en relación a la paridad fueron las nulíparas en un 47 %. En los antecedentes quirúrgicos se encontró curetaje endocervical y apendicetomía en un 42 % y 40 % respectivamente. La edad gestacional, donde se presentaron más casos fue a las 8 semanas en un 40%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron; dolor abdominal (100%), sangrado genital (88%), dolor en fosa iliaca (91%). (19)

Contreras L. et al. (2021), realizaron su estudio en la provincia de Lambayeque, donde concluyeron; la edad de presentación fue entre los 20 a 26 años con un 46.67 %, el estado civil se encontró, de estado conviviente en un 53.33 %, un 66.67 % de grado de instrucción secundaria. La edad de inicio de relaciones sexuales en un 46.67% fue a los 16 años. (20)

Veliz J. (2021), llevó a cabo su estudio en la ciudad de Lima, donde concluyó; estado civil soltera con un 81.03%, edad menor de 30 años (82.76%). Un 39.66 % de los pacientes con antecedente de embarazo ectópico previo, un 25.86% con antecedente enfermedad pélvica inflamatoria, un 3.45 % antecedente de aborto previo y un 6.9 % apendicetomía previa. En relación al uso de métodos anticonceptivos; encontraron que un 94.83 % no hicieron uso de dispositivo intrauterino y un 82.76 % no reporto uso de levonorgestrel. Mientras que el tabaquismo si se observó en un 46.55 % . (21)

Bermejo A. (2020), llevó a cabo su estudio en el departamento de Arequipa, donde mencionaron; que un 62.7% de las pacientes se encontraron entre edades de 25 a 35 años, un 50.0 % de estado civil casada y un 44.1 % de grado de instrucción completa. Un 50.0% son nulípara, un 65.7% presentaron dos o más parejas sexuales, un 54.9 % no presentaron patología ginecológica como antecedente, un 34.3 % antecedente cirugía abdominal pélvica y en relación al uso de método anticonceptivo un 31.4% no utilizo ningún método. (22)

Vivas A. (2020), realizó su investigación en el departamento de Tumbes, donde concluye que un 16.9% de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, usaron como método anticonceptivo; el dispositivo intrauterino. (23)

Ramos L. (2020), llevó a cabo su estudio en la ciudad de Juliaca, donde la edad promedio fue de 29.9 ± 6.6 años, el grado de instrucción fue un 63.4% de nivel

secundaria, el estado civil un 65.9% es conviviente. En relación a las características ginecoobstétricas un 74.4% presentaron solo una pareja sexual, un 25.6% refiere a ver sometido a legrado y un 50.0% fueron multíparas. En relación a las características clínicas son; dolor abdominal (93.9%), sangrado genital (75.6%) y presencia de masa palpable en 1.2%. (24)

Omareda K. (2020), llevó a cabo su estudio en la ciudad Lima, donde se resalta que la edad donde se presentó con mayor frecuencia la presencia de embarazo ectópico es de 18 a 35 años de edad con un 79.8 %, un 82.6 % de estado civil conviviente, un 83.5% de grado de instrucción secundaria, un 86.2% refiere que no fumaba. Un 80.7% fueron multíparas, un 95.4% iniciaron sus relaciones sexuales cuando eran menor de 18 años, un 13.8% hicieron uso de reproducción asistida, un 37.6% antecedente embarazo ectópico previo, un 68.8 % no utilizaron ningún método anticonceptivo. En relación a los cuadros quirúrgicos; un 35.8 % tuvieron una cirugía de abdomen previa, un 26.6% con antecedente de una cesárea previa, un 35.8 % refiere haber sido sometida a legrado uterino y un 14.7% antecedente de cirugía pélvica. (25)

Berrios M. (2019), llevó a cabo su estudio en el departamento de Cusco donde; resaltó que la edad se dio entre los 20 a 29 años en un 51.9 % de los casos, un 63% son de estado civil conviviente, un 42.6% de grado de instrucción secundaria, un 33.3% tienen hábito tabáquico. Un 42.6% son multíparas, un 3.7% con antecedente embarazo ectópico, un 33.3% con antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, un 48.1% con antecedente de aborto y/o legrado y un 48.1% no refirieron usar métodos anticonceptivos, así mismo no reportaron uso de dispositivo intrauterino, mientras que el uso de levonorgestrel en un 20.4%. (26)

2.1.4 Locales

Chipana I. (2019), realizó su estudio en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de la provincia de Huancayo donde un 50% de las pacientes se encontraron en edades de 30 a 39 años, un 6.3% con antecedente un embarazo ectópico previo, un 16.2% con antecedentes de cirugía pélvica previa, un 100% no realizaron técnica de reproducción asistida, un 62 % de grado de instrucción superior, un 40% inicio relaciones sexuales entre los 18 y 25 años de edad, un 18% de las pacientes si usaron algún método anticonceptivo. (27)

2.2. Bases Teóricas o Científicas

2.2.1. Embarazo ectópico.

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina, constituyendo así un embarazo extrauterino. El termino ectópico deriva del griego *ektopos*, que indica fuera de lugar. Mientras que el termino embarazo ectópico heterotópico; es un embarazo uterino que se desarrolla y al mismo tiempo un segundo embarazo que se ubica fuera la cavidad uterina. (28, 29)

2.2.2. Clasificación

La localización de un embarazo ectópico, presenta su aparición y desarrollo fuera de la cavidad uterina siendo la localización más frecuente las trompas uterinas, representando el 95 % de los casos; siendo la región ampular la más frecuente con un 70%, seguida del istmo con un 12%, fimbria 11% e intersticio y cuerno en un 2 a 3%. El resto de casos están localizados en zonas como; los ovarios en un 3%, región abdominal 1%, cérvix menor al 15% y cicatriz de cesárea menor a 1%. Mientras que existen embarazos ectópicos bilaterales y poseen una prevalencia de 1 en 200 000

embarazos (28, 29, 11) Las presentaciones más reportadas se mencionan a continuación:

- **Embarazo tubárico**

El embarazo tubárico se aloja en cualquier porción de la trompa, siendo la ampolla el lugar más frecuente seguido del istmo, caso raro es la implantación en la fimbria. asimismo, surgen variedades secundarias como embarazo tuboovarico, tuboabdominal o ubicada en el ligamento ancho. La trompa uterina no presenta submucosa por tal el cigoto excava y se deposita en la capa muscular, sin embargo un 50% de gestaciones en ampolla se encuentran en la luz tubárica y conservándose la capa muscular. El crecimiento y la invasión del producto desencadena la rotura de la salpinges, si se rompe en las primeras semanas suele situarse en el istmo y una rotura más tarde de ubicación intersticial, la rotura es espontánea, asociadas al coito o exploración bimanual. (29)

- **Embarazo abdominal**

Es la implantación en la cavidad peritoneal, secundario a la rotura de la salpinge o un aborto o un embarazo ovárico, el producto se expulsa a la cavidad peritoneal, si conserva su unión placentaria se reimplanta en cualquier sitio y crece de como embarazo abdominal, es infrecuente ya que la mayoría de casos se reabsorbe sin embargo permanece en el fondo de saco durante años, formando un tumor encapsulado. El huevo se encuentra rodeado de vísceras y la placenta busca inserción en el intestino, vejiga, hígado, etc. Los embarazos ectópicos abdominales, producen fetos muertos, en algunos casos pueden seguir vivo hasta término, pero presenta compromiso su vitalidad, pues tiene deficiencia orgánica y malformaciones. (29, 31)

- **Embarazo ovárico.**

La implantación en ovario es rara, el ovario se adapta con mayor facilidad al crecimiento, pero la consecuencia más común es la rotura temprana. Las gestantes de uso de dispositivo intrauterino tienen mayor proporción de desarrollo de embarazo ovárico. El diagnóstico se basa en una descripción ecográfica que representa un quiste con un anillo externo “signo anillo de fuego”. El diagnóstico definitivo es postquirúrgico mediante histología. (28, 29, 30)

- **Embarazo intersticial.**

Es la implantación en el segmento proximal de la salpinges dentro de la pared muscular uterina. Un dato de gran valor es la presencia de un aumento de volumen lateral a la inserción del ligamento redondo, debido a que este embarazo está próximo a las arterias uterina y ovárica, existe un gran riesgo de hemorragia grave llevando a una tasa de mortalidad hasta 2.5%. (28)

- **Embarazo cervical.**

La implantación del cigoto en el cuello uterino es rara, su frecuencia es aproximadamente de 1 en 8600 a 12400 embarazos, el desarrollo de esta presentación se debe al uso de terapia de reproducción asistida, así mismo los antecedentes de legrado o dilatación cervical. Si la implantación se da en lo más alto de canal cervical hay más riesgo de sangrado. La manifestación que se presenta con mayor frecuencia es el sangrado vaginal indoloro. (28, 29, 30)

- **Embarazo en cicatriz de cesárea previa**

Es otra gestación rara que lleva a una gran mortalidad y morbilidad producto de una hemorragia masiva, la implantación se produce a través de trayectos microscópicos por el miometrio, presenta aproximadamente una incidencia de 1 por cada 2000 embarazos, estos trayectos también se origina producto de legrado, miomectomía, histeroscopia quirurgica y algunos casos por extirpación manual de la placenta. El

riesgo aumenta mientras más cesáreas ha tenido la paciente, la gran mayoría de los casos se da en mujeres con dos o más cesáreas previas. (28, 29, 30)

- **Embarazo ectópico persistente**

La eliminación incompleta del trofoblasto y el crecimiento constante puede provocar una rotura tubárica después de un tratamiento quirúrgico o medico conservador. El dolor abdominal post tratamiento quirúrgico conservador de un embarazo tubárico debe ser sospecha de una proliferación persistente. El embarazo ectópico persistente es más probable cuando el tratamiento se realiza en etapas temprana. Un 8 a 10% ocurre en casos tratados con Metotrexate y 8% de las pacientes tratadas con salpingostomía per laparoscópica y 4% de salpingostomía per laparatómicas. (28, 30)

- **Otros sitios de implantación**

Existen otros sitios de implantación reportadas, que corresponden a los embarazos abdominales como son; embarazos esplénicos, embarazo hepático, embarazo retroperitoneal, embarazo en epiplón, embarazo diafragmático. (29)

2.2.3. Etiología

La fecundación del óvulo se da frecuentemente en la trompa, es por tal cualquier evento que impida o retarde el paso del huevo a la cavidad uterina, este evento se constituirá como un factor etiológico para el desarrollo de un embarazo tubárico. Los procesos inflamatorios en la trompa condicionan la aparición de deformaciones, estreches u oclusiones de su luz impidiendo el paso del óvulo fecundado al cuerpo del útero. Algunas alteraciones congénitas como divertículos, trompas atrésicas o hipoplásicas. Por otro lado, las compresiones tubáricas o adherencias externas como

procesos plásticos peritoneales miomas, quistes ováricos, cirugía de trompas y hasta histerosalpingografías. Por otra parte, las alteraciones funcionales, en donde las contracciones musculares estrechan la luz de ciertas partes de la trompa impiden el paso del óvulo fecundado. además, las dehiscencias, los espasmos, las contracciones antiperistálticas etc. Serían causantes de estas alteraciones. (31)

2.2.4 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo que condicionan el desarrollo de un embarazo ectópico son múltiples, y se observa que un 50 % de las mujeres que presentaron embarazo ectópico no presentaron factores de riesgo identificables, es por tal que las mujeres sexualmente activas deben estar atenta a los cambios en su cuerpo, como síntomas que están asociados a un embarazo ectópico, al conocer los factores de riesgo permite realizar un diagnóstico oportuno, entre los múltiples factores que se puede mencionar se detallan a continuación (32, 33):

Factores sociodemográficos

Entre los factores de una población específica, estas características incluyen múltiples datos, entre los principales factores se encuentran los siguientes (34):

- **Edad:** el riesgo de la aparición del embarazo ectópico aumenta conforme avanza la edad de la paciente, siendo las edades a considerar después de los 35 a 44 años, el riesgo aumenta de 3 a 4 veces frente a mujeres con edades entre 15 a 25 años, se puede considerar a que se va perdiendo la actividad mioeléctrica de la trompa uterina que es responsable de la motilidad de la misma (28, 35, 36)

- **Grado de instrucción:** este factor es una característica influyente en el desarrollo del embarazo ectópico ya que esta influenciada por el grado de conocimiento de las pacientes respecto al cuidado de su salud, respecto al conocimiento y manejo enfermedades inflamatorias pélvicas, infecciones genitales, múltiples parejas, etc. Que se encuentran condicionadas por su nivel de estudio. (36)
- **Estado civil:** es una característica influyente del vínculo que existe en una relación ya que es muy probable que la inestabilidad de una relación puede repercutir al desarrollo de infidelidad y así un mayor número de parejas sexuales que llevarían a la aparición de otros factores que terminaría en un embarazo ectópico. (36)

Factores ginecoobstetricos

Estos factores están relacionados a la historia ginecológica y obstétrica de la paciente, viendo los antecedentes que tienen un comportamiento de riesgo para el desarrollo del embarazo ectópico y de esta manera explicar la frecuencia de estos casos, entre los principales factores se detallan a continuación (34):

- **Inicio de relaciones sexuales:** existen evidencias que el inicio temprano de relaciones sexuales antes de los 18 años condiciona la aparición de casos de embarazo ectópico, debido a que existe probabilidad de mayor exposición a infecciones de transmisión sexual. (36, 37)
- **Número de pareja sexuales:** el poseer múltiples parejas sexuales durante toda la vida, se asocia con riesgo a la aparición de embarazo ectópico, debido a la exposición de infecciones como la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria e infecciones de transmisión sexual. (36, 37)
- **Número de partos previos:** respecto a la paridad existen información que pone de manifiesto que presentar un cuadro de nuliparidad o multiparidad se presentan en

cuadros de embarazo ectópico (36).

- **Edad gestacional:** la presentación de los embarazos ectópicos es más frecuentes entre las 6 a 10 semanas de edad gestacional. (11)
- **Hábito de fumar:** es una conducta de alto riesgo ya que existe una correlación muy importante entre el consumo de tabaco y la aparición de embarazo ectópico, ya que la exposición de la nicotina repercute sobre la motilidad tubárica. El tabaco disminuye el movimiento ciliar y contracción del musculo liso, repercutiendo en el transporte del óvulo fecundado. El tabaquismo incrementa el riesgo entre 3 a 4 veces el desarrollo de embarazo ectópico en aquellas que fuman una cajetilla al día. Otro mecanismo es su acción anti estrogénica que altera la respuesta inmunitaria y de esa manera favorece la aparición de infecciones pélvicas (28, 35, 36)
- **Uso previo de anticonceptivos:** el uso de la mayoría de anticonceptivos busca reducir la tasa de embarazos y por ello la aparición de embarazos ectópicos. Sin embargo, si se produce un embarazo, existen algunos métodos que desencadenan en la aparición de embarazo ectópico, algunos métodos son el uso de dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepción de urgencia con estrógenos a dosis altas y píldoras de progesterona. El dispositivo intrauterino es muy útil para evitar embarazos, los embarazos pueden ocurrir en menos del 1%, pero el 53 % de embarazos que se desarrollan en presencia del dispositivo son ectópicos, el mecanismo sería producto del efecto inflamatorio local que luego se extiende a la trompa uterina, representando una dificultad en el transporte del óvulo fecundado y su anidación en la cavidad uterina, así mismo existe más relación DIU liberador de progesterona con embarazo ectópico que con otros DIU. Por otro lado, los anticonceptivos orales que tienen progesterona solo reducen la motilidad tubárica ligeramente. (28, 29, 35, 36)

- **Antecedente de embarazo ectópico previo:** la probabilidad que se desarrolle un embarazo ectópico nuevo, es de aproximadamente un 10%, pero si una mujer tiene dos o más embarazos ectópico anteriores el riesgo se incrementaría hasta un 25%, esto se justificaría en la presencia de la cicatriz de la cirugía tubárica o que siga padeciendo de los mismos factores de riesgo que condicionaron al ectópico anterior. (29, 35)
- **Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria:** un riesgo importante es el daño que ocurre en las trompas uterinas siendo las infecciones pélvicas gran responsable, producto de la infección existe una lesión de la trompa que condicionara una migración normal del óvulo fecundado, seria influenciado por los daños en las trompas que son tanto anatómicos como funcionales y también la formación de adherencias y con este un cuadro de obstrucción. Se menciona que más de la tercera parte de los pacientes con embarazo ectópico tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, tras un episodio de infección en trompas, el riesgo para embarazo ectópico es un 10% y progresa con cada infección posterior. Entre los agentes responsable del desarrollo de embarazo ectópico se destaca a las infecciones causadas por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* como las más frecuentes. (35, 36, 37)
- **Antecedente de aborto previo:** se menciona que la relación entre abortos espontáneos y embarazo ectópico tiene factores relacionados como anomalías cromosómicas, infecciones y factores hormonales. Un aborto inducido con fármacos sin terminación quirúrgica, se asocia con mayor riesgo de embarazo ectópico, una profilaxis antibiótica en el aborto puede generar un efecto protector al daño tubárico por la inflamación que se genera por la infección, ya que una infección secundaria provoca cambios anatómicos y fisiológicos que luego

llevarían formación adherencias post aborto (28, 35, 36)

