



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SUBREGIONAL
HUGO PESCE PESCKETTO DE ANDAHUAYLAS, 2017.**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: MIRANDA RIVAS, KAREN JHUAIT

ASESOR:

OBS. SANTOS VARGAS HUGO GUILLERMO

ANDAHUAYLAS - PERÚ

DEDICATORIA

A mi padre:

Por el apoyo incondicional que me da, por estar conmigo en cada paso que do, por la protección, el amor de padre y por el sacrificio que hace por verme lograr mis sueños.

A mi madre:

Por ser mi guía, compañera y la amiga incondicional que puedo tener, quien me aconseja y está conmigo en las buenas y las malas apoyándome.

Un logro más cumplido, todo lo soy y seré es gracias a toda mi familia a quienes siempre estaré eternamente agradecida

AGRADECIMIENTO

Antes de nada agradecer a dios primero que nada por darme paciencia, perseverancia y no dejarme vencer por los obstáculos que tuve en el largo camino de mi carrera.

A mi asesor Hugo Santos Vargas por todo el apoyo, paciencia y sus enseñanzas que me ayudo a crecer como persona y profesional.

Agradecer a todas las personas que confiaron en mí, mis maestros que me sirvieron de guía y ejemplo a seguir, fueron modelos de los cuales aprendí que en la vida siempre habrá obstáculos pero tengo que superarlos siempre.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores que están asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante el año 2017. **Métodos:** estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico, de diseño no experimental transaccional y de nivel correlacional, siendo la muestra de 96 gestantes, se utilizó la técnica de la documentación y como instrumento una ficha de recolección de datos.

Resultados: De los factores estudiados y que se asociaron significativamente con desarrollar embarazo ectópico fueron los mecánicos: antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ($p= 0,00$), antecedente de aborto previo espontaneo ($p= 0,02$); mientras que el factor funcional asociado fue el antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados ($p= 0,00$); los factores biológicos como el antecedente de promiscuidad sexual ($p= 0,00$) y la edad del primer coito < 18 años ($p= 0,00$) mostraron ser significativos; mientras que los factores sociodemográficos como la edad y paridad no mostraron significancia estadística.

Conclusión: En las pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante el año 2017, el embarazo ectópico está asociado a factores mecánicos, funcionales y biológicos.

PALABRAS CLAVES

Embarazo Ectópico, Factores.

ABSTRACT

Objective: To determine the factors that are associated with ectopic pregnancy in patients treated at the Sub Regional Hospital Hugo Pesce Pescetto of Andahuaylas, during the year 2017. Methods: observational, retrospective, cross-sectional, analytical study, non-experimental transactional design and Correlational level, being the sample of 96 pregnant women, the documentation technique was used and as a tool a data collection card.

Results: Of the factors studied that were significantly associated with developing ectopic pregnancy were the mechanical ones: history of pelvic inflammatory disease ($p = 0.00$), history of previous spontaneous abortion ($p = 0.02$); whereas the associated functional factor was the history of combined oral contraceptive use ($p = 0.00$); biological factors such as the history of sexual promiscuity ($p = 0.00$) and the age of first intercourse <18 years ($p = 0.00$) showed to be significant; while sociodemographic factors such as age and parity did not show statistical significance.

Conclusion: In the patients treated at the Sub Regional Hospital Hugo Pesce Pescetto of Andahuaylas, during the year 2017, ectopic pregnancy is associated with mechanical, functional and biological factors.

KEYWORDS

Ectopic Pregnancy, Factors.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
INDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I:	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	12
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	14
1.2.1 Delimitación espacial.....	14
1.2.2 Delimitación social.....	15
1.2.3 Delimitación temporal.....	15
1.2.4 Delimitación conceptual.....	15
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION.....	15
1.3.1 Problema principal.....	15
1.3.2 Problemas específicos	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos específicos	16
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.5.1 Justificación de la investigación.....	17
1.5.2 Importancia de la investigación.....	18
1.5.3 Factibilidad de la investigación.....	19
1.5.4 Limitaciones del estudio.....	20
CAPÍTULO II:	21

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	21
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	21
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	21
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	24
2.1.3 Antecedentes locales o regionales:.....	31
2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	32
2.2.1 Embarazo ectópico.....	32
2.2.1.1 Definición.....	32
2.2.1.2 Incidencia.....	32
2.2.1.3 Etiología.....	33
2.2.1.4 Clasificación.....	35
2.2.1.5 Fisiopatología.....	38
2.2.1.6 Manifestaciones clínicas.....	42
2.2.1.7 Diagnostico.....	43
2.2.1.8 Tratamiento.....	46
2.2.2 Factores asociados al embarazo ectópico.....	48
2.2.2.1 Factores Mecánicos.....	48
2.2.2.2 Factores funcionales.....	49
2.2.2.3 Factores biológicos.....	50
2.2.2.4 Factores sociodemográficos.....	51
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS.....	51
CAPÍTULO III:.....	53
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	53
3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	53
3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	53
3.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	54
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
CAPITULO IV:.....	56
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	56
4.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION.....	56

4.1.1	Tipo de investigación.....	56
4.1.2	Nivel de investigación.....	57
4.2	MÉTODOS Y DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN.	57
4.2.1	Métodos de investigación.....	57
4.2.2	Diseño de la investigación.....	58
4.3	POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	58
4.3.1	Población.....	58
4.3.2	Muestra.	58
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	61
4.4.1	Técnicas.....	61
4.4.2	Instrumentos.....	61
4.4.3	Validez y confiabilidad.....	61
4.4.4	Procesamiento y análisis de datos.	62
4.4.5	Ética de la investigación.....	63
CAPITULO V:.....		64
RESULTADOS.....		64
5.1	Análisis descriptivo	64
5.2	Análisis inferencial	74
DISCUSION DE RESULTADOS:		81
CONCLUSIONES.....		85
RECOMENDACIONES		86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		87
ANEXOS		99

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	65
Tabla 2.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de cirugía de trompas en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.....	66
Tabla 3.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de aborto previo espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	67
Tabla 4.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de uso de dispositivo Intrauterino en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	68
Tabla 5.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	69
Tabla 6.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual) en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	70
Tabla 7.- Frecuencia de embarazo ectópico según edad del primer coito <18 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.....	71
Tabla 8.- Frecuencia de embarazo ectópico según edad >40 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.....	72
Tabla 9.- Frecuencia de embarazo ectópico según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.....	73
Tabla 10.- Contrastación de hipótesis general.	74
Tabla 11.- Contrastación de hipótesis específica 1.....	76
Tabla 12.- Contrastación de hipótesis específica 2.....	77
Tabla 13.- Contrastación de hipótesis específica 3.....	78
Tabla 14.- Contrastación de hipótesis específica 4.....	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	65
Gráfico 2.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de cirugía de trompas en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	66
Gráfico 3.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de aborto previo espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	67
Gráfico 4.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de uso de dispositivo Intrauterino en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	68
Gráfico 5.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	69
Gráfico 6.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual) en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	70
Gráfico 7.- Porcentaje de embarazo ectópico según edad del primer coito <18 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	71
Gráfico 8.- Porcentaje de embarazo ectópico según edad >40 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	72
Gráfico 9.- Porcentaje de embarazo ectópico según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.	73

INTRODUCCION

El presente plan de tesis se refiere al tema de los factores asociados al embarazo ectópico, siendo esta última patología una gestorragia del primer trimestre del embarazo, cuya característica principal es su forma de presentación brusca, la misma que trae graves consecuencias cuando no es detectada y manejada a tiempo.

Para entender el problema de esta patología obstétrica es necesario conocer los factores que se agrupa de forma directa con el desarrollo de la misma, así en la literatura se han reportado diversos factores de riesgo, dentro de ellos tenemos los factores mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos que en diferente magnitud aumentan el riesgo.

La presente investigación de esta complicancia médica se realizará por el interés de conocer que factores presentan las mujeres gestantes que desarrollaron embarazo ectópico que acudieron al Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas. Esto permitirá identificar los factores asociados a dicha patología.

Profundizar la indagación desde una perspectiva de la salud pública, se constituye como el interés académico, la misma que aportara resultados propios de este nosocomio que podrían ser extrapolados a otros ámbitos con similares características.

En el ámbito profesional, como futura obstetra, el interés versa en conocer cuáles de los factores propuestos se asocian de forma significativa con el embarazo ectópico; entendiendo que al tener evidencia sobre las condiciones que afectan un problema se puede prevenir la enfermedad.

Para lo cual el presente plan de tesis se distribuye de la siguiente manera:

En el capítulo I, se realiza el planteamiento del problema, dentro del cual se desarrolla la descripción de la realidad problemática, la delimitación de la investigación, se formulan los problemas, los objetivos, la justificación e importancia, así como la factibilidad y dificultades de la investigación.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico conceptual, con sus respectivas fases como los antecedentes, bases teóricas y la definición de términos básicos.

El capítulo III, está referido a la hipótesis y variables, donde se formula las hipótesis contempladas, su definición conceptual y operacional para terminar con el cuadro de Operacionalización.

En el capítulo IV, se hace referencia a la metodología de la investigación a ser utilizada, se describe el tipo y nivel de investigación, el método y su diseño respectivo, además se contempla la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El capítulo V; se hace mención de los resultados obtenidos en la investigación mostrados en gráficos y tablas.

Finalmente en el capítulo VI, se hace referencia a la discusión de resultados obtenidos en el presente trabajo

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

“El embarazo ectópico es apreciado como un problema de salud en todo el mundo, y es una de las primeras causas mortalidad materna en el primer trimestre en los Estados Unidos”¹, el peligro de morir es 10 veces más que el del parto normal y 50 veces mayor que el aborto inducido^{2,3}; por otra parte, la probabilidad de una gestación subsiguiente exitoso es considerablemente menor en estas mujeres, principalmente si son madres por primera vez y mayores de 30 años⁴.

“La frecuencia de esta entidad ha fue aumentando notablemente en el mundo”^{3,5}, alrededor de 6 veces más en los últimos años; esto se ha suscitado posiblemente causa de los avances encontrados en el diagnóstico y por el aumento de los factores causales ⁶.

“La incidencia de esta patología ha incrementado en el mundo, actualmente se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos” ⁷. “este aumento ha sido observado en países en desarrollo como el Perú” ⁸.

El embarazo ectópico es una patología en aumento, no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial y que, siendo el primer tratamiento de tipo fundamental, afecta la fertilidad más adelante de las mujeres ⁹.

Diverso testimonio publicado permite culminar que en la patogénesis del embarazo ectópico acude a los niveles de disposición del sistema de la personalidad implicando la naturaleza de la mujer en la que sucede el embarazo ectópico. Prueba de esta multisistémica es que se reconozca que en los últimos 40 años se viene elaborando un aumento en la incidencia del embarazo ectópico, sobre todo en países en vías de desarrollo^{10,11}.

Se interpreta como factores de riesgo a la EIP (enfermedad inflamatoria pélvica), anticonceptivos orales combinados o con progestinas, dispositivos intrauterinos, anterior a un aborto espontáneo o inducido, infertilidad o esterilidad, inductores de ovulación, embarazo ectópico, embarazo por técnicas de reproducción asistida, esterilización tubárica, operaciones sobre las trompas buscando fertilidad, etc.); aumentando a esto una nueva actitud social y sexual de la humanidad^{12, 13}.

“El Perú, como país en vías de desarrollo, el embarazo ectópico representa, aunque quizá no la primordial, sí una principal causa de morbilidad materna”^{14,15}.

El peligro de morir a partir de un embarazo fuera de la cavidad uterina es 10 veces más que el del parto vaginal y 50 veces mayor que el del aborto inducido^{12,13}; “Así mismo, la probabilidad de un próximo embarazo exitoso es significativamente menor en estas mujeres, especialmente si son madres por primera vez y mayores de 30 años”¹⁶.

El embarazo ectópico se ha observado un incremento considerable de su incidencia en los últimos años y a pesar de que la tecnología avanzada permite un diagnóstico temprano y oportuno, además del conocimiento de factores de riesgo, están aún por dar solución a la morbilidad materna derivada de esta inclinación^{17, 18}. “El diagnóstico precoz incrementa la supervivencia de la madre como mantener la capacidad de reproducción”¹⁹.

Durante la rotación de mi internado clínico en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, los casos de embarazo ectópico se presentan con frecuencia, estos cuadros son admitidos por el servicio de emergencia muchas veces en estado crítico lo que conlleva a programar cirugías de emergencia a fin de salvaguardar la vida de las gestantes; en muchas de estas mujeres no se conoce aún los posibles factores de riesgo a fin de prevenir que se desarrolle esta patología obstétrica y evitar la mortalidad materna que trae acarreada; por lo que la determinación de este estudio es conocer los factores que están asociados al embarazo ectópico en pacientes que acudieron al Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas en el año 2017.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.

1.2.1 Delimitación espacial.

Se tomó como ámbito espacial el servicio de Obstetricia del Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

1.2.2 Delimitación social.

Las unidades de estudio para la presente investigación comprenden las mujeres que cursaron con embarazo ectópico, las mismas que se constituyen en elementos muestrales.

1.2.3 Delimitación temporal.

Se estudió la presentación y comportamiento de las variables de estudio en un solo corte en el tiempo, teniendo ámbito temporal el año 2017.

1.2.4 Delimitación conceptual.

La investigación está enmarcada en encontrar la asociación de los factores mecánicos, funcionales, de la esfera sexual y sociodemográficos con el embarazo ectópico.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACION.

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son los factores que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿En qué medida los factores mecánicos influyen en el embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?

- ¿Cuáles son los factores funcionales que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?
- ¿Cuáles son los factores biológicos que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?
- ¿Qué factores sociodemográficos se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital S Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores que están asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante el año 2017.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores mecánicos que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.
- Identificar los factores funcionales que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.
- Identificar los factores biológicos que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

- Identificar los factores sociodemográficos que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1 Justificación de la investigación.

El presente estudio se justifica por:

Relevancia teórica, este trabajo se realiza con la intención de colaborar al conocimiento que existe de los diversos factores que se asocian al embarazo ectópico, cuyos resultados de esta investigación podrá complementar a los existentes y ampliar el conocimiento que se tiene sobre esta patología obstétrica, ya que se ha demostrado que al identificar y actuar lo más precozmente sobre los posibles factores de riesgo se previene las enfermedades.

Relevancia práctica, está justificada porque los embarazos ectópicos se constituyen como la primera causa de mortalidad materna, la misma que deja secuelas permanentes que perjudican la condición de vida de las mujeres.

Relevancia social, en vista que el embarazo ectópico es una cuestión de salud pública en países desarrollados, en países emergentes y el mismo que se constituye como una de las primeras causas de muerte en el primer trimestre del embarazo, lo que trae consigo consecuencias graves en la salud y el desarrollo económico y social del país.

Relevancia metodológica, El conocimiento de los factores que se asocian al embarazo ectópico una vez que sean demostrados su

asociación significativa podrán ser utilizados en otras investigaciones y en otros ámbitos con la finalidad de mostrar su validez externa, así como ser planteadas como posibles causas de embarazo ectópico en otros niveles de investigación.

1.5.2 Importancia de la investigación.

A la luz de la evidencia acumulada en los últimos años, los embarazos ectópicos son una de las primeras causas de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, siendo este un problema de salud pública.

En las patologías obstétricas que cursan con hemorragia, lo más importante es prevenir mediante el reconocimiento de los factores de riesgo para hacer el diagnóstico oportuno, así como dar un manejo adecuado para evitar que las pacientes se compliquen, con la utilización de los criterios de diagnósticos y lineamientos de manejo establecidos, así evitar las muertes maternas y las complicaciones graves que esto conlleva.

Por lo tanto, es de suma importancia realizar estudios de este tipo para conocer con mayor precisión si estas pacientes que acuden a los centros hospitalarios presentan factores endógenos o exógenos que puedan incrementar la probabilidad potencial de desarrollar embarazo ectópico; y de esta manera evitar las complicaciones como secuelas reproductivas o la muerte materna que es la más grave.

Los beneficios que se obtendrán con los resultados es que se va a tener evidencia local sobre la posible asociación entre los factores sean endógenos o exógenos y el embarazo ectópico.

Las beneficiadas con esta investigación, en primer lugar serán las mujeres gestantes y sus familias, debido a que cuando se desarrolla esta patología deja secuelas graves para su fertilidad futura disminuyendo su calidad de vidas; en segundo orden los beneficiados serán las instituciones de salud ya que en base a esta evidencia podrán formular estrategias locales para trabajar sobre la prevención primaria y secundaria a fin de conocer precozmente los factores de riesgo y darle el tratamiento oportuno.

Por otra parte los beneficiados indirectos serán las unidades ejecutoras a través de los programas presupuestales como el de salud materno neonatal, ya que en base a esta evidencia podrán formular políticas públicas a nivel local y regional a fin de reducir la mortalidad materna y cumplir con los indicadores de desarrollo sostenible, en la cual está inmerso nuestro país.

1.5.3 Factibilidad de la investigación.

El presente trabajo es factible de realizar, porque:

- Cuento con medios y recursos necesarios para desarrollar la investigación, garantizando el total cumplimiento.
- Existe lineamientos para la investigación en la región Apurímac, en el cual la salud materna se encuentra como prioridad.

