

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO
ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE - TACNA,
2015 AL 2020

TESIS

Presentada por:

Bach. Catherine Guisel Hermoza Gutierrez

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO

ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE -TACNA,

2015 AL 2020

TESIS

Presentada por:

CATHERINE GUISEL HERMOZA GUTIERREZ

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

Aprobado por **UNANIMIDAD** ante el siguiente jurado:

Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidente

Dra. Leandra Llanca Ramos
Jurado

Mgr. Celia Vivanco Chinchay
Jurado

Dra. Edith Godoy Gonzáles
Asesor

DEDICATORIA

Dedicado con mucho cariño a mi madre, Silvia, por estar a mi lado en cada etapa de mi vida, por sus consejos, por su paciencia y por no dejar de creer en mí.

Dedicado al amor de mi vida, Nicolás, por ser mi compañero y alentarme a perseguir mis sueños.

Dedicado a todas las mujeres y niños por nacer, que son la razón de ser de la profesión que escogí.

AGRADECIMIENTO

Antes que nada, agradezco a Dios, por darme la salud, sabiduría y perseverancia necesaria para culminar mi investigación, y poner en mi camino buenas personas que me apoyaron.

A mis queridos docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, por formarme durante estos años y ser ejemplos a seguir.

Al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, del área de estadística y archivos, por brindarme su apoyo, respeto y orientación de inicio a fin.

Un agradecimiento especial a mi asesora, Dra. Edith Godoy, por su paciencia, voluntad y tiempo dedicado para la culminación exitosa de mi investigación.

Y a todas aquellas personas que hoy comparten conmigo este logro.

¡Muchas gracias a todos!

CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1.1 Antecedentes del problema.....	3
1.1.2 Problemática de la investigación	5
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.5. OBJETIVOS	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	8
2.1.1 Antecedentes internacionales	8
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	11
2.1.3 Antecedentes regionales.....	13
2.2 BASES TEÓRICAS.....	14
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	25
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	28
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	28
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	32
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de embarazo ectópico según edad materna.....	32
Tabla 2 Distribución de embarazo ectópico según grado de instrucción.....	34
Tabla 3 Distribución de embarazo ectópico según estado civil	36
Tabla 4 Factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico	38
Tabla 5 Distribución de embarazo ectópico según paridad	39
Tabla 6 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de aborto ..	41
Tabla 7 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de embarazo ectópico	43
Tabla 8 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de cesárea	45
Tabla 9 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de ITS.....	47
Tabla 10 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de infertilidad.....	49
Tabla 11 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de uso de DIU	51
Tabla 12 Distribución de embarazo ectópico según antecedente de EPI ...	53
Tabla 13 Factores gineco obstétricos asociados a embarazo ectópico	55

Tabla 14 Distribución de embarazo ectópico según edad de inicio de relaciones sexuales.....	57
Tabla 15 Distribución de embarazo ectópico según tabaquismo.....	59
Tabla 16 Factores personales asociados a embarazo ectópico	61
Tabla 17 Características clínicas de los embarazos ectópicos.....	62
Tabla 18 Lugar de localización de los embarazos ectópicos.....	64
Tabla 19 Incidencia de embarazo ectópico	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribución de embarazo ectópico según edad materna.....	33
Gráfico 2	Distribución de embarazo ectópico según grado de instrucción... ..	35
Gráfico 3	Distribución de embarazo ectópico según estado civil	37
Gráfico 4	Distribución de embarazo ectópico según paridad	40
Gráfico 5	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de aborto.....	42
Gráfico 6	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de embarazo ectópico.....	44
Gráfico 7	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de cesárea	46
Gráfico 8	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de ITS....	48
Gráfico 9	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de infertilidad.....	50
Gráfico 10	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de uso de DIU.....	52
Gráfico 11	Distribución de embarazo ectópico según antecedente de EPI..	54
Gráfico 12	Distribución de embarazo ectópico según edad de inicio de relaciones sexuales	58

Gráfico 13	Distribución de embarazo ectópico según tabaquismo	60
Gráfico 14	Características clínicas de los embarazos ectópicos	63
Gráfico 15	Lugar de localización de los embarazos ectópicos	65
Gráfico 16	Incidencia de embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.....	67

RESUMEN

El embarazo ectópico es una patología que ocurre cuando el óvulo fecundando se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020. **DISEÑO:**

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional y de corte transversal.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estudió 181 pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico. **RESULTADOS:** Los factores de riesgo con asociación estadística para embarazo ectópico fueron: edad materna ($p = 0,041$; $\chi^2 = 13,112$), y antecedente de cesárea ($p = 0,034$; $\chi^2 = 8,657$).

Los factores sociodemográficos fueron: edad materna de 20 a 29 años (47,5%), grado de instrucción secundaria (63%) y estado civil casada (36,5%). Los factores gineco obstétricos fueron: nuliparidad (43,1%), antecedente de cesárea (83,4%), sin antecedente de aborto (58%), sin antecedente de embarazo ectópico (90,1%), sin antecedente de ITS (58%), sin antecedente de infertilidad (91,7%), sin antecedente de uso de DIU (85,6%), y sin antecedente de EPI (84%). Los factores personales fueron: edad de inicio de relaciones sexuales entre los 15 a 20 años (75,1%), y no antecedente de tabaquismo (94,5%). Las características clínicas fueron: metrorragia y dolor pélvico (49,7%), seguido de metrorragia, dolor pélvico y masa anexial (24,3%). La localización del embarazo ectópico en su mayoría fue tubárica (86,7%). La incidencia en los años de estudio fue 181, que representan el 0,87% del total de embarazos. **CONCLUSIÓN:** Se determinó que los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico fueron edad materna y antecedente de cesárea.

Palabras clave: Asociación, embarazo ectópico, factores de riesgo.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a pathology that occurs when the fertilizing ovum implants itself outside the endometrium of the uterine cavity. **OBJECTIVE:** To determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in patients at Hospital Hipolito Unanue -Tacna, 2015 to 2020. **DESIGN:** Descriptive, retrospective, correlational and cross-sectional study. **MATERIAL AND METHOD:** 181 patients with a definitive diagnosis of ectopic pregnancy were studied. **RESULTS:** The risk factors with statistical association for ectopic pregnancy were: maternal age ($p = 0,041$; $\chi^2 = 13,112$), and history of cesarean section ($p = 0,034$; $\chi^2 = 8,657$). The sociodemographic factors were: maternal age from 20 to 29 years (47,5%), secondary education level (63%) and married marital status (36,5%). The obstetric gynecological factors were: nulliparity (43,1%), history of cesarean section (83,4%), no history of abortion (58%), no history of ectopic pregnancy (90,1%), no history of ITS (58%), no history of infertility (91,7%), no history of DIU use (85,6%), and no history of EPI (84%). The personal factors were: age of initiation of sexual intercourse between 15 to 20 years (75,1%), and no history of smoking (94,5%). The clinical characteristics were: metrorrhagia and pelvic pain (49,7%), followed by metrorrhagia, pelvic pain and adnexal mass (24,3%). The location of the ectopic pregnancy was mostly tubal (86,7%). The incidence in the study years was 181, representing 0,87% of all pregnancies. **CONCLUSION:** It was determined that the risk factors associated with ectopic pregnancy were maternal age and a history of cesarean section.

Keywords: Association, ectopic pregnancy, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) definido como la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina. Es un diagnóstico diferencial que debe considerarse en toda mujer en edad fértil que presenta dolor abdominal (3).

Es una de las causas más importantes de abdomen agudo en obstetricia, a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos (5).

Ocurren en aproximadamente dos de cada cien embarazos. Sin embargo, en los últimos 30 años la frecuencia ha ido en aumento (2).

En cuanto al lugar de localización más frecuente es la trompa de Falopio (95%). De ésta, la porción más afectada es la ampulla con 60% de los casos, en el istmo se presenta en 25%, en la fimbria en 15%, en el intersticio en 3%, mientras que en el ovario y el cérvix en menos de 2% (4).

Las manifestaciones clínicas aparecen luego de las 6 y 8 semanas después de la última menstruación. El cuadro clínico se caracteriza por amenorrea de corta duración, con pseudomenstruaciones o metrorragias de sangre escasa y oscura. Existe dolor permanente sobre una de las fosas iliacas. El examen genital revela una masa anexial dolorosa (14).

El embarazo ectópico (EE) constituye actualmente un problema de salud pública, sigue representando a nivel mundial, un problema de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. Es por ello que es de suma importancia la actuación frente a esta patología, no solo con la intervención temprana y oportuna, sino también con la modificación de los factores de riesgo y estilos de vida, según la evidencia científica (5).

Por todo lo detallado anteriormente se tomó la decisión de realizar una investigación correspondiente a la ciudad de Tacna, llevando a cabo una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, para determinar las características clínicas y los factores de riesgos que se asocian a esta patología, en el departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2015 al 2020.

La presente investigación de tesis titulada: “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2015 al 2020”, está dividida en cuatro capítulos. En el capítulo I se expone el planteamiento del problema; en el capítulo II se expone el marco teórico y los fundamentos científicos sobre los que se apoya la investigación; en el capítulo III se expone detalladamente el marco metodológico; en el capítulo IV se exponen los resultados y discusión de la investigación; finalmente en el capítulo V se exponen las conclusiones y recomendaciones en base a los datos obtenidos, seguido de la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna es uno de los problemas en salud que más aquejan a la población femenina. Se estima que diario mueren alrededor de 1500 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto, la mayoría de estas corresponden a países en vía de desarrollo. Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio; a nivel mundial un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas: la hemorragia, la sepsis y los trastornos hipertensivos (1).

Múltiples estudios revelan que el embarazo ectópico es una de las causas de muerte materna en el primer trimestre de gestación, las causas varían entre una mujer y otra (1).

Los embarazos normales se desarrollan dentro del útero de la mujer, "ectópico" significa "fuera de lugar". En un embarazo ectópico, un óvulo fecundado se implanta en un lugar incorrecto del cuerpo de la mujer (2).

La OMS, manifiesta que un 90% de embarazos ectópicos ocurren en las trompas de Falopio, seguido del cérvix, ovario y abdomen. Hay un incremento importante del embarazo ectópico en los últimos años no sólo en Perú sino en el mundo, convirtiéndose en un problema de salud sexual y reproductiva que cada vez cobra más víctimas (2).

En el siglo XIX el embarazo ectópico era prácticamente fatal en todos los casos, con mortalidad entre el 72 al 90% para 1880 (11).

A nivel mundial la incidencia de embarazos ectópicos ha aumentado desde 1970 y actualmente representa el 1,9% del total de embarazos (4).

La incidencia en los Estados Unidos ha ido en aumento durante las últimas décadas, siendo un estimado de 19,7 casos por cada 1000 embarazos. En las últimas 3 décadas su incidencia ha aumentado, ha disminuido su morbimortalidad y es la primera causa de mortalidad en el primer trimestre de embarazo (12).

El 97% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa uterina, siendo el 78% en la región ampular, 12% en la región ístmica, 5% en la región fímbrica y 2 a 3% en la región intersticial. Sin embargo, también pueden localizarse en la cavidad abdominal en un 1 a 2%, el ovario en un 1% o el cérvix uterino en un 0.5% (11).

1.1.2 Problemática de la investigación

El embarazo ectópico es una causa principal de morbimortalidad asociada con el riesgo de ruptura y hemorragia intrabdominal, por lo que se requiere un diagnóstico temprano y una rápida intervención médica para lograr disminuir esta patología (9).

El diagnóstico temprano mediante pruebas sensibles de embarazo y la detección por ultrasonografía transvaginal han disminuido como resultado del diagnóstico y tratamiento tempranos. Sin embargo; puede resultar en rotura de la trompa de Falopio acompañado por hemorragia intra abdominal masiva que frecuentemente origina abdomen agudo gineco obstétrico y sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en el primer trimestre. Frecuentemente resulta daño tubárico y otorga un pobre futuro reproductivo para muchas mujeres (menos del 50 % tienen embarazos posteriores exitosos) (4).

En el Perú, existen pocos estudios realizados sobre a embarazo ectópico, pese a tratarse de un problema de salud pública que va en aumento, debido a distintas causas descritas (9).

En nuestra región en estos últimos años también hay un incremento marcado de embarazos ectópicos en mujeres de todas las edades, especialmente las que llegan con complicaciones al Hospital Hipólito Unanue, lo que ha motivado el interés por abordar este tema, con el presente estudio se pretende conocer cuáles son los factores de riesgo que conllevan a desarrollar embarazos ectópicos, los que nos permitirán en la toma de decisiones oportunas y diagnósticos y tratamientos precoces, por lo que nos hemos planteado responder la siguiente pregunta de investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2015 al 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo ectópico es considerado un problema de salud pública en todo el mundo, porque su incidencia puede afectar a cualquier mujer gestante ahora si bien la mortalidad ha venido en disminución en relación con los avances en diagnóstico y tratamiento tempranos, su incidencia ha venido en aumento en los últimos años.

Actualmente no existen muchos estudios basados en este tema, es por ello que, de las conclusiones obtenidas servirán al personal de salud de la institución para actuar frente a este problema, realizando diagnósticos tempranos y haciendo énfasis en las pacientes con factores de riesgo que las condicionen a desarrollar embarazos ectópicos. Contribuyendo a permitir la posibilidad de intervenciones oportunas, con la consecuente disminución de la morbilidad materna durante el primer trimestre del embarazo.

Desde el punto de vista social, en la práctica permite a la población tener conocimiento sobre los factores asociados al embarazo ectópico, la cual genera cambios en el estilo de vida y la prevención de la misma. Desde el punto de vista político, permitirán implementar protocolos y herramientas, crear proyectos y campañas de prevención que permitan prevenir la incidencia de embarazo ectópico (5).

Los resultados del presente estudio servirán como base e información actualizada para realizar otros trabajos de investigación sobre el tema. Cabe mencionar que en el Hospital Hipólito Unanue no se habían realizan estudios sobre embarazo ectópico hace casi 10 años.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio por sus características no presenta limitaciones de ninguna índole.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.
- Identificar los factores gineco obstétricos asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.
- Identificar los factores personales asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.
- Identificar las características clínicas de embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2015 al 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes internacionales

Morales M. (Guayaquil-Ecuador 2020). En su investigación titulada: *Manejo de las complicaciones del embarazo ectópico, en las pacientes del Hospital General del norte de Guayaquil “Los Ceibos” (I.E.S.S.)*, en el área de ginecología y obstetricia, durante el período abril 2017-2018. Se estudió las historias clínicas electrónicas, a estos datos se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo los siguientes resultados: las pacientes con este diagnóstico tenían entre 25 a 30 años; el 97% de los casos de embarazo ectópico fueron se dieron a nivel de las trompas de Falopio, el 2% cervical y el 1% ovárico; dentro de las complicaciones hubo la presencia del Shock hipovolémico, y Hemorragia. De los cuales la hemorragia representa el 77% de las complicaciones, mientras que el 23% corresponde a shock hipovolémico; al 70% de las pacientes con complicaciones se les realizó una salpingectomía; el 28% de las pacientes se les realizó una salpingostomía, también se realizó histerectomía en el 2% (6).