- **Uso de técnica de reproducción asistida:** técnica usada para parejas subfértiles o infecundas llegan a tener una frecuencia de 0.8 de los embarazos ectópicos por transferencia, existen procedimientos con mayor frecuencia; transferencia intratubarica de gametos, transferencia de embrión criopreservado y fertilización in vitro. Las implantaciones atípicas como son el intersticio uterino, abdominal, cervical, ovárica o heterotópica son más frecuentes en los casos de reproducción asistida. Estos cuadros son potencialmente graves. existen trabajos que reportan una incidencia de embarazo de ectópico luego de técnicas de reproducción asistida que oscilan entre el 2.2 a 4.5 %. En pacientes con infecundidad, el uso de inductores de ovulación como el citrato de clomifeno duplica el riesgo de desarrollar embarazo ectópico. (28, 35, 36)
- **Antecedente quirúrgico:** la presencia de cirugías previas, como la cirugía tubárica incrementa un riesgo en 5 veces, la presencia de cirugía por una gestación ectópica el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%. La presencia de adherencias peritubarica provocadas por cirugías abdominales como; apendicitis, cirugía tubárica, cirugía de esterilidad. Estos cuadros generan un aumento en riesgo de padecer un embarazo tubárico. La presencia de cirugía tubárica, origina una interrupción anatómica de la trompa uterina, esta disrupción produce un empeoramiento de la actividad ciliar, el empleo de microcirugías reduce el riesgo de aparición de embarazo ectópico en un 50 %. Por otro lado, cuando se realiza un raspado o una aspiración de la cavidad uterina, el cuadro de inflamación local y posterior infección, se puede extender hasta las trompas uterinas y provocar cambios anatómicos y fisiológicos que en un futuro provocar un cuadro de embarazo ectópico. Es por ello que un legrado uterino previo aumenta el riesgo para embarazo ectópico hasta 13.6 veces más. (29, 36, 37,

2.2.5. Fisiopatología

Existen diferentes teorías que sustentan el desarrollo del embarazo ectópico, así mismo se suma la ausencia de la capa de la submucosa dentro de la trompa uterina, permite al ovulo fertilizado ingrese al epitelio y su posterior implantación dentro de la pared muscular y por tal una penetración temprana del trofoblasto, a medida que el trofoblasto erosiona la capa muscular subyacente (27), para el desarrollo del embarazo ectópico se han planteado diferentes teoría que se detallan a continuación:

- **Anomalía en la captación del ovocito;** la trompa no capta el ovocito, provocando que la fecundación se de en el fondo de saco de Douglas, explicando así la aparición de embarazo ectópico ováricos y abdominales. (35)
- **Retraso en la migración:** la trompa no realiza una adecuada migración del ovocito y así entre 4 a 5 días después de la ovulación este permanece aún en la trompa, desencadenado por una alteración hormonal o mecánica, la progesterona favorecería a la migración del huevo mientras que el estradiol lo frenaría. Por lo que un exceso de estradiol explicaría una mayor incidencia de embarazo ectópico, un caso es en mujeres con insuficiencia de la fase lútea. Mientras que los efectos mecánicos son por alteración en la función de las células del musculo liso de las trompas o de las células ciliadas, a favor de ellos existen diferentes factores como; cirugía tubárica, frecuencia de adherencias, lesiones por embarazo ectópico previo, pacientes con dispositivo intrauterino y consumo de tabaco. La exposición crónica a la nicotina modifica las concentraciones de endocannabinoides y causa disfunción de las trompas, disminuyendo su motilidad, debido a la no acción sobre los receptores cannabinoides. (28, 35)
- **Reflujo tubárico:** el blastocisto llega a la cavidad uterina, pero por cambios

hormonales estos pueden regresar a la trompa en 6 a 7 días después de la ovulación, pero este se encontraría siendo trofoblasto, esto explicaría los casos de embarazo ectópico en una fertilización in vitro, esto puede ocurrir también cuando se realiza la transferencia de embriones por la presión que se realiza, en la cual uno o más embriones pasan directamente desde el catéter intracervical hasta las trompas. Además, para los casos de mujeres que se sometían a reproducción asistida se observó la presencia de moléculas de adhesión como cadherina-E que se localiza en los sitios de implantación de los embarazos ectópicos tubáricos. Esta molécula de adhesión se expresó en mujeres que se sometieron a fecundación in vitro (28, 35)

- **Proceso inflamatorio:** la inflamación aguda que se desencadena producto de una lesión tubárica predispone a la aparición de embarazos ectópicos. La inflamación dentro de la trompa uterina puede detener el movimiento del embrión durante el descenso, haciendo que la implantación se de en la trompa uterina. La asociación que corresponde con un cuadro de una enfermedad inflamatoria pélvica, ya que el 50 % de las pacientes tiene esta condición principal, estas pacientes tienen niveles séricos de diversas citocinas inflamatorias y quimiocinas como la interleucina 6, 8, 10, interferón y factor de necrosis tumoral y factor estimulantes de colonias de granulocitos-macrófagos que son más altas en mujeres con embarazo ectópico que en mujeres con embarazo eutópico normal. La respuesta inflamatoria en las trompas conduce a la infiltración de células inmunes abundantes causando un daño tisular que agrava la respuesta inflamatoria, afecta la motilidad de las trompas, reduce el movimiento ciliar y contracción del músculo liso, lo que lleva a la migración del embrión al sitio inflamatorio, lo que genera señales inflamatorias y establece un entorno propicio para la implantación. (28, 35)

2.2.6. Epidemiología

El aumento de número de casos embarazos ectópicos se encuentra relacionado con la presencia de factores riesgo, la incidencia se representa aproximadamente en un 2% de todos los embarazos reportados, durante los años 2011 a 2013 el embarazo ectópico roto represento el 2.7% de todas las muertes relacionadas con el embarazo y siendo la principal causa de muerte asociado a hemorragias. Para el 2016 en el reino unido reportó que la mortalidad materna asociado a embarazo ectópico se encontró en un 5% y a nivel mundial fue un 10%. El incremento de casos durante la década de los noventa productos del aumento de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, en especial por Chlamydia trachomatis, un diagnóstico oportuno, un mayor uso de métodos anticonceptivos que cuando fallan predisponen a la presentación de la gestación ectópica, técnicas de esterilización tubárica que al fallar aumenta la probabilidad de padecer embarazo ectópico, tecnología de reproducción asistida, cirugías y entre otros factores que predisponen a una implantación inusual del óvulo fecundado. En estados unidos el número de muertes por embarazo ectópico de localización tubárica ha disminuido, justificado en la mejora del diagnóstico y tratamiento. El índice de mortalidad calculado de embarazo ectópico era de 32 por 100 000 partos, frente el índice de mortalidad materna de 7 por 100 000 nacidos vivos. Así mismo la mortalidad de embarazo ectópico en mujeres de raza negra fue mayor que en mujeres caucásicas. (29, 35)

2.2.7. Manifestación clínica.

El cuadro clínico de un embarazo ectópico, se diferencia por la presencia o no de la ruptura, las funciones vitales se mantienen en rangos adecuado antes de que se produzca una rotura, frente a un cuadro de hemorragia los signos vitales empiezan a cambiar en respuesta a la perdida sanguínea. Es muy frecuente que la mujer no

sospecha de un embarazo tubárico y piensa en una gestación normal o que esta frente a un aborto. A menudo los signos y síntomas son sutiles. El cuadro clásico se caracteriza por retraso menstrual, hemorragia leve o mancha vaginal y cuando se rompe se produce un dolor intenso en los cuadrantes inferiores del abdomen y pelvis que es agudo, lancinante o desgarrante, se puede acompañar de vértigo y síncope por la hemorragia, hipersensibilidad a la palpación abdominal, exploración bimanual y dolor a la movilización cervical, para casos de hemorragia intraperitoneal aparecen síntomas de irritación diafragmática que se caracteriza por dolor en el cuello u hombro. No existe patognomónicos para el diagnóstico, los síntomas y signos más frecuentes se detallan a continuación: (30, 36, 39)

- **Dolor:** Cerca de un 95 % de mujeres con embarazo ectópico manifiesta dolor pélvico y abdominal, cuando el embarazo avanza se observan síntomas gastrointestinales en un 80% y mareo o aturdimiento en un 58%, una vez producida la rotura el dolor se ubica en cualquier parte del abdomen. El dolor puede ser de inicio insidioso o brusco, migratorio o no. En relación al dolor se puede encontrar; dolor lateralizado a la palpación abdominal, dolor de rebote (signo de irritación peritoneal), dolor a la movilización cervical. (30, 35)
- **Hemorragia anormal:** un 60 a 80% de las mujeres con embarazo ectópico tubárico manifiesta amenorrea, pero con un poco de manchado o hemorragia vaginal. Un 25 % de pacientes lo confunde con hemorragia de una menstruación. En algunos embarazos tubáricos se puede encontrar hemorragia vaginal abundantes llevando a la confusión con un aborto incompleto. (29)
- **Hipersensibilidad abdominal y pélvica:** En un embarazo ectópico no roto es muy raro que existe hipersensibilidad. Pero una vez se produzca la rotura aparece una hipersensibilidad extrema en la exploración abdominal y vaginal, como es en la

movilización de cérvix, en más del 75 % de mujeres. (29)

- **Cambios uterinos:** la tumoración ectópica empuja hacia un lado el útero, aunque. Otras ocasiones el útero presenta un aumento de tamaño, por estímulo hormonal. Al grado de que el endometrio se convierte en decidua es variable, en el embarazo ectópico, el observar decidua uterina sin trofoblasto sugiere embarazo ectópico, pero la ausencia de tejido decidual no excluye su presencia. (29)
- **Signos vitales:** los signos vitales por lo general se encuentran normales antes que se produzca una rotura, frente a cuadros de hemorragia se presenta un aumento discreto de la presión arterial o una respuesta vasovagal con presencia de bradicardia e hipotensión, la presión arterial desciende y el pulso aumenta si la hemorragia persiste y el cuadro de hipovolemia se agrava. (29)

2.2.8. Diagnóstico

El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales, conformados por la exploración clínica, ecográfica y determinación de la fracción beta de gonadotropina coriónica humana β -HCG. Estos métodos son los más útiles y de gran ayuda para el diagnóstico de embarazo ectópico, se detalla a continuación los métodos: (11, 30)

- **Examen de laboratorio:** Consiste en la detección de β -HCG producida por las células del sincitiotrofoblasto, que puede detectarse en suero ocho días después del pico de hormona luteinizante. En las gestaciones normales la β -HCG se eleva en forma lineal hasta 60 a 80 días después de la fecha de última menstruación, cuando su concentración alcanza una meseta de 100 000UI/L. los análisis actuales para un control de un embarazo para la detección de β -HCG son en suero y orina, estas pruebas son sensibles a concentraciones de 10 a 20 mUI/ml y dan positivo en 99% de los embarazos ectópicos, esta hormona se duplica cada 48 horas en un embarazo normal o se incrementa de forma mínima en un 53 a 66%. Si no ocurre este evento

significa que el embarazo es inviable así mismo no señala su ubicación. Muchas mujeres al no conocer su fecha de última regla hay dificultad en calcular su edad gestacional, para estos casos es importante la correlación entre β -HCG y una ecografía transvaginal. Por otro lado, la medición de progesterona se utiliza para reforzar una impresión clínica entre un embarazo normal y un ectópico, siempre y cuando β -HCG sérica y la ecografía transvaginal no son concluyentes, por tal una concentración sérica de progesterona <5 ng/ml es un embarazo inviable, es decir un feto muerto o un embarazo ectópico, mientras que una concentración >25 ng/ml es un embarazo sano, pero su utilidad clínica es limitada. Otras pruebas novedosas son los marcadores séricos; como son el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), el antígeno carcinoembrionario 125 (CA125), cinasa de creatina, fibronectina fetal y espectrometría de masa proteómica. En su mayoría no es de uso común en la práctica clínica. Otro punto a evaluar en los exámenes de laboratorio es la biometría hemática ya que un embarazo ectópico puede causar desde una hemorragia leve a una intensa, aunque al principio no es muy evidente, es por tal que su valoración es muy importante para un posterior control. (28, 29, 30)

- **Examen de imágenes:** es un recurso muy importante para confirmar el diagnóstico clínico de una gestación ectópica, así mismo ubicar y calcular su tamaño. En la ecografía transvaginal casi siempre se visualiza el saco vitelino entre las 5 y 6 semanas y la actividad cardíaca se detecta a las 5.5 a 6 semanas. Por otro lado, la ecografía transabdominal estas estructuras se visualizan más tarde ya que el embarazo uterino no suele reconocerse en la ecografía hasta las 6 semanas o 28 días post ovulación. Para el diagnóstico ecográfico de embarazo ectópico se tiene que observar una masa en anexos que se encuentra separada de los ovarios, cuando no se conoce la fecha de última regla se hace uso del β -HCG sérico para definir los

datos ecográficos esperados. Un concepto importante en el que se hace uso el valor de β -HCG, es la zona discriminatoria, se define como el nivel de β -HCG sobre el cual un embarazo intrauterino debe ser ubicado correctamente con la ecografía transvaginal, este valor esta entre 1500 a 2500 Mui/mL. La ausencia de embarazo uterino con una concentración de β -HCG por encima del valor discriminatorio, hace referencia a un embarazo anormal, ya sea un embarazo ectópico o aborto incompleto o un aborto consumado en resolución, luego de un aborto completo la prueba de β -HCG puede ser positiva hasta que la hormona se metaboliza y elimina., si el valor se encuentra por debajo no se diagnostican en un 66% de los casos. La identificación de un embarazo uterino excluye un cuadro ectópico. Durante el examen se debe inspeccionar las trompas y los ovarios, si se observa un saco vitelino o embrión extrauterino confirma el embarazo ectópico tubárico observándose en un 15 a 30% de los casos, un signo característico es la presencia de un anillo de fuego tubárico con apoyo del Doppler transvaginal, donde se observa una circulación placentaria periférica de una tumoración. No toda presencia de una tumoración en anexo es un embarazo ectópico para ello se requiere la ecografía, es vital diferenciar el embarazo ectópico y quiste de cuerpo amarillo, ya que en ambas se observan anillo de fuego para ello el examinador busca palpar el anexo y si la tumoración se mueve por separado del ovario sugiere embarazo tubárico, pero si el desplazamiento es sincrónico con el ovario es un quiste del cuerpo amarillo. Otro de los signos que se observan es la presencia de líquido libre en peritoneo lo cual sugiere hemorragia intraabdominal, que se puede observar cantidades pequeñas como 50 mL de líquido en el fondo de saco de Douglas. La presencia de líquido peritoneal y tumoración en anexo son altamente predictivo de embarazo ectópico. Por todo lo mencionado la ecografía ha reducido la necesidad

de realizar una laparoscopia diagnóstica. (28, 29)

Los hallazgos ecográficos por su localización se detallan a continuación:

- **Embarazo tubárico:** los hallazgos incluyen presencia de un embarazo extrauterino vivo (saco gestacional, saco vitelino con o sin embrión) un anillo en las trompas, una masa anexa heterogénea, un hematosalpinx y un anillo de fuego en color Doppler que es la hipervascularidad del saco gestacional ectópico, está presente en el 71 % de los embarazos ectópicos tubáricos, este tipo de gestación se puede confundir fácilmente con los hallazgos ováricos como quiste del cuerpo lúteo y los folículos ováricos debido a la similitud de las apariencias del Doppler es escala grises y a color. El trofoblasto periférico del anillo tubárico tiende a ser más ecogénico que el estroma ovárico, mientras que el cuerpo lúteo es más hipoecoico. Para evitar confusión entre las estructuras ováricas y el embarazo tubárico es importante demostrar que el anillo de visualización en la trompa es extra ovárico y que se mueve por separado de él, se puede realizar una presión suave con la sonda transvaginal que ayude al embarazo tubárico se mueve y aleje del ovario. (35)
- **Embarazo intersticial, cornual y angular:** el segmento intersticial o intramural es de aproximadamente 1 a 2 cm de longitud, atraviesa de la capa de miometrio y se abre a través del orificio interno de la trompa hacia la cavidad uterina, un embarazo intersticial está ubicado en la trompa, pero atraviesa toda la pared uterina son pocos frecuentes, son difícil de diagnosticar y se confunden con embarazo intrauterino. En la ecografía se ve un saco gestacional excéntrico, a más de 1 cm de la pared lateral de la cavidad uterina, rodeada de un manto miometrial delgado menor de 5 mm de grosor, la presencia de un signo como un marcador ecográfico de un embarazo intersticial es el signo de línea intersticial (ILS), que corresponde a una línea ecogénica que se extiende desde el saco gestacional hasta el cuerno del

útero, este signo tiene una sensibilidad del 40% y una especificidad de 88 a 93% para el embarazo intersticial. Los embarazos cornuales son intrauterinos y se producen cuando un saco gestacional se implanta en un cuerno de útero bicorne o septado, mientras que uno intersticial se produce en la unión tuba-miometrio, diferenciarlos es difícil y se recomienda el uso de ecografía tridimensional o RMN pélvica. (35)

- **Embarazo cervical;** cuando el blastocisto se implanta en el canal endocervical, se observa en 1 %, se produce más en aquellos que tuvieron legrados anteriores o terapias de reproducción asistida, ecográficamente se puede observar una figura de 8 (reloj de arena) con forma uterina formada por un canal cervical distendido en un extremo y el fondo uterino en el otro. (35)
- **Embarazo en cicatriz de cesárea:** existen criterios ecográficos, la cavidad endometrial y el canal cervical deben estar vacíos, debe visualizarse saco gestacional en el segmento uterino anterior, presencia de una delgada banda de tejido endometrial que permanece entre la vejiga y el saco, el saco gestacional puede tener forma triangular, así como el nicho de la cesárea preexistente. (35)
- **Embarazo ovárico:** a nivel ecográfico se observa como un saco gestacional rodeado de tejido ovárico en una paciente con trompas uterinas normales. (35)
- **Embarazo abdominal:** los embarazos abdominales frecuentemente progresan hasta que se hace un diagnóstico tardío definido como más de 20 semanas de gestación, que conduce a una alta tasa de mortalidad materna de 0.5 a 18%, se considera embarazo ectópico avanzado aquel superior a 22 semanas, el sitio más frecuente es el fondo de saco posterior, seguido por el mesosalpinx, el omento, el intestino y su mesenterio y el peritoneo de las paredes pélvicas y abdominales e incluyendo el fondo de saco anterior, clínicamente se puede sospechar al encontrar

una presentación fetal anómala, oligohidramnios, malformaciones con defectos de compresión e hipoplasia pulmonar o palpación de partes fetales debajo de la pared abdominal o por fallas de dilatación cervical en momentos de una cesárea programada. (35)