- Consta con la disponibilidad de medios, unidades de estudio, conocimiento, tiempo y diseño metodológicos que fueron respetados en el marco ético para la realización eficaz de la investigación.

1.5.4 Limitaciones del estudio.

- Las limitaciones metodológicas que se presentan en esta investigación fueron el tamaño de la muestra, en vista de que el embarazo ectópico es un evento poco frecuente lo que disminuye la cantidad de la muestra.
- En vista de ser un estudio retrospectivo donde los datos han sido tomados con otra finalidad, estos pueden estar incompletos.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Hernández J y Col²⁰, en su estudio “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico” teniendo como Objetivo: reconocer factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico. Métodos: estudio de casos y controles realizado en un universo de 132 mujeres del Municipio Habana del Este, operadas de embarazo ectópico en el Hospital Dr. Luís Díaz Soto desde el 2009 al 2011. Se escogió una muestra al azar de 66 pacientes que constituyó el grupo estudio. Se analizaron variables relacionadas con factores de riesgo ginecoobstétricos, quirúrgicos y sociodemográficos, hábito de fumar y conducta sexual. Se empleó la media, porcentaje, test de student, desviación estándar odds ratio y chi cuadrado. Resultados: el embarazo ectópico fue más frecuente en mujeres de color de piel blanca, entre 25 y 34 años de edad; el antecedente de endometriosis, embarazo ectópico previo parejas

sexuales, empleo de dispositivos intrauterinos, inicio precoz de las relaciones sexuales, tres o más abortos provocados y como la historia de infertilidad fueron factores predisponentes para el embarazo ectópico. Conclusiones: existen múltiples factores de riesgo que predisponen al embarazo ectópico y que ayudan al aumento de la morbimortalidad materna, de los cuales son susceptibles de ser remodelados desde la atención primaria de salud.

Morales C y Nagua D²¹, en su estudio “Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2008 – 2012”, como Objetivo fue determinar la prevalencia de las características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca. Material y métodos: Se trata de un trabajo retrospectivo de prevalencia cuyo grupo de estudio son todas las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico del Hospital Vicente Corral Moscoso del cantón Cuenca, periodo 2008 – 2012; Se estudió 160 pacientes con edades entre 16 a 43 años donde el 25% estuvieron entre los 24 y 27 años, el 98% de raza mestiza, el 60% residían en el área urbana, el 46,25% se dedicaban a los quehaceres domésticos, el 50% se encontraban entre la semana 4.1 a la 7 de gestación, el 90,63% presentaron dolor pélvico, el 90% localización tubárica, el 89,38% se resolvió en forma quirúrgica. Los factores de riesgo no presentaron mayor significancia en la presencia de embarazo ectópico donde el coito

antes de los 18 años tuvo una probabilidad 0.4 veces superior a la población en general superando al resto.

Torres L y Mera G²², en su estudio “Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período julio 2011- julio 2012”, teniendo como Objetivo determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período Julio 2011- Julio 2012. En cuanto a la metodología fue un estudio tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo de casos y controles. En la presente investigación se seleccionó 2 grupos de pacientes los casos fueron Historia clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente, cada uno de los grupos estuvo conformado por 27 pacientes. Analizados los datos de los 2 grupos de pacientes se encontró que entre los principales factores de riesgo de este estudio que incidieron en la aparición de embarazo ectópico fueron: entre los factores de riesgo socio demográficos el antecedente de tabaquismo con un 51.9%, la procedencia rural con un 70.4% entre los factores de riesgo ginecoobstetricos el número de gestas las multíparas con un 51.9%el antecedente de aborto con 40.7%, la enfermedad pélvica inflamatoria con un 59.3%, entre los factores de riesgo relacionados con la sexualidad, de las pacientes fueron el número de parejas sexuales

(>1) con un 74.1%, el inicio de la vida sexual activa temprana (<18 años) con un 77.85. Antecedente de infecciones de transmisión sexual, cirugía ginecológica embarazo ectópico previo, infertilidad, el tipo de anticoncepción utilizada, el grupo etario y el nivel de instrucción representaron valores que no fueron estadísticamente significativos. Los factores de riesgo asociados encontrados tienen relación con los analizados en otros estudios, lo cual muestra que en dichos factores hay significancia y por esto hay que tener en cuenta su detección temprana y su prevención. Con el conocimiento de los resultados de esta investigación se puede fomentar salud, brindar un mejor conocimiento de la enfermedad y contribuir a un manejo más eficaz de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Herrera C y Cáceres N²³, en su estudio “Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años en el servicio de obstetricia en el Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2014-2015”, cuyo Objetivo fueron precisar los factores de riesgo del embarazo ectópico e identificar el factor de riesgo de mayor predominancia en mujeres de 35 a 45 años; la investigación corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo explicativo de corte transversal, tomando información de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico entre noviembre del 2014 a noviembre del 2015. La técnica que se usó fue la observación y como instrumento la ficha de observación estructurada para la recolección de datos tomando en

cuenta el marco teórico como base para su elaboración. La información fue organizada, tabulada y sistematizada en base de datos para su análisis e interpretación. Las conclusiones fueron que la mayoría de la población de estudio son convivientes, la mayoría amas de casa, secundaria completa, y están entre 35 a 45 años. El factor Biológico de más riesgo fueron los hábitos nocivos de tabaco, número de parejas sexuales, embarazos ectópicos anteriores, multíparas, tipo de cirugía tubárica, enfermedad pélvica inflamatoria, número de abortos, café o té, alcohol . El factor de riesgo de mayor disposición es el tipo de cirugía tubárica de Embarazo Ectópico anterior seguido de complicaciones, número de embarazos ectópicos anteriores, multíparas y abortos anteriores.

Álvarez A²⁴, en su estudio “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014”, cuyo Objetivo es determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014. Es un estudio observacional, retrospectivo, casos y controles, comprendido por 79 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 158 pacientes control con embarazo normal. Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico encontrados son: anticoncepción previa con DIU (OR= 7,58), antecedente de ETS (OR= 4,43), número de gestaciones (OR= 2,66),

multiparidad (OR= 2,32), antecedente de aborto (OR= 2,31), antecedente de cesárea (OR=2,24), antecedente de cirugía abdomino-pélvica (OR=2,04). Por lo tanto, existe un mayor grado de asociación entre embarazo ectópico y la anticoncepción previa con DIU (OR = 7,58); en segundo lugar con antecedente de ETS (OR= 4,43); otros factores asociados alcanzaron un odds ratio cercano a 2.

Mercado W²⁵, en su estudio “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013”, teniendo como Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013. Material y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de caso y control, se revisaron 40 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal. Resultados: se encontraron factores de riesgo significativos en función de su intervalo de confianza: antecedente de cirugía abdomino-pélvica (OR: 11, 95% IC:3.29–36.75); embarazo ectópico (OR:14.7, 95% IC:1.80–121.13); tabaquismo (OR:4.2, 95% IC:1.59–11.09); ITS (OR: 2.5, 95% IC:1.01–6.19); aborto espontaneo (OR:4.3, 95% IC:1.69 – 11.06) y no significativos: anticoncepción previa, uso de DIU, multiparidad, y más de una pareja sexual. Conclusiones: Las pacientes con antecedente de aborto espontaneo, ITS, tabaquismo, cirugía addomino pélvica, presentan un riesgo elevado de presentar embarazo

ectópico; y aquellas con antecedente de más de una pareja sexual u el uso de DIU, tienen un riesgo moderado.

Guzmán G²⁶, en su estudio “Factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el año 2016, Lima- Perú”, cuyo Objetivo. Establecer los factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2016. Metodología. Se tomó en cuenta las historias clínicas con diagnóstico de embarazos ectópicos durante enero a diciembre del 2016. Este trabajo es de tipo descriptivo y retrospectivo donde se incluyó 98 casos de embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años. Resultados. Las edades predominantes para embarazo ectópico fue entre 18-35 (82,7%); el 69,4% (68) nacieron en Lima; el 82,7% (81) tienen nivel de instrucción secundaria; el 50%(49) son convivientes y 99%(97) no fuman; el 37,8% son primíparas; y el 57,1% tienen edad gestacional de 6 a 10 semanas. La localización del embarazo ectópico fue tubárica con el 99%(97). El 91,8%(90) tuvieron necesidad de cirugía y según evolución de la enfermedad el 88.8% (87) fue complicado; el 8,2%(8) requirió tratamiento médico. El 80,6% (79) inició actividad sexual antes de los 19 años; 78.6% (77) tuvieron más de dos parejas sexuales; el 98% (96) no tuvieron antecedentes de uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y el 38,8% tuvieron antecedentes de uso de anticonceptivos hormonales. El 37.8% fue primíparas, la edad

gestacional promedio se mantiene entre 6 a 10 semanas (57.1%)(56); antecedente de embarazo ectópico previo fue de 92.9%(91); el 50%(49) tuvieron aborto previo, el 63.27%(60) presentó antecedente de cirugía abdomino-pélvica, de estos 70%(42) se realizaron un legrado uterino; del mismo modo , 99%(97) fueron las pacientes que no presentaron antecedente de enfermedad de transmisión sexual (ETS) y ningún paciente presento antecedente de infertilidad. Conclusiones. El embarazo ectópico con mayor frecuencia se presentó en la edad de 18 a 30 años, localización tubárica, con necesidad de cirugía en condición complicado, inicio de vida sexual menor de 19, sin uso DIU, con antecedente de embrazo ectópico y sin presencia de ETS ni antecedente de infertilidad

Pérez L ²⁷, en su estudio “Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero- Diciembre 2010”, teniendo como Objetivos: Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero-diciembre 2010. Material y métodos: Estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo de caso y control en el cual reviso todas las historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico y pacientes puérperas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión periodo enero-diciembre 2010. Resultados: El grado de instrucción de mayor frecuencia es de secundaria completa 33.3%, el rango de edad en su mayoría fue de 20-35 años 40.8% y 25.0%; y 30.0% en el grupo de casos y controles

respectivamente. Las pacientes con antecedente de cirugía tubárica fue de 7.5% y 0.8% en el grupo de casos y controles respectivamente. El estado civil en el grupo de casos fue 20.8% y control 15.8% para las convivientes. Con antecedente de cirugía abdominal o pélvica se encontró 12.5% en ambos grupos. Al antecedente de uso de DIU se encontró 2 pacientes en el grupo de los casos y 1 paciente en el grupo control. En cuanto al antecedente de embarazo ectópico 5.2% en el grupo de casos, no se encontró dicho antecedente en el grupo de control. Antecedente de cirugía tubárica y enfermedad pélvica inflamatoria 5.0%, 2.5% casos y 1.7% para ambos antecedentes en el grupo control. La paridad en el grupo de los casos la mayor proporción 25.8% fue para las multíparas y en el grupo de control la mayor proporción 22.5% fue para las nulíparas. No se encontraron pacientes con antecedente de tratamiento de infertilidad en ningún grupo. Conclusiones: El grupo etareo comprendido entre 20-35 años fue el de mayor frecuencia que presento E.E, las pacientes primíparas, multíparas, con antecedentes de cirugía tubárica y antecedente de E.E previo tienen mayor riesgo de E.E.

Requena G ²⁸, en su estudio “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010”, teniendo como Objetivo Establecer los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el período 2004 - 2010.

Métodos y material: Se realizó un estudio de casos y controles, evaluándose 189 gestantes, distribuidas en dos grupos, casos (63 gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico) y controles (126 gestantes con embarazo normal). Resultados: En relación a la edad de las pacientes, el grupo de casos tuvo un promedio de $29,41 \pm 7,14$ y en el grupo de los controles el promedio fue $27,59 \pm 7,92$ años de edad ($p < 0,05$). Con respecto al inicio precoz de relaciones sexuales, el promedio en el grupo de casos fue 42,86% y en el grupo de los controles el promedio fue 38,89% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de cirugía tubárica, esta estuvo presente en los casos en 17,46% y en los controles en 3,97% ($p < 0,01$). En lo que respecta al antecedente de uso de DIU, esta estuvo presente en los casos en 28,57% y en los controles en 15,87% ($p < 0,05$). En lo que respecta al antecedente de EPI, esta estuvo presente en los casos en 11,11% y en los controles en 6,35% ($p > 0,05$). En lo que respecta al antecedente de embarazo ectópico, este estuvo presente en los casos en 9,52% y en los controles en 2,38% ($p < 0,05$). Conclusiones: El antecedente de cirugía tubárica, de uso de dispositivo intrauterino y de embarazo ectópico constituyeron factores de riesgo para embarazo ectópico.

Horna J ²⁹, en su estudio “Embarazo ectópico: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2014”, cuyo OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo enero- diciembre 2014. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó

un estudio retrospectivo de casos y controles, considerando una muestra de 38 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y sus controles. El proceso de los datos fue con el paquete estadístico SPSS Versión 20., se analizó descriptivamente con variables dicotómicas, para luego determinar la asociación con la prueba χ^2 e IC 95%, y para determinar la ocurrencia de la probabilidad se lo estableció con el valor de OR y su respectivo IC95%. RESULTADOS: Se comprobó que los factores de riesgo del embarazo ectópico son el estado civil soltera ($\chi^2=7.32$; $p=0.007$) (OR: 11.48; IC 95%: 1.34-21.60); antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria ($\chi^2=6.40$; $p=0.011$) (OR: 3.88; IC 95%: 1.31-11.47); inicio precoz de relaciones sexuales ($\chi^2=5.33$; $p=0.021$) (OR: 3.48; IC 95%: 1.05-9.3); y el aborto espontáneo previo ($\chi^2=6.33$; $p=0.012$) (OR: 6.43; IC 95%: 1.17-14.2). CONCLUSIONES: Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico son inicio precoz de relaciones sexuales, estado civil soltera, aborto espontáneo previo y enfermedad pélvica inflamatoria.

2.1.3 Antecedentes locales o regionales:

No se encuentra antecedentes de tesis realizados con respecto al tema embarazo ectópico a nivel regional y local.

2.2 BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.

2.2.1 Embarazo ectópico.

2.2.1.1 Definición.

“En condiciones naturales el blastocito se implanta en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Su implantación en cualquier otro sitio se considera un embarazo ectópico. La palabra se deriva de término griego ektopos fuera de lugar”⁷.

Para la Sociedad Española de obstetricia y ginecología ³⁰, el embarazo ectópico (EE) es la implantación del óvulo en un lugar diferente al endometrio. A diferencia del término embarazo extrauterino, el embarazo ectópico incluye las gestaciones en la parte intersticial tubárica, como el embarazo ectópico cervical.

2.2.1.2 Incidencia.

Los embarazos ectópicos informados se está incrementando, este aumento junto con el diagnóstico cada vez más temprano llevo a que la cantidad de mortalidad haya reducido considerablemente. En la actualidad se habla de 3,8 muertes por 1.000 ectópicos, siendo la principal causa de muerte en el primer trimestre, la mayoría de veces por hemorragia ⁷.

La incidencia cambia según los estudios y los países, así se tiene que en España se haya entre el 4,4 y el 9 por 1.000 partos por año, siendo estas cifras inferior que otros países como EE.UU. donde se dice de 22 por 1.000 partos por año³⁰.

2.2.1.3 Etiología.

Los avances de diagnósticos, la etiología del embarazo ectópico permanece, como controversia de casi un 50% de los casos que entre el 30 al 70% de los casos, las trompas son histológicamente habitual. Los factores de riesgo más importantes en la historia clínica de la paciente son la utilización de DIU, la cirugía de trompas, la enfermedad pélvica inflamatoria y técnicas de reproducción asistida ³⁰.

La enfermedad inflamatoria pélvica, compone la causa más importante de embarazo ectópico, debido al aumento de enfermedades de transmisión sexual; esta pequeña relación se explica con facilidad, por quedar dañada la actividad ciliar y la motilidad tubárica necesario para la movilidad ovular, las posibles adherencias residuales al proceso que puedan hacer compresión tubárica ³⁰.

La cirugía tubárica previa, debido a las técnicas de reconstrucción como la intervención quirúrgica conservadora puede crear acodamiento, acortamiento y endurecimientos de segmentos tubáricos, primordiales en el traslado del óvulo. Una fémina con antecedente de un embarazo ectópico y cirugía conservadora tiene un peligro de 10 veces más de tener un EE más adelante³⁰.

De Cherney y Kase hallaron un 10% de casos en pacientes a quienes le dieron tratamiento quirúrgico conservador por un embarazo ectópico, un 20% en pacientes con un solo oviducto

al rato de la operación. No necesariamente se realiza la operación sobre la trompa, cualquier intervención abdominal, sobre todo en hemiabdomen menor, ayuda el embarazo ectópico ³⁰.

Respecto a la anticoncepción, La técnica de electrocoagulación tubárica (bipolar por laparoscopia) muestra un aumento del peligro de formación de fístulas tubáricas, aumenta el riesgo de embarazo ectópico 20 veces más; los métodos anticonceptivos no quirúrgicos reduce la posibilidad de embarazo ectópico a excepción del (DIU) ³⁰. Un estudio presentado por Ory llegó a la conclusión que la contracepción reduce el peligro de embarazo ectópico, aunque las usuarias del dispositivo intrauterino muestra un riesgo tres veces más de embarazo ectópico a una mujer que toma anticonceptivos orales, pero el mismo riesgo que la mujer que utiliza otro método anticonceptivo no ovulatorio ³⁰.