Mogrovejo A. (Cuenca-Ecuador 2016). En su investigación titulada: ***Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015.*** Se estudió una población de 62 pacientes. Los datos se recolectaron por entrevista directa. Cuyos resultados mostraron que, la edad varía entre 35 y 39 años. El nivel de instrucción estuvo representado por la secundaria 46,40% seguida de la primaria 37,50%. Las gestaciones de las pacientes iban entre 1 y 6 partos. La vida sexual inició entre los 13 y los 25 años. Las parejas sexuales variaron entre 1 y 5. El 30,77% utilizaron alguna vez dispositivo intrauterino. El 4 % tuvo antecedente de embarazo ectópico, y 89,31% localizado en trompas de Falopio. El 37,50% de los hallazgos ecográficos fue líquido en el fondo de saco más masa anexial, y al 94,60% se le realizó tratamiento quirúrgico y tratamiento farmacológico al 3,60%. La edad gestacional que más presentaron las pacientes fue entre 6 y 10 semanas de gestación 51,50%. Por otro lado, la mayoría de las pacientes de estudio tenían ansiedad, acompañado de dolor y sufrimiento, y deseaban que su embarazo culmine satisfactoriamente, y tenían miedo a que su embarazo ectópico se repita. El principal síntoma en común es el dolor en el bajo vientre en un 60.70% de las pacientes, y en menor porcentaje amenorrea y/o sangrado (30,40%). Luego de esta investigación se llega a la conclusión de que la mayor parte de los resultados clínicos y epidemiológicos guardan mucha relación con lo que nos dice la literatura, de la mano con de rechazo, dolor intenso y miedo a embarazarse (7).

Islam A, Fawad A, Shah AA, Jadoon H, Sarwar I, Abbasi AU. (Abbottabad-Pakistan, 2017). En su estudio titulado: ***Análisis de casos de dos años de embarazo ectópico.*** Cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia de los factores de riesgo, la presentación clínica, los métodos de diagnóstico y el lugar del embarazo ectópico. Esta investigación se realizó a 6675 pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia, se encontraron 45 casos con el diagnóstico de embarazo ectópico con una frecuencia de 0,65%. La edad promedio de los pacientes iba entre 23 y 33 años. La mayoría de los pacientes fueron primigestas (31,3%), segundigestas (19,9%) y gran multíparas (48,8%) de los cuales el 45% de los pacientes no tenían factores de riesgo identificables, sin embargo, antecedentes de infertilidad en un 22.22%, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en un 22.22%, ectópicos previos en un 4.44%, y la cirugía abdominal previa en un 6,67%. Del total de pacientes un 51,11% fueron diagnosticados clínicamente, el 44,44% por medio de ultrasonido abdominal y el 4,44% a través de ultrasonido transvaginal. La sintomatología más frecuente fue amenorrea en un 66,67%, seguida de dolor abdominal con un 62,22%, hemorragia vaginal irregular en un 40,00%, pacientes asintomáticos con ecografía de rutina con un 40,0% y por último un 22,22% presentaron shock. El 62.2% de los embarazos ectópicos se localizaron en la trompa de Falopio del lado derecho y el 37.8% se localizaron en el lado izquierdo. El sitio más común de embarazo ectópico fue ampular con un 64,44% seguido de 24,44% istmo, 8,89% en el extremo de la fimbria y 2,22% en el cuerno del útero. Se registró evidencia del 71.1% pacientes con rotura ectópica y 28.9% sin ruptura. Terminada la investigación se concluyó que, este estudio identificó la amenorrea y el dolor abdominal como son síntomas más marcados del embarazo ectópico (8).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Quispe R. (Ayacucho-Perú, 2017-2018). En su investigación titulada: ***Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional De Ayacucho, 2017-2018.*** Para dicho estudio la población de estudio fue de 92 pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico. Cuyos resultados demuestran que, el porcentaje de pacientes con embarazo ectópico representa el 2.41 % y los factores de riesgo la edad que varían entre 21 y 30 años con un OR: 2.824; el grado de instrucción superior con un OR: 3,819; estado civil soltera con un OR: 9.28; y conviviente con un OR: 2,558. Dentro de los antecedentes gineco obstétricos el principal fue la multiparidad con un OR: 3,562; seguido de Aborto espontáneo previo con un 39,13% inicio precoz de relaciones sexuales y uso de levonorgestrel. Respecto a los antecedentes quirúrgicos la cesárea corresponde al 11,96% seguido de apendicetomía, lo cual no se considera un factor de riesgo debido a poseer un OR menor a uno. Finalmente se concluyó que la prevalencia de embarazo ectópico en el estudio fue de 2,41%, lo cual concuerda con otros estudios nacionales e internacionales. Además, la investigación demostró que dentro de los antecedentes obstétricos el ser una gestante múltipara es un factor de riesgo asociado al embarazo ectópico, incrementando la probabilidad de ocurrencia en 3,562 veces (9).

Mamani A. (Puno-Perú, 2017). En su investigación titulada: ***Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron.*** Cuya población de estudio fue de pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico. Cuyos resultados arrojan que se identificaron como factores de riesgo, antecedentes quirúrgicos como legrado uterino o aspiración

manual, se demuestra que existe 6,120 veces la probabilidad si la mujer tiene el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria comparado con las que no lo tienen. En los antecedentes de infertilidad y/o tratamiento de infertilidad, no fueron asociados como factor de riesgo para embarazo ectópico; respecto a los antecedentes de uso de dispositivo intrauterino existe 4,392 veces la probabilidad de ocurrencia de embarazo ectópico en comparación con las mujeres que no lo usaron. El estado civil soltero también representó significativamente un factor de riesgo, seguido del inicio precoz de relaciones sexuales. Finalmente se concluyó que mujeres las solteras tienen probabilidad de presentar embarazo ectópico 10,333 veces más en relación a las convivientes y casadas. El legrado uterino o aspiración manual endouterina son un factor de riesgo independientes para embarazo ectópico, incrementando la probabilidad de ocurrencia en 5.870 veces más en relación a otros antecedentes quirúrgicos previos (10).

Salcedo V. (Ayacucho-Perú, 2017). En su investigación titulada: ***Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, Julio 2013 – junio 2017.*** Se estudió 552 historias clínicas de pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco obstetricia, con diagnóstico de embarazo ectópicos. A lo que llega lo siguientes resultados, el 43,3% iniciaron su actividad sexual antes de los 18 años mientras que y el 56,7% siendo mayores de edad; el 42,6% tenían más de 3 parejas sexuales, haciendo que se aumente en 7,001 veces la probabilidad de desarrollar embarazo ectópico; el 40,4% tuvieron antecedentes de ITS, el 38,0% antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria; el 41,3% aborto, lo que representa 4,844 veces más probabilidad de desarrollar embarazo ectópico; el 4,0% se realizaron cirugía tubárica, el 2,5% tuvieron embarazo ectópico previo y el 0,9% fueron usuarias de DIU (11).

2.1.3 Antecedentes regionales

Alvarez A. (Tacna-Perú, 2014). En su investigación titulada: ***Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, 2010 al 2014.*** En la cual estudió y comparó 79 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 158 pacientes control con embarazo normal. Cuyos resultados mostraron que los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico son, la edad materna que varía entre los 19 y 35 años representando el 70,9% de pacientes con el diagnóstico; en cuanto al grado de instrucción no aumenta el riesgo de desarrollar embarazo ectópico; sobre los antecedentes gineco obstétricos se encontró que la mayoría de pacientes con embarazo ectópico eran multigestas en un 84,8%,

incrementando en más de 2 veces el riesgo; el 94,9% no tuvo un embarazo ectópico previo; seguido de 91,1% de pacientes no uso anticoncepción con dispositivo intrauterino previo. Al terminar la investigación se concluye que, hay mayor grado de asociación entre embarazo ectópico y el uso previo de DIU; seguido del antecedente de ITS, entre otros factores como número de gestaciones y paridad, antecedente de aborto, antecedente de cirugía abdomino-pélvica y antecedente de cesárea (12).

Coloma C. (Tacna-Perú, 2013). En su investigación titulada: ***Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011*** . En el estudio se encontró un total de 87 pacientes con embarazo ectópico, siendo la incidencia de 3,5 por mil embarazos. Viendo que los años con mayor incidencia fueron el 2010 y 2009, con 31 y 23 casos respectivamente. Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar un embarazo

ectópico son, la edad materna que la mayoría tenían entre 21 y 30 años. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos más frecuentes son el ser multigestas (55,2%), mientras que las pacientes con embarazo normal la mayoría eran nuligestas y primigestas (76,2%); otra observación importante es que la cirugía abdominal previa fue el antecedente más frecuente (5,7% de casos y 2,3 de controles), sin embargo, no representa un notable riesgo de embarazo ectópico. Otros hallazgos importantes son el aborto que representa un 50,6%, seguido de inicio de relaciones sexuales con 16,1% e infección urinaria 13,8% (4).

2.2 BASES TEÓRICAS

Embarazo

Proceso que inicia cuando el óvulo es fecundado por un espermatozoide, e inicia en el cuerpo de la mujer una sucesión de cambios físicos, psicológicos y psíquicos muy importantes, con el fin de adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses próximos (13).

Embarazo ectópico

El término “ectópico” deriva del griego ektopos que significa “fuera de lugar” (13).

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez, aunque algunos autores difieren, aproximadamente, en el 963 d.C. por Albucasis, un escritor árabe, y reconocido más tarde en 1693 por Busiere durante el examen del cuerpo de una prisionera ejecutada en París (9).

Según Bonifacio Cutipa, en su investigación señala que, El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI y hasta mediados del siglo XVIII, y era considerado una patología fatal. John Bard informó

la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759 (13).

Aquel que se desarrolla en cualquier otro lugar que no sea la cavidad uterina, responsable de generar secuelas graves en la salud reproductiva de la mujer, además la posibilidad de volver a desarrollar embarazo ectópico e infertilidad; es una causa importante de morbilidad causante de ruptura y hemorragia peritoneal, por lo que requiere en todos los casos que el diagnóstico sea temprano y oportuno (15).

Según Ruiz Eliana, los embarazos ectópicos representan la primera causa de muerte relacionada al primer trimestre del embarazo, Su ocurrencia representa un 2% de los embarazos, con una incidencia de 19 por 1000 embarazos y es responsable del 10% de la mortalidad materna (16).

En cuanto a la edad, se presenta mayormente en mujeres entre los 30 a 39 años, en un 48,2%, entre los 20 a 29 años, en un 36,8%, mientras que en mujeres que nunca tuvieron parto en un 34,4%, y las mujeres que tuvieron un solo parto representa el 23,6%. (22).

Una extensa literatura señala que existe una triada clásica de amenorrea, dolor y tumor anexial solo presente en el 10% de los casos (16).

Fisiopatología

El trofoblasto de un embarazo ectópico, es similar al del embarazo normal y secreta hormona Gonadotropina Coriónica (HGC), con mantenimiento del cuerpo lúteo que produce estrógenos y progesterona suficientes para inducir los cambios maternos para preparar el cuerpo para la gestación.

Esto permite que en las primeras semanas la evolución sea tranquila,

pues la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en la implantación del cigoto en un sitio que no es, lo que lo conlleva a no evolucionar (12).

Aspectos epidemiológicos

Son frecuentes las asociaciones con enfermedad pélvica inflamatoria, uso de DIU y múltiples compañeros sexuales (17).

La incidencia suele ser relacionada al número de gestaciones ectópicas con el número total de embarazos, de partos, de mujeres en edad fértil (15-44 años) o de mujeres que llegan a emergencias por complicaciones del primer trimestre del embarazo (13).

En cuanto a la mortalidad, hasta 1970 el 80% de los embarazos ectópicos eran diagnosticados una vez complicados, con el consiguiente incremento de su morbilidad. Hoy en día, el avance de las técnicas diagnósticas permite que más del 80% de los embarazos ectópicos sean detectados temprana y oportunamente antes de su ruptura (13).

La frecuencia de la entidad ha aumentado en los últimos 30 años en un 0,5% en los años 70 al 1, 1% en la actualidad. Actualmente en el Perú no hay estadísticas nacionales, pero si se tienen reportes en algunos hospitales, como en el Hospital San Bartolomé con una incidencia de 1 en 767 embarazos, en el Hospital Rebagliati con incidencia de 1 en 183 embarazos, en el Hospital María Auxiliadora incidencia de 1 en 156 embarazos, en el Hospital Hipólito Unanue se presenta 1 en cada 130 embarazos, y en el Instituto Materno Perinatal de Lima su incidencia fue 3, 3 de cada 1 000 gestaciones (5).

Cuadro clínico

Según Meira Da La Costa y Arancibia Ulloa, señalan los siguientes:

- Sangrado vaginal anormal.
- Amenorrea
- Sensibilidad en una o ambas mamas.
- Lumbalgia
- Náuseas y/o vómitos
- Dolor en la parte inferior del abdomen o en el área de la pelvis
- Si presenta ruptura y sangra, los síntomas pueden empeorar. Estos pueden abarcar:
 - a) Sensación de desmayo o pérdida de conciencia
 - b) Presión intensa en el recto
 - c) Dolor que se siente en el área del hombro
 - d) El sangrado interno puede llevar a que se presente hipotensión (2).

Según Miranda Ruiz y Goyes Ortega, en su estudio señalan una triada de signos y síntomas de embarazo ectópico roto, que incluyen: amenorrea, sangrado vaginal y dolor abdominal según la localización del ectópico. (22).

Examen físico

Al examen físico, De la Cruz Vargas, en su investigación señala:

Dolor: En 75% de las pacientes, de tipo punzante a la palpación abdominal (19).

Presión arterial y pulso: La hemorragia interna es el signo más característico de un embarazo ectópico y está acompañado de palidez,

taquicardia e hipotensión al levantarse (19).

Masa anexial: Al examen bimanual se palpa una masa pelviana alrededor del 20% de las mujeres con consistencia blanda y elástica, debido a que la hemorragia genera una consistencia más firme (19).

Factores de riesgo

El Ministerio de Salud señala los siguientes:

- Cirugía tubárica previa.
- Esterilización.
- Uso de DIU.
- Proceso inflamatorio pélvico.
- Infecciones genitales previas.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Consumo de tabaco.
- Mas de tres abortos espontáneos previos.
- Edad temprana de la primera relación sexual.
- Uso de progestágenos orales.
- Endometriosis.
- Técnicas de reproducción asistida (inducción de la ovulación)
- Malformación uterina.
- Edad materna mayor de 40 años (17).

En la investigación de Durán Acero y Moreno Moreno, clasifica los factores de riesgo en: altos, moderados y bajos (15).