- **Procedimientos médicos**

- **Cordocentesis:** es una técnica utilizada para identificar la presencia de hemoperitoneo, consiste en retraer el cuello uterino con una pinza con dirección a la sínfisis del pubis y luego se introduce una aguja de calibre 16 o 18 a través del fondo de saco vaginal posterior. Si contiene líquido se aspira, si el líquido contiene fragmentos de coágulos antiguos o el líquido hemorrágico que no coagula se asocia con hemoperitoneo a causa de embarazo ectópico, si la sangre coagula, el origen se daría de un vaso sanguíneo adyacente y no un embarazo hemorrágico. (28)
- **Laparoscopia:** la observación directa de la salpinges y la pelvis a través de laparoscopia ofrece un diagnóstico confiable en la mayoría de los casos probables de embarazo ectópico, además permite cambiar el manejo a un tratamiento quirúrgico definitivo. (28, 29)

2.2.9. Diagnostico diferencial

El primer diagnóstico diferencial que se debe realizar es el aborto. En este proceso la hemorragia es profusa y se acompaña de grandes coágulos. El dolor se localiza sobre todo en centro del hemiabdomen inferior y es de tipo cólico. La amenorrea es de mayor duración y el examen genital permite apreciar un útero con caracteres de gestante, además el cuello se encuentra entreabierto y no hay tumor parauterino. Si se expulsa algún tejido de la cavidad uterina debe ser examinado por el histopatólogo, si aún persiste duda o se presenta este caso se recurre a un curetaje o biopsia que debe realizarse suavemente. El estudio anatomopatológico muestra una reacción decidual

del endometrio sin velocidades coriales. La reacción decidual es característico de la existencia de embarazo, mientras que la ausencia de vellosidades coriales indica que este embarazo se encuentra en un lugar fuera del útero. Otra imagen anatómica patológica es la presencia de decidua que es el fenómeno de Arias-Stella. Existe alteraciones del epitelio glandular que simula a un adenocarcinoma, es una multiplicación exagerada de las células del epitelio glandular con hipercromía nuclear y algunas mitosis anormales, esto desaparece de manera espontánea al finalizar el embarazo. (31)

En estos procesos se agregan síntomas como fiebre y leucocitosis elevada. El proceso es menos doloroso, por lo común bilateral con fiebre y leucocitosis elevada y mejora con el tratamiento médico. La diferenciación con los tumores de ovario se realiza sobre la base de la falta de síntomas y signos de gravidez, además es indoloro. Los miomas pequeños presentan características similares a los tumores de ovario, además se observa irregularidades en la superficie y deformidad en el cuerpo del útero. En la apendicitis aguda el dolor comienza generalmente en epigastrio para luego irradiarse a la fosa iliaca derecha. En el examen abdominal se revelan características signos como McBurney, Blumberg, etc. La ecografía transvaginal, la determinación de la hCG-B y la laparoscopia son de gran ayuda para aclarar el diagnóstico. (31)

2.2.10. Tratamiento

El diagnóstico oportuno permite tratar al paciente de manera quirúrgica o médica, en ocasiones antes de que aparezcan síntomas. El tratamiento antes que se produzca la rotura ayuda a que exista menos morbilidad y mortalidad y un mejor pronóstico en la fecundidad de la paciente. El manejo de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico se enfoca según la estabilidad hemodinámica y se detalla a continuación: (29)

Paciente hemodinámicamente estable

- **Manejo general**

- Canalizar vía endovenosa con catéter n°18 e iniciar infusión salina al 0.9%
- Monitoreo de signos vitales

- **Manejo específico**

➤ **Tratamiento expectante.**

Es una opción para mujeres con embarazo ectópico temprano, no roto. Este tratamiento se limita a mujeres que presentan las siguientes condiciones; paciente hemodinámicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo, masa anexial menor de 3 cm de diámetro ecográficamente inerte (masa sin presencia de saco y embrión y flujo ausente), hCG-B menor de 1000 mUI/ml. Las pacientes que cumplen los criterios para manejo expectante son hospitalizadas para realizar un control de hCG-B a las 48 horas y confirmando su estabilidad hemodinámica será dada de alta. Posteriormente el control de hCG-B será semanalmente hasta su negativización. Según el colegio americano de ginecología y obstetricia el 88% de embarazos ectópicos se resuelven si la hCG-B es menor de 200 mIU/ml. (29, 11)

➤ **Tratamiento médico**

El uso de Metotrexate es una alternativa a la cirugía en mujeres con embarazo ectópico no roto. El Metotrexate es un antagonista del ácido fólico, es eficaz contra el trofoblasto en proliferación y se usa en el tratamiento de la enfermedad de trofoblástica gestacional, también su uso es para interrumpir embarazo en el primer trimestre, las contraindicaciones para el uso son; hemorragia intraabdominal, embarazo intrauterino, lactancia materna, inmunodeficiencia, alcoholismo, nefropatía, hepatopatía o neumopatías crónicas y ulcera péptica. Mientras que los pacientes seleccionables son aquellos que presentan las siguientes condiciones;

paciente hemodinamicamente estable sin hemorragia activa o signos de hemoperitoneo, masa anexial ecográficamente menor de 3.5 cm de diámetro, no evidencia de actividad cardíaca embrionaria, hCG-B menor de 5000 mUI/ml, ausencia de líquido libre o menor de 100 mL en fondo de saco posterior a través de ecografía transvaginal, ausencia de patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso de Metotrexate.

Existen factores que pronostican el éxito, siendo los siguientes:

- Concentración sérica inicial de hCG-B: es el mejor indicador aislado para el pronóstico de un tratamiento satisfactorio con una sola dosis de metotrexato, reportándose como índice fracaso de 1.5 % cuando la concentración sérica inicial de hCG-B es menor 1000 mIU/ml; 5.6% cuando es de 1000 a 2000 mIU/ml; de 3.8 % cuando es de 2000 a 5000 mIU/ml y 14.3 % con valor de 5000 a 10000 mIU/ml.
- Tamaño de embarazo ectópico: se utiliza el tamaño como criterio de exclusión, existe un índice de éxito de 93 % con una sola dosis de metotrexato cuando el embarazo ectópico media menos de 3.5 cm, frente a un índice de 87 a 90 % cuando el embarazo medio más de 3.5 cm.
- Actividad cardíaca fetal: es una contraindicación relativa, su recomendación se basa en datos escasos. En la mayoría de los estudios, el índice de fracaso es mayor cuando existe actividad cardíaca.

La dosis intramuscular de metotrexato fue de 50 mg/m², el metotrexato se puede administrar por vía oral, pero informan que es menos eficaz que por vía intramuscular.

El metotrexato se puede usar bajo dos esquemas: dosis única y dosis múltiple, en ambos casos la tasa de éxito es similar, pero se prefiere utilizar el de dosis única por presentar una baja toxicidad, fácil administración y bajo costo. Se administra 50 mg

por m² de superficie corporal, por vía intramuscular. Estas pacientes que cumplan con criterios de indicación deben ser hospitalizadas en un servicio que cuente con equipo de monitoreo de signos vitales y personal capacitado de reconocer signos de descompensación hemodinámica temprana. El primer control de hCG-B se realiza al 4° día post-Metotrexate el cual debe caer más del 15% de su valor inicial. Luego se realiza una medición al 7° día el cual debe evidenciar una caída de más del 25% del valor inicial, asociado a un primer control ecográfico transvaginal. Posterior se realizará un control semanal de hCG-B hasta su negativización. De no cumplirse se puede optar por una segunda dosis de Metotrexate o pasar a manejo quirúrgico, no se realiza un dosaje temprano porque tiende incrementarse los primeros días por efecto del tratamiento. En el embarazo tubárico rara vez se utiliza la inyección directa de metotrexato, en ocasiones se presentan efectos adversos que desaparecen tres o cuatro días después de haber suspendido el metotrexato. Los efectos adversos más frecuentes son problemas hepáticos, estomatitis y gastroenteritis. Otros datos reportados son neutropenia grave y fiebre, neumonitis medicamentosa transitoria y alopecia. Así como la muerte en una mujer con insuficiencia renal. También se mencionan interacciones cuando se usa junta a los antiinflamatorios no esteroideos que en ocasiones intensifican los efectos adversos del metotrexato, mientras que las vitaminas que contienen ácido fólico reducen su eficacia. La reserva ovárica no se deteriora con una sola dosis de metotrexato. Existen condiciones que contraindican para recibir Metotrexate; inmunodeficiencia, alcoholismo crónico, enfermedades renales, enfermedades hepáticas, enfermedades pulmonares activas, discrasias sanguíneas, ulcera péptica. Por ello toda paciente que recibe Metotrexate tiene un examen previo, como hemograma completo, perfil de coagulación, perfil hepático y perfil renal normal. (29, 11)

➤ **Tratamiento quirúrgico**

En general es el tratamiento de elección, el cual puede ser abordado por laparotomía o laparoscopia, siendo el método preferido la laparoscopia, a menos que la paciente se encuentre con inestabilidad hemodinámica. A medida que se acumula más experiencia los casos tubáricos rotos o embarazos intersticiales ahora se pueden corregir por laparoscopia. Una cirugía tubárica conservadora, cuando hay rescate tubárico, algunos ejemplos son; salpingostomía, salpingotomía y compresión de la fimbria para extraer el embarazo ectópico. La cirugía radical es representada por la salpingectomía.

- **Salpingostomía:** es el método de elección en mujeres que deseen preservar su fertilidad. se utiliza para extraer el embarazo pequeño que mide menor de 2 cm de longitud y se ubica en el tercio distal de la trompa de Falopio, se realiza incisión lineal de 10 a 15 mm con el cauterio unipolar en el borde antimesentérico sobre el embarazo. El producto sale de la incisión y se extraen o irrigan con presión para eliminar el tejido trofoblástico. Según el instituto materno perinatal de lima. Establece que este método requiere las siguientes condiciones; paciente hemodinamicamente estable, masa anexial ecográficamente menor de 4 cm de diámetro, comprobado en el intraoperatorio y una trompa intacta o con destrucción mínima en el intraoperatorio. Lo más importante es ver el tamaño y el estado de la trompa; independiente de la presencia de actividad cardíaca y de los niveles de hCG-B. el primer control de hCG-B se realiza 24 horas post – salpingectomía y debe disminuir en un 50 % o más su valor inicial, ello predice una tasa de éxito de 85 % y bajas tasas de embarazo ectópico persistente. Posteriormente se hace seguimiento de hCG-B de forma semanal hasta su negativización. Si durante el seguimiento se presenta una meseta o incremento de hCG-B se puede administrar dosis de Metotrexate como el manejo médico. El

riesgo de embarazo ectópico persistente es de 3 – 11 % vía laparotomía, y de 5 – 20 % vía laparoscopia. Las hemorragias pequeñas se detienen por medio de electrocoagulación o laser y la incisión se deja sin sutura para que cicatrice por segunda intención.

- **Salpingotomía:** se utiliza muy pocas veces y el procedimiento es similar que la salpingostomía, pero la incisión se cierra con material absorbible.
- **Salpingectomía:** la resección total o segmentaria de la trompa uterina, se utiliza en embarazos ectópicos tanto rotos como íntegros, al extraer la trompa se recomienda extirpar una cuña de tercio externo de la porción intersticial de la trompa, esto se denomina resección cornual y se lleva a cabo con el fin de reducir al mínimo la posibilidad de que se implante un nuevo embarazo en el muñón tubárico. Si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, la salpingectomía debe ser considerada de primera opción bajo las siguientes condiciones; masa anexial ecográficamente mayor de 4 cm de diámetro, presencia de líquido libre a la exploración geográfica, que durante el intraoperatorio de una salpingostomía de primera intención no se logre una hemostasia adecuada o se evidencia signos de descompensación hemodinámica, embarazo ectópico recurrente en la misma trompa, falla de tratamiento médico, no deseos de fecundidad futura y/o paridad satisfecha. Si embargo no siempre se impide un embarazo intersticial ulterior. En situaciones en donde no se extrae un trofoblasto completo, el resultado es un embarazo ectópico persistente, el trofoblasto persistente complica del 5 al 20 % de las salpingostomía y se identifica cuando se observa una concentración persistente o ascendente de hCG-B. por lo general la concentración de hCG-B desciende con rapidez y al día 12 solo circula 10 % de la concentración del preoperatorio. Si la concentración sérica de hCG-B el primer

día del posoperatorio es menor del 50 % de la del preoperatorio, es muy raro que el trofoblasto persistente causara problemas Existen factores que aumente el riesgo de un embarazo ectópico persistente, los cuales se detallan a continuación:

- Embarazo menor a 2 cm
- Tratamiento antes de los 42 días después de la fecha de última regla.
- Concentración sérica de hCG-B mayor de 3 000 mIU/ml.
- Implantación medial al sitio de salpingostomía

Ante concentraciones persistentes de hCG-B, se ve necesario recurrir a cirugía o tratamiento médico adicional. (29, 11)

Paciente hemodinamicamente inestable

Se define hemodinamicamente inestable a un paciente que presenta alguno de los siguientes signos: (11)

- Taquicardia mayor a 100 por minuto
 - Taquipnea mayor de 20 por minuto
 - Presión sistólica menos de 90 mmHg
 - Paciente refiere sed
 - Se evidencia extremidades frías y/o pulso débil.
 - Diuresis menor de 0.5cc/kg/hora.
- **Manejo general:** las medidas generales son las siguientes:
- Clave roja; canalizar dos vías endovenosas n°18, e iniciar infusión rápida de solución salina 0.9%
 - Coloca sonda vesical (Foley) e iniciar medición de diuresis horaria.
 - Administrar oxígeno (3 litros por minuto)
 - Control permanente de signos vitales.

- Preparar para laparotomía exploratoria.
- **Medidas específicas:** son las siguientes:
 - Fluidoterapia; en caso de inestabilidad hemodinámica, se inicia reanimación con suero fisiológica a 0.9% un volumen de 200 cc a chorro, si no se observa mejoría se continua con 500 cc de poligelina a goteo rápido, esto se mantiene hasta alcanzar la estabilidad hemodinámico. (11)
 - Hemoderivados; se usarán los siguientes: paquete globular, que se utiliza en casos de; de depresión del sensorio, palidez marcada e hipotensión arterial sostenida; administrar dos paquetes globulares a goteo rápido y se ordena la preparación de dos unidades más. Otro es el plasma fresco congelado; es usado después de cada 4 paquetes globulares, debe administrarse una unidad de plasma fresco congelado. Mientras que las plaquetas, se transfunden 5 unidades de plaqueta si esta se encuentra por debajo de 20 000 en caso que se encuentre entre los 20000 a 50000 se administra de 2 a 3 unidades de plaquetas. La finalidad es mantener un recuento mayor a 50000. Mientras que el uso de gluconato de calcio, se utiliza después de transfundir 4 unidades de cualquier derivado sanguíneo se deberá administrar 1 ampolla endovenosa en bolo de gluconato de calcio. Para evitar la coagulopatía por citrato. (11)
 - Cirugía; el tratamiento quirúrgico de los cuadros de embarazo ectópico se basa en la laparotomía exploratoria, esta intervención se realiza a la brevedad posible, luego de aplicar las medidas generales y mejorar las condiciones hemodinámicas de la paciente con la finalidad de controlar la hemorragia. De acuerdo a os hallazgos intraoperatorios, en caso de embarazo ectópico tubárico se procederá a la salpingectomía de inicio, para ello se debe cumplir con las siguientes condiciones como; paciente hemodinamicamente inestable con hemorragia

activa o signos de hemoperitoneo, masa anexial ecográficamente mayor de 4 cm de diámetro, abundante líquido libre a la exploración ecográfica, lesión tubárica severa. (11)

2.2.11. Complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico son el aborto tubárico y la rotura de la trompa uterina. El aborto tubárico es la más común de las complicaciones y la de menor gravedad. Es un embarazo se localiza en una zona alejada de la trompa. El proceso puede pasar inadvertido por el paciente, quien manifiesta solo discretos dolores y lipotimias que luego desaparecen, existe episodios agudos de dolor tipo punzante en cuadrante inferior del abdomen, que se acompaña de signos de anemia de intensidad variable con constante aceleración del pulso, hipotensión, palidez, mareos y transpiración. Si la hemorragia es intensa, el estado general se perturba por la irritación del peritoneo producto de la sangre extravasada que exacerba el dolor abdominal y hace aparecer defensa localizada y dolor en el hombro, por irritación del frénico. Al tacto el dolor es muy intenso en el fondo de saco de Douglas. El hematocele genera allí un tumor blando y pastoso. Al producirse la rotura tubárica si es brusca y amplia da lugar al cuadro cataclísmico de Barnes. Esto ocurre en los embarazos tubáricos localizados en las proximidades del cuerno del útero, donde el calibre de la trompa es menor y su vascularización es más rica. En estos casos el dolor se presenta de forma súbita y con gran intensidad, como puñalada, lateralizado en el abdomen inferior con irradiación al hombro y signos de grave shock: hipotensión, taquicardia, palidez, etc. Como en el aborto tubárico, el examen genital revela un fondo de saco de Douglas muy doloroso y ocupado cuya punción permite obtener sangre incoagulable.