La relación entre la enfermedad inflamatoria pélvica, dispositivo intrauterino y embarazo ectópico parece ser que, al contrario de otros anticonceptivos, no protege frente a las patologías de transmisión sexual, por tanto es lógico que aumenten casos entre sus portadoras; la inducción de la ovulación con citrato de clomífeno (CC) o gonadotrofinas, se relaciona al aumento del riesgo de embarazo ectópico. Las principales causas relacionadas podrían estar con:

- Incremento de la concentración estrogénica, que cambia la acción y contractibilidad ciliar de la trompa.
- Liberación de múltiples ovocitos en diferentes procesos de crecimiento
- incrementa el espesor de la corona radiata, que complica la graduación por la trompa ³⁰.

“La fecundación asistida, puede aumentar el riesgo de embarazo ectópico entre el 1,5 y 6% según las distintas series publicadas⁷”.

Las causas pueden ser hormonales (elevados niveles estrogénicos) o mecánicas (aumento de la contractilidad uterina por irritabilidad de la cánula en cavidad al momento de la transferencia embrionaria) ³⁰.

“Existen otras causas como los abortos inducidos, retraso de la ovulación y migración transperitoneal del óvulo³⁰”.

2.2.1.4 Clasificación.

Las causas de embarazo ectópico no está claro para autores de estados unidos, Europa Oriental, Escandinavia y Gran Bretaña, pero aunque son de desigual latitudes, concuerdan en que este problema parece ser de múltiples factores; también es verdad, que el uso de los antibióticos para enfermedades de inflamación pélvica, evita en circunstancias la oclusión tubaría, pero no

volverá la permeabilidad, ni la función natural de este órgano, lo que posibilita la nidación ectópica ³¹.

Estas son las conclusiones que remiten al facultativo a razonar e identificar los factores de peligro para el embarazo ectópico, que pueden agrupar de diferentes formas, se señala la clasificación empleada por Williams en el 2007 ⁷, presenta los factores funcionales, mecánicos la reproducción asistida y el fallo de anticoncepción.

Revisando otros autores clasifican el embarazo ectópico teniendo en cuenta desemejantes aspectos como ^{32, 7, 33, 34}:

- **Momento de implantación:**

- Primitivos: el inicio del embarazo en el sitio de implantación.
- Secundarios: el huevo se desprende de su primera ubicación y se implanta en otro lugar. Por lo general en la parte abdominal o partes crónicas

- **Según sitio de implantación:**

- Trompa, ovario, cavidad abdominal y en sitios anómalos del útero.

El embarazo ectópico tubárico, donde la implantación es en la trompa necesariamente, suprimirla por ser la ubicación más usual (96 a 98 %), de preferencia en la trompa derecha (relación 6:4) y en la variedad ampular (65 a 80 %) puede culminar en aborto

tubárico, seguido en orden de secuencia por la porción ístmica (20 a 13 %), que usualmente ocasiona la rotura tubárica, la diferencia infundíbular (13 a 5 %) es muy infrecuente (3 a 2 %) se implanta a nivel intramural (cuerno uterino o intersticial), apreciado por algunos estudiosos, como embarazo ectópico no tubárico, que puede desarrollar hacia el estallamiento, con hemorragia y probabilidades de muerte. Estas ubicaciones a su vez integran las formas clínicas del embarazo ectópico tubario ⁷.

El embarazo ectópico no tubárico, integra una extraña y se presenta en nivel de secuencia: los abdominales (1,3 %), los ováricos (0,5 %) y los cervicales (0,1 %), lo cual no dejan de ser un riesgo para la mujer ⁷.

- **Según el número de embarazos:**

Se puede dar embarazos ectópicos heterotópico-gemelares o bilaterales. Se presentaron también recidivas en un muñón de trompa operada.

El embarazo ectópico tubárico bilateral es una cualidad clínica extraña (1:200 000 embarazos intrauterinos) y el primer caso fue descrito por Bledsoe en 1918. En los últimos 80 años, se

publicaron más de 200 casos, con una frecuencia de 1: 725 a 1580 embarazos ectópicos unilateral³⁵. De los Ríos 36 en su serie señala que el 42,6 % de los casos se dieron espontáneamente.

2.2.1.5 Fisiopatología.

El trofoblasto del embarazo ectópico, es casi igual al embarazo normal y secreta hormona gonadotropina coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo que produce estrógenos y progesterona para persuadir los cambios maternos del primer trimestre del embarazo; esto da lugar a que en las primeras semanas de desarrollo sea calmada, pues "la fecundación nada tiene de raro, lo patológico está en la implantación del huevo en un sitio diferente, pero muy próximo, ante una la barrera decidual reducida y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo está "condenado" a perecer ³⁷.

Los sitios de mala implantación pueden ser extrauterinos (órganos de cavidad abdominal, peritoneo, ovario, trompas uterinas) o intrauterinos pero a nivel de la porción intersticial de la trompa o a nivel del cuello uterino ³¹.

“Debido a esto, Barnes sugiere el término de embarazo "ectópico", en vez de embarazo "extrauterino", pues resulta ventajoso al comprender todas las implantaciones del huevo en sitios anormales^{38, 37}”.

Las causas de esta implantación fuera de la cavidad uterina pueden deberse a factores ovulares o tubáricos que ocasionen:

- Desviación, retraso o imposibilidad de la migración del huevo.
- Anticipación de la capacidad de implantación del huevo.

En relación al factor tubario, los autores Zenteno y Silvia^{39, 37}, determinan que la principal causa es la lesión estructural de la trompa a nivel endotelial creado por un proceso inflamatorio pélvico de tipo no especificado, sea por ITS o infecciones de órganos adyacentes como: tuberculosis, peritonitis no ginecología, apendicitis o actinomicosis.

En algunos casos, ocurre una endosalpingitis con reducción de los cilios, que une toda la estructura de la trompa (por lo habitual bilateral), invadiendo parcial o totalmente, con formación de apegamiento a estructuras vecinas, cuya causa más usual y riesgosa, es la infección por *Clamidia trachomatis*, transmitida sexualmente sin síntomas en un 30 %³¹.

La clamidiasis y otras infecciones de transmisión sexual, se aumentaron en los últimos años, debido a permutaciones al comportamiento social y sexual, con la predisposición alta de promiscuidad sexual y precocidad. Los adolescentes identificados por la carencia de control de los impulsos, ambivalencia emocional, maduración sexual y cambios emotivos además conducta cada vez más precoz, los lleva a la búsqueda de las relaciones coitales, como inicio de su vida sexual activa,

lo que agravo por la falta de conocimientos acerca de estas infecciones, estipula comportamientos de riesgo y los manifiesta a ser víctimas de infecciones de transmisión sexual ⁴⁰.

La variación hormonal produce reducción de la motilidad tubárica, lo que produce el crecimiento del cigoto antes de la llegada al endometrio, quedando detenido en la trompa; estas variaciones están dadas por distintos niveles de progesterona y estrógeno en sangre, que varían la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios, como la DIU con progesterona, anticonceptivos orales de progestágenos el aumento de estrógenos posovulación, como ocurre con el uso de la (AOE) los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea³¹.

El cigarrillo tiene una toxicidad directa ya que la nicotina actúa reduciendo el peristaltismo de la trompa uterina y el movimiento ciliar, pero también exhibe una toxicidad indirecta, dada por la acción antiestrogénica, cambia los niveles hormonales. En relación con el factor ovular se nota el aumento acelerado de la mórula con enclavamiento en la trompa, la rotura temprana de la zona pelúcida con implantación precoz del blastocisto, los fenómenos de transmigración dentro del útero y externa abdominal, que necesita más tiempo, por lo tanto el cigoto es atrapado al llegar a esa trompa. También puede suceder la

fecundación precoz del óvulo, antes de su llegada a la trompa.

31

Silva y Zenteno^{39,37}. En sus artículos describen muy bien la fisiopatología del embarazo ectópico tubario. Cuando el embarazo se implanta en la trompa uterina, la pared de esta se vuelve frágil, al nivel del asiento placentario y en su contorno. La capa muscular de la trompa se hipertrofia, mientras que la serosa forma apegamientos. Las vellosidades coriales en la capa muscular dañan vasos y provocan sangrado con la muerte del huevo con mucha continuidad. Aunque el corión es similar al del huevo uterino, el amnios se malogra por lo general y el embrión se disuelve con frecuencia.

La interpretación fisiopatológica parece fácil, ya que el endometrio se ha hipertrofiado hasta ser una decidua sin huevo, el útero se siente lleno sin estarlo, pero es susceptible de sangrar, de contraer su miometrio con dolor y cuando se comienza a constatar el "desprendimiento ovular" comienza a padecer como si lo obtuvieran en su cavidad; entonces dilata su cuello cuando se comprueba el aborto tubario, como si fuera intrauterino, aparentando un accidente dismenorreico ³¹.

La determinación en ambos (hematosalpinx y la rotura) se demuestra por Cestan y Pillet ³⁹, quienes describieron que el huevo fecundado e implantado quedando cubierto de sus membranas coriales, cuando se implanta en la cavidad uterina, la pared de la trompa que se haya en contacto con el corión,

sufre cambios profundos y aceleradamente se hace muy vascular y obtiene un aspecto tortuoso con ciertas vellosidades que se mezclan con las coriales y después las placentarias; por lo tanto se vuelve doble y vasculariza; la pared interna de los vasos arteriales también se engruesa y se forman ciertos lagos sanguíneos que se comunican arterias y venas ampliamente; si se examina la mucosa a nivel de las franjas, se observa su aspecto decidual.

La fisiología de este embarazo, es igual que en el embarazo ectópico, mientras no se da un accidente inevitable, que la cambiaría en la fisiopatología de la interrupción extemporánea de la misma ³¹.

2.2.1.6 Manifestaciones clínicas.

El cuadro clínico de un embarazo tubárico se da sobre todo por la presencia de rotura, gracias a que ahora las usuarias acuden antes y se cuenta con una tecnología que diagnóstica más preciso, estos embarazos se reconocen antes de romperse en la mayoría de los casos; generalmente la mujer no sospecha que tiene un embarazo tubárico y piensa que su gestación es normal o que está teniendo un aborto. Con frecuencias los signos y síntomas de un embarazo ectópico son sutiles o incluso inexistentes ⁷.

Sin un diagnóstico temprano, la evolución normal de los casos se caracteriza por retraso menstrual cambiante seguido de un sangrado leve o manchado vaginal. Cuando se rompe produce dolor intenso en los cuadrantes inferiores del abdomen y en la pelvis como un dolor agudo, lancinante o desgarrante ⁷.

Va acompañado de alteraciones vasomotoras, que van de vértigo a síncope. Existe hipersensibilidad a la palpación abdominal y la examinación pélvica bimanual, sobre todo a la movilización del cuello uterino, ocasionando un dolor muy fuerte. En oportunidades el fondo de saco vaginal posterior se inflama por la existencia de sangre en el fondo del saco recto-uterino o bien se siente una tumoración bultosa a un lado del útero. Quizá en 50% de las mujeres con hemorragia intraperitoneal bastante aparecen síntomas de irritación diafragmática que se caracterizan por dolor en cuello del útero, principalmente durante la examinación ⁷.

2.2.1.7 Diagnóstico.

Observando los pasos del método clínico para encontrar un diagnóstico verdadero y oportuno, como proclama Selman ⁴¹, el examen físico a la paciente con sospecha de embarazo ectópico resulta primordial, pero dominando la fisiopatología del problema, se puede razonar y hallar más elementos en la pregunta y a la exploración, pues las pérdidas sanguíneas da la inseguridad de gestación al inicio de ella.

En oportunidades el diagnóstico se apoya en una tumoración yuxta uterina unilateral (concurrente en el 45 % de los casos) cuyo valor predictivo positivo es del 14 %, pero cuando se encuentran pérdidas de sangre y dolor agudo (en el 90 % de los casos), el especialista tiene que estar atento de que algo fuera de lo normal está sucediendo, pues un embarazo normal, no es doloroso ^{32, 39, 38, 37}.

El diagnóstico de embarazo ectópico puede ser complicado, se estima que un 12 % ³ de las pacientes son dadas de alta equivocadamente en primera instancia y culminando este se demuestra en ellas, por consiguiente, tarde o temprano este culmina en un accidente.

El embarazo ectópico sin complicación es silencioso, no avanza más del primer trimestre, que puede ir hacia la reabsorción total, pero absolutamente es previo a uno complicado. Los síntomas son muy cambiantes, según el momento de la localización y su ubicación.

En un inicio, independientemente de la localización, sucede igual a un embarazo eutópico. Al examen físico, se tacta el cuello uterino con evidente sensibilidad dolorosa, el tamaño del útero no pertenece con el tiempo de amenorrea y en oportunidades se comprueba una tumoración yuxta uterina unilateral, limitada, ovoidea, pequeña, que aclara hacia el diagnóstico del embarazo ectópico. Esta fase fue nombrada por algunos autores como "evolución tranquila³⁹". Pero con

frecuencia se inician las complicaciones: dolor y pérdidas de sangre.

En el embarazo ectópico complicado, el cuadro clínico del hemoperitoneo y la rotura de la trompa, basado en signos vitales y descompensación hemodinámica no da gran sensibilidad, diagnóstica y señalan Hicks y Brennan ^{42, 43}, tampoco debe realizarse el diagnóstico retrospectivo por medio de una laparotomía, pues la cirugía no está libre de complicaciones.

Esta forma clínica es mucho más sencilla de diagnosticar, pero es más riesgosa y con alta probabilidad de muerte. Puede clasificarse según la hemodinamia de la paciente esté sometida o no y se verifica por tres tipos de accidente.

- Con estabilidad hemodinámica, las complicaciones son: aborto tubárico y hematosálinx.
- Con signos de descompensación hemodinámica o shock, por la rotura del mismo, dándose un hemoperitoneo.

Los accidentes del embarazo ectópico reconocidos por disímiles autores pueden ser tres:

- “Muerte ovular temprana, habituándose el Hematosálinx, al soltarse el huevo y los residuos vellositarios, con lesiones del lecho placentario que originan reacciones fibrosas tardías, produciendo obstrucción total o parcial de la trompa y del cierre de los extremos de esta ^{32, 7, 39, 38, 37”}.

- Aborto tubario, es la forma más usual de culminar el EE, más frecuente en las diferencias infundíbular, ampular e ístmico-ampular y puede ser: completo (cese del sangrado y desaparición de los síntomas), incompleto (persiste el sangrado por fragmentos ovulares que pueden llegar a la formación de pólipo placentario) ^{32, 7, 39, 38, 37}.
- Rotura tubaría, se puede dar en cualquier nivel, en estas variedades (ístmicas, en las primeras 5 sem e intramurales, entre las 8 y 16 sem). El sangrado es excesivo por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular uterino y ovárico, por lo que el sangrado con periodicidad es transcendental. Este sangrado puede formar un hematocele difuso o un hematoma intraligamentoso ^{32, 7, 39, 38, 37}.

La rotura de la trompa se ocasiona por fisuración o rajamiento y con frecuencia por rotura tosca. Posiblemente ocurre debido a una falla de la apoptosis, fenómeno que existe en los tejidos fetales, maternos sobre todo en el embarazo en etapas iniciales, entonces el tejido trofoblástico tendría mayor persistencia y severidad culminando con la rotura de la trompa ³⁷.

2.2.1.8 Tratamiento.

En diversos casos, el diagnóstico temprano autoriza poner en marcha el tratamiento quirúrgico o médico definitivo de un

embarazo ectópico completo en ocasiones antes que lleguen los síntomas. En ambos casos, el tratamiento anterior a la rotura se acompaña de menos morbilidad y mortalidad y un mejor pronóstico en cuanto a la fecundidad ⁷.

- **Tratamiento quirúrgico.**

“El método quirúrgico preferido para el embarazo ectópico es la laparoscopia, a menos que la mujer se encuentre inestable en términos hemodinámicos ⁷”.

“La cirugía tubárica se considera conservadora cuando se acompaña de rescate tubario. Algunos ejemplos son la salpingostomía, salpingotomía y compresión de la fimbria para extraer el embarazo ectópico ⁷”.

- **Tratamiento médico.**

El uso de Metotrexate es opción a la cirugía en féminas con embarazo ectópico no roto, cumpliendo con las siguientes condiciones:

- Paciente hemodinámicamente estable sin sangrado activo o signos de hemoperitoneo. Masa anexial ecográficamente inferior de 3.5cm de diámetro.
- Sin certeza de la actividad cardíaca embrionaria. B-hCG inferior de 5000 mUI/mL.
- Ausencia de líquido libre o inferior de 100 mL en fondo de saco posterior a la ECO-TV. Ausencia de patologías coadyuvantes que contraindiquen el uso de Metotrexate^{44, 45}.

El Metotrexate puede utilizarlo bajo dos esquemas: El de dosis Múltiple y el de Única. Debido a que la tasa de éxito es similar en ambos casos (90%); decidimos usar el de dosis Única por su menor toxicidad, fácil administración y con un costo bajo. (Nivel de Evidencia II-1) ⁴⁶.

2.2.2 Factores asociados al embarazo ectópico.

2.2.2.1 Factores Mecánicos.

Dentro de los factores mecánicos asociados al embarazo ectópico reportados en la literatura, se encuentran la enfermedad pélvica inflamatoria, aquí el peligro de embarazo ectópico tres veces más como mínimo en las mujeres con enfermedad tubárica confirmada. En la mayor parte de los casos, la lesión tubárica es consecuencia de las ITS, entre las que las clamidias y la gonococia son las más usuales. Tras un episodio de infección tubárica, el peligro de embarazo ectópico es de alrededor de 10% y se suma de forma progresiva con cada infección siguiente ⁴⁷.