Factores de riesgo relativos		
<i>Alto</i>	<i>Moderado</i>	<i>Bajo</i>
Ectópico previo	Chlamydia	Transferencia intratubárica de gametos
Esterilización tubárica	Infertilidad	Edad <18 años
Uso de DIU	>1 compañero sexual	Edad >35 años
EPI	Cigarrillo	Duchas vaginales
Salpingitis ístmica nodosa		

En la investigación de Quispe Vargas, Rosa, detalla los factores de riesgo de embarazo ectópico, los cuales serán clasificados de la siguiente manera:

a) Factores sociodemográficos

Edad

Juega un papel muy importante en la asociación con el embarazo ectópico, Mamani Barboza señala que existe mayor riesgo de un embarazo ectópico en mujeres entre 35 a 44 años, aumentando de 3 a 4 veces el riesgo de un embarazo ectópico respecto a las mujeres entre 15 a 24 años (10).

Duran y Moreno en su investigación concluyeron que la edad materna comprendida entre 18 a 35 años eleva de 5 a 6 veces el riesgo de un embarazo ectópico frente a las madres menores de 18 años (15).

Grado de instrucción

Quispe Vargas en su estudio concluyó que existe 10,3 veces la probabilidad de desarrollar un embarazo ectópico si la mujer estudió hasta secundaria incompleta, con un porcentaje de 43.8%. esto puede deberse a que había un bajo nivel educativo que permitiera a las mujeres tener mejores hábitos higiénicos, actuar antes enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, tomar mejores decisiones respecto a las parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales y múltiples parejas (9).

Estado civil

Herrera y Cáceres concluyen en su investigación que el embarazo ectópico en Perú ocurre en un 75.25% en mujeres convivientes.

Se puede suponer que la razón sea la inestabilidad de las parejas ante un compromiso (10).

b) Factores gineco obstétricos

Paridad

Duran y Moreno en su estudio concluyen que la nuliparidad es un factor de riesgo para embarazo ectópico, aumentando el riesgo hasta 1,78 veces comparado con madres multíparas (15).

Sin embargo, Mamani Barboza en su estudio concluye que un 59.4% de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico eran multíparas (10).

Antecedente de aborto

Mamani Barboza en su estudio concluye que existe 9 veces la probabilidad de desarrollar embarazo ectópico mujeres con antecedente de aborto respecto a las que no lo tuvieron (10).

Antecedente de embarazo ectópico

En la investigación de Álvarez concluye que un embarazo ectópico previo incrementa en 4 veces más el riesgo de embarazo ectópico, sin embargo, no representa un dato significativo (12).

Una primera ocurrencia de embarazo ectópico aumenta el riesgo de desarrollar nuevamente casos de aproximadamente en un 7 % (4).

Antecedente de cesárea

Existe un 90.6% de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico con antecedente de 1 a 2 cesáreas previas, concluyéndose así que no tuvieron comportamiento como factor de riesgo para embarazo ectópico (10).

Antecedente de ITS

La presencia de ITS viene siendo uno de los principales factores de riesgo para embarazo ectópico, siendo responsable del 12,7% del total de incidencias en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, según el estudio de Álvarez (12).

Antecedente de uso de DIU

Se describe que una permanencia mayor de dos años del DIU aumenta 2,6 veces el riesgo de un embarazo ectópico. Existe una mayor asociación de embarazo ectópico con los DIU liberadores de progesterona que con otros tipos de DIU (9).

Sin embargo, Mamani Barboza en su estudio concluye que existe 4. 3 veces la probabilidad de desarrollar embarazo ectópico entre las usuarias de DIU, respecto a las que no lo usaron (10).

Antecedente de infertilidad

En la tabla de antecedentes de infertilidad, no tuvieron comportamiento como factor de riesgo para embarazo ectópico (9).

Antecedente de EPI

La EPI tiene una alta asociación con la ocurrencia de embarazos ectópicos. Existe mayor evidencia que las infecciones de transmisión sexual se den por infección por *Chlamydia trachomatis*. La EPI cuando no se trata a tiempo afecta a las trompas ocasionando daños perjudiciales, tanto anatómicos como funcionales, y si estas se asocian a infecciones pélvicas crónicas que alteren la función tubárica, así como, también originar obstrucción y adherencias. Las salpingitis y aún pueden originar diversos grados de lesión en las trompas en forma bilateral, que originan alteración en la motilidad tubárica. Zelmira palomino en su investigación describe que una EPI está presente en más de 1/3 de mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico (5).

c) Factores personales

Edad de inicio de relaciones sexuales

El inicio temprano del primer coito expone a la mujer a una serie de afecciones dentro de las cuales se incluye el embarazo ectópico, ya que están expuestas precozmente y por más tiempo a infecciones de transmisión sexual y que son los responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas con su consiguiente afección estructural a nivel de la anatomía y funcionalidad normal de las trompas de Falopio. (11).

Tabaquismo

Existen estudios que afirman que podría tener acción antiestrogénica, y/o alterar la función de la trompa. El tabaco incrementa el riesgo de embarazo ectópico de 1,6 a 3,5 veces comparado con las gestantes que no fuman. Se ha descrito que el fumar cigarrillos origina retraso en la ovulación, alteraciones de la movilidad tubárica uterina y altera la inmunidad de la gestante. Pero aún no se ha probado su asociación directa con el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico (9).

Lugares de localización del embarazo ectópico

Tubárico: Ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta en una de las trompas de Falopio, ocurre el 96 a 98% de los casos. Según el lugar donde se implante el embarazo tubárico puede ser:

- a) Ampular: 65 a 80%
- b) Ístmico: 13 a 20%
- c) Infundibular: 5 a 13% (18).

Cervical: Ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta en el cuello del útero, en un 0,1% (18).

Ovárico: Ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta en el ovario, en un 0,5% (18).

Abdominal: Ocurre cuando el óvulo fecundado se implanta en el abdomen, en un 1,3% (18).

En la investigación de Duran Acero y Moreno Moreno, señala los sitios de implantación y su incidencia estimada (15).

Sitio de embarazo ectópico	Incidencia estimada
Trompas de Falopio	98%
Ampolla	70%
Istmo	11%
Fimbria	12%
Intersticial (cornual)	3%
Cicatriz de histerotomía	1:2000
Embarazo abdominal	1:5000
Ovario	1:1700
Cérvix	Raro
Después de histerectomía	Raro
Cuerno rudimentario	Raro

Diagnóstico diferencial

- Aborto.
- Cuerpo lúteo hemorrágico.
- Enfermedad del trofoblasto.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Pielonefritis.
- Apendicitis.
- Quiste de ovario a pedículo torcido.
- Salpingitis.
- Ruptura de quiste ovárico.
- Endometriosis.
- Cálculo renal en un embarazo temprano (17).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Embarazo ectópico. - El ovulo fecundando se implanta fuera de la cavidad endometrial uterina (5).
- Factores de riesgo. - Cualquier rasgo, característica o exposición que están relacionado con la probabilidad de padecer una enfermedad o lesión (5).
- Ectópico previo. - Embarazo ectópico presentado anteriormente en la misma mujer (5).
- Edad. - Se define como los años a cumplir a partir de la fecha de nacimiento (5).
- Esterilización tubárica.- Cirugía que consiste en la sección y ligadura de las trompas uterinas, para evitar embarazos (5).
- DIU. - Dispositivo anticonceptivo que viene a ser una T de material plástico, que se coloca en el útero, impidiendo la anidación del óvulo fecundado (5).
- EPI. - Enfermedad pélvica inflamatoria, es una infección de los órganos reproductivos de la mujer tales como útero, trompas de Falopio, ovarios (5).
- Salpingitis. - Inflamación de las trompas de Falopio (14).
- Chlamydia. - Enfermedad común de transmisión sexual (14).
- Infertilidad. - Imposibilidad para concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a término después de 1 año de relaciones sexuales constantes sin uso de método anticonceptivo (5).
- Promiscuidad. - Tener múltiples parejas sexuales (5).
- Primípara. - Mujer que ha tenido parto por primera vez.
- Multípara. - Mujer en su segundo o posterior parto.

- Nulípara. - Mujer que no ha tenido parto nunca.
- Aborto. - Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500 gramo (5).
- Cesárea. - Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal (5).
- Gonadotropina coriónica humana β -HCG. - Glucoproteína sintetizada en las células del sincitiotrofoblasto, que son las que más tarde formarán la placenta. Aumenta en sangre y orina poco tiempo después de la implantación y su detección es el fundamento de las pruebas de embarazo (5).
- Paridad. - Cantidad de embarazos viables que ha tenido una mujer, incluyendo abortos (5).
- ITS: Las Infecciones de Transmisión Sexual son un grupo heterogéneo de enfermedades transmisibles, que afectan a hombres y mujeres, cuyo elemento en común es la transmisión por vía sexual (5).
- Laparotomía: Es una cirugía que permite el acceso a la cavidad abdominal para confirmar un diagnóstico, hacer uno o realizar una cirugía específica. (6).
- Shock hemorrágico: Forma de hemorragia intensa conduce a insuficiente aporte de oxígeno a nivel celular. Si la hemorragia continúa, la muerte se produce rápidamente (6).
- Amenorrea: Ausencia de menstruación, que a menudo se define como la ausencia de uno o más períodos menstruales (6).
- Anticonceptivo: Cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo (6).
- Endometritis: Inflamación o irritación de la capa del útero (6).

- Lumbalgia: Presencia de dolor en la región lumbar, es decir, en la espalda y cintura, que con frecuencia se recorre a los glúteos y muslos (5).
- Incidencia: Cantidad de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico, como un año (6).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional y de corte transversal. Es descriptivo en la medida que se identificaron y caracterizaron las variables sin manipularlas, y es un estudio retrospectivo ya que el tiempo en que se recoge y analiza la información es en el presente, pero con datos del pasado, es correlacional porque se medirán las dos variables, y de corte transversal porque cada unidad de estudio se evalúa en un momento determinado. La presente investigación es no experimental.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por un total de 22, 003 gestantes que acudieron al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 2015 al 2020.

La muestra estuvo constituida por un total de 181 pacientes con embarazo ectópico confirmado, seleccionando el 100% de los casos presentados.

3.2.1 Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico confirmado que acuden al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, entre los años 2015 al 2020.

3.2.2 Criterios de exclusión

Gestantes con diagnósticos no confirmados de embarazo ectópico.

Gestantes con embarazos evolutivos.

Historias clínicas con datos incompletos o no disponible.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Variable independiente: Factores de riesgo
- Variable dependiente: Embarazo ectópico

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
Factores de riesgo	Cualquier rasgo, característica o exposición que están relacionado con la probabilidad de padecer una enfermedad o lesión.	Características o situaciones que aumenta la probabilidad de presentar un embarazo ectópico en una mujer.	Factores sociodemográficos	Edad	12 a 19 años 20 a 29 años 30 a 45 años	Ordinal
				Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior universitaria Superior no universitaria	Ordinal
				Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
			Factores Gineco obstétricos	Paridad	Nulípara Primípara Multípara	Ordinal
				Antecedente de aborto	Si/No	Nominal
				Antecedente de embarazo ectópico	Si/No	Nominal
				Antecedente de cesárea	Si/No	Nominal
				Antecedente de ITS	Si/No	Nominal
				Antecedente de uso de DIU	Si/No	Nominal
				Antecedente de infertilidad	Si/No	Nominal
				Antecedente de EPI	Si/No	Nominal
				Factores personales	Edad de inicio de relaciones sexuales	<15 años 15 a 20 años
			Tabaquismo		Si/No	Nominal
Embarazo ectópico	Se produce cuando el blastocisto se implanta fuera del endometrio de la cavidad uterina.	Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, y que presenta signos y síntomas.	Características clínicas	Signos y síntomas	Metrorragia Dolor pélvico Masa anexial	Nominal
				Lugar de localización	Tubárico Ovárico Cervical Cornual	Nominal

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de la investigación que se utilizó fue la observación indirecta mediante el análisis documental. La información se obtuvo de los archivos (SIP) en la Unidad de Estadística e Informática del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, así como de las Historias Clínicas de todas las gestantes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico entre los años 2015 al 2020.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos preelaborada por el autor, en la cual se tomó en cuenta los datos de las variables en estudio.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS 22.0, la información se recopiló de manera personal y se utilizó las fuentes de información de primera mano.

Para el análisis de los datos se procedió primeramente a la organización de los mismos en tablas de frecuencias, así como los gráficos que se estimaron pertinentes.

Para el análisis de los resultados se realizó aplicando las medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y para determinar la asociación de las variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado. Se consideró un intervalo de confianza al 95% y el respectivo criterio de significancia (valor de $p < 0,05$). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos respectivamente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO

Tabla 1

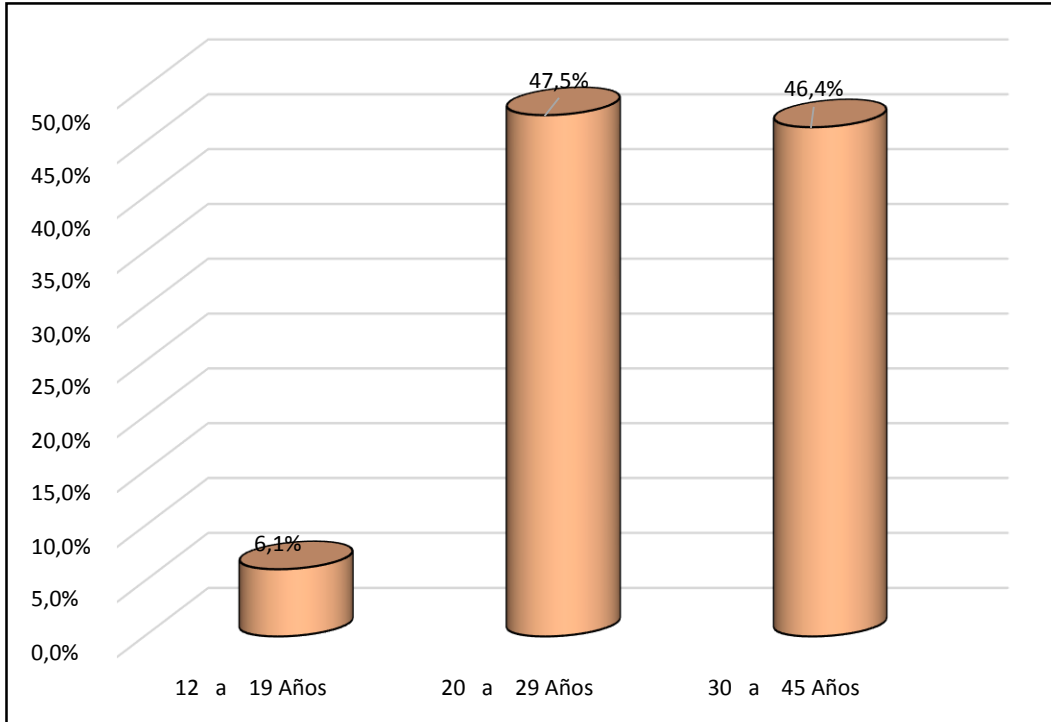
Distribución de embarazo ectópico según edad materna