En algunas ocasiones la rotura se produce lentamente y entonces origina cuadros proteiformes, en los cuales es dable observar la presencia de un tumor pelviano doloroso precedido de ligera metrorragia, corta amenorrea y dolor espontáneo discreto, con palidez y anemia de poca cantidad. (31)

2.3. Marco Conceptual

- **Aborto:** es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso, puede ser espontaneo o inducido. (40)
- **Amenorrea:** es la ausencia de sangrado menstrual y no es una patología por sí misma, constituyendo una manifestación clínica. Se clasifica en amenorrea primaria; que es la ausencia de menstruación antes de los 16 años en presencia de caracteres sexuales secundarios, o cuando la menstruación no se ha producido a los 14 años en ausencia de características sexuales secundarias y amenorrea secundaria; es aquella que tiene menstruaciones previas, con la desaparición de la misma por un periodo de 6 meses (41)
- **Anticonceptivos orales combinados:** son fármacos que contienen estrógenos y progesterona, que tienen como finalidad evitar el embarazo. (42)
- **Cesárea:** es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero (43)
- **Característica:** Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes (44)
- **Dispositivo intrauterino:** El Dispositivo Intrauterino (DIU) es un pequeño aparatito de plástico en forma de “T” cubierta de alambre de cobre que se coloca en el útero de la mujer para evitar el embarazo. (45)
- **Edad gestacional:** es el número de semanas entre el primer día del último periodo

- menstrual normal de la madre y la fecha de parto. (46)
- **Enfermedad pélvica inflamatoria:** es un proceso inflamatorio e infeccioso del tracto genital superior de la mujer. (47)
 - **Factores de riesgo:** es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar expuesto a desarrollar una enfermedad. (48)
 - **Gestación:** Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días. (49)
 - **Gonadotropina coriónica humana:** Hormona que se encuentra en la sangre y la orina durante el embarazo. También es posible que se encuentre en cantidades más altas que las normales en pacientes de algunos tipos de cáncer, como los cánceres de testículo, ovario, hígado, estómago, pulmón y otros trastornos. (50)
 - **Implantación:** La implantación embrionaria es un proceso breve donde el tejido endometrial alcanza un estado receptivo y donde se expresan moléculas que son necesarias para el proceso de implantación y posterior invasión del blastocisto. Este periodo se conoce como implantación y tiene lugar los días 20-21 del ciclo menstrual. (51)
 - **Infertilidad:** es la incapacidad para producir un hijo vivo. infertilidad primaria la que padece una pareja que consigue una gestación que no llega a término con un recién nacido normal, e infertilidad secundaria cuando, tras un embarazo y parto normales, no se consigue una nueva gestación a término con recién nacido normal. (52)
 - **Laparotomía:** Apertura quirúrgica del abdomen, y revisión de los órganos

abdominales y pélvicos. (53)

- **Legrado uterino:** El legrado uterino, también llamado curetaje, es una técnica ginecológica que consiste en raspar el tejido de las paredes internas del útero, con el fin de eliminar la capa mucosa del mismo. (54)
- **Salpingectomía:** La salpingectomía es la extirpación de una o ambas trompas de Falopio de la mujer debido a patologías o alteraciones que pueden afectar a su sistema reproductor. (55)
- **Salpingitis:** La salpingitis es un tipo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que consiste en la inflamación de las trompas de Falopio. (56)
- **Shock:** Es un estado de hipoperfusión tisular generalizada en la cual el aporte de oxígeno a nivel celular resulta inadecuado para satisfacer las demandas metabólicas. (57)
- **Shock hipovolémico:** es la pérdida rápida y significativa de volumen intravascular (sangre) que tiene como consecuencia inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión y puede ocasionar la muerte. (58)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1.Hipótesis general

Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis general

3.2.Hipótesis específicas

Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis específica

3.3.Variable

3.3.1. Variable independiente

- Embarazo ectópico

3.3.2. Variables intervinientes

- Características epidemiológicas
- Características clínicas

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación: (59)

Cualitativo.

4.2. Tipo de investigación: (59)

- Según su categoría: Cualitativo.
- Según la intervención: Observacional.
- Según las mediciones: Corte transversal.

- Según el nivel del estudio: Descriptivo.
- Según la cronológica de datos: Retrospectivo.

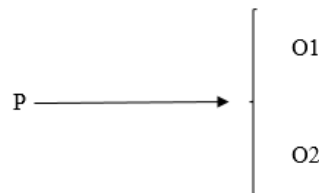
4.3. Nivel de investigación: (59)

Nivel descriptivo.

4.4. Diseño de la investigación:

Estudio no experimental, observacional, descriptivo, retrospectivo.

Se diseña el siguiente diagrama:



Donde:

P: Población

O1: Características Epidemiológicas

O2: Características clínicas

4.5. Población y muestra.

- **Población:** La población está conformada por las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, los datos se recolectaron desde el 01 de enero de 2017 al 31 diciembre del 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.
- **Muestra:** Por ser un estudio donde se utilizó a toda la población, no presenta muestra, ni muestreo.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de las pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo

ectópico desde el 01 de enero de 2017 al 31 diciembre del 2022 en el Hospital Félix Mayorca Soto.

- Historias clínicas con datos sociodemográficos.
- Historias clínicas con datos ginecoobstétricos.
- Historias clínicas con antecedentes quirúrgico.
- Historias clínicas con características clínicas.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas de las pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico desde el 01 de enero de 2017 al 31 diciembre del 2022 en el Hospital Félix Mayorca Soto.
- Historias clínicas sin datos sociodemográficos.
- Historias clínicas sin datos ginecoobstétricos.
- Historias clínicas sin antecedentes quirúrgicos.
- Historias clínicas sin características clínicas.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1 Técnica

La técnica de recolección de datos fue un análisis documental de las historias clínicas para obtener información de las características sociodemográficas, ginecoobstétricas, antecedentes quirúrgicos y características clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Feliz Mayorca Soto de Tarma.

4.6.2 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó la ficha de recolección de datos, se registró la información de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, durante el periodo de 01 de enero del 2017 al 31 de diciembre del 2022 en el Hospital Feliz Mayorca Soto de Tarma.

El citado formulario cuenta con ítems donde se recopiló los datos relacionados con las siguientes características, que se detallan a continuación:

- Características sociodemográficas: edad, grado de instrucción, estado civil.
- Características ginecoobstétricas: inicio de relaciones sexuales, número de partos previos, número de parejas sexuales, embarazo ectópico previo, uso de métodos anticonceptivos, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), uso de técnica de reproducción asistida, antecedente de aborto previo, edad gestacional, Hábito tabáquico.
- Antecedentes quirúrgicos: cirugía tubárica, apendicetomía, cesárea previa, cirugía de ovarios, legrado uterino y/o aspiración manual endouterina.
- Características clínicas de los pacientes, el cual se detalla a continuación: Dolor abdominal bajo, amenorrea, sangrado vaginal irregular, masa anexial, dolor a la movilización de cérvix, náusea y/o vómito.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2016, se seleccionaron los datos que sigan las características establecidas en la tabla de operacionalización de variables. En las filas las variables intervinientes y en las columnas las observaciones. Se usó análisis de las frecuencias de las variables. Los datos se consolidaron en tablas y figuras.

4.8. Aspectos éticos de la Investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se logró la aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Los Andes. Se solicitó permiso respectivo al Hospital Félix Mayorca Soto, para tener acceso libre al registro de las historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia, los cuales cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, para ser transcritas a la de ficha de recolección de datos, siendo de uso exclusivo para la investigación. La recolección de datos se obtuvo de forma anónima para proteger la

identidad del paciente siendo los datos recolectados de carácter confidencial y privado, y solo tuvo acceso a ellos el personal investigador.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de Resultados

En el presente estudio se consideró 65 pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto con el diagnóstico de embarazo ectópico, durante el periodo de 01 de enero 2017 hasta el 31 de diciembre del 2022, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Respecto a las características sociodemográficas se muestra los siguientes resultados:

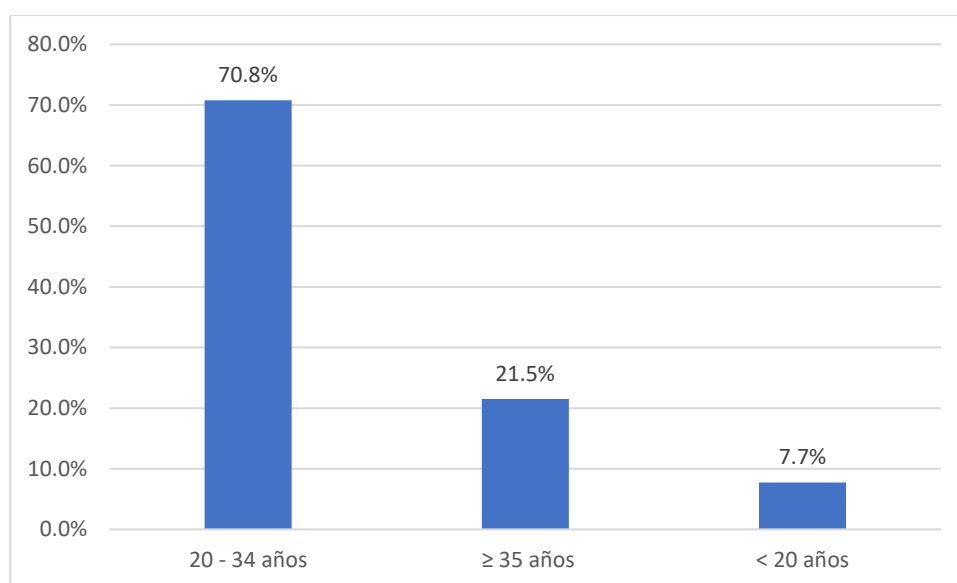
TABLA N° 1: Edad de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Edad	n	%
Adulta (20 a 34 años)	46	70.8

Añosa (≥ 35 años)	14	21.5
Adolescente (< 20 años)	5	7.7
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos
Clasificación etaria según OMS y FIGO. (60) (61)

Figura N° 2: Edad de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N°1 y Figura N°1, se muestra la edad de las pacientes. Donde casi las dos terceras partes (70.8%) se encuentran en la etapa adulta (20 a 34 años), un poco menos de la tercera parte (21.5%) son de etapa adulta (≥ 35 años) y menor proporción (7.7%) son de edad menor de 20 años

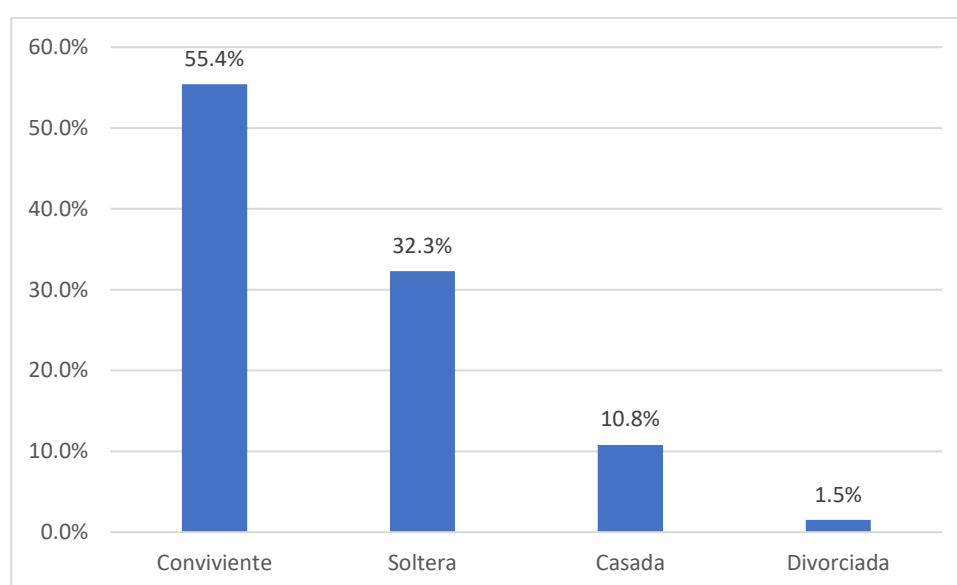
TABLA N° 2: Estado civil de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Estado civil	n	%
Conviviente	36	55.4

Soltera	21	32.3
Casada	7	10.8
Divorciada	1	1.5
<hr/>		
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 2: Estado civil de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N°2 y Figura N°2, se muestra el estado civil de las pacientes, donde se encuentra que más de la mitad (55.4%) son de estado civil conviviente, por otro lado, casi un tercio de la población (32.3%) son solteras, mientras que un (10.8%) son casadas y menor proporción (1.5%) son de estado civil divorciada.

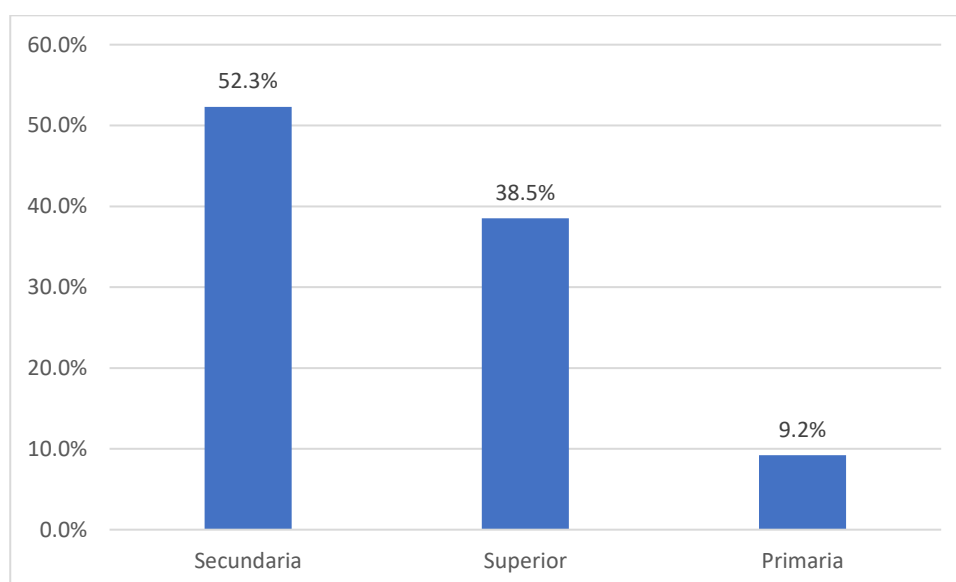
TABLA N° 3: Grado de Instrucción de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	n	%
Secundaria	34	52.3

Superior	25	38.5
Primaria	6	9.2
<hr/>		
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 3: Grado de Instrucción de pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N° 3 y Figura N° 3, se observa el grado de instrucción, donde se aprecia que más de la mitad (52.3%) cursaron hasta el grado de instrucción secundaria, mientras que un poco más de la tercera parte (38.5%) son de grado superior y en menor número (9.2%) se encontraron en grado de instrucción de primaria.

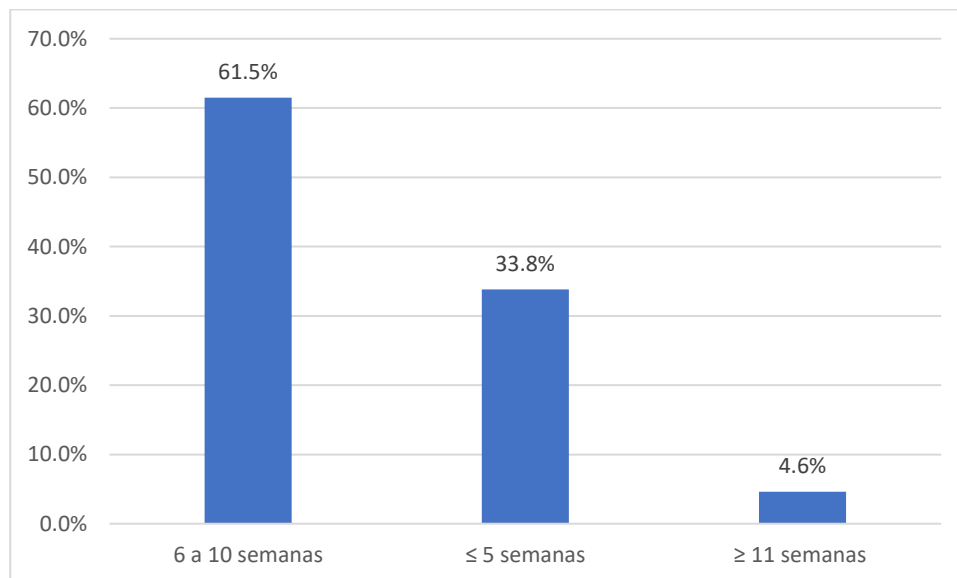
Respecto a las características ginecoobstétricas se muestra los siguientes resultados:

TABLA N° 4: Edad gestacional en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Edad gestacional	n	%
6 a 10 semanas	40	61.5
≤ 5 semanas	22	33.8
≥ 11 semanas	3	4.6
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 4: Edad gestacional en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

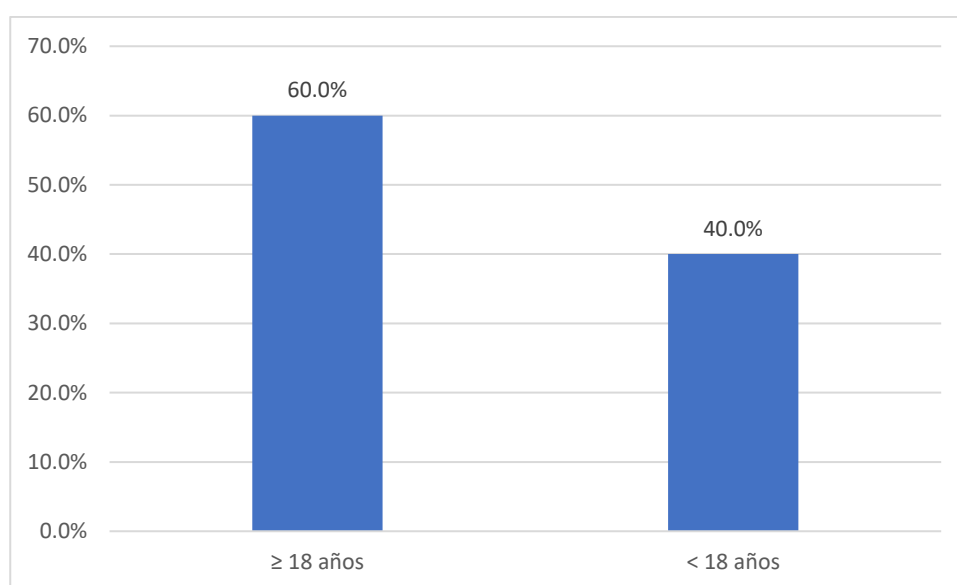
Interpretación: En la tabla N° 4 y Figura N° 4. Nos muestra la distribución de la edad gestacional de las pacientes, donde más de la mitad (61.5%) se encontraron entre las 6 a 10 semanas de la edad gestacional, mientras que un poco más de la tercera parte (33.8%) su edad gestacional es menor o igual a 5 semanas y en menor porcentaje (4.6 %) presentaron una edad gestacional mayor o igual a 11 semanas.