Otro factor mecánico es la cirugía previa tubárica que aumenta el peligro hasta en cinco; cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica, el peligro de recidiva oscila entre 10 y 27%, hasta 10 veces superior que en la población general. La cirugía pélvica o abdominal que no afecta a las trompas de Falopio, como cesárea, cirugía ovárica, apendicectomía (sin rotura) e

interrupción programada de un embarazo, generalmente no aumenta el riesgo ^{48, 49}.

Otros factores mecánicos reportados es el antecedente previo de aborto inducido o espontaneo, así como la infertilidad o esterilidad previa tratadas con operaciones sobre las trompas buscando la fertilidad, inductores de ovulación, embarazo por técnicas de reproducción asistida ^{50,51}. El riesgo de embarazo ectópico se duplica en torno a las mujeres estériles. La asociación entre esterilidad e EPI tubárica previa ofrece una explicación evidente. Los fármacos inductores de la ovulación involucran un más riesgo, aunque no se conoce, si la responsabilidad depende de factores tubáricos coexistentes no identificados o de las cualidades endocrinas alteradas de los ciclos estimulados ⁵².

2.2.2.2 Factores funcionales.

Los factores funcionales tienen relación directa con el embarazo ectópico, el cual el óvulo fecundado en el tránsito de la trompa a la cavidad uterina se hace más lento debido al peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar por hipocontractibilidad como al espasmo tubárico; dentro de estos factores encontramos: el antecedente de uso de los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales combinados o con progestinas ^{47, 48}. Así el riesgo de embarazo ectópico eleva cinco veces más aproximadamente en las mujeres con exposición intrauterina a

dietilelbestrol (DES). Las anomalías vistas son acortamiento y circunvolución de las trompas, constricción de las franjas y quistes paratubáricos, pero no se conoce si tales anomalías guardan relación directa con el más riesgo de embarazo ectópico⁵³.

La incidencia del peligro absoluto de embarazo ectópico se disminuye con los métodos anticonceptivos. La vasectomía y anticonceptivos orales se relacionan con incidencia absoluta menor de embarazo ectópico. Las tasas siguen siendo inferiores, pero casi 60 veces más con la esterilización tubárica (0.32/1,000 mujeres por año) y 200 veces superiores con el DIU. La mayor tasa de embarazos ectópicos asociadas al dispositivo intrauterino sigue siendo inferior de la mitad en comparación con las mujeres que no usan anticoncepción⁵⁴.

El riesgo de embarazo ectópico se duplica como mínimo en mujeres fumadoras, este supera alrededor de 50% en las ex fumadoras y las que fuman poco (1 a 9 cigarrillos al día) y se aumenta de forma considerable con un consumo diario más intenso⁴⁷.

2.2.2.3 Factores biológicos.

La edad temprana al inicio del primer coito y el número de parejas sexuales durante su vida comparándose con el riesgo ligeramente superior de embarazo ectópico, por la mayor

probabilidad de exposición a ITS. Muchos estudios han revelado comparaciones entre la ducha vaginal y el embarazo ectópico ⁴⁷. La edad avanzada de la madre es considerada un factor de riesgo no controlable para embarazo ectópico, la incidencia más alta se ubica en el rango entre los 35 a 44 años ⁴⁷. Algunas explicaciones son referidas por la pérdida de la actividad mioeléctrica dentro de las trompas de Falopio mediante que la fémina envejece, en estas condiciones teóricamente un embrión podría culminar en una mala migración y la implantación anormal en un sitio fuera del útero ⁴⁷.

2.2.2.4 Factores sociodemográficos.

Variables tales como el estado civil, la paridad y la ocupación de las pacientes que presentaron embarazos ectópicos, fueron analizadas con distintos estudios latinoamericanos y determinaron que hay mayor riesgo en mujeres con antecedente de embarazos ectópicos y/o abortos , pacientes que son conyugues en unión libre, trabajadoras independientes y quienes iniciaron muy jóvenes su vida sexual activa ⁴⁷.

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS.

- **Ectópico:** “La implantación del huevo fertilizado en un sitio distinto al recubrimiento endometrial de la cavidad uterina ⁵⁵”.

- Embarazo: Producto de la fecundación de un ovulo por un espermatozoide, dando como resultado una serie de cambios físicos y psíquicos en el cuerpo de la mujer, que la conllevaran a adaptarse a la nueva etapa y continuará durante los nueve meses posteriores ⁵⁶.
- **Embrión:** "Producto de la división del cigoto hasta el fin del estadio embrionario (8 semanas después de la fecundación) ⁵⁶".
- **Factor:** característica o circunstancia percibida de una persona o grupo de personas que se asocia con una mayoría, en la probabilidad de carecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido ⁵⁷.
- **Fecundación:** "Penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un cigoto ⁵⁶".
- **Implantación:** "La unión y subsecuente penetración del blastocito libre de zona pelúcida usualmente en el endometrio, que comienza 5 a 7 días después de la fecundación ⁵⁶".
- **Mecánico:** "Conjunto de factores físicos que pueden dar lugar a una implantación anormal del huevo por la acción mecánica de elementos anatómicos de un órgano ⁵⁷".
- **Funcional:** Conjunto de factores de orden funcional que pueden dar lugar a una implantación anormal del huevo por la acción funcional de un órgano ⁵⁷.
- **Tubárico:** desarrollo e implantación del saco gestacional a nivel de la trompa de Falopio ⁵⁸.
- **Extratubárico:** Implantación y crecimiento del saco gestacional en otro lugar que no sea la trompa de Falopio. ⁵⁸

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.

Los factores que se asociaron al embarazo ectópico son: los mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

H_I: Los factores mecánicos que están asociadas al embarazo ectópico son: la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía de trompas previa, embarazo por técnica de reproducción asistida y el antecedente de aborto previo espontaneo.

H_{II}: Los factores funcionales que están asociadas al embarazo ectópico son: el antecedente de uso de DIU, antecedente de uso anticonceptivos orales combinados y el tabaquismo.

H_{III}: Los factores biológicos que están asociadas al embarazo ectópico son: la promiscuidad sexual (>1pareja sexual), las duchas vaginales y la edad del primer coito <18 años.

HIV: Los factores sociodemográficos que están asociadas al embarazo ectópico son: la edad mayor a 40 años, la paridad y el estado civil.

3.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Variable I (X): Factores asociados al embarazo ectópico.

Definición conceptual: “Condiciones que al estar presentes en una enfermedad incrementan la probabilidad de presentarla que en aquellas que no poseen dicha condición”.⁵⁷

Definición Operacional: Factores presentes en las mujeres como los mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos, que tienen una alta asociación con desarrollar embarazo ectópico.

Variable II (Y): Embarazo ectópico.

Definición conceptual: “Implantación del ovocito fertilizado fuera de la cavidad endometrial.”⁵⁵

Definición Operacional: Molestia a movilización cervical, existencia de masa anexial dolorosa, irritación peritoneal o cuadros de Shock, complementado con ecografía endovaginal en la cual no se visualiza el embrión en la cavidad uterina.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Escala	Valor final
Variable (X): Factores asociados al embarazo ectópico.	“Condiciones que al estar presentes en una enfermedad incrementan la probabilidad de presentarla que en aquellas que no poseen dicha condición ⁵⁷ ”.	Factores presentes en las mujeres como los mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos, que tienen una alta asociación con desarrollar embarazo ectópico.	<ul style="list-style-type: none"> • Factores mecánicos • Factores funcionales • Factores biológicos • Factores sociodemográficos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria. ✓ Cirugía de trompas previa. ✓ Técnica de reproducción asistida. ✓ Antecedente de aborto previo espontaneo. ✓ Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino. ✓ Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados. ✓ Tabaquismo ✓ Promiscuidad sexual (>1pareja sexual) ✓ Duchas vaginales ✓ Edad del primer coito <18 años ✓ Edad (>40 años) ✓ Paridad ✓ Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> Si – No Si - No Si - No Si - No Si - No Si – No Si - No Si - No Si - No Si - No Si – No Partos Soltera Casada Conviviente 	<ul style="list-style-type: none"> Nominal Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> Si (1) – No (0) Primípara (1) Múltipara (2) Soltera (1) Casada (2) Conviviente (3)
Variable (Y): Embarazo ectópico.	“Implantación del ovocito fertilizado fuera de la cavidad endometrial ⁵⁵ ”.	Molestia a movilización cervical, existencia de masa anexial dolorosa, irritación peritoneal o cuadros de Shock, complementado con ecografía endovaginal en la cual no se visualiza el embrión en la cavidad uterina.	<ul style="list-style-type: none"> Tubáricos Extratubáricos 	Diagnóstico de embarazo ectópico mediante ecografía obstétrica, historias clínicas y registrado en la hoja de epicrisis.	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	Nominal	Si (1) – No (0)

CAPITULO IV:

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

4.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION.

4.1.1 Tipo de investigación.

La tipología del presente estudio es: La determinación a la orientación de la investigación es considerada como básica,⁶⁰ estas investigaciones están orientados a lograr un nuevo conocimiento o complementar los conocimientos de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad, como es el caso del presente estudio.

De acuerdo a la participación del investigador será observacional, en este tipo el investigador no tendrá participación directa; debido a que los datos consignados durante el trabajo reflejan la evolución natural del evento, así mismo éstos se impide a observar, medir y analizar especificadas variables en los sujetos^{61, 59}.

De acuerdo a la planificación de toma de datos será retrospectiva; la característica de este tipo de estudios es que los datos son

secundarios, es decir se obtienen de archivos o registros, o de lo que los sujetos o los médicos refieren ⁵⁹.

Según el número de datos que se mide la variable de estudio será transversal ⁵⁹, en este caso la variable de estudio se midió en una sola ocasión.

Según el número de variable de interés es analítico, en este tipo de estudios el análisis estadístico, es bivariado; ya que se planteó y puso a prueba la hipótesis, su nivel más básico dispone la asociación o relación entre variables ⁶¹.

4.1.2 Nivel de investigación.

En cuanto al nivel de investigación que corresponde al presente estudio es el descriptivo correlacional, para Salkind ⁶², la investigación correlacional tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables. Según este autor, uno de los puntos importantes respecto de la investigación correlacional es examinar relaciones entre variables o sus resultados pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra. En otras palabras, la correlación examina asociaciones pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro.

4.2 MÉTODOS Y DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN.

4.2.1 Métodos de investigación.

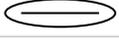
El presente estudio utilizará el método científico y en vista que este estudio está encuadrado en el enfoque cuantitativo, se utilizará como

método específico el deductivo; este método va de lo general a lo particular. Parte del estudio de principios generales, leyes o teorías, para deducir por medio del razonamiento lógico suposiciones y llegar a la observación y registro de los datos; además las hipótesis se contrastan con la realidad para aceptarse o rechazarse en un contexto determinado⁶³.

4.2.2 Diseño de la investigación.

El diseño del presente estudio es no experimental transaccional correlacional, este diseño describe las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto.⁶³

Se esquematiza de la siguiente manera:

X_1		Y_1
X_2		Y_2
X_k		Y_k

4.3 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.

4.3.1 Población.

La población para el presente estudio estará constituida por 1894 gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas en el año 2017.

4.3.2 Muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizará el algoritmo para la estimación de frecuencias (marco maestral conocido).

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	1894
Error Alfa	α	0,05
Nivel de Confianza	1- α	0,95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1,96
Proporción de personas con el fenómeno a estudiar	p	0,07
Proporción de personas sin fenómeno a estudiar	q	0,93
Precisión	d	0,05

Tamaño de la muestra	n	95,06
----------------------	---	--------------

Donde:

N = Población (1894 gestantes)

n = Muestra (96 gestantes)

P = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar (gestantes con embarazo ectópico)

Q = Proporción de personas sin fenómeno a estudiar (gestantes con embarazo intrauterino)

Z α = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado
 $\alpha=0.05=1.96$

D = Precisión de la muestra (0.05)

Para seleccionar las unidades de estudio que integraran la muestra se utilizará el muestreo no probabilístico por conveniencia, este recibe diversos nombres, como por ejemplo: deliberado, porque no hay ningún

procedimiento, ninguna acción ni razón; en suma, no hay ninguna forma de seleccionar la muestra, es simplemente deliberado ⁶⁴.

El procedimiento empleado será el siguiente:

Se seleccionaran a las pacientes gestantes atendidas en el año 2017 atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, además se hará uso del aplicativo sistema informático perinatal, en el cual se identificara a las gestantes que hayan tenido el diagnostico de embarazo ectópico.

- **Criterios de inclusión.**

- Pacientes atendidas con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas en el año 2017, y pacientes con diagnóstico de parto sea eutócico o distócico en el mismo periodo de tiempo.
- Historias Clínicas que contengan la información completa requerida en esta investigación.

- **Criterios de exclusión.**

- Historias Clínicas que no contengan la información completa requerida en esta investigación.
- Historias Clínicas que no se encuentran en el archivo de admisión del Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.4.1 Técnicas.

La técnica a ser utilizada en el presente estudio será la documentación, esta constituye la técnica de recolección de datos más básica y a la vez la más inexacta; corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información. Habitualmente la información fue recolectada con fines distintos al estudio en curso. ⁶¹

4.4.2 Instrumentos.

Para el presente estudio se utilizara como instrumento una ficha de recolección de datos, la misma que estará dividida en dos partes; la primera contempla los datos de la variable independiente “factores asociados” de acuerdo a sus dimensiones y la segunda está dirigida a recoger los datos de la variable dependiente “embarazo ectópico”.

4.4.3 Validez y confiabilidad.

En vista que el instrumento a ser utilizado en la presente investigación, solo hará la transcripción de datos de la historia clínica, su validez de contenido se hará a través de juicio de expertos, los mismos que evaluarán la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de las preguntas propuestas (anexo 3), indicando si están de acuerdo con un puntaje de 1 y en desacuerdo puntaje de 0., la misma que será procesada utilizando la prueba de concordancia entre los jueces, siendo su fórmula:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Donde:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Finalmente se obtendrá el producto que mostrará la validez de nuestro instrumento, debiéndose obtener un puntaje mayor a 0,60 para considerar como válido.

4.4.4 Procesamiento y análisis de datos.

Para ejecutar el proceso de recolección de datos hay que tomar en cuenta la técnica a ser utilizada, la documentación a través de la revisión de historias clínicas, y el instrumento ficha de recolección de datos, tanto para la variable factores asociados y embarazo ectópico. Toda la información se recogerá inicialmente en una ficha de recolección impresa y luego se creará una matriz de datos. Los datos de la matriz de datos serán ingresados al programa estadístico SPSS versión 24 para controlar y analizar los datos.

Las técnicas estadísticas a ser utilizadas en el presente estudio serán las descriptivas a través de cuadros de contingencia, así como sus respectivos gráficos de barras apiladas.

Para el análisis inferencial se hará uso de la técnica estadística no paramétrica; para el contraste de hipótesis se utilizará el Chi cuadrado de independencia, se realizará un análisis estadístico de significación para el análisis de los factores asociados a embarazo ectópico. En todos los casos, el error alfa es considerado como significativo, si el

valor de p es igual o menor a 0,05. Finalmente se realizará el análisis e interpretación de resultados obtenidos, para poder obtener las conclusiones y recomendaciones. Las conclusiones y recomendaciones que se generen a partir de la presente investigación, se determinarán a través del análisis e interpretación de la información y los resultados que se obtengan mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos usados en dicha investigación. Además estarán estrechamente relacionadas con los objetivos específicos planteados.

4.4.5 Ética de la investigación.

El estudio será realizado tomando en cuenta los principios de investigación con seres humanos de la Declaración de Helsinki II, para lo cual se pedirá el permiso correspondiente al Comité de Investigación y Ética del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas. Por ser un estudio retrospectivo, donde no se tomara contacto con las unidades de estudio, no se llenara el consentimiento informada, pero si se guardara la confidencialidad de los datos.