Edad materna	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
12 a 19 Años	11	6,1
20 a 29 Años	86	47,5
30 a 45 Años	84	46,4
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla y gráfico 1, se observa la distribución de embarazos ectópicos según edad materna, donde la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 20 a 29 años (47,5%), seguido de un 46,4% en gestantes de 30 a 45 años, y solo el 6,1% entre las edades de 12 a 19 años.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 1

Distribución de embarazo ectópico según edad materna

Tabla 2

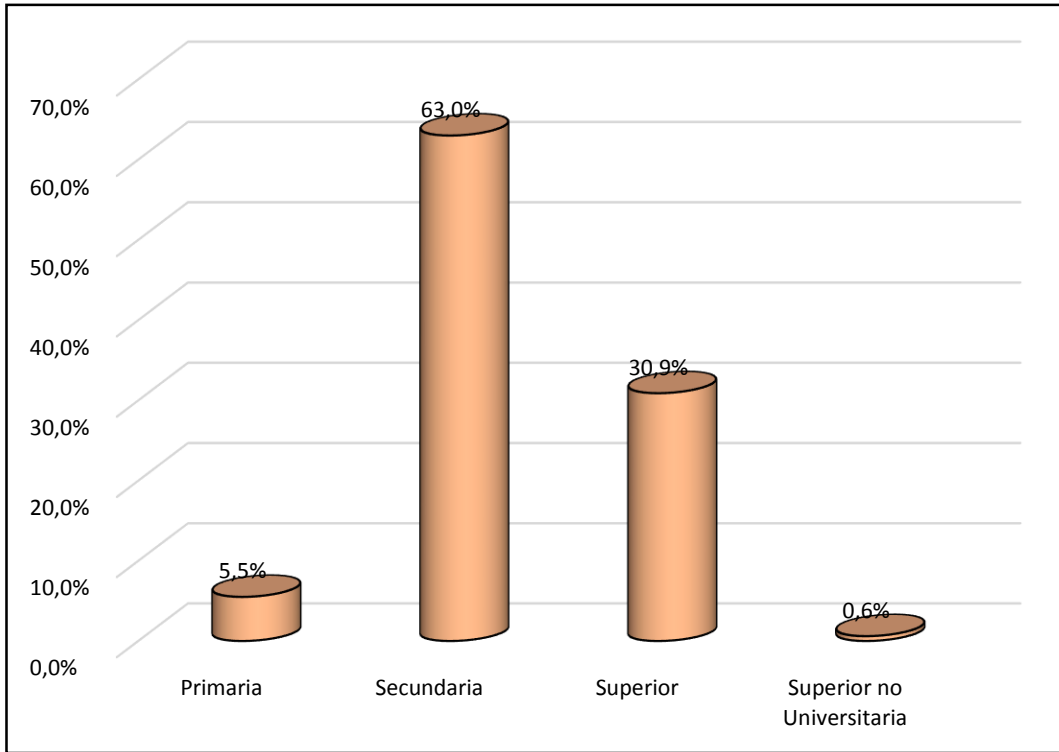
Distribución de embarazo ectópico según grado de instrucción

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Primaria	10	5,5
Secundaria	114	63
Superior	56	30,9
Superior no universitaria	1	0,6
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla y gráfico 2, se observa la distribución de embarazos ectópicos según grado de instrucción, donde la mayor frecuencia lo presentó el grado de instrucción secundaria (63%), seguido de un 30,9% con grado de instrucción superior, el 5,5% con grado de instrucción primaria, y solo el 0,6% de las pacientes tienen grado de instrucción superior no universitaria.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 2

Distribución de embarazo ectópico según grado de instrucción

Tabla 3

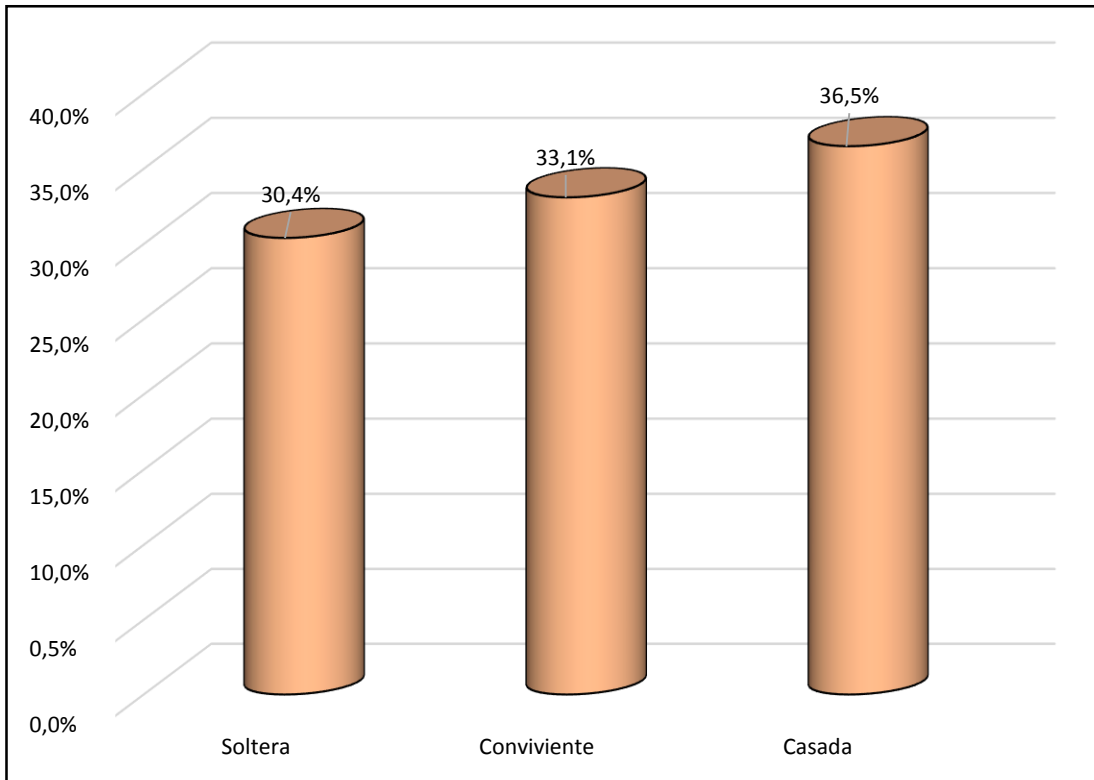
Distribución de embarazo ectópico según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	N	%
Soltera	55	30,4
Conviviente	60	33,1
Casada	66	36,5
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla y gráfico 3, se observa la distribución de embarazos ectópicos según estado civil, donde la mayor frecuencia fue 36,5% que representa al estado civil casada, seguido de un 33,1% con estado civil conviviente, y solo de 30,4 % de las pacientes con estado civil soltera.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 3

Distribución de embarazo ectópico según estado civil

Tabla 4*Factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico*

Factores sociodemográficos		Embarazo ectópico		Pruebas de asociación	
		F	%	X ²	Valor P
Edad materna	12 a 19 años	11	6,1	13,112	0,041
	20 a 29 años	86	47,5		
	30 a 45 años	84	46,4		
	Total	181	100		
Grado de instrucción	Primaria	10	5,5	10,112	0,309
	Secundaria	114	63		
	Superior	56	30,9		
	Superior No Universitaria	1	0,6		
	Total	181	100		
Estado civil	Soltera	55	30,4	3,152	0,790
	Casada	66	36,5		
	Conviviente	60	33,1		
	Total	181	100		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 4, el análisis estadístico evidencia que, respecto a la edad materna ($p = 0,041$; $x^2 = 13,112$), estos datos fueron significativos debido a que presentan un valor de $p < 0,05$. Respecto al grado de instrucción ($p = 0,309$; $x^2 = 10,112$), y estado civil ($p = 0,790$; $x^2 = 3,152$), estos datos no fueron significativos ($p > 0,05$). En consecuencia, existe asociación estadística solo entre la edad materna y embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.

Tabla 5

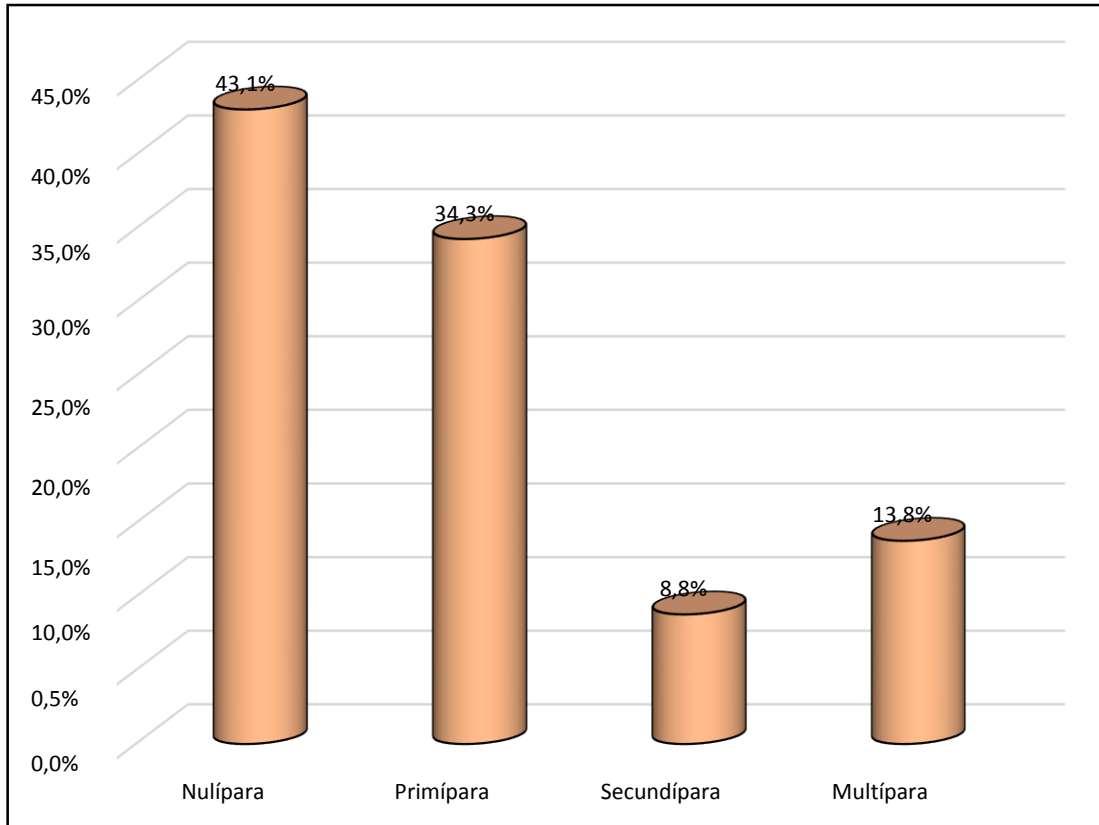
Distribución de embarazo ectópico según paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Nulípara	78	43,1
Primípara	62	34,3
Segundípara	16	8,8
Múltipara	25	13,8
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 5 y gráfico 4, se observa la distribución de embarazos ectópicos según paridad, donde las gestantes nulíparas presentaron mayor frecuencia (43,1%), luego con un 34,3 % primíparas, el 13,8% múltiparas, y solo el 8,8% de las pacientes son segundíparas.



Fuente: Tabla 5

Gráfico 4

Distribución de embarazo ectópico según paridad

Tabla 6

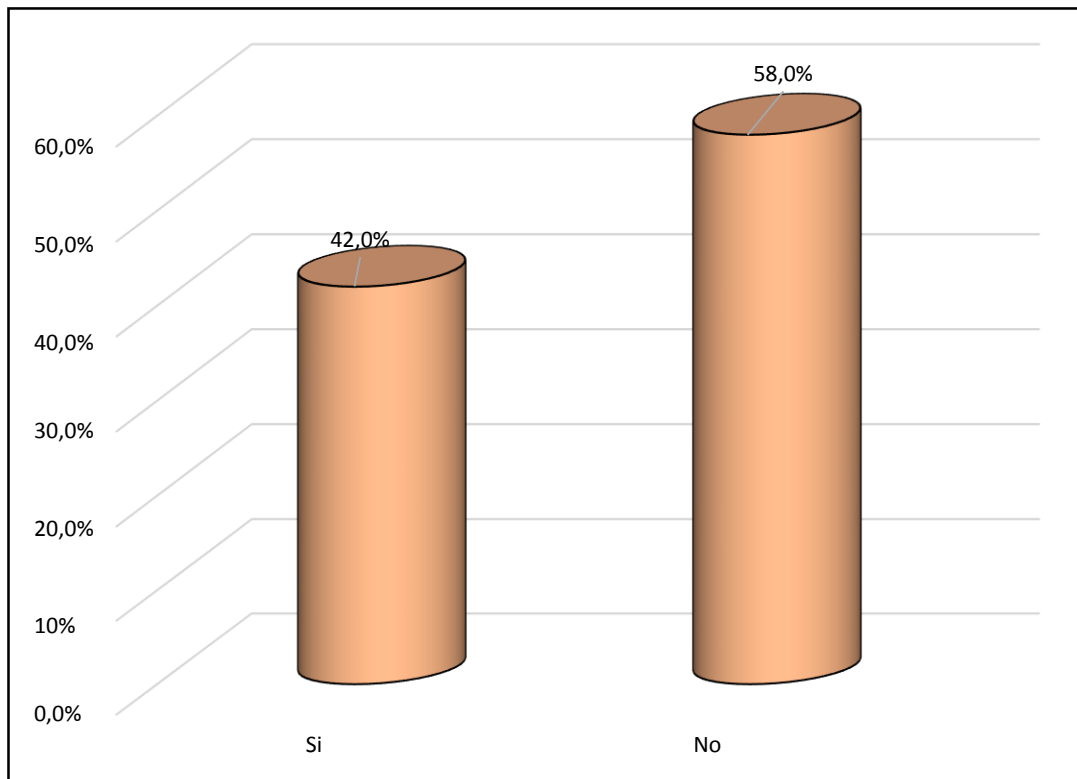
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de aborto

Antecedente de aborto	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Si	76	42
No	105	58
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 6 y gráfico 5, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de aborto, donde la mayor frecuencia se encuentra en gestantes sin antecedente de aborto (58%), y el 42% de gestantes si tuvieron antecedente de aborto.