TABLA N° 5: Edad de inicio de relaciones sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Edad de Inicio de relaciones Sexuales	n	%
≥ 18 años	39	60.0
<18 años	26	40.0
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 5: Edad de inicio de relaciones sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N° 5 y Figura N° 5. Nos muestra la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes estudiadas, donde más de la mitad (60.0%) presentaron como edad de inicio de relaciones sexuales mayor o igual a los 18 años y en un porcentaje considerable (40.0%) su edad de inicio de relaciones sexuales se dio en una edad menor a los 18 años.

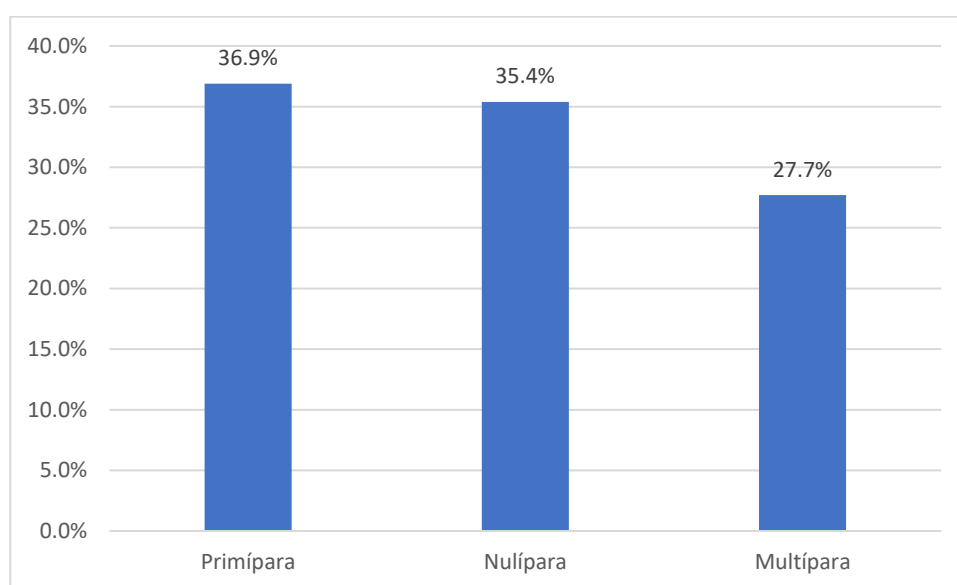
TABLA N° 6: Número de Partos previos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Número de partos previos	n	%
---------------------------------	----------	----------

Primípara	24	36.9
Nulípara	23	35.4
Múltipara	18	27.7
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 6: Número de Partos previos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N° 6 y Figura N° 6. Se observa el número de partos previos en las pacientes estudiadas, donde más de la tercera parte (36.9%) son primíparas, seguido de un (35.4%) son nulíparas y un poco menos de la tercera parte (27.7%) son múltiparas.

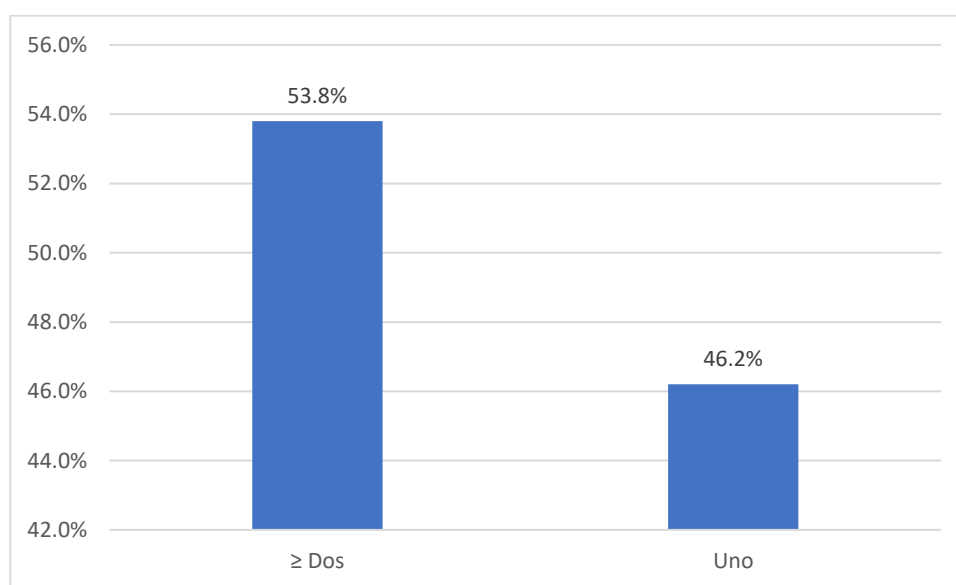
TABLA N° 7: Número de Parejas sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Número de parejas Sexuales	n	%
----------------------------	---	---

≥ Dos	35	53.8
Uno	30	46.2
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 7: Número de Parejas sexuales en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

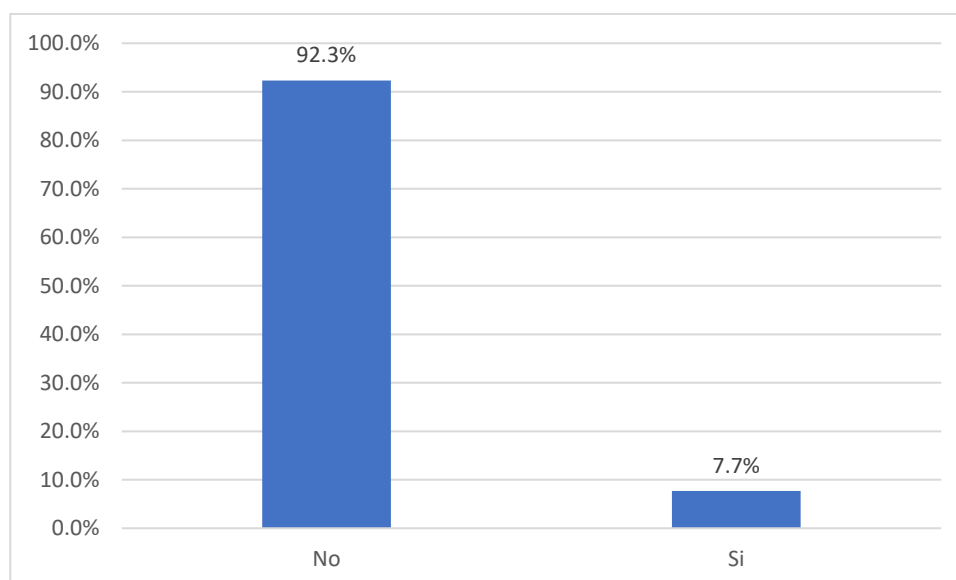
Interpretación: En la tabla N° 7 y Figura N° 7. Nos representa el número de parejas sexuales que tuvieron las pacientes estudiadas, donde; un poco más de la mitad (53.8%) tenían mayor o igual a dos parejas sexuales y en el otro grupo (46.2%) manifestaron haber tenido una pareja sexual previa.

TABLA N° 8: Embarazo Ectópico previo en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Embarazo ectópico previo	n	%
No	60	92.3
Si	5	7.7
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 8: Embarazo Ectópico previo en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

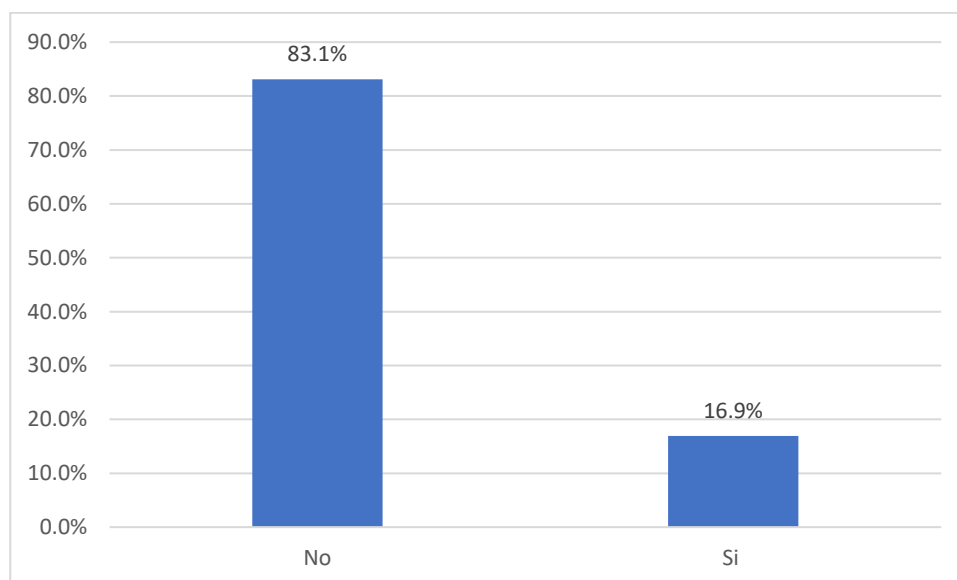
Interpretación: En la tabla N° 8 y Figura N° 8. Se observa la presencia de embarazo ectópico previo en las pacientes estudiadas, donde; mas de las dos terceras partes (92.3%) no presentan embarazo ectópico previo y en menor proporción (7.7%) si presentaron embarazo ectópico previo.

TABLA N° 9: Antecedente de aborto previo en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Antecedente de aborto previo	n	%
No	54	83.1
Si	11	16.9
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 9: Antecedente de aborto previo en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

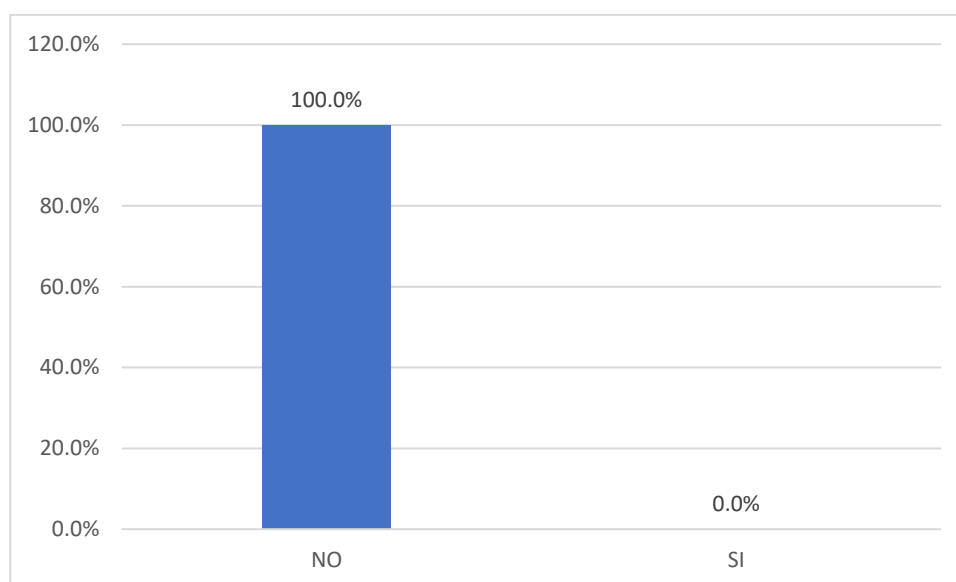
Interpretación: En la tabla N° 9 y Figura N° 9. Nos muestra el antecedente de aborto previo, donde más de las dos terceras partes (83.1%) no presentan antecedente de aborto previo y en menor porcentaje (16.9%) si presentaron este antecedente.

TABLA N° 10: Hábito Tabáquico en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Hábito Tabáquico	n	%
NO	65	100.0
SI	0	0.0
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 10: Hábito Tabáquico en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

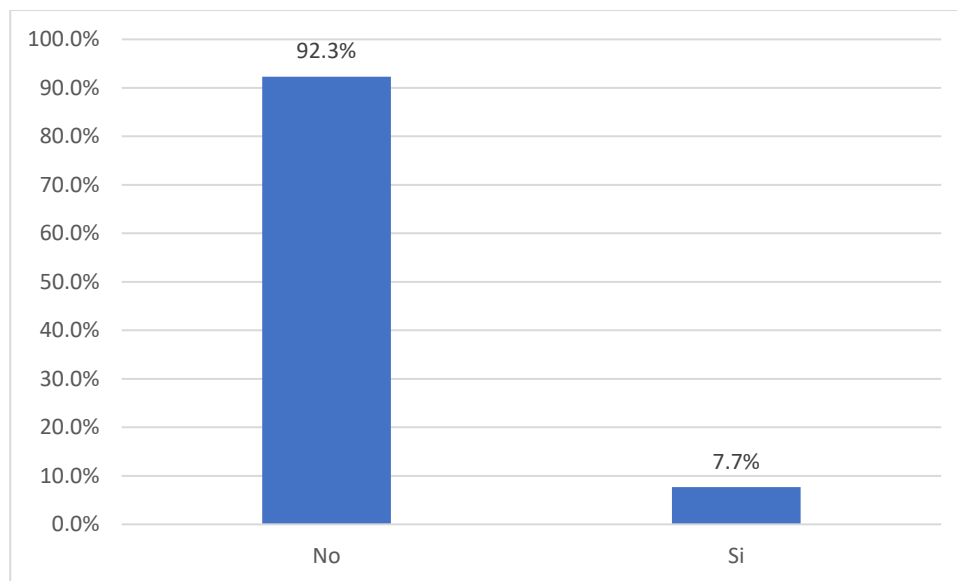
Interpretación: En la tabla N° 10 y Figura N° 10. Muestra el hábito tabáquico en las pacientes estudiadas, en donde el total de la población estudiada (100.0%) no practica hábito tabáquico.

TABLA N° 11: Antecedente de Enfermedad Pélvica inflamatoria en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria	n	%
No	60	92.3
Si	5	7.7
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 11: Antecedente de Enfermedad Pélvica inflamatoria en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

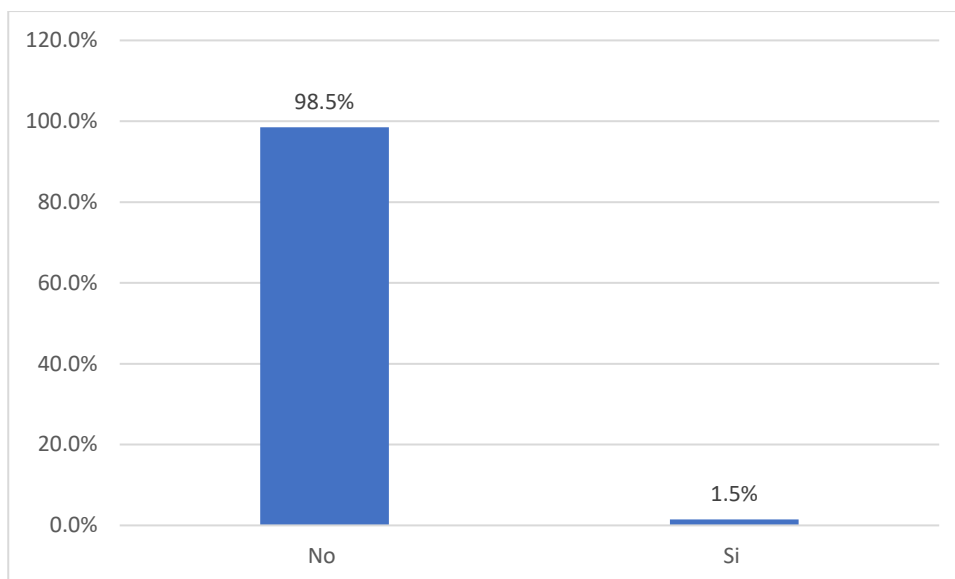
Interpretación: En la tabla N° 11 y Figura N° 11. Se muestra la presencia de antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, en donde más de las dos terceras parte de las pacientes (92.3%) no presentaron antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y en menor porcentaje (7.7%) si presentaron antecedente de EPI.