**CAPITULO V:
RESULTADOS**

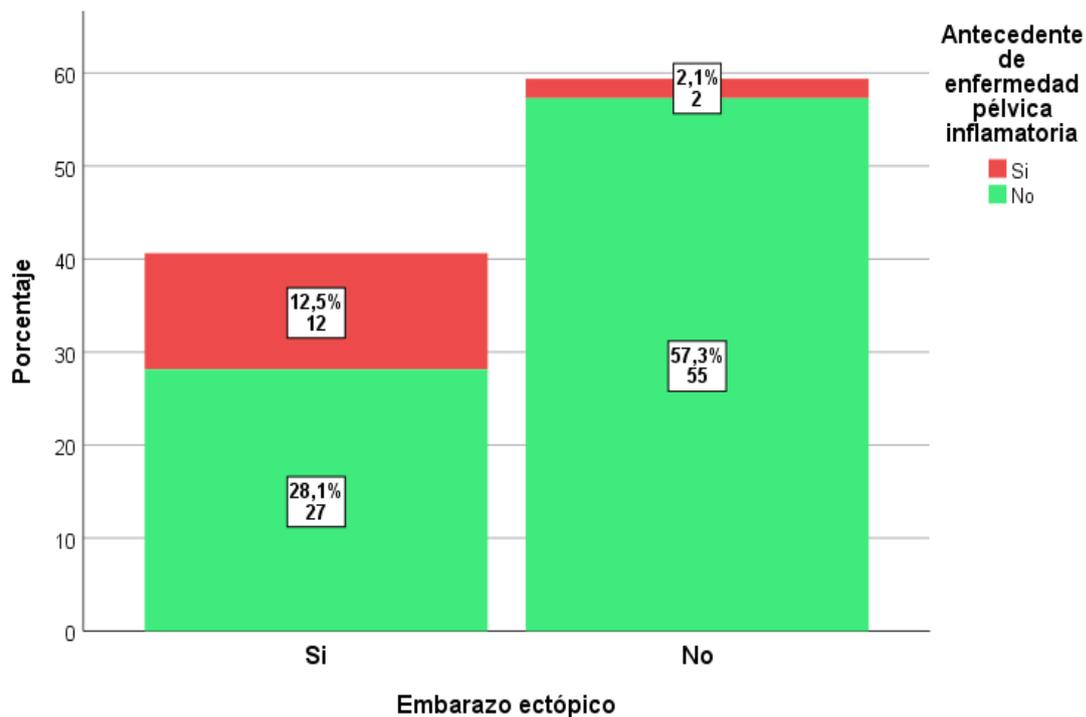
5.1 Análisis descriptivo

Tabla 1.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	12	12,5%	2	2,1%	14	14,6%
No	27	28,1%	55	57,3%	82	85,4%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 1.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

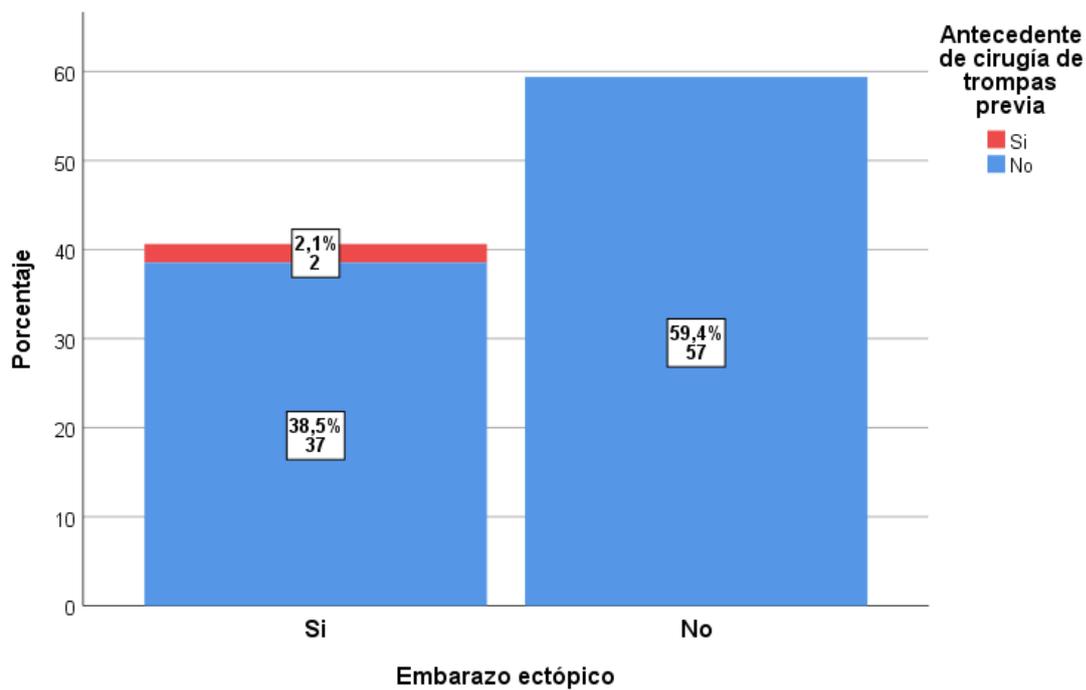
En la tabla 1 y figura 1 observamos que se estudiaron a 96 mujeres, de ellas 12 (12,5%) cursaron con embarazo ectópico y tuvieron el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, por su parte 55 (57,3%) no cursaron con embarazo ectópico y no tuvieron el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.

Tabla 2.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de cirugía de trompas en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Antecedente de cirugía de trompas previa	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	2	2,1%	0	0,0%	2	2,1%
No	37	38,5%	57	59,4%	94	97,9%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 2.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de cirugía de trompas en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

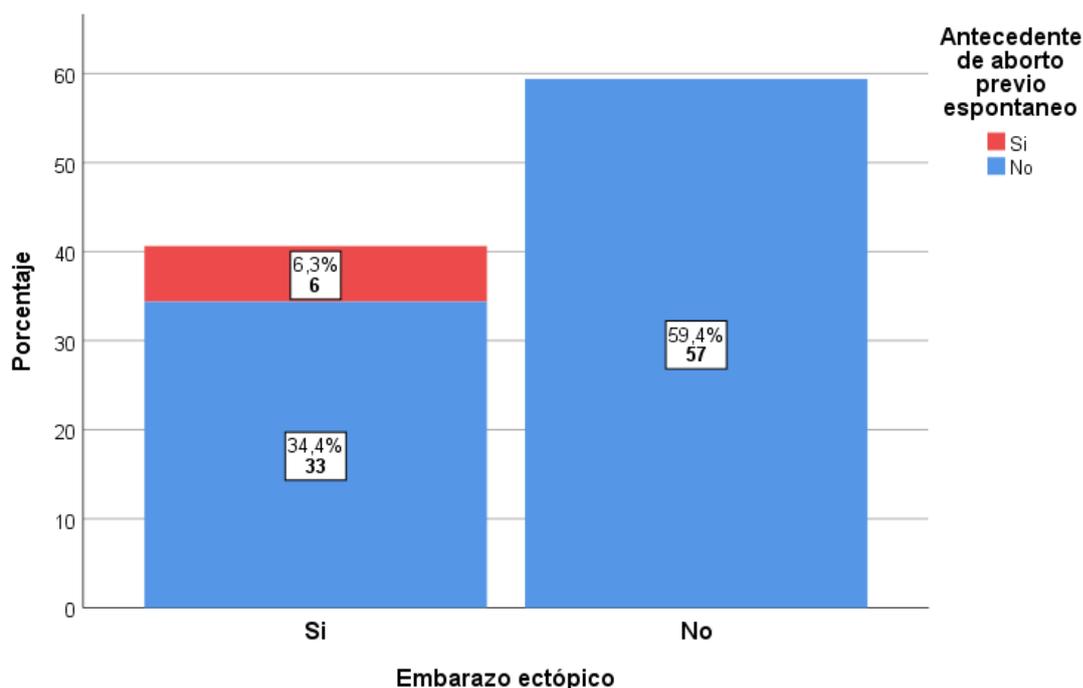
La tabla 2 y figura 2 nos muestra que se estudiaron a 96 mujeres, en ellas 2 (2,1%) cursaron con embarazo ectópico y tuvieron el antecedente de cirugía de trompas, mientras que 57 (59,4%) no cursaron con embarazo ectópico y no tuvieron el antecedente de cirugía de trompas.

Tabla 3.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de aborto previo espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Antecedente de aborto previo espontaneo	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	6	6,3%	0	0,0%	6	6,3%
No	33	34,4%	57	59,4%	90	93,8%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 3.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de aborto previo espontaneo en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

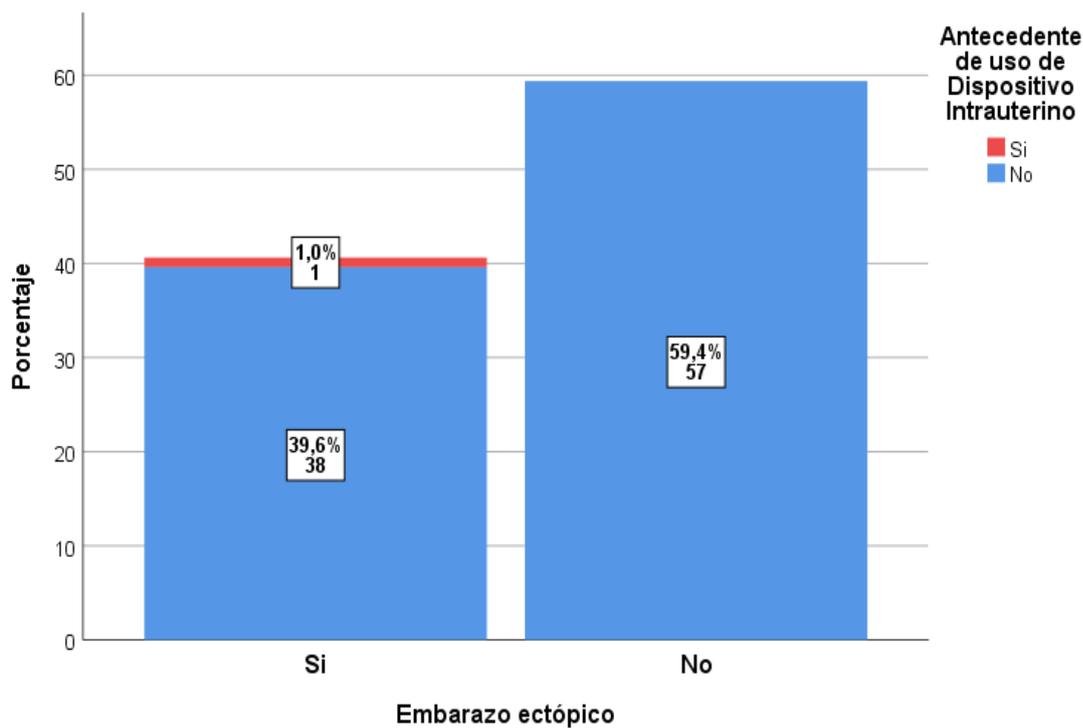
En la tabla 3 y figura 3 se observa que se estudiaron a 96 mujeres, de estas 6 (6,3%) cursaron con embarazo ectópico y tuvieron el antecedente de aborto previo espontaneo, mientras que 57 (59,4%) no cursaron con embarazo ectópico y no tuvieron el antecedente de aborto previo espontaneo.

Tabla 4.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de uso de dispositivo Intrauterino en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	1	1,0%	0	0,0%	1	1,0%
No	38	39,6%	57	59,4%	95	99,0%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 4.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de uso de dispositivo Intrauterino en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

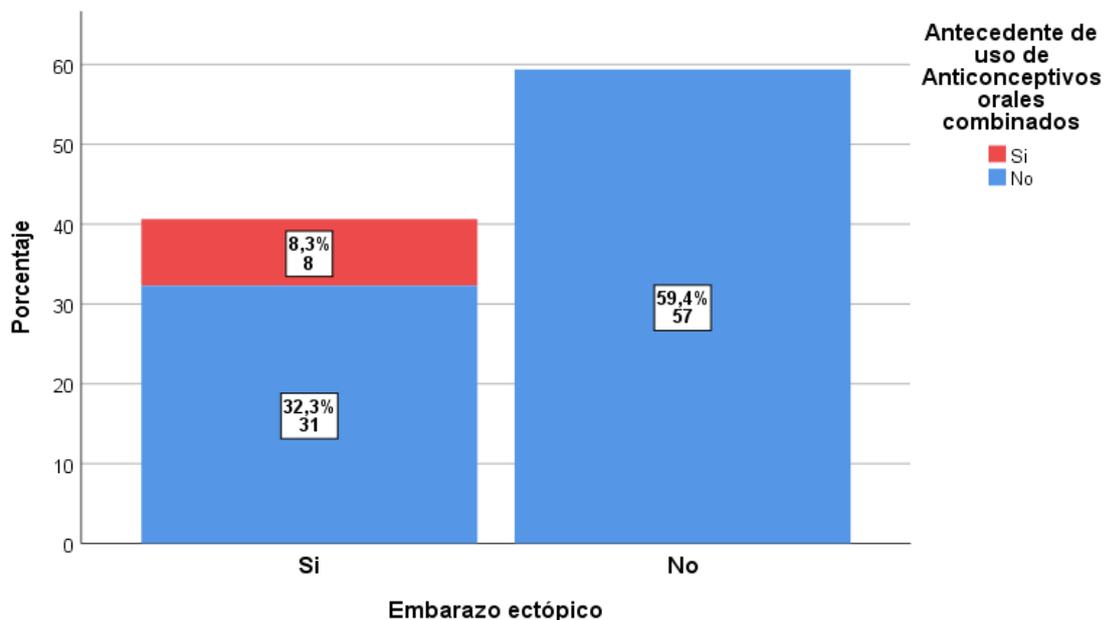
La tabla 4 y figura 4 nos informa que se estudiaron a 96 mujeres, de estas 1 (1,0%) curso con embarazo ectópico y tuvo el antecedente de uso de dispositivo Intrauterino, mientras que 57 (59,4%) no cursaron con embarazo ectópico y no tuvieron el antecedente de uso de dispositivo Intrauterino.

Tabla 5.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	8	8,3%	0	0,0%	8	8,3%
No	31	32,3%	57	59,4%	88	91,7%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 5.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

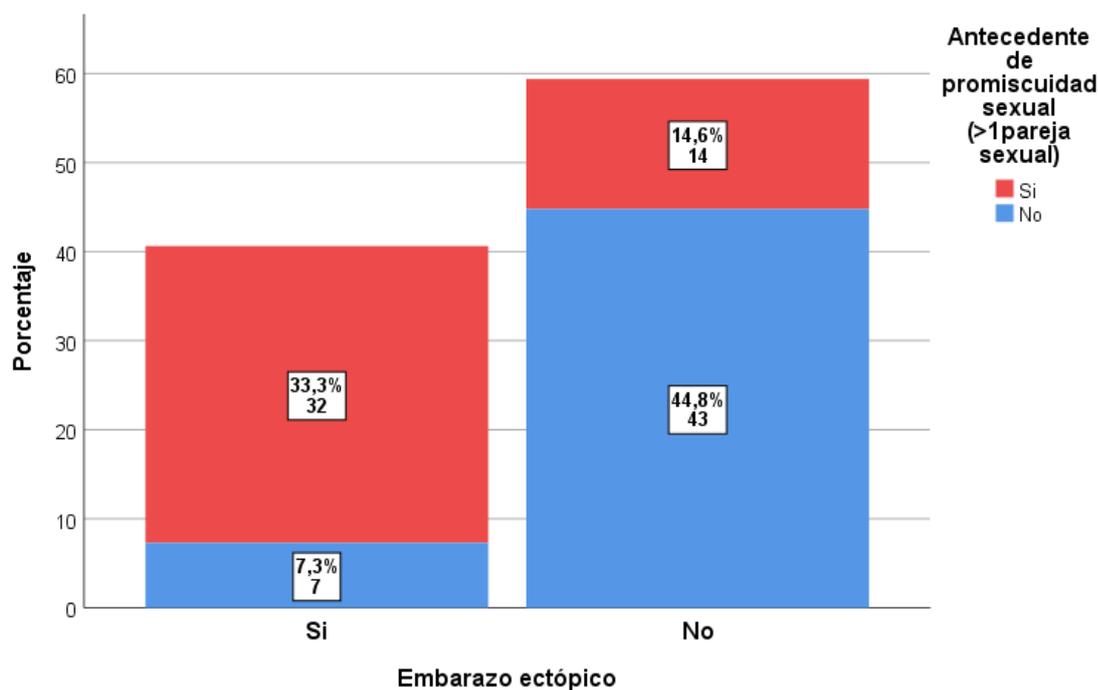
La tabla 5 y figura 5 Indica que se estudiaron a 96 mujeres, de estas 8 (8,3%) cursaron con embarazo ectópico y tuvieron el antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados, mientras que 57 (59,4%) no cursaron con embarazo ectópico y no tuvieron el antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados.

Tabla 6.- Frecuencia de embarazo ectópico según antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual) en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual)	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	32	33,3%	14	14,6%	46	47,9%
No	7	7,3%	43	44,8%	50	52,1%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 6.- Porcentaje de embarazo ectópico según antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual) en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

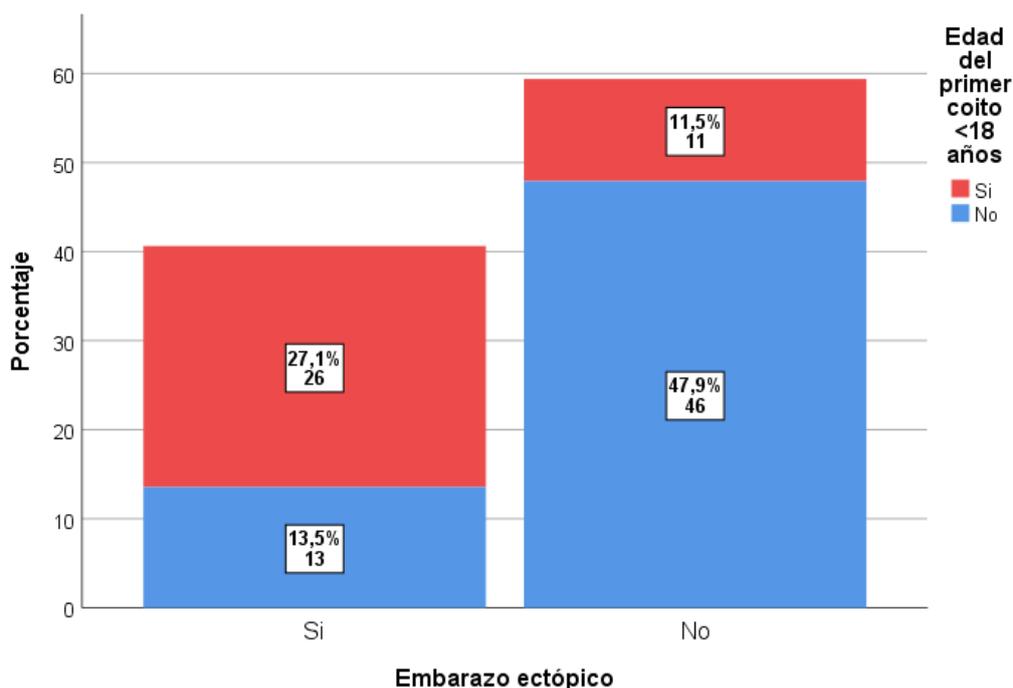
La tabla 6 y figura 6 nos muestra que se estudiaron a 96 mujeres, de estas 32 (33,3%) cursaron con embarazo ectópico y tuvieron el antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual), mientras que 43 (44,8%) no cursaron con embarazo ectópico y no tuvieron el antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual).