Fuente: Tabla 6

Gráfico 5

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de aborto

Tabla 7

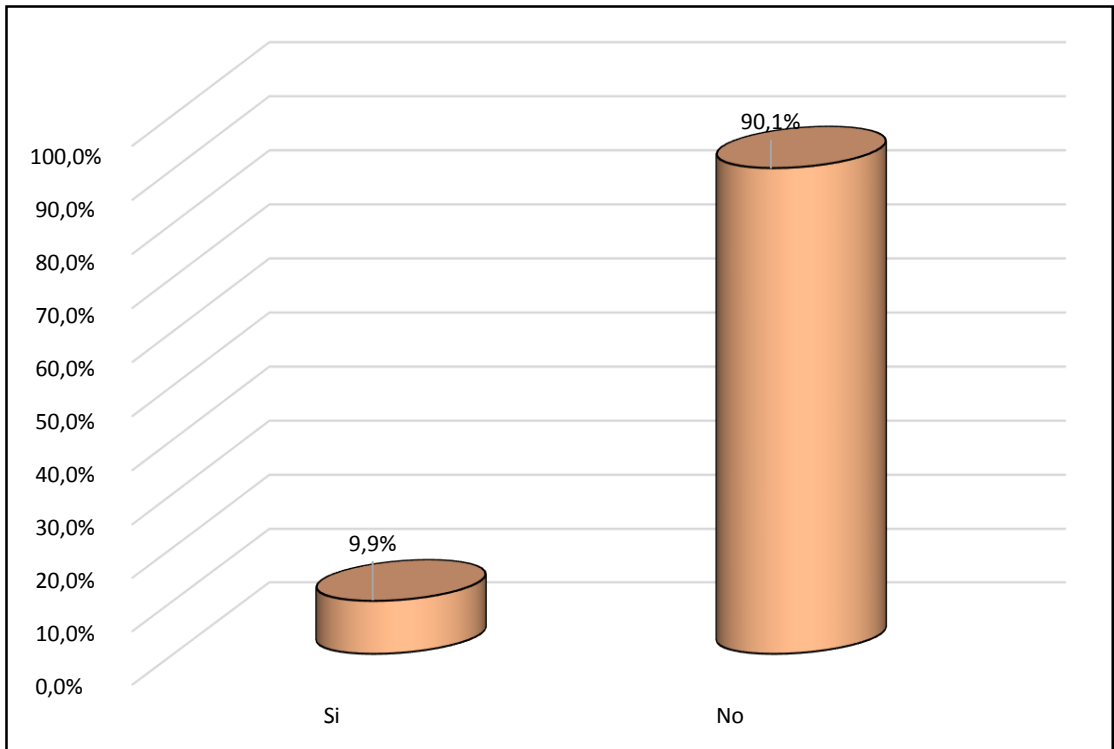
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de embarazo ectópico

Antecedente de embarazo ectópico	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Si	18	9,9
No	163	90,1
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 7 y gráfico 6, se observa la distribución de las gestantes con antecedente de embarazo ectópico, donde la mayor frecuencia lo presentaron las que no tuvieron antecedente de embarazo ectópico (90,1%), y el 9,9% manifestaron que si tuvieron antecedente de embarazo ectópico.



Fuente: Tabla 7

Gráfico 6

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de embarazo ectópico

Tabla 8

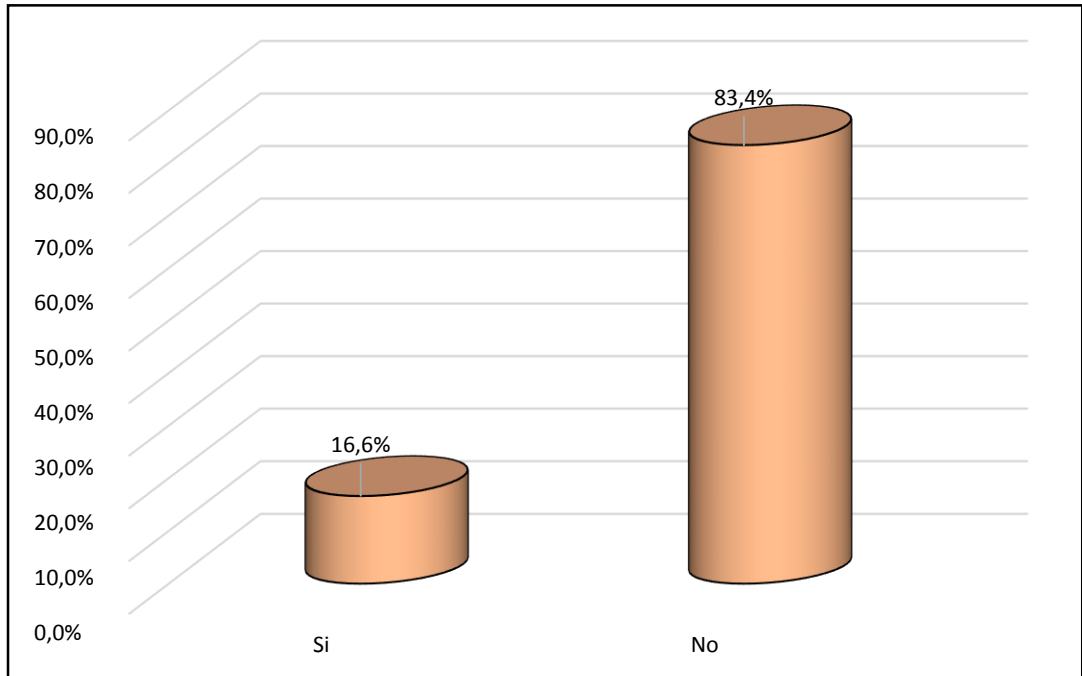
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de cesárea

	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de cesárea	N	%
Si	30	16,6
No	151	83,4
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 8 y gráfico 7, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de cesárea, de las 181 gestantes con embarazo ectópico, el 83,4% dijo no tener antecedente de cesárea, y solo el 16,6% dijo si tener antecedente de cesárea.



Fuente: Tabla 8

Gráfico 7

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de cesárea

Tabla 9

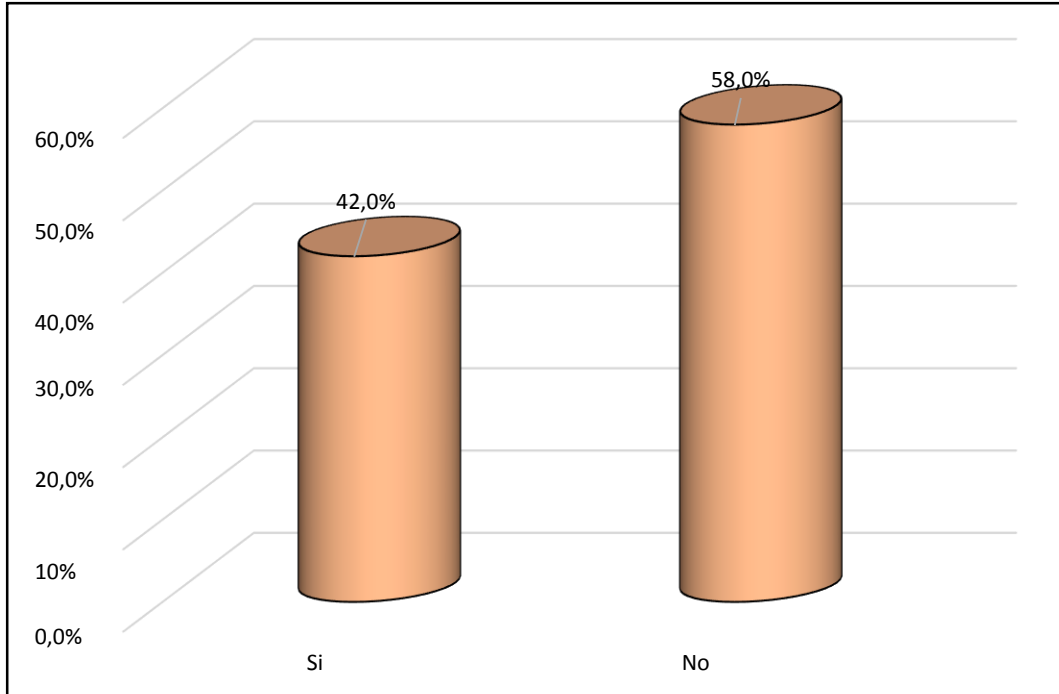
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de ITS

	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de ITS	N	%
Si	76	42
No	105	58
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 9 y gráfico 8, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de ITS, donde la mayor frecuencia 58% de las pacientes no presentaron antecedente de ITS, mientras que el 42,2% de las pacientes si presentaron antecedente de ITS.



Fuente: Tabla 9

Gráfico 8

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de ITS

Tabla 10

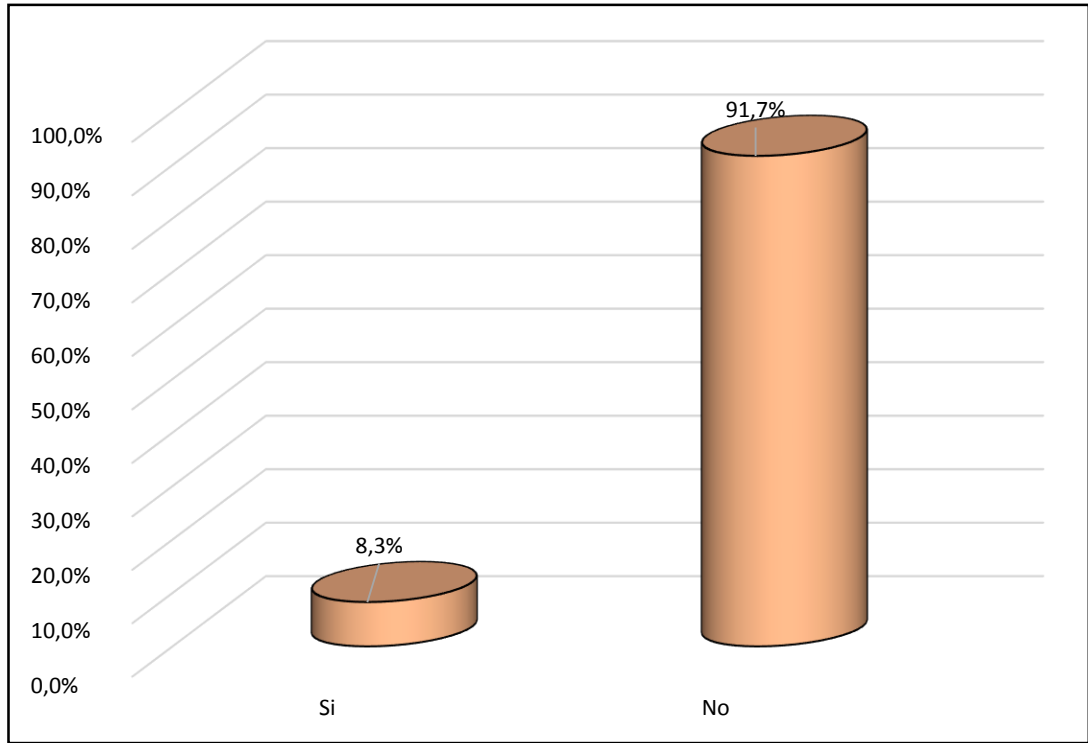
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de infertilidad

	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de infertilidad	N	%
Si	15	8,3
No	166	91,7
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 10 y gráfico 9, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de infertilidad, donde la mayor frecuencia fueron gestantes sin antecedente de infertilidad (91,7%), mientras que el 8,3% de las gestantes con antecedente de infertilidad.



Fuente: Tabla 10

Gráfico 9

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de infertilidad

Tabla 11

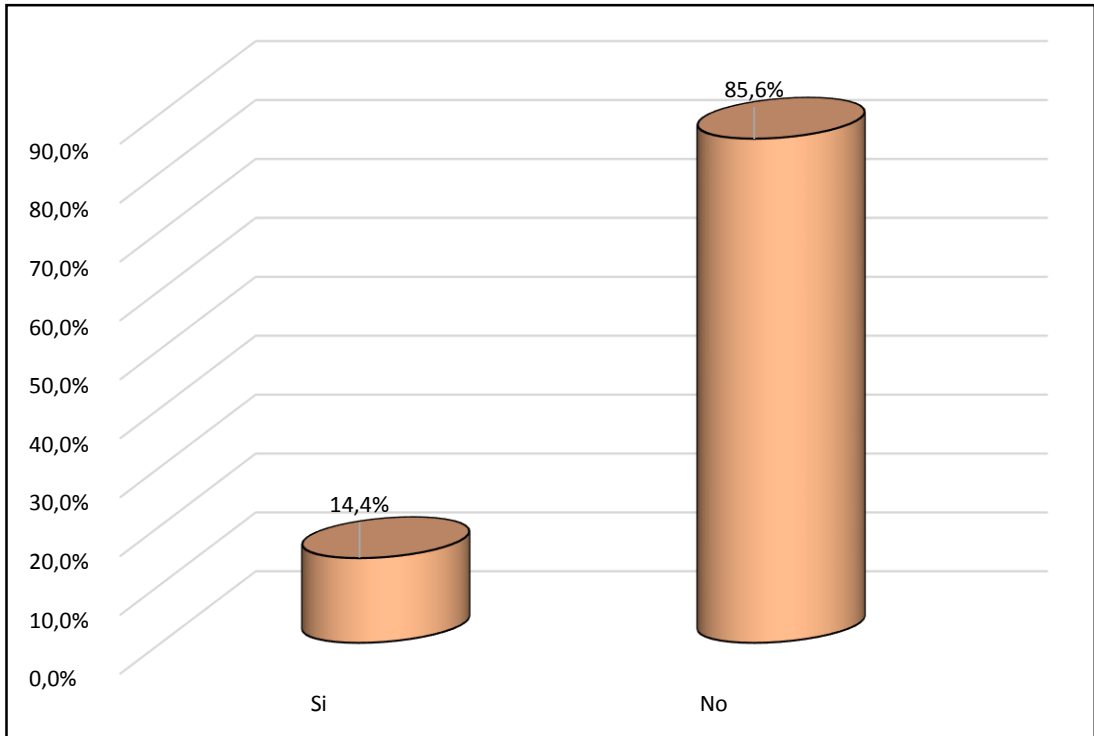
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de uso de DIU

Antecedente de uso de DIU	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	14,4
No	155	85,6
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 11 y gráfico 10, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de uso de DIU, de las 181 gestantes con embarazo ectópico, el 85,6% manifestó no tener antecedente de uso de DIU, mientras que el 14,4% si presentaron antecedente de uso de DIU.