TABLA N° 12: Uso de técnica de reproducción asistida en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Uso de técnica de reproducción asistida	n	%
No	64	98.5
Si	1	1.5
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 12: Uso de técnica de reproducción asistida en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

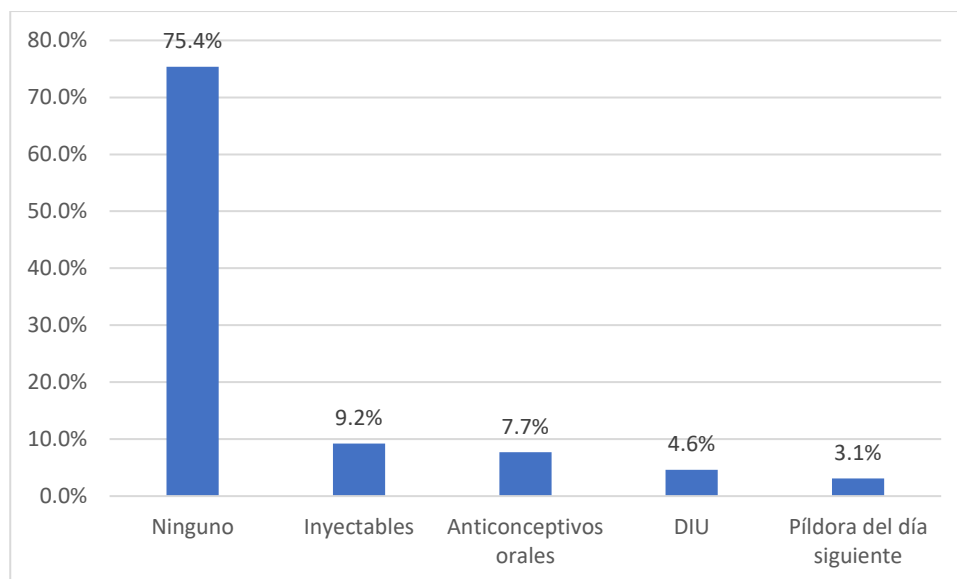
Interpretación: En la tabla N° 12 y Figura N° 12. Se observa que casi el total de la población estudiada (98.5%) no se sometió al procedimiento y (1.5 %) si lo realizó.

TABLA N° 13: Uso de Métodos anticonceptivos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Uso de métodos Anticonceptivos	n	%
Ninguno	49	75.4
Inyectables	6	9.2
Anticonceptivos orales	5	7.7
DIU	3	4.6
Píldora del día siguiente	2	3.1
Total	65	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Figura N° 13: Uso de Métodos anticonceptivos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N° 13 y Figura N° 13. Nos muestra el uso de métodos anticonceptivos, en donde un poco más de las dos terceras partes (75.4%) no reportaron el uso método anticonceptivo, mientras que en porcentajes menores se muestra que un (9.2%) realizó el uso inyectable, seguido de un (7.7%) de las pacientes reportó usos anticonceptivos orales, por otro lado un (4.6%) de las manifestó haber utilizado dispositivo intrauterino (DIU) y en menor porcentaje de todos (3.1%) registraron haber puesto en uso la píldora del día siguiente.

Respecto a los antecedentes quirúrgicos se muestra los siguientes resultados:

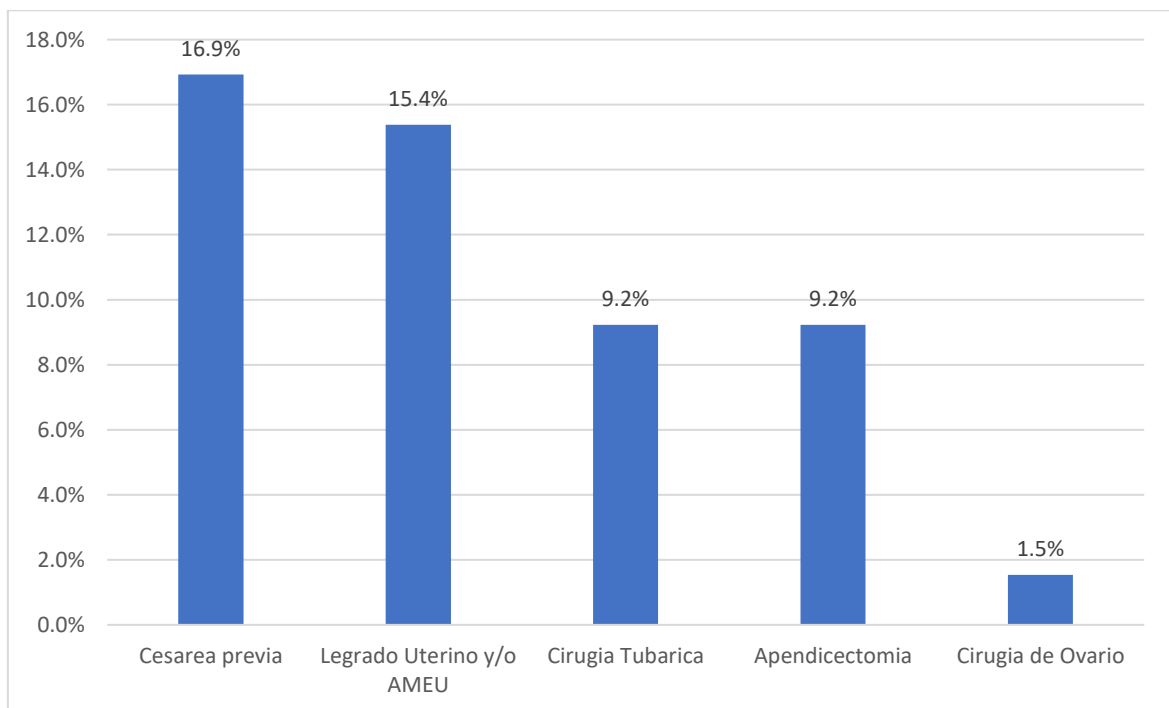
TABLA N° 14: Antecedentes quirúrgicos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Antecedentes Quirúrgico	n	%
Cesárea Previa	11	16.9

Legrado uterino y/o AMEU	10	15.4
Cirugía Tubárica	6	9.2
Apendicetomía	6	9.2
Cirugía de Ovarios	1	1.5

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

FIGURA N° 14: Antecedentes quirúrgicos en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: en la Tabla N°14 y Figura N°14, Muestra los antecedentes quirúrgicos de las pacientes que participaron en este estudio con diagnóstico de embarazo ectópico, donde se observa que en un (16.9 %) presentaron como antecedente quirúrgico con mayor frecuencia a la cesárea previa, seguido de legrado uterino y/o AMEU (15.4%), mientras que en igualdad de porcentaje, la cirugía tubárica y apendicetomía se representa con un (9.2%) y en menor porcentaje (1.5%) presentó antecedente de cirugía de ovarios.

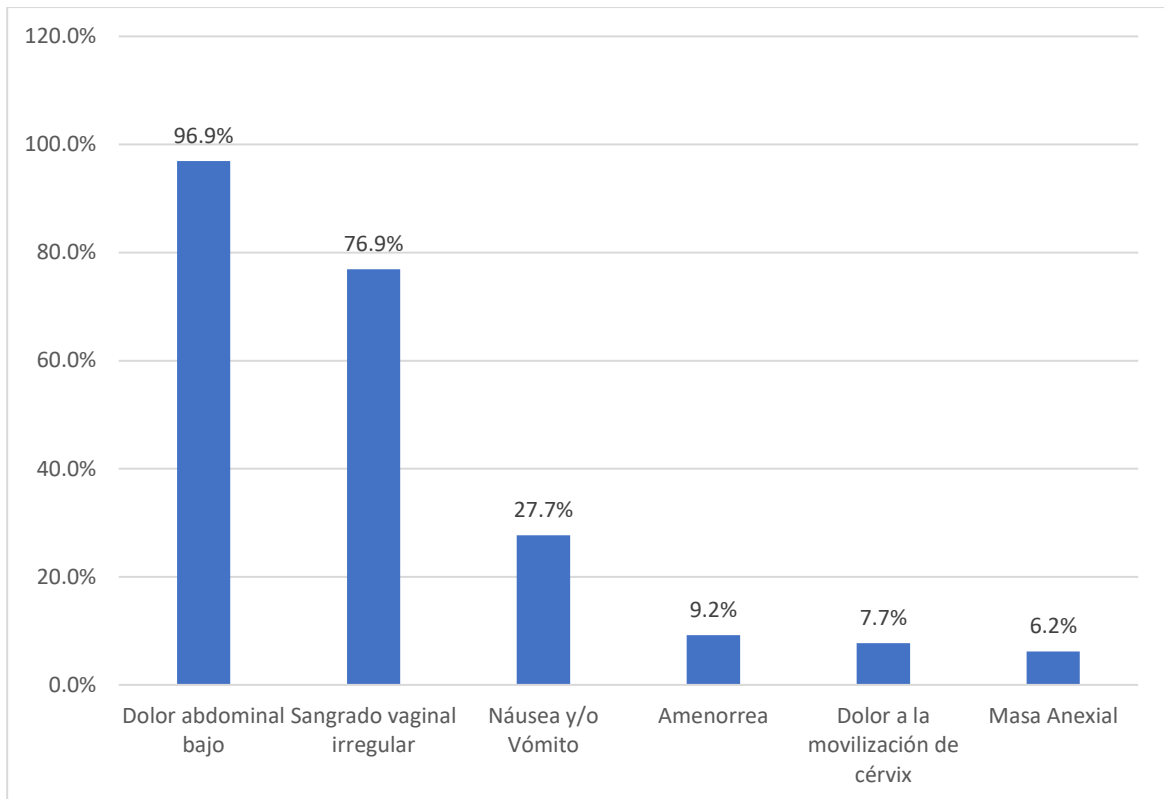
Respecto a las características clínicas se muestra los siguientes resultados:

TABLA N° 15: Características clínicas en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.

Características Clínicas	n	%
Dolor abdominal bajo	63	96.9
Sangrado vaginal irregular	50	76.9
Náusea y/o vómito	18	27.7
Amenorrea	6	9.2
Dolor a la movilización de cérvix	5	7.7
Masa Anexial	4	6.2

Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

FIGURA N° 15: Características clínicas en pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, en el periodo 2017 al 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos

Interpretación: En la tabla N°15 y Figura N°15. Representan las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, en donde casi el total de la población estudiada (96.9 %) presentaron dolor abdominal bajo, mientras que un poco más de las dos terceras partes (76.9%) presentaron sangrado vaginal irregular, por otro lado casi un tercio de la población (27.7%) presentaron náusea y/o vómito, y menor porcentaje se muestra con un (9.2 %) la presencia de amenorrea, con un (7.7%) presento dolor a la movilización de cérvix, seguido con una proporción de (6.2%) de masa anexial.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico, teniendo un grupo conformado por 65 pacientes.

En cuanto a los objetivos del estudio, relacionado a las características sociodemográficas podemos resaltar lo siguiente que se encontró que el rango de edad con mayor número de casos de embarazo ectópico se dio entre los 20 a 34 años de edad (70.8%). Resultado similar

a, Mescua (16) en el Lima en el 2023 encontró como rango de edad más frecuente entre los 20 a 35 años de edad (66%). Asimismo, Huaman en Cusco (19) en el 2021 encontró que el embarazo ectópico fue más frecuente entre los 20 a 35 años de edad (82%). Por el contrario, Huerta et al. en la ciudad de Huaraz (17) observaron que la edad de presentación se dio en edades ≤ 19 años y ≥ 35 años siendo un 72.7% de los casos. Al revisar la teoría, el embarazo ectópico se presenta más en mujeres añosas, considerando aquella después de los 35 a 44 años de edad, en donde se considera la disminución de la actividad mioeléctrica de la trompa uterina. En relación a nuestros resultados que difieren a los datos teóricos, pero se respalda en los antecedentes se debería a que la población sexualmente activa se encuentra en este grupo de edad.

En cuanto al estado civil, se observó que el 55.4 % de pacientes son de estado civil conviviente, dato similar al estudio realizado por Contreras et al (20) en Lambayeque en el 2021, donde se encontró con mayor frecuencia el estado civil conviviente en un 53.33% de los casos. Por el contrario, en el estudio de Veliz (21), en Lima en el 2021 observó con mayor frecuencia el estado civil de soltera con un 81.03%. En la literatura se identifica que una relación inestable puede llevar a la aparición de episodios de infidelidad y así mayor número de parejas sexuales y por ende la aparición de infecciones de transmisión sexual.

Respecto al grado de instrucción, nuestro estudio muestra que el grado más frecuente fue secundaria 52.3%, resultados que son parecidos a la investigación de Paz (6) en el Ecuador en el 2023, donde encontró que las pacientes son de nivel secundario con un 54.8%, sus resultados son comparables al estudio realizado por Hermoza (18) en la ciudad de Tacna en el 2021, donde el grado de instrucción más frecuente es de nivel secundaria en un 63% de los casos. En contraste Ramos (24) en Juliaca en el 2020 el grado de instrucción secundaria se encontró en 63.4%. estos resultados se contradicen a los datos presentados por Chipana (27) en Huancayo el 2019 en donde un 62% de casos son de grado de instrucción superior.

Esta diferencia puede deberse probablemente a la población de estudio tomada ya que el último estudio mencionado se realizó en un hospital del seguro social de salud del Perú, en donde los pacientes que acuden son profesionales.

En relación a las características ginecoobstétricas de las 65 pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto, se encontró que la edad gestacional con mayor frecuencia fue entre las 6 a 10 semanas con un 61.5 %. Un resultado similar, Hermoza (18) en Tacna en el 2021, encontraron que la edad gestacional donde se dio más casos fue entre las 4 a 8 semanas siendo un 75%. Por otro lado. Algo similar encontró Mescua (16) en Lima en el 2023, siendo la edad gestacional donde se dio los casos de embarazo ectópico fue entre las 5 a 8 semanas, representando un 74%. Los resultados obtenidos son aproximados a los encontrados en los antecedentes, así mismo se aproximan a los datos teórico que sostienen la edad gestacional más común donde se dan los casos es entre las 6 a 10 semanas.

En relación al inicio de las relaciones sexuales, se encontró que la edad de inicio de relaciones sexuales fue más frecuente a la edad mayor o igual a los 18 años (60.0%). Similar a Chipana (27) en el 2019, encontró que el inicio de relaciones sexuales se dio entre los 18 a 25 años de edad con un 40%. Por el contrario, Huaman (19) en Cusco en el 2021 observó que la edad de inicio fue antes de los 18 años siendo en un 90% de los casos, de modo similar, Omareda (25) en Lima, encontró que un 95.4% de los casos iniciaron su actividad sexual menor a los 18 años. La oposición de resultados obtenidos frente a los antecedentes estaría condicionada porque la población estudiada estaría conformada por personas que superaron el grado de instrucción secundaria.

En relación al número de partos previos, se encontró a las primíparas con un 36.9 %. En contraste a Anyanwu et al. (14) realizaron su estudio en Gambia donde encontraron en el 2021 a las primíparas como las que más destacaron con un 32% de los casos. estos resultados

se contradicen con lo expuesto por Hermoza (18) en Tacna en el 2021 donde el 43.1% de los casos son nulíparas, mientras que Omareda (25) en Lima en el 2020, encontró que un 80.7 % de su población estudiada fueron multíparas. Según la teoría pone de conocimiento que los casos de embarazo ectópico se asocian más a cuadros de multiparidad o nuliparidad (40) esta variabilidad en el resultado puede estar influenciada por otras características condicionantes para el desarrollo de un embarazo ectópico.

Respecto al número de parejas sexuales; un 53.8 % presentaron mayor o igual a dos parejas sexuales. En contraste Mescua (16) en Lima en el 2023 encontró que 91% de pacientes presentaron 2 o más parejas sexuales, del mismo modo Bermejo (22) en Arequipa en el 2020 un 65.7 % tuvieron dos o más parejas sexuales. Sin embargo, Ramos (24) en Juliaca en el 2020 observó que un 74.4% presentaron solo una pareja sexual. Nuestros resultados y algunos antecedentes se relacionan con los datos teóricos, en donde se menciona el hecho de tener múltiples parejas sexuales genera exposición a infecciones de transmisión sexual y posterior embarazo ectópico.

Respecto al embarazo ectópico previo se encontró un poco número de casos siendo el 7.7% de los casos. algo similar Mescua en lima en el 2023 (16) resalto un 15% de los casos con embarazo ectópico previo, observándose más número de casos en el estudio de Huerta et al. (17) en Huaraz en el 2022 se observaron un 33.3% de los casos. La frecuencia de casos nuevos se respalda con la teoría ya que la probabilidad que se desarrolle un embarazo ectópico nuevo es un 10%, todo por la presencia de una cicatriz por la cirugía tubárica previa.

Por otro lado, en relación al antecedente de aborto previo se encontró un 16.9 % de los casos, algo similar a Figueredo (13) en Cuba en el 2021, identificaron la presencia de abortos en un 17.8 % de los casos. mientras que con mayor número de casos se encontró en el estudio de Huerta et al. (17) en Huaraz el 2022, donde el antecedente de aborto se dio en un 43.9%

de los casos, así como Hermoza (18) en Tacna en el 2021 observó el antecedente de aborto en un 58 % de los casos. La diferencia entre el porcentaje de presentación de casos entre los diferentes antecedentes puede estar influenciada por otras características relacionadas a la presencia de aborto, en relación a nivel de educación de la población y al nivel socioeconómico.

Respecto al hábito tabáquico se encontró que el 100% de los casos no practico este hábito. Un resultado casi similar encontró Hermoza (18) en Tacna en el 2021, donde un 94.5 % no tuvieron este antecedente. Asimismo, Omareda (25) en Lima en el 2020, observó que un 86.2% de los casos no fumaba. Sin embargo, Berrios (26) en Cusco en el 2019 encontró una población con hábito tabáquico siendo un 33% de los casos. según la teoría la exposición a la nicotina disminuye el movimiento ciliar y motilidad tubárica y por ende el transporte de ovulo fecundado, si bien esta característica no repercute en los resultados obtenidos ya que estaría influenciado por otros condicionantes. El consumo estaría influenciado por el nivel social y cultural de las personas.