Tabla 7.- Frecuencia de embarazo ectópico según edad del primer coito <18 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Edad del primer coito <18 años	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	F	%	f	%		
Si	26	27,1%	11	11,5%	37	38,5%
No	13	13,5%	46	47,9%	59	61,5%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 7.- Porcentaje de embarazo ectópico según edad del primer coito <18 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

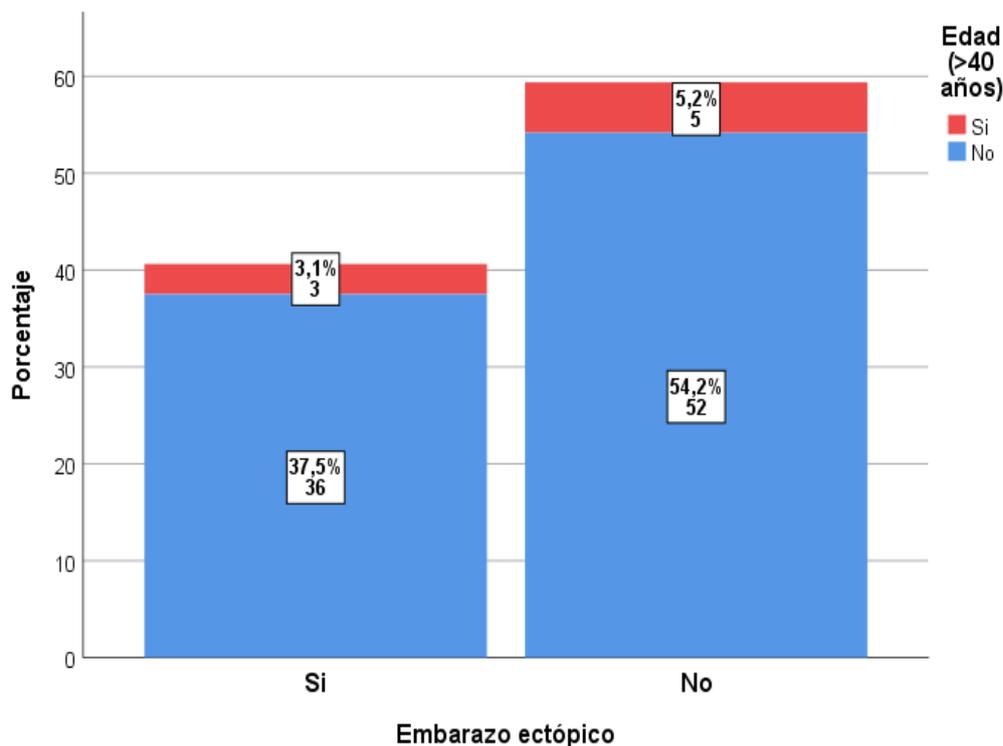
En la tabla 7 y figura 7 Observamos que se estudiaron a 96 mujeres, en ellas 26 (13.5%) presentaron embarazo ectópico y tuvieron la edad del primer coito <18 años), por su parte 26 (47,9%) no presentaron embarazo ectópico y no tuvieron la edad del primer coito <18 años.

Tabla 8.- Frecuencia de embarazo ectópico según edad >40 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Edad (>40 años)	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Si	3	3,1%	5	5,2%	8	8,3%
No	36	37,5%	52	54,2%	88	91,7%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 8.- Porcentaje de embarazo ectópico según edad >40 años en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

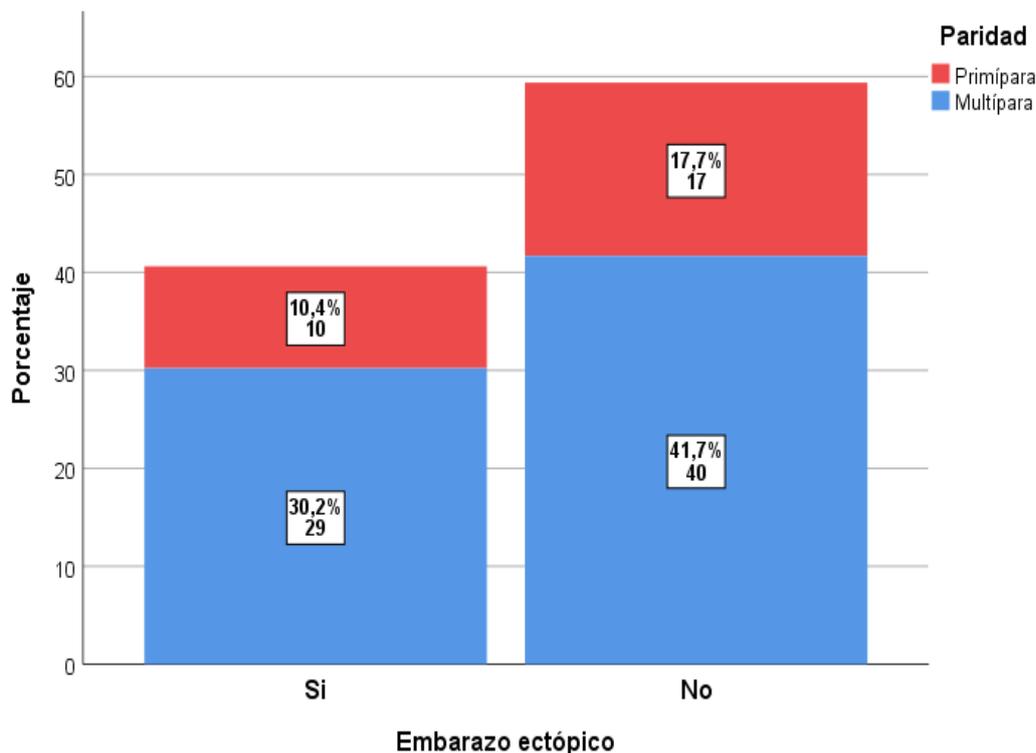
La tabla 8 y figura 8 nos presenta que se estudiaron a 96 mujeres, de estas 3 (3,1%) presentaron embarazo ectópico y tuvieron la edad >40 años, por su parte 52 (54,2%) no presentaron embarazo ectópico y no tuvieron la edad >40 años.

Tabla 9.- Frecuencia de embarazo ectópico según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.

Paridad	Embarazo ectópico				Total	
	Si		No		f	%
	f	%	f	%		
Primípara	10	10,4%	17	17,7%	27	28,1%
Múltipara	29	30,2%	40	41,7%	69	71,9%
Total	39	40,6%	57	59,4%	96	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

Gráfico 9.- Porcentaje de embarazo ectópico según paridad en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.

La tabla 9 y figura 9 nos indica que se estudiaron a 96 mujeres, en ellas 10 (10,4%) presentaron embarazo ectópico y fueron primíparas, mientras que 40 (41,7%) no presentaron embarazo ectópico y fueron múltiparas.

5.2 Análisis inferencial

Contrastación de hipótesis.

Hipótesis general

Formulación de hipótesis

H₀= Los factores que no están asociados al embarazo ectópico son: los mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos.

H₁= Los factores que están asociados al embarazo ectópico son: los mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 10.- Contrastación de hipótesis general.

Factores	Embarazo ectópico		
	Valor X ²	gl	Sig.
Mecánicos	Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria	13,814	1 ,000
	Antecedente de cirugía de trompas previa	2,985	1 ,084
	Antecedente de aborto previo espontaneo	9,354	1 ,002
Funcionales	Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino	1,477	1 ,224
	Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados	12,755	1 ,000
Biológicos	Antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual)	30,667	1 ,000
	Edad del primer coito <18 años	21,935	1 ,000
Sociodemo- gráficos	Edad (>40 años)	,035	1 ,851
	Paridad	,200	1 ,654
Estadísticos globales		56,096	9 ,000

Lectura del p-valor

El valor global del estadístico del contraste es 56,096, el cual, en la distribución X^2 tiene 9 grados de libertad (gl=), tiene asociada una probabilidad (significación asintótica) de 0,00.

Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observada) es pequeña (menor que 0,05), se decide rechazar la hipótesis nula, concluyendo que existe una asociación significativa entre los factores mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos con el embarazo ectópico.

Hipótesis específica 1

Formulación de hipótesis

H_0 = Los factores mecánicos que no están asociadas al embarazo ectópico son: la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía de trompas previa y el antecedente de aborto previo espontaneo.

H_1 = Los factores mecánicos que están asociadas al embarazo ectópico son: la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía de trompas previa y el antecedente de aborto previo espontaneo.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 11.- Contrastación de hipótesis específica 1.

Factores	Embarazo ectópico		
	Valor X ²	gl	Sig.
Mecánicos	Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria	13,814	1 ,000
	Antecedente de cirugía de trompas previa	2,985	1 ,084
	Antecedente de aborto previo espontaneo	9,354	1 ,002
Estadísticos globales		20,405	3 ,000

Lectura del p-valor

El valor global del estadístico del contraste es 20,405, el cual, en la distribución X² tiene 3 grados de libertad (gl=), tiene asociada una probabilidad (significación asintótica) de 0,00.

Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observada) es pequeña (menor que 0,05), se decide rechazar la hipótesis nula, concluyendo que el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el antecedente de aborto previo espontaneo son los factores mecánicos que se asociación significativa con el embarazo ectópico.

Hipótesis específica 2

Formulación de hipótesis

H₀= Los factores funcionales que no están asociadas al embarazo ectópico son: el antecedente de uso de dispositivo intrauterino y el antecedente de uso anticonceptivos orales combinados.

H₁= Los factores funcionales que están asociadas al embarazo ectópico son: el antecedente de uso de dispositivo intrauterino y el antecedente de uso anticonceptivos orales combinados.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 12.- Contrastación de hipótesis específica 2.

Factores	Embarazo ectópico		
	Valor X ²	gl	Sig.
Funcionales	Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino	1,477	1 ,224
	Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados	12,755	1 ,000
Estadísticos globales		14,515	2 ,001

Lectura del p-valor

El valor global del estadístico del contraste es 14,515, el cual, en la distribución X² tiene 2 grados de libertad (gl=), tiene asociada una probabilidad (significación asintótica) de 0,001.

Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observada) es pequeña (menor que 0,05), se decide rechazar la hipótesis nula, concluyendo que el antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados es el factor funcional que se asocia significativamente con el embarazo ectópico.

Hipótesis específica 3

Formulación de hipótesis

H₀= Los factores biológicos que no están asociadas al embarazo ectópico son: la promiscuidad sexual (>1pareja sexual) y la edad del primer coito <18 años.

H₁= Los factores biológicos que están asociadas al embarazo ectópico son: la promiscuidad sexual (>1pareja sexual) y la edad del primer coito <18 años.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 13.- Contrastación de hipótesis específica 3.

Factores	Embarazo ectópico		
	Valor X ²	gl	Sig.
Biológicos	Antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual)	30,667	1 ,000
	Edad del primer coito <18 años	21,935	1 ,000
Estadísticos globales		44,604	2 ,000

Lectura del p-valor

El valor global del estadístico del contraste es 44,604, el cual, en la distribución X² tiene 2 grados de libertad (gl=), tiene asociada una probabilidad (significación asintótica) de 0,00.

Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observada) es pequeña (menor que 0,05), se decide rechazar la hipótesis nula, concluyendo que la promiscuidad sexual (>1pareja sexual) y la edad del primer

coito <18 años son los factores biológicos que se asocian significativamente con el embarazo ectópico.

Hipótesis específica 4

Formulación de hipótesis

H₀= Los factores sociodemográficos que no están asociadas al embarazo ectópico son: la edad mayor a 40 años y la paridad.

H₁= Los factores sociodemográficos que están asociadas al embarazo ectópico son: la edad mayor a 40 años y la paridad.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 14.- Contrastación de hipótesis específica 4.

Factores	Embarazo ectópico			
	Valor X ²	gl	Sig.	
Sociodemográficos	Edad (>40 años)	,035	1	,851
	Paridad	,200	1	,654
Estadísticos globales		,256	2	,880

Lectura del p-valor

El valor global del estadístico del contraste es 0,256, el cual, en la distribución X² tiene 2 grados de libertad (gl=), tiene asociada una probabilidad (significación asintótica) de 0,88.

Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observada) es alta (mayor que 0,05), se decide rechazar la hipótesis alterna, concluyendo que la edad mayor a 40 años y la paridad son los factores biológicos que no se asociaron significativamente con el embarazo ectópico.

DISCUSION DE RESULTADOS:

Las mujeres que fueron expuestas a factores mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos mostraron asociación significativa con presentar embarazo ectópico.

Este resultado es consistente con otras investigaciones realizadas en otros ámbitos sanitarios como lo reportado por (Hernández, 2013), (Herrera y Cáceres, 2016), (Álvarez, 2016), (Mercado, 2014), (Pérez, 2011), (Requena, 2014), (Horna, 2015)

Sin embargo de manera opuesta a los hallazgos encontrados por (Morales y Nagua, 2014), (Torres y Mera, 2013), quienes no encontraron significancia entre los diferentes factores estudiados con la presencia de embarazo ectópico.

En la actualidad, la exposición a diversos factores en las mujeres en etapa reproductiva está incrementándose, aunado a esto las escasas medidas preventivas que se realizan podría explicar este resultado.

Nuestro estudio encontró que el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el antecedente de aborto previo, fueron los factores mecánicos asociados a presentar embarazo ectópico.

Estos resultados de factores mecánicos asociados a embarazo ectópico son consistentes con lo reportado por (Hernández, 2013), (Torres y Mera, 2013), (Herrera y Cáceres, 2016), (Álvarez, 2016), (Mercado, 2014), (Pérez, 2011), (Horna, 2015).

Tal como lo describe la bibliografía actual, los procesos inflamatorios de los órganos genitales siguen ocupando un importante lugar dentro de la patología tubárica, si bien es cierto que la mortalidad por estas causas se ha reducido notoriamente, la morbilidad continúa siendo elevada, y es relativamente alto el número de pacientes que quedan estériles como consecuencia de una EIP (alrededor de la cuarta parte de las pacientes que la padecen), presentan un embarazo ectópico; lo que explicaría estos resultados.

Un factor funcional asociado a embarazo ectópico encontrado en nuestro estudio fue el antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados, mientras que el antecedente de uso de dispositivo intrauterino no demostró asociación.

Este resultado es consistente a lo encontrado por (Torres y Mera, 2013), (Mercado, 2014), quienes indican que la exposición previa a uso de anticonceptivos orales combinados es un factor de riesgo para embarazo ectópico.

Pero difiere a lo encontrando por (Hernández, 2013), (Álvarez, 2016), (Requena, 2014); quienes encontraron asociación significativa entre antecedente de uso de dispositivo intrauterino y embarazo ectópico.

Los estudios han demostrado que los anticonceptivos orales con progesterona sola aumentan ligeramente la frecuencia al reducir la motilidad tubárica, así mismo el uso de dispositivos intrauterinos influye en la adquisición de enfermedad pélvica inflamatoria, pero este riesgo aumenta durante la colocación del mismo, esto condicionaría la disminución de la motilidad tubárica para la migración del ovulo fecundado, propiciando la implantación ectópica. Además que en nuestro medio la aceptabilidad del dispositivo intrauterino es mínimo.

Por su parte los factores biológicos que mostraron asociación significativo con embarazo ectópico en nuestro estudio fueron el antecedente de promiscuidad sexual y la edad precoz del primer coito.

Estos resultados muestran consistencia a lo publicado por (Hernández, 2013), (Mercado, 2014), (Guzmán, 2017) (Horna, 2015). Quienes encontraron significancia estadística entre precocidad de inicio de relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales.

La exposición a múltiples parejas sexuales incrementa el riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual, la misma que por vía ascendente puede localizarse en la trompa uterina modificando la funcionalidad del mismo; esto podría explicar estos resultados.

Nuestro estudio no encontró asociación entre la edad mayor a 40 años y la paridad. Estos resultados son consistentes a lo encontrado por (Mercado, 2014), quien reporta que la multiparidad no mostro significancia con el embarazo ectópico.