Fuente: Tabla 11

Gráfico 10

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de uso de DIU

Tabla 12

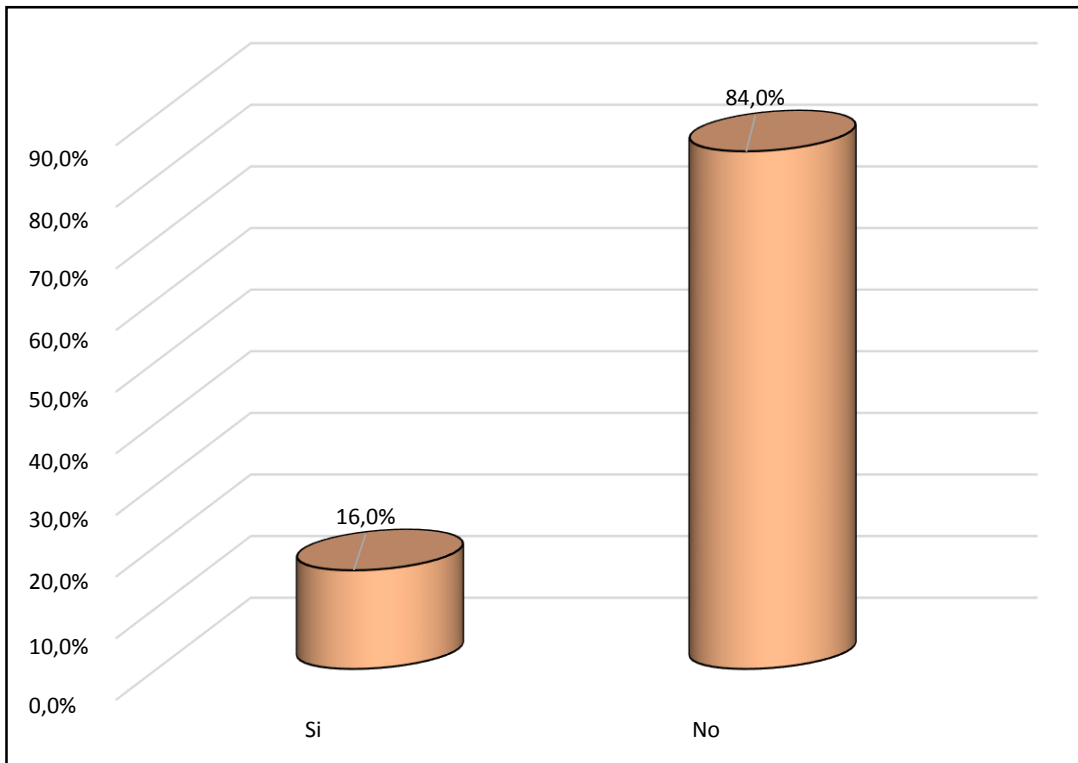
Distribución de embarazo ectópico según antecedente de EPI

	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de EPI	N	%
Si	29	16
No	152	84
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 12 y gráfico 11, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de EPI, donde la mayor frecuencia fueron gestantes que no presentaron antecedente de EPI (84%), en cambio el 16% si presentaron antecedente de EPI.



Fuente: Tabla 12

Gráfico 11

Distribución de embarazo ectópico según antecedente de EPI

Tabla 13*Factores gineco obstétricos asociados a embarazo ectópico*

Factores gineco obstétricos		Embarazo ectópico		Pruebas de asociación	
		F	%	X ²	Valor P
Paridad	Nulípara	78	43.1	0,365	0,724
	Primípara	62	34.3		
	Segundípara	16	8.8		
	Múltipara	25	13.8		
	Total	181	100		
Antecedente de aborto	Si	76	42	4,923	0,178
	No	105	58		
	Total	181	100		
Antecedente de embarazo ectópico	Si	18	9,9	0,452	0,929
	No	163	90,1		
	Total	181	100		
Antecedente de cesárea	Si	30	16,6	8,657	0,034
	No	151	83,4		
	Total	181	100		
Antecedente de ITS	Si	76	42	3,703	0,295
	No	105	58		
	Total	181	100		
Antecedente de uso de DIU	Si	26	14,4	1,203	0,752
	No	155	85,6		
	Total	181	100		
Antecedente de infertilidad	Si	15	8,3	0,439	0,932
	No	166	91,7		
	Total	181	100		
Antecedente de EPI	Si	29	16	0,813	0,846
	No	152	84		
	Total	181	100		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 13, el análisis estadístico evidencia que, respecto a la paridad ($p = 0,724$; $x^2 = 0,365$), antecedente de aborto ($p = 0,178$; $x^2 = 4,923$), antecedente de embarazo ectópico ($p = 0,929$; $x^2 = 0,452$), antecedente de ITS ($p = 0,295$;

$x^2 = 3,703$), antecedente de uso de DIU ($p = 0,752$; $x^2 = 1,203$), antecedente de infertilidad ($p = 0,932$; $x^2 = 0,439$), y antecedente de EPI ($p = 0,846$; $x^2 = 0,813$), estos datos no fueron significativos debido a que presentan un valor de $p > 0,05$. Respecto al antecedente de cesárea ($p = 0,034$; $x^2 = 8,657$), estos datos fueron significativos ($p < 0,05$). En consecuencia, existe asociación estadística solo entre el antecedente de cesárea y embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.

Tabla 14

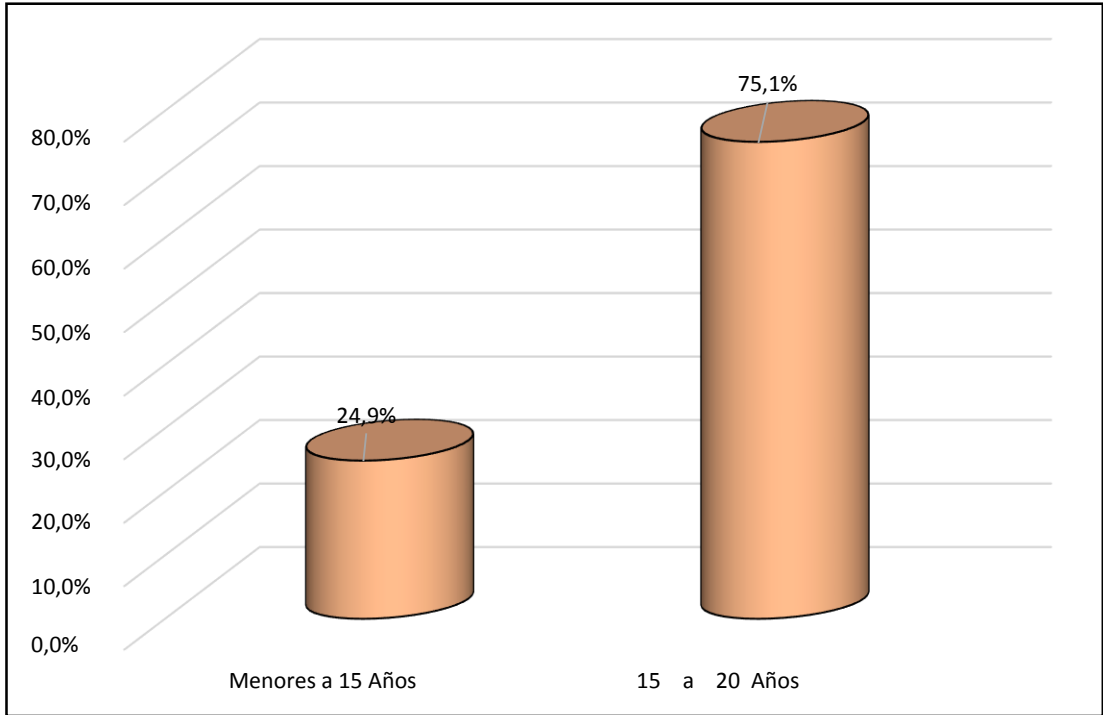
Distribución de embarazo ectópico según edad de inicio de relaciones sexuales

Edad de inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Menores a 15 años	45	24,9
15 a 20 años	136	75,1
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 14 y gráfico 12, se observa la distribución de embarazos ectópicos según edad de inicio de relaciones sexuales, donde la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 15 a 20 años (75,1%), mientras que el 24,9% fueron menores a 15 años.



Fuente: Tabla 14

Gráfico 12

Distribución de embarazo ectópico según edad de inicio de relaciones sexuales

Tabla 15

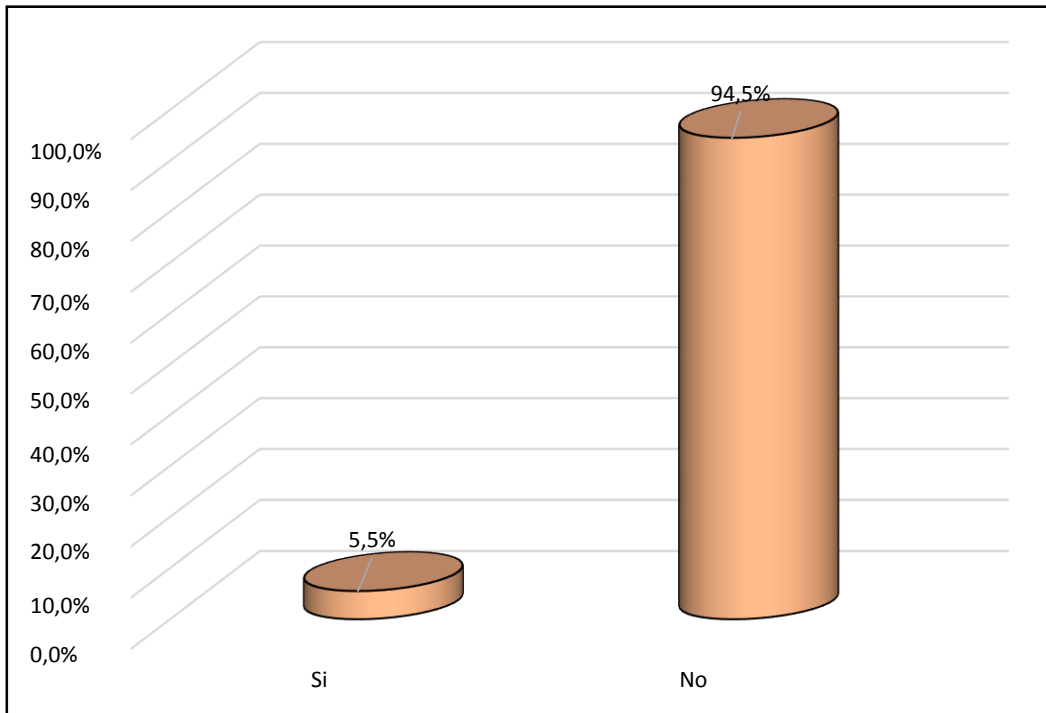
Distribución de embarazo ectópico según tabaquismo

Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Si	10	5,5
No	171	94,5
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 15 y gráfico 13, se observa la distribución de embarazos ectópicos según antecedente de tabaquismo, donde el 94,5% de las pacientes no consumieron tabaco, y el 5,5% si consumieron tabaco antes del embarazo actual.



Fuente: Tabla 15

Gráfico 13

Distribución de embarazo ectópico según tabaquismo

Tabla 16*Factores personales asociados a embarazo ectópico*

Factores personales		Embarazo ectópico		Pruebas de asociación	
		F	%	X ²	Valor P
Edad de inicio de relaciones sexuales	Menores de 15 años	45	24,9	1,619	0,655
	15 a 20 años	136	75,1		
	Total	181	100		
Tabaquismo	Si	10	5,5	1,618	0,655
	No	171	94,5		
	Total	181	100		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 16, el análisis estadístico evidencia que, respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales los datos no fueron significativos ($p = 0,655$; $x^2 = 1.619$), respecto al tabaquismo los datos no fueron significativos ($p = 0,655$; $x^2 = 1,618$). Esto debido a que presentan un valor de $p > 0,05$. En consecuencia, no existe asociación estadística entre los factores personales y embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue -Tacna, 2015 al 2020.

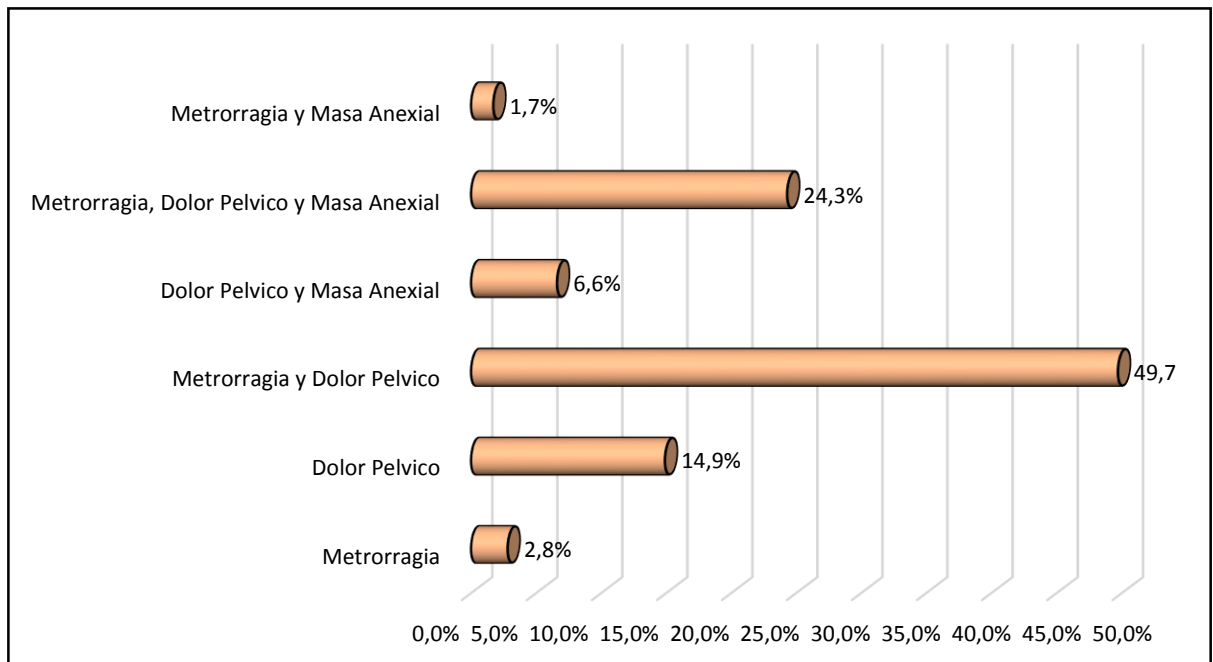
Tabla 17*Características clínicas de los embarazos ectópicos*

Características Clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Metrorragia	5	2,8
Dolor pélvico	27	14,9
Metrorragia y dolor pélvico	90	49,7
Dolor Pélvico y masa anexial	12	6,6
Metrorragia, dolor pélvico y masa anexial	44	24,3
Metrorragia y masa anexial	3	1,7
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 17 y gráfico 14, se presentan las características clínicas de los embarazos ectópicos. En lo cual observamos que el 49,7% de pacientes presentaron metrorragia y dolor pélvico como sintomatología de embarazo ectópico, seguido de metrorragia, dolor pélvico y masa anexial (24,3%), solo dolor pélvico (14,9%), dolor pélvico y masa anexial (6,6%), solo metrorragia (2,8%), finalmente metrorragia y masa anexial (1,7%).