En relación al antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria se encontró un 7.7% de los casos. Algo parecido presentó Mescua (16) en Lima en el 2023, sostuvieron que un 9% padecieron EPI. Otro estudio, pero con más número de casos son el hecho por Huerta et al. (17) en Huaraz en el 2022 encontraron el antecedente de EPI en un 51.5% de los casos. Como se sabe desde la parte teórica la EPI es el riesgo más importante para la lesión a nivel de las trompas uterinas, sin embargo, la diferencia de presentaciones entre estos estudios estaría condicionado por el manejo médico oportuno frente a las infecciones de transmisión sexual y el nivel de conocimiento de la población en relación a las infecciones de transmisión sexual.

Respecto al uso de técnica de reproducción asistida, en el presente estudio se observó solo 1.5 % del total de casos. algo parecido es reportado por Del Ángel (15) en México en el 2021 donde el uso de terapia de reproducción asistida se dio en 1% de los casos. asimismo, el estudio hecho por Chipana (27) en Huancayo en el 2019 un 100 % de los casos no se realizaron técnica de reproducción asistida. Otros estudios reportan más casos como Omareda (25) en Lima en el 2020 el 13.8% de los casos hizo uso de reproducción asistida. La presencia de pocos casos se puede deber a su alto costo y poco acceso a este procedimiento.

En relación al uso de métodos anticonceptivos se observó que un 24.6 % de los casos uso métodos anticonceptivos y un 4.6 % uso del dispositivo intrauterino. Algo parecido a lo presentado por Mescua (16) en Lima en el 2023 donde un 18% de los casos usaron método anticonceptivo y un 2% de los casos usaron DIU. En relación al uso DIU se observan otros antecedentes que, si reportaron mayor su uso como; Vivas (23) en su investigación en Tumbes mencionó que un 16.9% de los pacientes usaron DIU, así como Huerta et al. (17) en Huaraz observaron un 48.5% de los pacientes usaron DIU. Los datos teóricos establecen que uno de los métodos anticonceptivos usados es DIU, que puede quedar embarazada en menos del 1% y un 53% de los que se desarrolla son ectópicos, producto del efecto antiinflamatorio local por el dispositivo insertado, la diferencia de resultados estaría condicionado por el acceso de la población al uso de estos métodos y por la falta de conocimiento de la población y por la poca orientación que brinda el personal sanitario de cada entidad hospitalaria.

En la presente investigación en relación a los antecedentes quirúrgicos la frecuencia se encuentra distribuida en función al número de casos, encontrándose que un 16.9% de los casos presento antecedente de cesárea previa seguido de legrado uterino y/o AMEU con un 15.4 % de los casos. Mientras que Mescua (16) en Lima en el 2023 encontró como

antecedente quirúrgico; legrado uterino en un 41% de los casos y antecedente de cesárea en un 29% de casos. Asimismo, Omareda (25) en Lima en el 2020 en donde encontró que un 26.6% presentaron antecedente de cesárea previa y un 35.8% fue sometido a legrado uterino. En contraste Berrios (26) en Cusco en el 2019 encontró que un 48.1 % de los casos presentaron antecedente de aborto y/o legrado. Los datos teóricos plantean que la presencia de cirugías abdomino pélvicas como la cesárea genera la presencia de adherencias peritubarica, alterando la mecánica tubárica, mientras que procedimientos de raspado en la cavidad uterina genera un posterior cuadro de inflamación que se extiende a las trompas con cambios anatómicos y funcionales, la frecuencia de estos datos estará influenciada por diferentes enfermedades previas que llevaron a manejo quirúrgico.

Referente a las características clínicas se encontró como cuadros más frecuentes el dolor abdominal bajo con un 96.9 % y un 76.9 % presento sangrado vaginal irregular. Por otro lado, Kedisobua (12) en Angola en el 2023 encontró que la presentación clínica más frecuente fue el dolor abdominal bajo en un 70% de los casos, asimismo Figueredo (13) en Cuba en el 2021 la manifestación clínica principal fue el dolor en bajo vientre en un 57.14%, así también Huaman (19) en Cusco en el 2021, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron; dolor abdominal en el 100% de los casos y sangrado genital en un 88% de los casos. los datos obtenidos y antecedentes se relacionan a la información teórica, en donde se manifiesta como síntoma principal el dolor abdominal bajo.

CONCLUSIONES

- Esta investigación resalta las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto, Tarma en el periodo de 2017 al 2022, siendo los siguientes: Rango de edad más frecuente de 20 a 34 años (70.8%), estado civil conviviente (55.4%) y grado de instrucción secundaria (52.3 %).
- En cuanto a las características ginecoobstétricas obtenidas son: La edad gestacional se encontró entre 6 a 10 semanas (61.5%), la edad de inicio de relaciones sexuales fue de

18 años a más (60.0%), primíparas (36.9%), dos o más parejas sexuales (53.8%), embarazo ectópico previo (7.7%), aborto previo (16.9%), no hábito tabáquico (100 %), antecedente de EPI (7.7%), uso de técnica de reproducción asistida (1.5%) y no uso de métodos anticonceptivos (75.4%) y entre ellos un (4.6%) uso de DIU.

- En relación a los Antecedentes quirúrgicos más frecuentes son: Cesárea previa (16.9%), legrado uterino y/o AMEU con un 15.4% de casos.
- Analizando las características clínicas con mayor frecuencia fueron: Dolor abdominal bajo 96.9% y sangrado vaginal irregular (76.9%).

RECOMENDACIONES

1. Se insta al director y jefe de servicio de ginecología y obstetricia del Hospital “Félix Mayorca Soto”, para que puedan actualizar su guía de práctica clínica con los datos estudiados, tomando en cuenta los datos sociodemográficos, características

ginecoobstétricas, antecedentes quirúrgicos y las manifestaciones clínicas, más frecuentes que servirán de guía para los profesionales que laboran en dicha entidad.

2. Se recomienda a todo el personal de salud a realizar un abordaje adecuado y diferencial de las gestantes con hemorragia de la primera mitad de embarazo, con la finalidad de brindar un diagnóstico certero, haciendo uso de pruebas de imagen y laboratorio, con el fin de evitar una complicación que conlleva a la mortalidad materna.
3. Se recomienda al personal de salud a realizar una adecuada anamnesis para recolectar información relacionada a los antecedentes de las pacientes, que serían tomados como condicionantes para la aparición de casos de embarazo ectópico.
4. Se recomienda al personal de salud del primer nivel de atención, a brindar consejería en temas de salud sexual y reproductiva, como parte del programa de promoción y prevención de la salud, con la finalidad de evitar el desarrollo de las diferentes características que condicionan al desarrollo de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [internet]. 2023. [citado 1 de marzo del 2023]. URL Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. [internet]. 2023. [citado 1 de marzo del 2023]. URL Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
3. Ministerio de Salud del Perú. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú, 2022 – 2023. [internet]. 2023. [citado 1 de marzo del 2023]. URL Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2023-05-18/cdc-mortalidad-materna-2022-2023.pdf>
4. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). [internet]. 2016. [citado 1 de marzo del 2023]. URL Disponible <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
5. Houser M, Kandalaft N, Khati Nueva Jersey. Embarazo ectópico: una guía para residentes sobre los hallazgos de las imágenes y los errores del diagnóstico Radiol emergente. 2022 febrero;29(1):161-172. URL Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34618256/>

6. Paz Poma W. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020. [internet]. Ecuador. 2023. [citado 1 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/3338/1/Paz%20Poma%20Wilson%20David.pdf>
7. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2006. [internet]. Perú. 2006. [citado 1 de marzo del 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/dGuias_practica_clinica_para_atencion_de_emergencias_obstetricas_nivel_capacidad_resolutiva.pdf
8. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23ª Edición. México. McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2011.
9. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Gary F. Williams Ginecología. 2^{da} edición. México. McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2014.
10. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. [internet]. Chile. REV CHIL OBSTET GINECOL 2020; 85(6): 697 – 708. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>
11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2da Edición. Pág. 28 – 35. Lima – Perú. Hecho deposito legal en la biblioteca nacional del Perú. 2018.
12. Kedisobua E. Factores clínicos del embarazo ectópico en gestantes angolanas. [internet]. Angola. Maternidad del Hospital General de Benguela, 2023 [citado 1 de

- marzo del 2023] Disponible en:
<https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1836>
13. Figueredo L, Monet D, Blanco G, Aguiar A, Fundora E, Vazquez Ortiz E. Caracterización de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico de enero a diciembre del 2019. [internet]. Cuba. Revista Estudiantil HolCien 2021. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en:
<https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/193/77>
14. Anyanwu M, Titilope G. Embarazo ectópico en el hospital terciario de Gambia. [en línea]. Gambia. Ciencias de la Salud Afr. 2021 marzo; 21(1): 295–303. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8356603/>
15. Del Angel J. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas. Experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel”. [internet]. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. febrero 2021. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en:
<http://eprints.uanl.mx/20513/1/Dr.%20Jaime%20Eduardo%20Del%20Angel%20Ramos.pdf>
16. Mescua E. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2020. [internet]. Perú. Universidad Ricardo Palma. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5085>
17. Huerta L, López D. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, hospital Victor Ramos Guardia Huaraz, 2019. [internet]. Perú. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo 2022. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en:
<https://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/5096>

18. Hermoza C. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue – Tacna, 2015 al 2020. [internet]. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2021. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4383>
19. Huaman K. Perfil epidemiológico clínico quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital de Quillabamba, 2016-2020. [internet]. Perú. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2021. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5777/253T20210103_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Contreras L, Saba F. Factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de Lambayeque en el período septiembre 2019 – febrero 2020. [Internet]. Perú. Universidad Roosevelt. 2020. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/316>
21. Veliz J. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital nacional Sergio E. Bernales, Lima 2019 – 2020. [internet]. Universidad privada San Juan Bautista. 2021. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3408>
22. Bermejo A. Incidencia y factores asociados al embarazo ectópico, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo ESSALUD Arequipa 2015-2017. [internet]. Universidad Católica de Santa María. 2020. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10439>
23. Vivas A. Dispositivo intrauterino T de cobre como factor de riesgo de embarazo ectópico. [internet]. Universidad Cesar Vallejo. 2020. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/60535>

24. Ramos L. Perfil clínico quirúrgico del embarazo ectópico en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019. [internet]. Universidad Cesar Vallejo. 2020. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57832>
25. Omareda K. Factores de riesgo para gestación ectópica en mujeres atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017– 2019. [internet]. Universidad Privada San Juan Bautista. 2020. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2633>
26. Berrios M. Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. [internet]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2019. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4032/253T20190227_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Chipana I. Factores de riesgo para embarazo ectópico. [internet]. Universidad Peruana Los Andes. 2019. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/981>
28. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Gary F. Williams Ginecología. 2^{da} edición. México. McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2014.
29. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23^a Edición. México. McGRAW-HILL Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2011.
30. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo ectópico. [internet]. Progresos de Obstetricia y ginecología Vol. 50. Núm. 6. páginas 377-385. España [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416>

31. Fescina R, Schwarcz R, Duverges C. Obstetricia. 7ma edición. Ciudad autónoma de Buenos aires – argentina. Editorial el ateneo. 2016.
32. Stephanie Espinoza Garita, Juan Carlos Garnier Fernández, Gloriana Pizarro Alvarado. Generalidades sobre embarazo ectópico. [internet]. Revista Médica Sinergia Vol.6(5), mayo2021 -ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670/1210>
33. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. Embarazo Ectópico. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/ectopic-pregnancy>
34. Illanes Ruth, Salizar Geraldine. Características clínicas del embarazo ectópico en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2015. [internet]. Universidad Andina del Cusco. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/546/Ruth_Geraldine_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y
35. Pommer R, Díaz I, Celis A, Epifanio R, Campos J. Embarazo Ectópico. [internet]. Medicina Reproductiva en la consulta ginecológica. Comité de Medicina Reproductiva, FLASOG 2015-2017. Alta Voz Editores. Pag: 81 – 97. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://iddeasmkt.com/flasog/wp-content/uploads/2020/12/Medicina_Reproductiva_FLASOG.pdf#page=81
36. Palomino W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo Enero - diciembre del 2015. [internet]. Universidad Ricardo Palma. 2018. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1412>
37. Sierra García, G. Cejudo Álvarez, J. Mondragón Chimal M. Factores de riesgo del embarazo ectópico. [internet]. Investigación Materno Infantil. Vol. I, No. 2. Mayo-

- agosto 2009. Pág. 85-89. México [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092h.pdf>
38. Cenicerros L, Rojas G, Molina P, Aldaco F. Estudio retrospectivo del embarazo ectópico tubario en el Centro Médico ABC. Experiencia de cinco años. [internet]. An Med Asoc Med Hosp ABC 2003; 48 (2): 102-106. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2003/bc032d.pdf>
39. Lee I, Barnhart K. ¿Qué es un embarazo ectópico? [internet]. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG practice bulletin. No. 191: tubal ectopic pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(2): e65-e77. [citado 1 de marzo del 2023] Disponible en: <https://sites.jamanetwork.com/spanish-patient-pages/2023/hoja-para-el-paciente-de-jama-230207.pdf>
40. Guevara E. Aborto. [internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/4044_2015_07_14_complificaciones_aborto.pdf
41. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolo SEGO. Amenorrea primaria y secundaria. Sangrado infrecuente. [internet]. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 56. Núm. 7. páginas 387-392 (agosto - septiembre 2013). [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-protocolo-sego-amenorrea-primaria-secundaria--S0304501313000988>
42. Clínica Mayo. Píldoras anticonceptivas combinadas. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/combo-birth-control-pills/about/pac-20385282>

43. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. [internet]. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 25. Núm. 6, páginas 987-992. Noviembre 2014. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>
44. Definición. Definición de característica. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://definicion.de/caracteristica/>
45. Centro Nacional de equidad de Género y Salud Reproductiva. Dispositivo Intrauterino. [internet]. Salud secretaria de Salud. México. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/248537/8_Dispositivo_Intrauterino_Ficha_Informativa.pdf
46. Lattari A. Edad Gestacional. [internet]. Manual MSD. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>
47. Barrantes S. Enfermedad Pélvica Inflamatoria. [internet]. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (614) 105 - 109, 2015. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151u.pdf>
48. Instituto Nacional de Estadística. Concepto factor de riesgo. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>
49. Instituto Nacional del Cáncer. Embarazo. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>

50. Instituto Nacional del Cáncer. gonadotropina coriónica humana β . [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/gonadotropina-corionica-humana-b>
51. Gutiérrez B. Implantación embrionaria. Algunos aspectos moleculares en la receptividad endometrial. Revisión Bibliográfica. [internet]. Multimed. Revista Médica. Granma. ISSN 1028-4818RPNS-1853. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul191n.pdf>
52. Vidal C. Esterilidad e infertilidad humanas. Abordaje y tratamiento. [internet]. Farmacia profesional. Vol. 15. Núm. 8. páginas 96-101. 2001. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-esterilidad-e-infertilidad-humanas-abordaje-13018349>
53. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida. Laparotomía y/Laparoscopia Diagnóstica en Abdomen Agudo no Traumático en el Adulto. [internet]. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-509-11. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/509GRR.pdf>
54. Sánchez J, Azaña S, Salvador Z. Legrado uterino – procedimiento, recuperación y complicaciones. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/legrado-uterino/>
55. Savia. Salpingectomía. [internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/salpingectomia>
56. Paraíso B, Sánchez J, Barranquero M, Rebeca Reus, Salvador Z. ¿Qué es la salpingitis? – Causas, síntomas y tratamiento. [internet]. Reproducción asistida ORG. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/salpingitis/>

57. López F, Del Rocío G, Tapia E, Paz D, Ochoa X, Cano A, Sánchez A, Montiel H. Choque hipovolémico. [internet]. Centro Médico ABC. An Med (Mex) 2018; 63 (1): 48-54. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>
58. Arteaga J. Adherencia a las recomendaciones de las guías europeas y ATLS en reanimación con líquidos en pacientes con choque hipovolémico traumático en urgencias del HGR/MF 1. [internet]. Universidad autónoma del estado de Morelos. [citado 1 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/2238#:~:text=RESUMEN%20El%20choque%20hipovol%C3%A9mico%20hemorr%C3%A1gico,y%20puede%20ocasionar%20la%20muerte>
59. Hernández R, Fernández C y Baptista M. Metodología de la Investigación. McGRW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Mexico. Sexta edición. [internet]. 2014. [citado 1 de marzo del 2023]. URL Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
60. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la adolescencia? [internet]. 2023. [citado 1 de marzo del 2023]. URL Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20adolescencia%3F,-Centro%20Nacional%20para&text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,de%2015%20a%2019%20a%C3%B1os>.
61. Dasio F, Guevara E, Rodriguez M, Ayala R, Quiñones L, Ayala D, Luna A, Carranza C, Ochante J. Rev Peru Investig Matern Perinat 2016; 5(2):9-15.9. [citado 1 de marzo

del 2023]. URL Disponible en:
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/9y15_Edad_Materna_avanzada.pdf

ANEXO

Anexo. 1. Matriz de Consistencia.