En contraparte estos resultados difieren a lo reportado por (Torres y Mera, 2013), quienes si encontraron asociación entre la multiparidad y embarazo ectópico.

Si bien en la bibliografía se reporta diversos resultados cuando se analiza la relación entre factores sociodemográficos, estos no son consistentes debido al sesgo que puede traer consigo.

La identificación precoz de factores de riesgo en mujeres que están embarazadas puede ser una medida efectiva para evitar las complicaciones que trae consigo el embarazo ectópico.

Una de las limitaciones que presento nuestro estudio fue la poca legibilidad de los datos consignados en la historia clínica y la ausencia de otros factores que no están

registrados en la misma, en vista que este estudio es de tipo retrospectivo se trató de corregir esta limitación buscando otras fuentes de registro.

CONCLUSIONES

Primera: En las pacientes atendidas en el Hospital Sub Regional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, durante el año 2017, el embarazo ectópico está asociado a factores mecánicos, funcionales y biológicos.

Segunda: El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el antecedente de aborto previo espontáneo son los factores mecánicos que demostraron asociación con el embarazo ectópico.

Tercera: El antecedente de uso de anticonceptivos orales combinados es el factor funcional asociado al embarazo ectópico.

Cuarta: La promiscuidad sexual (>1pareja sexual) y la edad del primer coito <18 años, son los factores biológicos asociados al embarazo ectópico.

Quinta: No se encontró asociación de los factores sociodemográficos edad mayor a 40 años y paridad con desarrollar embarazo ectópico

RECOMENDACIONES

1. Realizar charlas de concientización en la población con campañas de salud y orientación sexual para una detección más temprana y oportuna del embarazo ectópico
2. Crear programas de educación sexual y reproductiva, higiene personal y ginecológica para así disminuir los factores de riesgo del embarazo ectópico
3. Concientizar a la población la importancia de la práctica responsable de la sexualidad
4. Concientizar a las mujeres en la importancia de retrasar el inicio de relaciones sexual en su vida

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ACOG practice bulletin. Medical management of tubal pregnancy. Number 3, disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10390113>
2. December 1998. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 1999 [citado 05 May 2018]; 65(1): 97-103. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10390113>.
3. DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9a ed. Michigan: The Mc-Graw-Hill Companies; 2003
4. Pisarska M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. Lancet. 1998; (351): 1115-20. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9660597>
5. Tay J, Moore J, Walker J. Ectopic pregnancy (clinical review). BMJ. 2000; (320): 916. disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7239.916>
6. Egger M, Low N, Smith G, Lindblom B, Herrmann B. Screening for Chlamydia infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden: ecological analysis. BMJ. 1998; 316(7147): 1776-80. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624063>
7. Coste J, Laumon B, Brémond A, Collet P, Job-Spira N. Sexually transmitted diseases as major causes of ectopic pregnancy: results from a

- large case-control study in France. *Fertil Steril*. 1994; 62(2): 289-95.
disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8034075>
8. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams OBSTETRICIA. 23a ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2011.
 9. Khan K, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu A, Van-Look P. WHO. Analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*. 2006; (367): 1066-74. disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16581405>
 10. Martínez A, Mascaro Y, Méjico S, Mer J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev peru ginecol obstet*. 2013; (59): 177-186. disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322013000300005&script=sci_abstract
 11. Bouyer J. Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence, risk factors and outcomes. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2003; 32(7 Suppl): S8-17. disponible en https://www.researchgate.net/publication/8939528_Epidemiology_of_ectopic_pregnancy_Incidence_risk_factors_and_outcomes
 12. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly J, Jobspira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Human*

reproduction (Oxford, England). 2002; 17(12): 3224-30. Disponible en:
<https://academic.oup.com/humrep/article/17/12/3224/569616>

13. Rosas J, Vázquez E. El factor cervical y el vagino-perineal. In Medicina Reproductiva en México. México: JGH; 1999.
14. Garay G, Hernández J, Inarra M, González J, Garijo V, Cuartero M. Tratamiento del embarazo ectópico en nuestro medio. Toko. Gin Pract. 1999; 58(1): 7-12.
15. Khan k, Wojdyla D, Say I, Gulmezoglu A, Van-look P. WHO Analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006; 367(9516): 1066-74. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16581405>
16. JD L, Cáceres E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. Rev Med Hered. 2005; (16): 26-30. disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000100005
17. OPS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para Obstetrices y Médicos; 2002.

18. Has R, Ermis H, Yildirin A. A 22- Week Cervical Pregnancy. Gynecol Obstet Invest. 2000; (50): 139-41. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10965201>
19. Quesnel C, Lira J, Dueñas J. Manejo conservador del embarazo ectópico abdominal secundario (intersticial). Rev Obst y Ginecol Méx. 2003; 71(4): 181-186.
20. Graham FJC. Terapéutica quirúrgica conservadora en el embarazo tubario. Rev Obst y Ginecol Mex. 2002; 70(5): 253-258.
21. Hernández J, Valdés M, Torres A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. MediSur. 2013; 11(6): 647-655. disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2080>
22. Morales C, Nagua D. Características clínicas y factores de riesgo del embarazo ectópico en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, durante el periodo 2008 – 2012. [Tesis de Pregrado]. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina; 2014.
23. Torres L, Mera G. Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato período julio 2011- julio

2012. [Tesis de Pregrado]. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina; 2013.
24. Herrera C, Cáceres N. Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años en el servicio de obstetricia en el Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2014-2015. [Tesis de Pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Enfermería; 2016.
25. Álvarez A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes hospitalizados en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna entre el 2010 al 2014. [Tesis de Pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la salud. Escuela profesional de Medicina Humana; 2016.
26. Mercado W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Saenz", Lima 2013. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Medicina Humana; 2014.
27. Guzmán G. Factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el año 2016, Lima- Perú. [Tesis de

- Pregrado]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de Medicina Humana; 2017.
28. Pérez L. Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero- Diciembre 2010. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Medicina Humana; 2011.
 29. Requena G. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2004 – 2010. [Tesis de Pregrado]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2014.
 30. Horna J. Embarazo ectópico: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2014. [Tesis de Pregrado]. Cajamarca-Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de medicina humana. Escuela académico profesional de medicina humana; 2015.
 31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Fundamentos de obstetricia. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.; 2007.

32. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. s/f; 30(1): 84-99. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n1/gin11111.pdf>
33. Botella-Llusiá J, Clavero-Núñez L. Tratado de Ginecología. 14a ed. Madrid: Díaz Santos; 1993.
34. Cutié M, Figueroa M, Lestayo C, Cubero O. Embarazo Ectópico. Su comportamiento en los años 1989-1999. Rev Cub Obstet Ginecol. 2001; 27(1):5-11.
disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100001
35. Danfort. Tratado de Obstetricia y ginecología. 8a ed. México: Mc Graw-Hill Interam; 2000.
36. Bustos H, Rojas G, Barron J, Cintora S. Tratamiento laparoscópico conservador del embarazo ectópico bilateral. Informe de dos casos y revisión de la literatura. Ginecol y Obstet Mex. 1998; (66): 13-20.
37. De los Ríos J, Castañeda J, Restrepo E. Salpingostomía lineal por laparoscopia para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo: reporte de caso. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006; 57(1).
Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000100008

38. Zenteno G. Fisiopatología del Embarazo Ectópico. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70(1): 36-47.
39. Rigol R, Santiesteban A, Cutié E, Cabezas E, Farnot U, Vázquez J. Obstetricia y ginecología. 3a ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
40. Silva S. Revisión bibliográfica de Embarazo Ectópico de 1992-2003. Servicio de Obst y Ginec Hosp Dr. Sótero del Río. [Internet]. Stgo de Chile; 2004 [citado 07 Junio 2018]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo-Ectopico/631999.html>.
41. Rodríguez A, La O González F, Castillo J, Ibarrollín R, Medina A. Embarazo ectópico bilateral: a propósito de un caso. Gac méd espirit. 2008; 10(2). Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1249/1345>
42. Selman A. Guía para la excelencia en la atención médica. La Habana: Científico-técnica;2002. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n3/spu09312.pdf

43. Hicks J, Rodgerson J, Heegaard W, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. Am J Emerg Med. 2001; (19): 488-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11593468>
44. Brennan D, Kwatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic ectopic pregnancy-two cases of acute rupture despite negative beta HCG. J Emerg Med. 2000; (19): 249-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11033270>
45. Togas T. Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. CMAJ. 2005; 905-911. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1247706/>
46. Kirk. The non surgical Management of Ectopic Pregnancy. Ultrasound Obstetric and Gynecology. 2006; 91-100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16374758>
47. Lipscomb. Comparison of multidose and single dose Methotrexate protocols for the Treatment of Ectopic Pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology.2005:1844-1848. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15970826>

48. Sierra G, Cejudo J, Mondragón M. Factores de riesgo del embarazo ectópico. *Medigraphic* 2009;1(2):85-89. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092h.pdf>
49. Graham H, Eternal E. *The History of Gynaecology y Obstetrics* Garden City, NY:Doubleday;1951. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC195404/>
50. Butts S, Sammel H, Hummel A, Chittams J, Barnhart K. Risk factors and clinical features of recurrent ectopic pregnancy: a case control study. *Fertil Steril.* 2003;(80):1340. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14667866>
51. Rosas J, Vázquez E. El factor cervical y el vagino-perineal. En: *Medicina Reproductiva en México*. México: JGH; 1999.
52. Garay G, Hernández J, Inarra M, González J, Garijo V, Cuartero M. Tratamiento del embarazo ectópico en nuestro medio. *Toko. Gin Pract.* 1999; 58(1): 7-12.
53. Fernández H, Gerviase A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. *Hum Reprod.* 2004; (10): 503-513. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15388673>

54. JM Y, Hook E, Goldie S. A refined estimate of the average lifetime cost of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis. 2003; (30): 369-378. disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12916126>
55. Sowter M, Farquhar C. Ectopic pregnancy: An update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004;(16)289-293. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15232481>
56. Miller E. Déjareview: ginecología y obstetricia. Primera ed. México: El Manual Moderno; 2013.
57. Naranjo M, Lazo M, Flores, M, Saona, L. Tratamiento médico del embarazo ectópico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007 - 2008. Rev Per Ginecol obstet. [Internet]. 2013 [citado 2018 Jun 09]; 59(1): 49-53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000100008&lng=es.
58. Pita S, Vila M, Carpenente J. Determinación de factores de riesgo. Cad Aten Primaria. 1997; (4): 75-78.
59. Céspedes A. Embarazo ectópico. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010; LXVII(591):65-68. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/art11.pdf>

60. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2013. disponible en http://www.academia.edu/24421999/M%C3%A9todos_de_investigacion_clinica_y_epidemiologica_4_ed._Josep_Argimon_Pall%C3%A1s
61. Calderón J, Alzamora L, Del Águila E. La Tesis de Posgrado. Lima: Fondo Editorial UAP; 2013.
62. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012. disponible en: <https://www.pinterest.es/pin/242842604884929141/>
63. Salkind N. Métodos de investigación. México: Prentice-Hall; 1998.
64. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6a ed. México D.F.: McGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf +
65. 64. Supo J. Cómo elegir una muestra: Técnicas para seleccionar una muestra representativa. 1a ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2014.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia.

TITULO: FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SUB REGIONAL HUGO PESCE PESCKETTO-ANDAHUAYLAS, 2017.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variables	Indicadores	
<p>Problema principal: ¿Cuáles son los factores que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Qué factores mecánicos están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores funcionales que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?</p> <p>¿Cuáles son los factores biológicos que se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?</p> <p>¿Qué factores sociodemográficos se asocian al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar los factores que están asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, 2017.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar los factores mecánicos que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.</p> <p>Identificar los factores funcionales que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.</p> <p>Determinar los factores biológicos que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.</p> <p>Identificar los factores sociodemográficos que están asociadas al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Subregional Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas.</p>	<p>Hipótesis general: Los factores que están asociados al embarazo ectópico son: los mecánicos, funcionales, biológicos y sociodemográficos.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>. Los factores mecánicos que están asociadas al embarazo ectópico son: la enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía de trompas previa, técnica de reproducción asistida y el antecedente de aborto previo espontaneo.</p> <p>Los factores funcionales que están asociadas al embarazo ectópico son: el antecedente de uso de dispositivo intrauterino, antecedente de uso anticonceptivos orales combinados y el tabaquismo.</p> <p>Los factores biológicos que están asociadas al embarazo ectópico son: la promiscuidad sexual (>1pareja sexual), las duchas vaginales y la edad del primer coito <18 años.</p> <p>Los factores sociodemográficos que están asociadas al embarazo ectópico son: la edad mayor a 40 años, la paridad y el estado civil.</p>	<p>Variable I (X): Factores asociados</p> <p>Variable II (Y): Embarazo ectópico</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Enfermedad pélvica inflamatoria. •Cirugía de trompas previa. • Técnica de reproducción asistida. •Antecedente de aborto previo espontaneo. •Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino. •Antecedente de uso Anticonceptivos orales combinados. •Tabaquismo. •Promiscuidad sexual (>1pareja sexual) •Duchas vaginales •Edad del primer coito <18 años •Edad (>40 años) •Paridad <p>Diagnóstico de embarazo ectópico mediante ecografía obstétrica, historia clínica y registrado en la hoja de epicrisis.</p>	<p>Tipo: Básica, observacional, retrospectiva, transversal, analítica.</p> <p>Nivel: Relacional.</p> <p>Diseño: No experimental transeccional correlacional.</p> <p>Método: cuantitativo deductivo.</p> <p>Población: 1894 mujeres gestantes.</p> <p>Muestra: 96 gestantes con diagnóstico de embarazo ectópico.</p> <p>Tipo de muestreo: No probabilístico.</p> <p>Técnicas: documentación.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Estadística: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, estadística inferencial para el contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia de 0.05.</p>

2. instrumento(s) de recolección de datos organizado en variables

dimensiones e indicadores



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items	Instrumento	Escala valorativa
Variable 1 : Factores asociados al embarazo ectópico.	1.1. Factores mecánicos 1.2. Factores funcionales 1.3. Factores biológicos 1.4. Factores sociodemográficos	1.1.1. Enfermedad pélvica inflamatoria. 1.1.2. Cirugía de trompas previa. 1.1.3. Técnica de reproducción asistida. 1.1.4. Antecedente de aborto previo espontaneo. 1.2.1. Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino. 1.2.2. Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados. 1.2.3. Tabaquismo 1.3.1. Promiscuidad sexual (>1pareja sexual) 1.3.2. Duchas vaginales 1.3.3. Edad del primer coito <18 años 1.4.1. Edad (>40 años) 1.4.2. Paridad	1. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. 2. Antecedente de cirugía de trompas previa. 3. Embarazo por técnica de reproducción asistida. 4. Antecedente de aborto previo espontaneo. 5. Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino. 6. Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados. 7. Antecedente de tabaquismo. 8. Antecedente de promiscuidad sexual (>1pareja sexual). 9. Antecedente de uso de duchas vaginales. 10. Edad del primer coito <18 años. 11. Edad (>40 años). 12. Paridad	Ficha de recolección de datos	Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Si (1) – No (0) Primípara (1) Multipara (2)
Variable 2: Embarazo ectópico.	2.1. Tubáricos 2.2. Extratubáricos	2.1.1. Diagnóstico de embarazo ectópico mediante ecografía obstétrica, historias clínicas y registrado en la hoja de epicrisis.	13. Presencia de embarazo ectópico tubárico o extratubárico	Ficha de recolección de datos	Si (1) – No (0)

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): ... Suca Mamani Olga

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SUBREGIONAL HUGO PESCE PESCKETTO - ANDAHUAYLAS - 2017.**

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
7. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
8. La estructura del instrumento es adecuado	X		
9. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
10. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
11. Los ítems son claros y entendibles	X		
12. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

MINSU
 HOSPITAL SUB-REGIONAL ANDAHUAYLAS

OLGA SUCA MAMANI
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 EMERGENCIAS OBSTETRICAS
2006 RNE N° 114-E-12

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Garay Vargas Nady G.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SUBREGIONAL HUGO PESCE PESCKETTO - ANDAHUAYLAS - 2017.**

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
7. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
8. La estructura del instrumento es adecuado	X		
9. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
10. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
11. Los ítems son claros y entendibles	X		
12. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....