Fuente: Tabla 17

Gráfico 14

Características clínicas de los embarazos ectópicos

Tabla 18

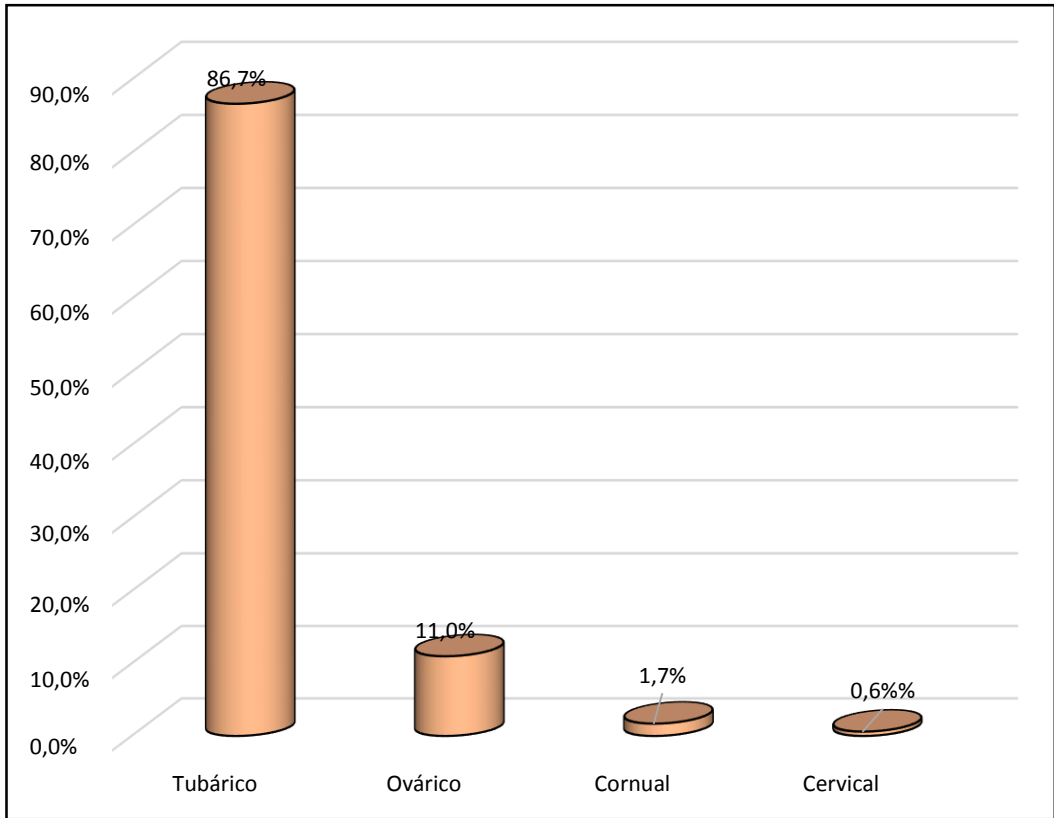
Lugar de localización de los embarazos ectópicos

Embarazo ectópico	Frecuencia	Porcentaje
Tubárico	157	86,7
Ovárico	20	11
Cornual	3	1,7
Cervical	1	0,6
Total	181	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

En la tabla 18 y gráfico 15, se presenta el lugar de localización de los embarazos ectópicos. De los 181 embarazos ectópicos, el 86,7% presentó un embarazo ectópico tubárico, seguido del embarazo ectópico ovárico (11%), asimismo el 1,7% fue embarazo ectópico cornual, y solo 0,6% fue cervical.



Fuente: Tabla 18

Gráfico 15

Lugar de localización de los embarazos ectópicos

Tabla 19

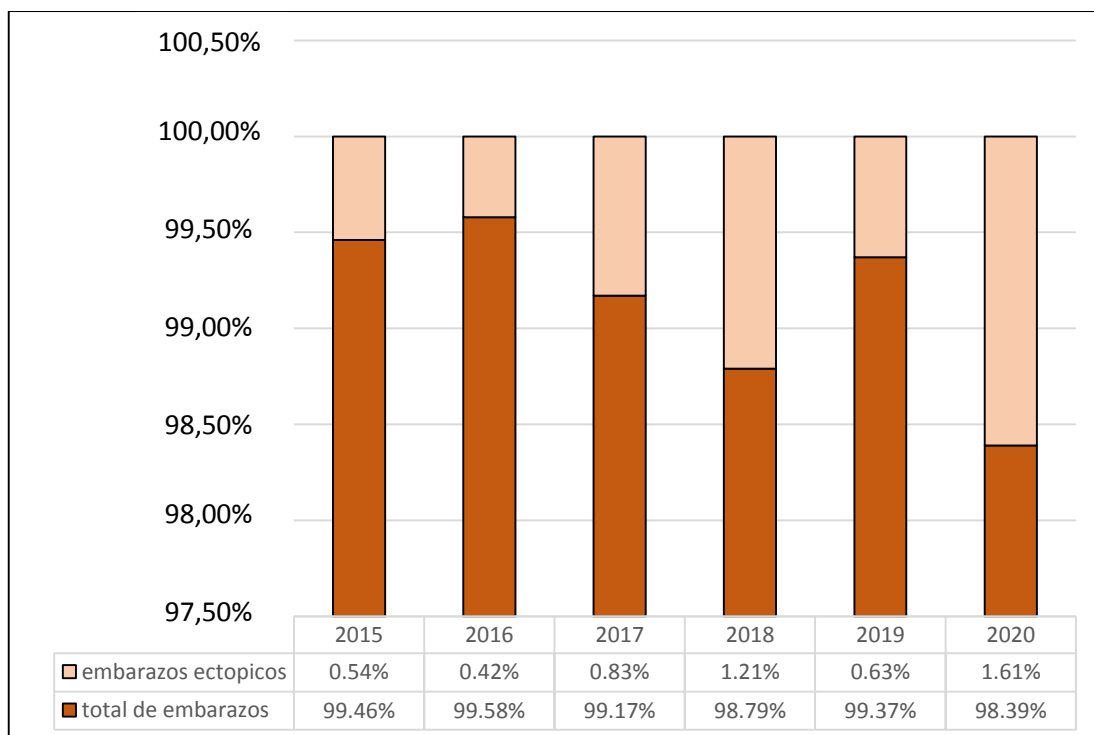
Incidencia de embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2015 al 2020

Año	Total de embarazos		Embarazos ectópicos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
2015	4 038	99,46	22	0,54	4 060	100
2016	3 999	99,58	17	0,42	4 016	100
2017	4 173	99,17	35	0,83	4 208	100
2018	3 433	98,79	42	1,21	3 475	100
2019	3 611	99,37	23	0,63	3 634	100
2020	2 568	98,39	42	1,61	2 610	100
Total	21 822	99,13	181	0,87	22 003	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

La tabla 19 y gráfico 16, se observa la incidencia de embarazos ectópicos presentados en los años de estudios. Encontrándose que 181 embarazos ectópicos representan el 0,87% del total de embarazos. Asimismo, los años 2020 y 2018 tuvieron una mayor incidencia (1,61% y 1,21% respectivamente). Mientras que el año con menor incidencia fue el año 2016 (0,42%).



Fuente: Tabla 19

Gráfico 16

Incidencia de embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2015 al 2020

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en 181 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue durante los años 2015 al 2020.

Esta patología en nuestra región sigue siendo un problema de salud pública, que acarrea riesgos para la salud materna en todas las edades, lo que motivó su investigación, ya que se desconoce las causas exactas que los ocasionan.

Múltiples estudios revelan que el embarazo ectópico es una de las causas de muerte materna en el primer trimestre de gestación, cuyo concepto es la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina. En las últimas tres décadas su incidencia ha aumentado, siendo la localización de mayor frecuencia la trompa uterina y muy raramente puede localizarse en la pared abdominal o el cérvix uterino.

En nuestro estudio se ha encontrado que, los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico fueron: edad materna y antecedente de cesárea. Encontramos similitud con los estudios realizados por Quispe V. (9) quien encontró como uno de los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico la edad materna. Asimismo, Álvarez A. (12) encontró como uno de los factores de riesgo al antecedente de cesárea. Mientras que, Mamani B. (10) encontró como factores de riesgo el antecedente de EPI, estado civil conviviente, inicio de relaciones sexuales, y antecedente de DIU; Salcedo E. (11) encontró como factores de riesgo el antecedente de aborto, antecedente de embarazo

ectópico, antecedente de ITS, antecedente de EPI, e inicio precoz de las relaciones sexuales, los resultados de estos últimos autores difieren de nuestros resultados.

Respecto a los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico fueron: edad materna de 20 a 29 años (47,5%), grado de instrucción secundaria (63%) y estado civil casada (36,5%); y solo el factor de riesgo edad materna presentó asociación significativa con el embarazo ectópico ($\chi^2 = 13,112$; $p=0,041$). Esto significa que nuestras gestantes en Tacna se encuentran en una edad adecuada para el embarazo, con un buen nivel educativo, y con una pareja estable. Similares resultados presentan Quispe V. (9) quien encontró pacientes con embarazo ectópico con edades entre 21 a 30 años ($\chi^2 = 11,667$; $p=0,041$), asimismo encontró asociación con el grado de instrucción superior ($\chi^2 = 15,886$; $p=0,000$). Respecto al estado civil Quispe V. (9) y Mamani B. (10) encontraron que las pacientes con embarazo ectópico eran convivientes ($\chi^2 = 9,69$; $p=0,002$ y $\chi^2 = 6,206$; $p=0,006$ respectivamente). Estos resultados a nivel nacional tienen semejanzas y diferencias por presentar factores socioculturales diversos, idiosincrasia, estilos de vida y nivel educativo diverso. No se conoce con exactitud el grado de asociación de estos factores con el embarazo ectópico, sin embargo, los hábitos alimenticios, búsqueda tardía de ayuda médica para el diagnóstico y tratamiento de EPI e ITS, promiscuidad, inicio precoz de relaciones sexuales y múltiples parejas, condicionan a la mujer en edad fértil a presentar embarazo ectópico.

Con respecto a los factores gineco obstétricos, se ha estudiado la paridad, antecedente de aborto, antecedente de embarazo ectópico, antecedente de cesárea, antecedente de ITS, antecedente de uso de DIU, antecedente de infertilidad y antecedente de EPI. Donde hubo asociación entre el factor de riesgo antecedente de cesárea, el cual presentó asociación significativa con el embarazo ectópico.

En lo que respecta a la paridad, se encontró en su mayoría pacientes nulíparas (43,1%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). Estos resultados difieren de los encontrados por Mogrovejo Á. (7), Islam A. (8), Álvarez A. (12) donde, predominaron las pacientes primíparas (69,4%, 31,3% y 39,2% respectivamente). Mientras que Quispe V. (9) encontró que las gestantes con embarazo ectópico en su mayoría multíparas, cuyos datos fueron significativos ($36,9\%$; $\chi^2 = 12,602$; $p=0,001$). Nuestro estudio difiere con los resultados antes descritos, teniendo en consideración que la paridad es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos, y que posiblemente el inicio precoz de las relaciones sexuales y las altas tasas de abortos a causa de embarazos no deseados, tienen influencia directa en los embarazos ectópicos en nuestra región.

Con respecto al antecedente de aborto como factor de riesgo para embarazo ectópico, encontramos en su mayoría en pacientes que no tuvieron antecedente de aborto (58%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). De igual manera, Salcedo E. (11) y Álvarez A. (12) encontraron en su mayoría pacientes con antecedente de aborto, cuyos datos fueron significativos ($91,3\%$; $\chi^2 = 71,343$; $p=0,000$ y $65,8\%$; $\chi^2 = 7,31$; $p=0,007$ respectivamente). Si bien sabemos que el aborto es un factor de riesgo que aumenta la morbilidad durante el embarazo, también es un factor que incrementa el riesgo para tener embarazos ectópicos puesto que luego de presentarse, existe una alteración funcional en el endometrio del útero, lo que aumenta la posibilidad de no poder llevar un posterior embarazo con normalidad.

Respecto al antecedente de embarazo ectópico como factor de riesgo, encontramos en su mayoría pacientes que no tuvieron antecedente de embarazo ectópico (90,1%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). En similitud a nuestro estudio, Mamani B. (10) y Salcedo E. (11) concluyeron que las pacientes de sus estudios no presentaron

antecedente de embarazo ectópico (90,6%; $x^2 = 9,142$; $p=0,013$ y 97,5%; $x^2 = 27,761$; $p=0,000$ y), Mientras que, Mogrovejo A. (7) e Islam A. (8) difieren ya que encontraron que las pacientes de sus estudios si presentaron antecedente de embarazo ectópico (96% y 95,6% respectivamente).

Sobre el antecedente de cesárea como factor de riesgo para embarazo ectópico encontramos en su mayoría pacientes que no tuvieron antecedente de cesárea (83,4%), el análisis estadístico nos brindó un valor p significativo ($x^2 = 8,657$; $p=0,034$). De igual manera Álvarez A. (12) encontró que las pacientes con embarazo ectópico no presentaron antecedente de cesárea (73,4%; $x^2 = 5,68$; $p=0,017$). Mientras que Coloma Q. (4) y Mogrovejo A. (7) difieren ya que encontraron pacientes con embarazo ectópico que si tuvieron antecedente de cesárea (89,7% y 83,9%). La cesárea es intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y útero de la madre para el parto del feto, en el cual se forma un tejido fibroso en la cicatriz endometrial y miometrial que predisponen a que en la siguiente gestación ocurra una implantación anormal del blastocisto.

Respecto al antecedente de ITS como factor de riesgo para embarazo ectópico, encontramos en su mayoría pacientes que no tuvieron antecedente de ITS (58%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). De igual manera, Álvarez A. (12) y Salcedo E. (11) encontraron que las gestantes con embarazos ectópicos no tuvieron antecedente de ITS (87,3%; $x^2 = 8,01$; $p=0,011$ y 59,6%; $x^2 = 105,059$; $p=0,000$). Mientras que Mamani B. (10) difiere ya que encontró que, si tuvieron antecedente de ITS (47,02%) cuyos datos fueron significativos. Las ITS no tratadas en ocasiones afecta a las trompas provocando alteraciones tanto anatómicas como funcionales, y estas se vuelven crónicas originando obstrucción y adherencias. Existe múltiples estudios que demuestran que las ITS por *Chlamydia trachomatis* incrementan el riesgo de embarazo ectópico.

En cuanto al antecedente de uso de DIU como factor de riesgo para embarazo ectópico, encontramos en su mayoría pacientes que no tuvieron antecedente de uso de DIU (85,6%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). De igual manera, Mamani B. (10) (68,8%) y Álvarez A. (12) (91,1%) encontraron que las pacientes con embarazos ectópicos no tuvieron antecedente de uso de DIU, cuyos datos fueron significativos ($\chi^2 = 4,720$; $p=0,011$ y $\chi^2 = 6,47$; $p=0,011$). Mientras que Coloma Q. (4) difiere, ya que encontró en su estudio que el 95,4% sí tuvieron antecedente de uso de DIU. Esto puede asumirse ya que estudios demuestran que el uso de DIU puede producir inflamación en las trompas de Falopio, provocando que el óvulo fecundando se quede atascado en esta zona, y no pueda continuar su recorrido para implantarse en el útero, aumentando el riesgo de producirse un embarazo ectópico.