Problema	Objetivo	Justificación	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema General: ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características sociodemográficas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022? • ¿Cuáles son las características ginecoobstétricas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022? • ¿Cuáles son los antecedentes quirúrgicos de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022? • ¿Cuáles son las características clínicas más frecuentes de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022? 	<p>Objetivo general: Describir las características epidemiológicas y clínicas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022. • Identificar las características ginecoobstétricas de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022. • Identificar los antecedentes quirúrgicos de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022. • Identificar las características clínicas más frecuentes de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en el periodo 2017 – 2022. 	<p>El presente trabajo adquiere relevancia ya que a partir de ello se obtendrá información que podrá ser usada por el personal de salud del hospital, y de esta manera intervenir y evitar el desarrollo de esta patología, en conjunto con la población estudiada.</p>	<p>Hipótesis general: Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis general.</p> <p>Hipótesis específica Por ser un estudio descriptivo no cuenta con hipótesis específica.</p>	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo ectópico <p>Variables intervinientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características epidemiológicas • Características clínicas 	<p>Método de investigación Método cualitativo</p> <p>Tipo de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según su categoría: Cualitativo • Según la intervención: Observacional • Según las mediciones: Corte transversal • Según el nivel del estudio: Descriptivo • Según la cronológica de datos: Retrospectivo <p>Nivel de investigación Nivel descriptivo</p> <p>Diseño de investigación Estudio no experimental, observacional, descriptivo, retrospectivo.</p> <p>Población y Muestra La población está conformada por las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, los datos se recolectaron desde el 01 de enero de 2017 al 31 diciembre del 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Muestra Por ser un estudio donde se utilizó a toda la población, no presenta muestra, ni muestreo.</p> <p>Técnica de recolección de datos Revisión documental</p> <p>Instrumento de recolección Ficha de recolección de datos</p> <p>Análisis de resultado Análisis de frecuencia</p>

Anexo. 2. Matriz de operacionalización de Variables

VARIABLE		DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	UNIDADES DE MEDIDA	ESCALA	VALOR FINAL	INSTRUMENTO
Embarazo ectópico	Características epidemiológicas	Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes	Será definido por los datos encontrados en la evaluación de la historia clínica.	Sociodemográfico	Edad	Años	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • < 20 años • De 20 a 34 años • ≥ 35 años 	Ficha de recolección de datos
					Estado civil	-	Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada 	
					Grado de instrucción	-	Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	
				Ginecoobstetricos	Edad gestacional	Semanas	Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 5 semanas • 6 a 10 semanas • ≥ 11 semanas 	
					Inicio de Relaciones Sexuales		Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • < 18 años • ≥ 18 años 	
					Número de Partos Previos		Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Multípara 	
					Número de Parejas Sexuales		Cuantitativa Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Uno • ≥ Dos 	
					Embarazo ectópico previo		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
					Antecedente de aborto Previo		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

					Hábito tabáquico		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
					Antecedente de EPI		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
					Uso de técnica de reproducción asistida		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
					Uso de Métodos anticonceptivos		Nominal Politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales • Píldora del día siguiente • Inyectables • DIU • Ninguno 		
				Quirúrgico	Legrado uterino y/o AMEU		-	Nominal Dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
					Cesárea Previa			Nominal Dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
					Cirugía Tubárica			Nominal Dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
					Apendicetomía			Nominal Dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
					Cirugía de Ovarios			Nominal Dicotómica		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
				Característica clínica	Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes		Será definido por evaluación médica establecida y las características registradas en la historia clínica.	Clínicas		Dolor abdominal bajo
Sangrado vaginal irregular	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 								
Amenorrea	Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 								

					Masa anexial		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
					Dolor a la movilización de cérvix		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
					Náuseas y/o vómitos		Nominal Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	

Anexo. 3. Instrumento de recolección de datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO

EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 – 2022

Servicio de Cirugía del Ginecología y Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto

Historia clínica: _____ Fecha de recolección: _____

• CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:

- Adolescente (< 20 años)
- Adulta (20 a 34 años)
- Añosa (\geq 35 años)

2. Grado de Instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

3. Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Divorciada

CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTETRICAS

4. Edad gestacional

- \leq 5 semanas

- 6 a 10 semanas
 - ≥ 11 semanas
5. Inicio de Relaciones Sexuales
- < 18 años
 - ≥ 18 años
6. Número de Partos Previos
- Nulípara
 - Primípara
 - Multípara
7. Número de Parejas Sexuales
- Uno
 - \geq Dos
8. Embarazo ectópico previo
- Si
 - No
9. Antecedente de aborto
- Si
 - No
10. Hábito tabáquico
- Si
 - No
11. Antecedente de EPI
- Si
 - No

12. Uso de técnica de reproducción asistida

- Si
- No

13. Uso de Métodos anticonceptivos

- Anticonceptivos orales
- Píldora del día siguiente
- Inyectables
- DIU
- Ninguno

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

14. Legrado uterino y/o AMEU

- Si
- No

15. Cesárea Previa

- Si
- No

16. Cirugía Tubárica

- Si
- No

17. Apendicetomía

- Si
- No

18. Cirugía de Ovarios

- Si
- No

- **CARACTERIZACION CLÍNICA**

- Dolor abdominal bajo
- Sangrado vaginal irregular
- Amenorrea
- Masa anexial
- Dolor a la movilización de cérvix
- Náuseas y/o vómitos

Anexo. 4. Base de datos

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	
2	VARIABLE/ INDICADOR	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14	Caso 15	Caso 16	Caso 17	Caso 18	Caso 19	Caso 20	Caso 21	Caso 22	Caso 23	Caso 24	Caso 25	Caso 26	Caso 27	Caso 28	Caso 29	Caso 30	Caso 31	Caso 32		
3	Edad	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	1	4	4	2
4	Estado civil	1	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1	1	4	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	1	4	4	1	5	1	
5	Grado de Instrucción	4	2	3	3	2	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	4	4	2	3	
6	Habito tabaquico	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
7	Inicio de relaciones sexuales	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1
8	Número de partos previos	1	2	1	2	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	1	3	3
9	Número de parejas Sexuales	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2
10	Embarazo ectopico previo	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
11	Uso de metodos Anticonceptivos	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	1	6	6	1	6	6	3	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
12	Antecedente de enfermedad pelvica inflamato	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
13	Uso de técnica de reproduccion asistida	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
14	Antecedente de aborto previo	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1
15	Edad gestacional	1	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
16	Legrado uterino y/o AMEU	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1
17	Cesarea previa	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1
18	Cirugia Tubárica	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	Apendicectomia	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
20	Cirugia de Ovarios	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	Dolor Abdominal bajo	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	Sangrado vaginal Irregular	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1
23	Amenorrea	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
24	Masa Anexial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	Dolor a la movilizacion de cervix	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
26	Náuseas y/o vómitos	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2

AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN
Caso 3	Caso 34	Caso 35	Caso 36	Caso 37	Caso 38	Caso 39	Caso 40	Caso 41	Caso 42	Caso 43	Caso 44	Caso 45	Caso 46	Caso 47	Caso 48	Caso 49	Caso 50	Caso 51	Caso 52	Caso 53	Caso 54	Caso 55	Caso 56	Caso 57	Caso 58	Caso 59	Caso 60	Caso 61	Caso 62	Caso 63	Caso 64	Caso 65
2	3	2	2	2	3	1	1	2	2	3	3	3	2	3	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2
1	4	4	1	1	4	1	1	4	4	2	1	4	1	2	1	4	1	1	1	1	1	4	2	4	1	2	2	4	4	4	4	4
3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	2	3	3	2	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2
3	2	2	1	1	3	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	3	1	3	1	1	2	3	2	1	2	3
2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1
2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
5	6	3	6	6	5	6	6	6	6	6	3	6	2	6	6	6	6	6	6	6	6	3	6	6	2	6	6	1	6	6	6	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1

Anexo. 5. Carta de presentación de la Universidad



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Ley de Creación N° 23757

Resolución del Consejo Directivo N° 025-2020-SUNEDU/SD

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0515-2023-D-FMH-UPLA

Huancayo, 07.08.2023

VISTOS:

La Solicitud SIN, el Oficio N° 0291-2023-DUI-FMH-UPLA¹, el Oficio N° 0401-2023-CGT-FMH-UPLA y Proveído N° 1591-2023-FMH-DEC-UPLA, respectivamente, y;

CONSIDERANDO:

El Artículo 175º del Reglamento Académico Vigente, señala que, la obtención del Grado Académico de Bachiller y el Título Profesional se realizará de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos y los Reglamentos Específicos de cada Facultad;

La Solicitud SIN de fecha 26.07.2023, presentado por el (la) bachiller OSPINA MEZA RICHARD FREDI, de la Facultad de Medicina Humana, solicita la Inscripción del Proyecto de Investigación, titulado "FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 - 2022";

El Oficio N° 0291-2023-DUI-FMH-UPLA de fecha 26.07.2023, emitido por la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana, informa al Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad que el Proyecto de Investigación presentado por el (la) bachiller OSPINA MEZA RICHARD FREDI, ha cumplido con la revisión por el software de similitud TURNITIN y revisión por el Comité de Ética de la Facultad;

El Oficio N° 0401-2023-CGT-FMH-UPLA de fecha 27.07.2023, emitido por la Coordinación de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, opina procedente la Inscripción del Proyecto de Investigación denominado: "FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 - 2022"; presentado por el (la) bachiller OSPINA MEZA RICHARD FREDI, de la Facultad de Medicina Humana y solicita la Designación de Asesor;

El Proveído N° 1591-2023-FMH-DEC-UPLA de fecha 27.07.2023 el señor Decano de la Facultad de Medicina Humana, remite la designación del asesor al MG. VICTOR MARTIN GONZALEZ PALOMINO², a Secretaría Docente para la emisión de la Resolución pertinente;

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220, Estatuto de la Universidad adecuado a la Ley N°30220, el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Los Andes y demás disposiciones legales vigentes, se;

RESUELVE:

Art. 1º **APROBAR** la inscripción del Proyecto de Investigación denominado: "FACTORES DE RIESGO Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 - 2022" presentado por el (la) bachiller OSPINA MEZA RICHARD FREDI, de la Facultad de Medicina Humana.

Art. 2º **DESIGNAR** como Asesor para el desarrollo del Proyecto de Investigación mencionado en el Artículo 1º de la presente Resolución al MG. VICTOR MARTIN GONZALEZ PALOMINO.

Art. 3º **ENCARGAR** al Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana y al Asesor el cumplimiento de la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



MG. SEGUNDO RONALD SAMAME TALLEDO
DECANO

Anexo. 6. Carta de aceptación del Hospital

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Tarma, 12 de julio de 2023.

CARTA N° 0026-2023-GRJ/DIRESA/RIST/UADI

Sr.:

Richard Fredi OSPINA MEZA

Estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

De mi especial Consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente a nombre del Hospital Félix Mayorca Soto, y a la vez en atención al documento presentado por su persona, donde solicita realizar su trabajo de investigación titulado "**FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017-2022** ", comunico que se **AUTORIZA** el acceso a la institución para desarrollar el trabajo de Investigación; el cual se realizará previa coordinación con la Jefatura de la Unidad de Estadística y Tecnología de la Información; en relación a los horarios y así poder cumplir con los objetivos programados. Asimismo, a la culminación de su investigación deberá presentar un informe de los hallazgos y conclusiones.

Agradeciendo anticipadamente la atención a la presente, aprovecho la ocasión para reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN
HOSPITAL "FELIX MAYORCA SOTO"


.....
Dr. Luis Fernando Correa Tineo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP N° 13605

LFCT/rccl
C.C: Archivo

Reg.Doc.	06862850
Reg. Exp.	04690441

Anexo. 7. Resolución de cambio de título.



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Ley de Creación N° 23757

Resolución del Consejo Directivo N° 025-2020-SUNEDU/SD

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0782-2023-D-FMH-UPLA

Huancayo, 07.12.2023

VISTOS:

La Resolución de Decanato N° 0515-2023-D-FMH-UPLA, la Solicitud S/N, el Oficio N° 0748-2023-CGT-FMH-UPLA¹ y Proveído N° 2481-2023-FMH-DEC-UPLA, respectivamente, y;

CONSIDERANDO:

El Artículo 175° del Reglamento Académico Vigente, señala que, la obtención del Grado Académico de Bachiller y el Título Profesional se realizará de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos y los Reglamentos Específicos de cada Facultad;

La Resolución de Decanato N° 0515-2023-D-FMH-UPLA de fecha 07.08.2023, el señor Decano de la Facultad de Medicina Humana aprueba la inscripción del Proyecto de Investigación denominado "FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 – 2022", presentado por el bachiller **OSPINA MEZA RICHARD FREDI**, para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL de MÉDICO CIRUJANO;

La Solicitud S/N de fecha 05.12.2023, presentado por el bachiller **OSPINA MEZA RICHARD FREDI**, de la Facultad de Medicina Humana, solicita al señor Decano de la Facultad, el cambio de Título de su Proyecto de Investigación por "**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017-2022**", para lo cual adjunta informe de conformidad de su Asesor **MG. VICTOR MARTIN GONZALEZ PALOMINO**;

El Oficio N° 0748-2023-CGT-FMH-UPLA de fecha 05.12.2023, emitido por la Coordinación de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, solicita al señor Decano de la Facultad la emisión de la Resolución para el cambio de Título del Proyecto de Investigación;

El Proveído N° 2481-2023-FMH-DEC-UPLA de fecha 06.12.2023 el señor Decano de la Facultad de Medicina Humana, remite el expediente a Secretaría Docente para emisión de la Resolución pertinente;

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220, Estatuto de la Universidad adecuado a la Ley N° 30220, y demás disposiciones legales vigentes, se;

RESUELVE:

Art. 1° MODIFICAR en parte el Artículo 1° de la Resolución de Decanato N° 0515-2023-D-FMH-UPLA de fecha 07.08.2023, según se detalla a continuación:

DICE:

Art. 1° APROBAR la inscripción del Plan de Tesis denominado: "**FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017 – 2022**" presentado por el bachiller **OSPINA MEZA RICHARD FREDI**, de la Facultad de Medicina Humana.

DEBE DECIR:

Art. 1° APROBAR la inscripción del Proyecto de Investigación denominado: "**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017-2022**" presentado por el bachiller **OSPINA MEZA RICHARD FREDI**, de la Facultad de Medicina Humana.

Art. 2° DEJAR SUBSISTENTES los demás extremos de la Resolución de Decanato N° 0515-2023-D-FMH-UPLA de fecha 07.08.2023, que no se opongan a la presente Resolución.

Art. 3° ENCARGAR al Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana y al Docente Asesor, y demás Instancias Académicas y Administrativas, el cumplimiento de la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



M.C. JOSE ENRIQUE SEVERINO BRONCALES
SECRETARIO DOCENTE



MG. SEGUNDO RONALD SAMAMÉ TALLEDO
DECANO

¹ Exp. 217-FMH-GT-2023
SRST/JESB/mim

Anexo 8. Validación de Instrumento.

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

1. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017-2022

Institución: Universidad Peruana Los Andes

Apellidos y nombres del experto: CUIPONA SUBINJOR IMER EREBON

Nombre de los instrumentos, motivo de evaluación: VALIDACION DE INSTRUMENTO.

CRITERIO DE EVALUACION	ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
	Si logra (<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
1. El instrumento tiene estructura lógica	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
2. La secuencia de presentación de los temas es óptima	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
3. Las formas de presentación de los ítems son comprensibles	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
4. El instrumento recoge información sobre el problema de investigación	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
5. Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
6. El instrumento identifica las variables de estudio	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
7. La organización de los ítems, están en función a la operacionalización de variables, dimensiones, subniveles, indicadores.	(<u>2</u>) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
PUNTAJE PARCIAL			

De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra valorar la validez, será conveniente se haga un análisis de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra mediamente o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado

Nombre y firma del experto:


Imer Chipana Suastiz
 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 C.M.P. 245038 - R.M.S. 38997

PUNTAJE TOTAL: 14

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

1. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017-2022

Institución: Universidad Peruana Los Andes

Apellidos y nombres del experto: Juan Alvarado Sosa

Nombre de los instrumentos, motivo de evaluación:

Validación de Instrumento

CRITERIO DE EVALUACION	ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
	Si logra (2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
1. El instrumento tiene estructura lógica	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. La secuencia de presentación de los temas es óptima	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Las formas de presentación de los ítems son comprensibles	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. El instrumento recoge información sobre el problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. El instrumento identifica las variables de estudio	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. La organización de los ítems, están en función a la operacionalización de variables, dimensiones, subniveles, indicadores.	<input checked="" type="checkbox"/>		
PUNTAJE PARCIAL			

De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra valorar la validez, será conveniente se haga un análisis de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra mediamente o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado

Nombre y firma del experto: Dr. JUAN A. ALVARADO SOSA
GINECO OBSTETRA.....
CMP. 029954 RPL. 024354

PUNTAJE TOTAL: 12

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

1. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO, TARMA, 2017-2022

Institución: Universidad Peruana Los Andes

Apellidos y nombres del experto: Huare Magno Rousvel

Nombre de los instrumentos, motivo de evaluación:
Validación de Instrumento

CRITERIO DE EVALUACION	ESCALA DE VALORACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA		
	Si logra (2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
1. El instrumento tiene estructura lógica	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
2. La secuencia de presentación de los temas es óptima	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
3. Las formas de presentación de los ítems son comprensibles	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
4. El instrumento recoge información sobre el problema de investigación	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
5. Los ítems del instrumento de orientación hacia los objetivos de la investigación	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
6. El instrumento identifica las variables de estudio	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
7. La organización de los ítems, están en función a la operacionalización de variables, dimensiones, subniveles, indicadores.	(2) puntos	Logra mediamente (1) punto	No logra (0 puntos)
PUNTAJE PARCIAL			

De 0 a 7 puntos: el instrumento debe ser reformulado sustancialmente

De 8 a 11 puntos: el instrumento no logra valorar la validez, será conveniente se haga un análisis de aquellos criterios de evaluación ponderados como logra mediamente o no logra.

De 12 a 14 puntos: el instrumento alcanza la validez por lo que puede ser considerado como aprobado

Nombre y firma del experto:



PUNTAJE TOTAL: 14

Anexo 9. Evidencia de recolección de datos