Nady G. Garay Vargas
 Nady G. Garay Vargas
 OBSTETRA
 COP. 30946

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): MAMANI PACORI CLOTILDE

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SUBREGIONAL HUGO PESCE PES CETTO-ANDAHUAYLAS - 2017.**

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado		X	
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento		X	
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

Clotilde Mamani Pacori
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 EMERGENCIAS OBSTETRICAS
 G.O.R 7172 RNE N° 123-E-12

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

4. Tabla de la prueba de validación



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	0,00
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	0	0,00
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1	1	1	0,00
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	0	0,00
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	0,00
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	0,00
TOTAL	6	6	4	0,00

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total "de acuerdo" de jueces

Td: N° total de "desacuerdo" de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

$$b = \frac{16}{16 + 2} \times 100 = 0.88 \text{ Excelente validez}$$

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

El instrumento muestra excelente validez

5. COPIA DE DATA PROCESADA

Orden	AntecEPI	AntecCirugiatrompas	AntecAborto	AntecDIU	AntecAOC
1	2		2	2	2
2	1		2	2	2
2	2		2	2	2
3	2		2	2	2
4	2		2	2	1
5	2		2	2	1
6	2		2	2	2
7	1		2	2	2
8	1		2	1	1
9	2		2	1	2
10	2		2	2	2
11	2		2	2	2
12	1		2	2	2
13	2		2	2	2
14	1		1	2	1
15	2		2	2	2
17	2		1	2	2
18	2		2	2	2
19	1		2	1	2
20	2		2	2	2
21	2		2	2	2
22	1		2	1	2
23	2		2	2	1
24	2		2	1	2
25	2		2	2	2
26	1		2	2	2
27	2		2	2	2
28	1		2	2	2
29	2		2	2	2
30	2		2	2	1
31	1		2	2	2
32	2		2	2	2
33	2		2	2	1
34	1		2	2	2
35	2		2	1	2
36	2		2	2	2
37	2		2	2	1
38	1		2	2	2
39	2		2	2	1
40	2		2	2	2
41	2		2	2	2
42	2		2	2	2
43	2		2	2	2
44	2		2	2	2
45	2		2	2	2
46	2		2	2	2
47	2		2	2	2
48	2		2	2	2

49	2	2	2	2	2
50	1	2	2	2	2
51	2	2	2	2	2
52	2	2	2	2	2
53	2	2	2	2	2
54	2	2	2	2	2
55	1	2	2	2	2
56	2	2	2	2	2
57	2	2	2	2	2
58	2	2	2	2	2
59	2	2	2	2	2
60	2	2	2	2	2
61	2	2	2	2	2
62	2	2	2	2	2
63	2	2	2	2	2
64	2	2	2	2	2
65	2	2	2	2	2
66	2	2	2	2	2
67	2	2	2	2	2
68	2	2	2	2	2
69	2	2	2	2	2
70	2	2	2	2	2
71	2	2	2	2	2
72	2	2	2	2	2
73	2	2	2	2	2
74	2	2	2	2	2
75	2	2	2	2	2
76	2	2	2	2	2
77	2	2	2	2	2
78	2	2	2	2	2
79	2	2	2	2	2
80	2	2	2	2	2
81	2	2	2	2	2
82	2	2	2	2	2
83	2	2	2	2	2
84	2	2	2	2	2
85	2	2	2	2	2
86	2	2	2	2	2
87	2	2	2	2	2
88	2	2	2	2	2
89	2	2	2	2	2
90	2	2	2	2	2
91	2	2	2	2	2
92	2	2	2	2	2
93	2	2	2	2	2
94	2	2	2	2	2
95	2	2	2	2	2
96	2	2	2	2	2

Orden	Antec. Promisc. Sexual	Edad Primer coito <18	Edad>40	Paridad	Embarazo ectópico
1	2	2	2	2	2
2	1	1	1	1	1
2	1	1	1	2	1
3	1	1	1	2	1
4	1	1	1	2	1
5	1	1	1	2	1
6	2	1	1	2	1
7	1	2	2	2	1
8	1	2	2	2	1
9	1	1	1	2	1
10	1	2	2	2	1
11	1	1	1	2	1
12	2	2	2	1	1
13	1	2	2	2	1
14	1	1	1	2	1
15	1	1	1	2	1
17	1	1	1	2	1
18	1	2	2	2	1
19	1	1	1	2	1
20	1	2	2	2	1
21	1	1	1	2	1
22	1	2	2	2	1
23	1	2	2	2	1
24	1	1	1	2	1
25	2	1	1	2	1
26	1	1	1	2	1
27	2	1	1	2	1
28	1	1	1	2	1
29	2	1	1	2	1
30	2	1	1	2	1
31	1	2	2	2	1
32	1	1	1	2	1
33	1	2	2	2	1
34	1	2	2	2	1
35	2	1	1	2	1
36	1	1	1	1	1
37	1	2	2	2	1
38	1	1	1	2	1
39	1	1	1	2	1
40	1	1	1	2	1
41	2	2	2	2	2
42	2	2	2	2	2
43	2	2	2	2	2
44	2	2	2	2	2
45	2	1	1	2	2
46	2	2	2	2	2
47	2	2	2	2	2
48	2	2	2	2	2

49	2	2	2	2	2
50	1	2	2	2	1
51	2	2	2	2	1
52	1	2	2	2	1
53	2	2	2	2	1
54	2	2	2	2	1
55	2	2	2	2	2
56	2	2	2	2	2
57	2	1	2	2	2
58	2	2	2	2	1
59	2	2	2	1	2
60	2	2	2	2	2
61	2	1	1	1	2
62	1	2	2	2	1
63	1	2	2	2	2
64	2	2	2	2	2
65	2	2	2	2	2
66	2	2	2	2	2
67	2	2	2	1	2
68	1	2	2	2	2
69	1	1	1	1	2
70	1	2	2	2	2
71	1	2	2	2	2
72	2	2	2	2	2
73	1	2	2	2	2
74	2	1	2	2	2
75	2	2	2	2	2
76	2	1	2	2	1
77	2	2	2	2	2
78	2	2	2	2	1
79	1	2	2	2	2
80	2	2	2	2	2
81	1	2	2	2	2
82	2	1	2	2	1
83	2	1	2	2	1
84	2	1	2	2	1
85	2	2	2	2	1
86	1	2	2	2	2
87	2	2	2	2	2
88	2	2	2	2	2
89	2	2	2	2	2
90	2	2	2	2	2
91	1	1	2	2	2
92	2	2	2	2	2
93	2	2	2	2	2
94	1	2	2	2	2
95	2	1	1	1	1
96	2	2	2	2	2

Declaratoria de autenticidad del informe de tesis.



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Yo MIRANDA RIVAS Karen Jhuait; identificada con DNI: 73104167 declaro mediante este documento que la tesis titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SUB-REGIONAL HUGO PESCE PESCKETTO DE ANDAHUAYLAS- 2017**; es de mi autoría.

.....

6. Consentimiento informado.

El presente trabajo de investigación no cuenta con consentimiento informado, por ser un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, analítico, de diseño no experimental transaccional y de nivel correlacional. Ya que se obtuvo información de historias clínicas, libros de apuntes del servicio de gineco-obstetricia con el permiso respectivo de la institución.



GOBIERNO REGIONAL
APURIMAC

Nº 009967



SOLICITA: Permiso para recolección de datos

FORMATO UNICO DE TRAMITE

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS

YO, KAREN JHUAZI MIRANDA RIVAS

Identificado (a) 73104167

Con domicilio en Poshoccota

De la ciudad de ANDAHUAYLAS

De ocupación.....

Ante Usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, SE ME OTORQUE LA FACILIDAD PARA

LA RECOLECCION DE DATOS DE HISTORIAS CLINICAS, REGISTROS DE

LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

CON FINES DE INVESTIGACION PARA LA REALIZACION DE TESIS

HABIENDO CULMINADO EL INTERNADO EN DICHO HOSPITAL

HUGO PESCE PESETO

POR LO EXPUESTO:

GOBIERNO REGIONAL APURIMAC

Hospital Sub Regional Andahuaylas

Nº de Registro: 1297

26 MAR 2013

Hora: 11:26

Andahuaylas, 26 de MARZO del 2013

Firma: [Signature] Hojas: 01

NOMBRES Y APELLIDOS: KAREN JHUAZI MIRANDA RIVAS

DNI Nº 73104167

1101: 5922.

6. Instrumento de recolección de datos



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

62P 1001
22 años



Ficha de recolección de datos

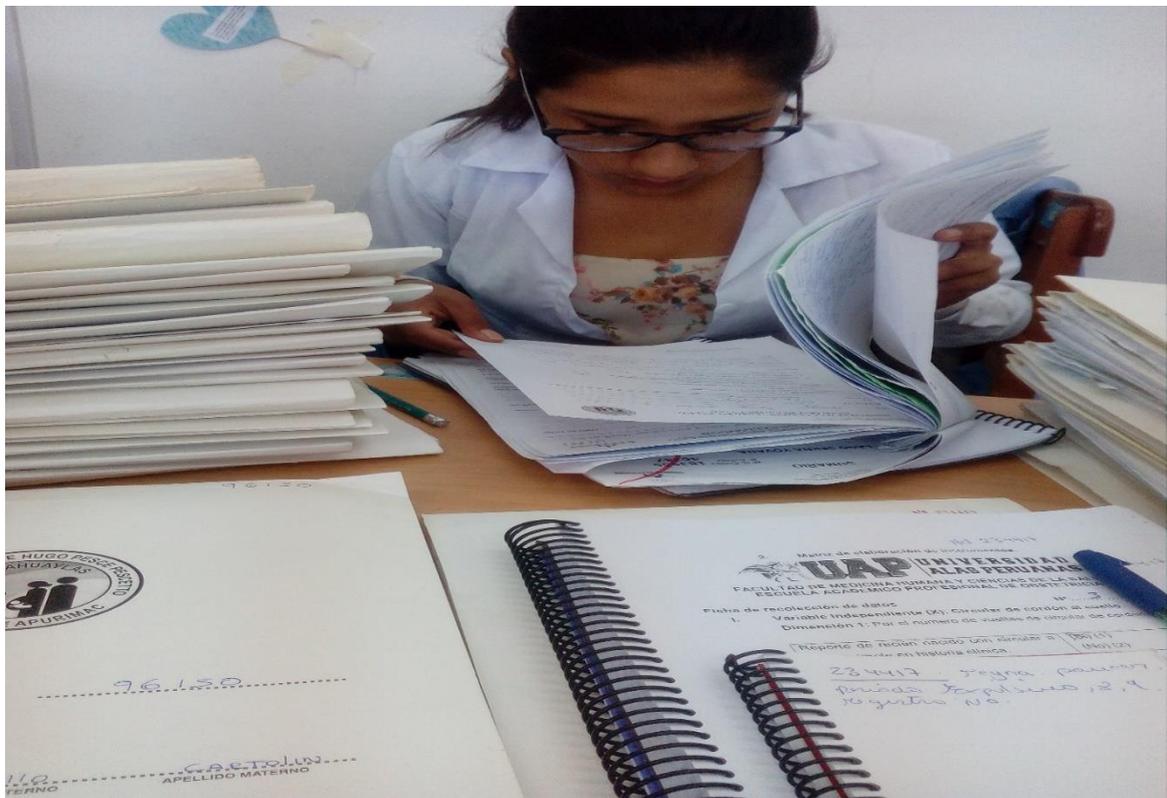
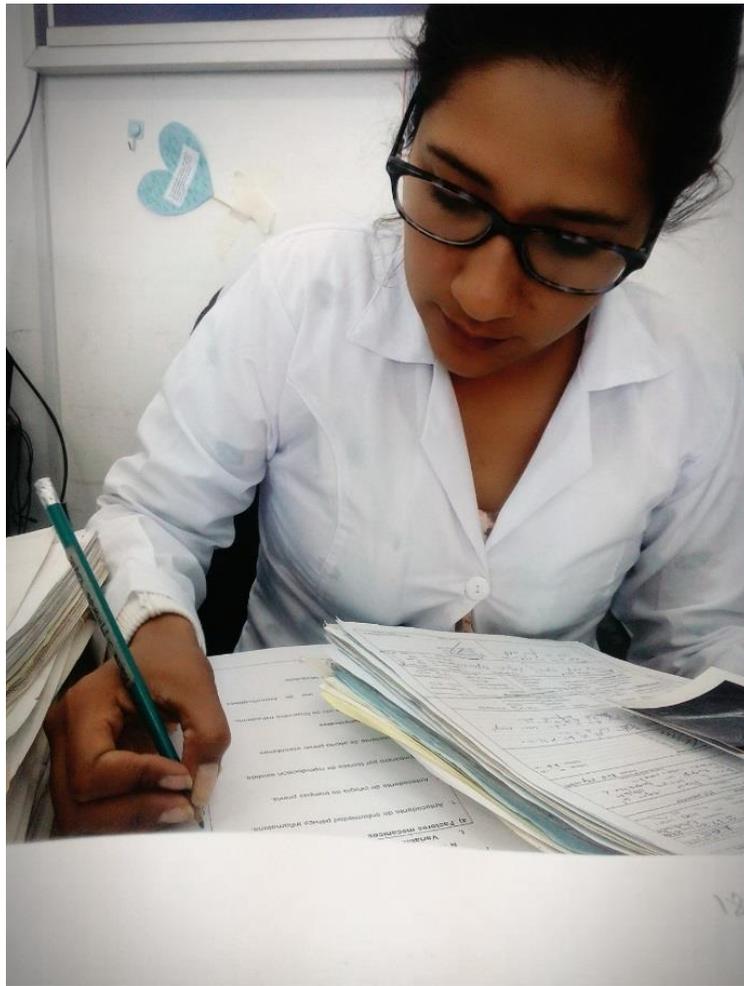
N°:.....1.....

I. Variable independiente : Factores asociados

a) Factores mecánicos	
1. Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. Antecedente de cirugía de trompas previa.	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
3. Embarazo por técnica de reproducción asistida.	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
4. Antecedente de aborto previo espontaneo.	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
b) Factores funcionales	
5. Antecedente de uso de Dispositivo Intrauterino.	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
6. Antecedente de uso de Anticonceptivos orales combinados.	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. Antecedente de tabaquismo	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No

De Turno

[Signature]
Dra. Cruz García Madeleine
OBSTETRA ESPECIALISTA
EMERGENCIAS OBSTETRICAS
PNE N° 118 - E-12 COP





N° H. Clínica
N° Cuenta **195837**
52384

OLIVARES ORTIZ CAROLINA

Apellidos y nombres
 Edad (años) 31 Años
 Fecha nacimiento 12/04/1986
 Estado Civil Soltero
 Dirección Av Peru S/mandahuaylas
 Departamento Apurímac
 Distrito Andahuaylas
 Servicio Ginecología
 Fecha ingreso 08/11/2017
 Hora ingreso 12:33
 Médico Tratante
 Origen (Transf)

Teléfono
 N° Documento
 Provincia
 Centro Poblado 200000000
 N° Cama
 Fecha Alta
 Hora Alta
 Plan

DEL DIAGNÓSTICO (DX) DE LA ENFERMEDAD (ICD-10) (Causa - Tab)		SIS	CE 18
Diagnóstico Principal de Ingreso	<i>Embarazo ectópico complicado</i>		<i>000.9</i>
Diagnóstico 1			
Diagnóstico 2			
Diagnóstico 3			
DEL DX DE LA CAUSA EXTERNA (causa externa de morbilidad (V01 - Y08))			
Causas Externas de Morbilidad 1			
Causas Externas de Morbilidad 2			
DE LOS PROCEDIMIENTOS **Procedimientos (CIE) * Otros Procedimientos Médicos (CPT)			
Procedimiento 1	<i>Laparotomía explorativa</i>		
Procedimiento 2			
Procedimiento 3			
DEL DX ONCOLÓGICO		T (Tamaño)	N (Discriminación)
Estadios Oncológicos			
Tratamiento			
DEL DX DEL PARTO (080 - 084) ** Estos campos se llenan sólo cuando en "Diagnóstico" se ingresó un parto (080 - 084)		Fecha del Parto (dd/mm/aa)	RN Vivos
Prof. que atendió el Parto			RN Muertos
OPERACIONES			CE 18
COMPLICACIONES			
DEL EGRESO DEL PACIENTE			
Diagnóstico Principal de Egreso	<i>PO embarazo ectópico complicado</i>	Código (UPSS)	<i>000.9</i>
Diagnóstico 1		FECHA DE EGRESO	<i>11-11-17</i>
Servicio (UPSS)		Referido ()	
CONDICIÓN DE SALIDA		Contrareferido ()	
Mejorado <input checked="" type="checkbox"/>	Fugado ()		
Fallecido ()	Retirado ()		
RESPONSABLE DEL EGRESO			

Dr. Adán Maso...
 DIRECTOR CLÍNICO OBSTETRIA
 C.M.F. 22000
 INE. 1978

- SUENO

ANTECEDENTES PERSONALES: GENERALES

VIVIENDA: Alquilado
ALIMENTACIÓN: Regular (30), dieta balanceada.
HIGIENE: Regular

HÁBITOS NOCIVOS

TABACO: No consume - Ocasionalmente CAFÉ: No
ALCOHOL: Ocasionalmente COCA: No
Medicamentos: No

INMUNIZACIONES: No precisa

ALERGIAS: No

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS

EDAD GESTACIONAL: -
PARTO: -
LACTANCIA Y HABLACTANCIA: -
DESARROLLO PSICOMOTRIZ: -

ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

MENARQUÍA: 3 años - ACO - Probo' al fudo por
lo mas claro
RÉGIMEN CATAMENIAL: 4/30 - Enea - 2x o pelvis ginecologica y
crisis anterior
MENOPAUSIA: N.A.
FORMULA OBSTETRICA: G4 P2022 - Atx - EPI - ✓

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ENFERMEDADES CONGÉNITAS: No
ENFERMEDADES DE LA INFANCIA: Propia de la infancia
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES: 2x Enea
ACCIDENTES / TRAUMATISMOS: No
INTOXICACIONES: No
TRANSFUSIONES: No

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Sano aparentemente
MADRE: Sana aparentemente
HERMANOS: (3) Sano aparentemente
HIJOS: No van

ANTECEDENTES FAMILIARES

CONTACTO CON TOSEDORES: No
VIAJES DE LOS ÚLTIMOS AÑOS: No