Respecto al antecedente de infertilidad como factor de riesgo para embarazo ectópico, encontramos en su mayoría pacientes que no tuvieron antecedente de infertilidad (91,7%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). Mamani B. (10) encontró en el que el 100% de pacientes de su estudio no tuvieron antecedente de infertilidad. Sin embargo, Islam A. (8) encontró que el 22,2% sí tuvieron antecedente de infertilidad. Es de conocimiento que en pacientes con antecedente de infertilidad hay mayor incidencia de embarazo ectópico, debido a que al someterse a técnicas asistidas podrían no ser realizadas de manera adecuada, en especial si la mujer ha recibido tratamiento hormonal con presencia de generadores de ovulación, produciendo una alteración anátomo funcional en las trompas uterinas.

En cuanto al antecedente de EPI como factor de riesgo para embarazo ectópico, encontramos en su mayoría pacientes que no tuvieron antecedente de EPI (84%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). En igualdad con nuestros resultados Salcedo E. (11) encontró que las pacientes con embarazo ectópico no tuvieron antecedente de EPI (62%) cuyos datos fueron significativos ($x^2 = 77.004$; $p=0,000$). Mientras que, Mamani B. (10) difiere ya que en su estudio encontró que el 53.1% si tuvieron antecedente de EPI, cuyos datos fueron significativos ($x^2 = 9,974$; $p=0,015$). Esto puede entenderse ya que la EPI es una infección microbiana que afecta órganos genitales internos femeninos, entre ellos las trompas de Falopio, Un embarazo ectópico puede ocurrir la EPI no se ha tratado, ocasionando la formación de tejido cicatrizante en las trompas, este tejido impide que el óvulo fecundado continúe su recorrido para implantarse en el útero.

En referencia a los factores personales asociados a embarazo ectópico, se ha estudiado la edad de inicio de relaciones sexuales y el tabaquismo. En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales se encontró en su mayoría edades entre 15 a 20 años (75,1%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). Similares resultados encontraron Quispe V. (9) y Mamani B. (10), ya que las pacientes con embarazo ectópico iniciaron su vida sexual teniendo menos de 18 años (70,7% y 56,2% respectivamente), cuyos datos fueron significativos ($x^2 = 5.304$; $p=0,021$ y $x^2 = 6,064$; $p=0,024$). Mientras que Salcedo E. (11) encontró que las pacientes con embarazo ectópico iniciaron su vida sexual teniendo más de 18 años (56,7%; $x^2 = 87,328$; $p=0,000$). El inicio de relaciones sexuales es un factor de riesgo muy relevante, ya que a menor edad mayor riesgo de embarazos no deseados e irresponsabilidad para cuidar la salud sexual y reproductiva.

En cuanto al tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico, encontramos en su mayoría pacientes que no consumían tabaco (94.5%), el análisis estadístico nos brindó un valor p no significativo ($p > 0,05$). En igualdad con nuestros resultados, Mogrovejo A. (7), Quispe V. (9), Mamani B. (10), Álvarez A. (12), y Coloma Q. (4) encontraron en sus estudios que el consumo de tabaco no se encontraba presente en casi su totalidad de las pacientes con embarazo ectópico. No se conoce con exactitud el mecanismo de acción del tabaco, sin embargo, hay evidencias que muestran que la nicotina produce acción anti estrogénica, favoreciendo las infecciones pélvicas y/o alterar la función de la trompa de Falopio.

Con respecto a las características clínicas de embarazo ectópico, en nuestro estudio se ha identificado principalmente: la metrorragia, dolor pélvico y masa anexial. Encontrándose que el 49.7% de pacientes presentaron metrorragia y dolor pélvico como sintomatología de embarazo ectópico, seguido de metrorragia, dolor pélvico y masa anexial (24,3%). De la misma forma, Mogrovejo A. (7) encontró en su estudio que un 35,7% de pacientes con embarazo ectópico presentaron metrorragia y dolor pélvico. Mientras que Islam A. (8) encontró que el 40% presentó solo metrorragia y el 62,2% presentó solo dolor pélvico. Coloma Q. (4) en su estudio en Tacna encontró que el 67,8% presentaron metrorragia, el 98,9% presentaron dolor pélvico, y un 28,7% presentaron masa anexial.

En cuanto al lugar de localización de embarazo ectópico más frecuente en nuestro estudio fue tubárico 86,7%, 11% fue ovárico, 1,7% fue cornual, y solo 0,6% fue cervical. Dichos resultados coinciden con Mogrovejo A. (7) y Coloma Q. (4), ya que encontraron que el lugar de localización más frecuente fue tubárico (89,7%), seguido de ovarios (7,10% y 5,7% respectivamente). Mientras que, Morales B. (6) e Islam A. (8) encontraron que el lugar de localización más frecuente fue tubárico (97% y 64,4%), seguido de cérvix (2%) y cornual (2,2%).

Finalmente, la incidencia de embarazos ectópicos entre los años 2015 al 2020, fue de 181 pacientes con embarazos ectópicos (el 0,87% del total de embarazos). Asimismo, Salcedo E. (11) encontró un total de 552 pacientes durante los años 2014 al 2017, Álvarez A. (12) (2014 al 2017) y Coloma Q. (4) (2007 al 2011) encontraron un total de 79 y 87 pacientes respectivamente. Mientras que, Morales B. (6) (2017 AL 2018), Quispe V. (9) (2017 al 2018) y Mogrovejo A. (7) (2014 al 2015) encontraron 100, 92 y 56 pacientes con embarazos ectópicos respectivamente. Islam A. (8) y Salcedo E. (10) estudiaron el año 2017 encontrando 45 y 32 pacientes con embarazos ectópicos respectivamente. Lo que significa que los embarazos ectópicos siempre están presentes sin importar la región, raza, razón social, asimismo continúa siendo un problema que motiva a seguir realizando estudios desde diferentes enfoques y puntos de vista.

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en nuestro estudio fueron: edad materna y antecedente de cesárea.
2. El factor sociodemográfico asociado a embarazo ectópico fue la edad materna de 20 a 29 años, los demás no presentaron asociación significativa.
3. El factor gineco obstétrico asociado a embarazo ectópico fue el antecedente de cesárea, los factores no presentaron asociación significativa.
4. Los factores personales no presentaron asociación con el embarazo ectópico.
5. Las características clínicas identificadas en el diagnóstico de embarazo ectópico fueron: metrorragia y dolor pélvico; seguido de metrorragia, dolor pélvico y masa anexial. La localización del embarazo ectópico en la mayoría fue tubárica.
6. La incidencia del embarazo ectópico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años de estudio fue de 0.87%.

RECOMENDACIONES

1. A las redes de salud: fomentar el cumplimiento de los programas preventivo promocionales dirigidos especialmente a mujeres entre 20 a 29 años con antecedente de cesárea.
2. Al personal de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue: brindar una atención, tratamiento oportuno, seguimiento y consejería personalizada a los pacientes con características clínicas como metrorragia, dolor pélvico y demás síntomas que desencadenan los embarazos ectópicos.
3. A los obstetras de los establecimientos de salud: mejorar las atenciones de los programas de PF, ITS y cáncer, mediante la correcta elección del método anticonceptivo y el diagnóstico precoz de factores de riesgo para la prevención a futuro de embarazos ectópicos.
4. A los investigadores de pre y post grado: continuar con estudios que profundicen y amplíen los temas de embarazo ectópico, por ser un problema que afecta la salud de la mujer en Tacna, para mejorar los programas de promoción y prevención de salud materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2015). Mortalidad Materna. Recuperado a partir de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
2. Meira A, Arancibia F. Embarazo Ectópico. Universidad, Ciencia y Sociedad [en línea]. 2013; Mayo [citado: 2021 Junio 01]; (9): 52-58p. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=es.
3. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista clínica HSJD [en línea]. 2019; Agosto [citado: 2021 Junio 01]; 9 (1): 28 – 36p. disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191d.pdf>
4. Coloma C. Factores de riesgo asociados y características clínicas del embarazo ectópico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2007 al 2011 [Tesis de pregrado] [internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2390/109_2013_coloma_quispe_cw_facs_medicina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Palomino W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015 [Tesis de pregrado] [internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINOZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Morales M. Manejo de las complicaciones del embarazo ectópico [Tesis de pregrado] [internet]. Guayaquil: universidad de Guayaquil; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36313/1/CD%202755-%20MORALES%20BALDEON%20MARJA.pdf>

7. Mogrovejo A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015 [Tesis de pregrado] [internet]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23715/1/TESIS58.pdf>
8. Islam A, Fawad A, Shah AA, Jadoon H, Sarwar I, Abbasi AU. Análisis de casos de dos años de embarazo ectópico, Pakistán, 2017. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Quispe R. Prevalencia y factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho en el periodo septiembre de 2017 a septiembre de 2018 [Tesis de pregrado] [internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11076/Quispe_Vargas_Rosa_Senaida.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno [Tesis de pregrado] [internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Salcedo V. Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” Julio 2013 – junio 2017 [Tesis de grado] [internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Barreto; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2418/SALCEDO%20ESCOBAR%20VICTOR%20HUGO%20-MAESTR%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. 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] [internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2209/796_2016_alvarez_apaza_aj_facsc_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Bonifacio R. Incidencia de embarazo ectópico en pacientes que acuden al Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado del 2011 al 2014 [Tesis de pregrado] [internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2123/582_2015_bonifacio_cutipa_r_facsc_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Schwarcz R; Fescina R; Duverges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2009
15. Duran D, Moreno D. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico [Tesis de grado] [internet]. Bogotá D.C: Universidad del Rosario; 2014 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: y66
16. Ruiz E. Protocolo de manejo de embarazo ectópico. Clínica Sanatorio Alemán [en línea]. 2017; Enero [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <https://www.sanatorioaleman.cl/wp-content/uploads/2018/03/EMBARAZO-ECTOPICO-csa-2.pdf>
17. Ministerio de Salud - Instituto de gestión de servicios de salud Hospital Cayetano Heredia. Guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de embarazo ectópico. Lima. 2017. Recuperado a partir de: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2016/rd_976_2016.PDF
18. Palacios L. Características clínicas, epidemiológicas y tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico [Tesis de grado] [internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10916.pdf

19. De La Cruz J; Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2014-2015 [Tesis de grado] [internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192-JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Dulay A. Embarazo ectópico. Manual SMD [en línea]. 2020 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/embarazo-ect%C3%B3pico>
21. Mejía J. Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en El Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2014-2015 [Tesis de grado] [internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado: 2021 Junio 01]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192-JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Miranda O, Goyes. Embarazo ectópico abdominal: caso reportado en Ambato (Ecuador). Horizonte médico [en línea] 2015; Julio [citado 2021 Julio 01]; 15(3): 74-77p. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000300014&lng=es.
23. Ruiz V. Manejo actual del embarazo ectópico en la paciente estéril y en la que se desea conservar su fertilidad futura. Actualización. Progresos de ginecología y obstetricia [en línea]. 2016; octubre [citado: 2021 Junio 01]; 53 (9): 351-363p. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-manejo-actual-del-embarazo-ectopico-S0304501310002645>

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2015 AL 2020

FICHA N°:

N° HC:

AÑO:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD MATERNA	12 a 19 años	
	20 a 29 años	
	30 a 45 años	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
ESTADO CIVIL	Soltera	
	Casada	
	Conviviente	

FACTORES GINECO OBSTÉTRICOS

PARIDAD	Nulípara	
	Primípara	
	Múltipara	
ANTECEDENTE DE ABORTO	Si	
	No	
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO	Si	
	No	
ANTECEDENTE DE CESÁREA	Si	
	No	
ANTECEDENTE DE ITS	Si	
	No	
ANTECEDENTE DE USO DE DIU	Si	
	No	
ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD	Si	
	No	
ANTECEDENTE DE EPI	Si	
	No	

FACTORES PERSONALES

EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	< 15 años	
	15 – 20 años	
	> 20 años	
TABAQUISMO	Si	
	No	

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	Metrorragia	
	Dolor pélvico	
	Masa anexial	
LOCALIZACIÓN	Tubárico	
	Ovárico	
	Cornual	
	Cervical	

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

Por Resolución Gerencial General Regional N°405-2020-GGR/GOB.REG.TACNA

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE-TACNA,2015 AL 2020”	<p>CÓDIGO 040-CIEI-2021</p>
---	--

Autor (es):

CATHERINE GUISEL HERMOZA GUTIERREZ

Dictamen otorgado por la Dra.Danila Diana Huanco Apaza, Miembro Activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente del Comité Institucional de Ética en Investigación, Según Resolución Directoral N°266-2020-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA
Quién luego de la revisión del trabajo determinó que el trabajo:

Puede ser desarrollado: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos: SI NO

Vulnera derechos del paciente SI NO

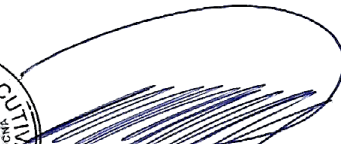
Aplicará Instrumentos:

- Pacientes
- Personal
- Otros

Consentimiento informado: Verbal: SI NO Pertinente: SI NO
Escrito: SI NO Impacto Ambiental: Positivo Negativo


En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto SI NO cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado y en consecuencia SI NO otorga su aprobación por intermedio de Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 16 de junio del 2021.



Edgardo Rogelio Concori Coaquira
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna




Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULLO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA, 2015 AL 2020							
PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	CATEGORÍA	INDICADORES	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADIGRAFO
<p>PRINCIPALES ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue - Tacna, 2015 al 2020?</p> <p>SECUNDARIOS ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2015 al 2020?</p> <p>¿Cuáles son los factores gineco obstétricos asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2015 al 2020?</p> <p>¿Cuáles son los factores personales asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2015 al 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2015 al 2020.</p>	Factores de riesgo	Factores sociodemográficos	Edad Grado de instrucción Estado civil	<p>Método La técnica de la investigación se realizó mediante la técnica de observación indirecta mediante el análisis documental.</p> <p>TIPO Descriptivo, retrospectivo, correlacional y de corte transversal</p>	Ficha de recolección de datos	Chi cuadrado
	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a embarazo ectópico.</p> <p>Identificar los factores de riesgo gineco obstétricos asociados a embarazo ectópico.</p> <p>Identificar los factores de riesgo personales asociados a embarazo ectópicos.</p>		Factores Gineco obstétricos	Paridad Antecedente de aborto Antecedente de embarazo ectópico Antecedente de cesárea Antecedente de ITS Antecedente de uso de DIU Antecedente de infertilidad Antecedente de EPI			
	<p>Identificar las características clínicas de embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2015 al 2020.</p>		Factores personales	Edad de inicio de relaciones sexuales Tabaquismo			
		Embarazo ectópico	Características clínicas	Signos y síntomas Lugar de localización			