



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

Dirección de Investigación y Postgrado

**Maestría en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y
Emergencias**

Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital
Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período
enero-diciembre 2020

Previo al grado académico de:

Magíster en Salud Pública, mención Atención Integral de Urgencias y Emergencias

Línea de investigación

Innovación en las emergencias intrahospitalarias

Autor

Lcdo. Wilson David Paz Poma

Asesor

Dr. Marcos David Ortiz Díaz

Esmeraldas, Ecuador, Enero 2023

Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título de **Magíster en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias.**

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Tema: Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020.

Autor: Wilson David Paz Poma

Esp. Marcos David Ortiz Diaz
Directora de Tesis

f. _____

Dra. Celeste Anne Patiño Cagua
Lector/a 1

f. _____

Mgt. María Teresa Torres Rodríguez
Lector/a 2

f. _____

Mgt. Mercy Falcones Benalcázar
Coordinador/a de Postgrados

f. _____

Mgt. Alex Guashpa Gómez
Secretario/a General PUCESE

f. _____

Esmeraldas, Ecuador, Diciembre 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **Wilson David Paz Poma**, portadora de la cédula de ciudadanía No. 0201928108 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de **Magíster en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Wilson David Paz Poma
CI: 0201928108

CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, **Marcos David Ortiz Diaz**, en calidad de director de Tesis certifico, haber revisado que el trabajo cumple los requisitos de calidad, originalidad y presentación exigibles y que se han incorporado las sugerencias del Tribunal **DIRECTOR**, al trabajo de grado.

Dr. Marcos David Ortiz Diaz
CI: 0802608141

DEDICATORIA

"Cuando un recién nacido aprieta con su pequeño puño, por primera vez, el dedo de su padre, lo tiene atrapado para siempre". (Gabriel García Márquez)

Un amor que nunca muere

Dedico con todo mi corazón, el presente trabajo de fin de maestría, a mis padres quienes han sido el apoyo fundamental para llegar hasta esta instancia de mis estudios. Sin lugar a dudas, también lo dedico a mi hija Valentina Monserrat Paz, quien ha sido mi mayor motivación para jamás rendirme en esta meta de subir un nivel de educación para ponerlo al servicio de las personas vulnerables de mi patria y llegar a ser un ejemplo de superación y gloria para nuestra sociedad.

En fin, a mí amada familia.

Wilson David Paz Poma

AGRADECIMIENTO

“Alabaré al Señor con todo mi corazón. Todas tus maravillas contaré” (Salmos 9:1)

A Dios quien me ha guiado y me ha llevado por el camino correcto que en todo momento ha sido el inspirador y me ha dado fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mis padres por ser un pilar fundamental, su amor incondicional, trabajo y sacrificio que me han inculcado para llegar a ser grande en la vida y poder de misma manera corresponder aquellos que lo van a necesitar en un futuro, quienes me han enseñado que incluso la tarea más grande se puede lograr si se hace un paso a la vez, por haberme orientado en los momentos más difíciles, a todas esas personas que me dieron ese aliento de fuerza, valentía y esperanza en esta etapa aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

A toda mi familia ya que sus oraciones, consejos y palabras de aliento el cual hicieron en mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en todos mis sueños y logros.

A mis amigos que gracias a su apoyo moral me permitieron permanecer con empeño, dedicación, cariño y a todos quienes contribuyeron un granito de arena para culminar mi meta propuesta. También quiero agradecer a la Universidad Pontificia Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, directivos y profesores por la organización del programa de Maestría en Salud Publica mención atención en urgencias y emergencias.

Wilson David Paz Poma

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
Presentación del tema de investigación	1
Planteamiento del problema	2
Justificación	4
Objetivos	5
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Bases teórico-científicas	6
1.2. Antecedentes	14
1.3. Bases legales	17
CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS	19
2.1. Tipo de estudio	19
2.2. Población y muestra	19
2.3. Definición conceptual	20
2.4. Métodos	20
2.5. Técnicas e instrumentos	20
2.6. Análisis de datos	20
2.7. Normas éticas	21
CAPÍTULO III. RESULTADOS	22
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	31

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS	35
ANEXOS.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de embarazo ectópico durante el año 2020	22
Tabla 2. Características sociodemográficas	23
Tabla 3. Factores gineco-obstétricos	24
Tabla 4. Factores personales	25
Tabla 5. Hábitos	26
Tabla 6. Relación Edad*Paridad	27
Tabla 7. Relación Paridad*Consumo de tabaco.....	28
Tabla 8. Relación Paridad*Consumo de alcohol	29
Tabla 9. Relación Nivel educativo*Uso previo de anticonceptivos	30

RESUMEN

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, usualmente en las trompas de Falopio y representa una verdadera emergencia obstétrica. El objetivo de la investigación fue determinar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, enero-diciembre 2020. La metodología empleada fue cuantitativa, retrospectiva y corte transversal. La población estuvo compuesta por 124 pacientes, no se empleó fórmula de muestreo. Para la recolección de datos, se empleó una ficha recolectora de datos. Como principales resultados: incidencia de embarazo ectópico fue de 10,9% del total de embarazos; características sociodemográficas, grupo etario de 25 a 29 años con el 31,5%, nivel educativo secundario con el 54,8% y estado civil unión libre con el 83,9%; factores gineco-obstétricos asociados a embarazo ectópico, primiparidad en el 37,1%, sin embarazo ectópico previo en el 78,2% y sin antecedente de aborto en el 67,7%; factores personales, no consumo de tabaco en el 72,6%, no ingesta de alcohol en el 75,8%, cirugía de ovario en el 14,5%, enfermedad pélvica inflamatoria con el 20,9% y el 69,2% sin antecedentes familiares de embarazo ectópico. En conclusión, se evidencia la primiparidad, la cirugía de ovario y enfermedad pélvica inflamatoria como factores predisponentes a embarazo ectópico.

Palabras clave: Factores de riesgo, embarazo ectópico, primiparidad, enfermedad pélvica inflamatoria.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the fertilized egg outside the uterine cavity, the norms in the fallopian tubes and represents a true obstetric emergency. The objective of the research was to determine the risk factors associated with ectopic pregnancy in patients treated at the Luz Elena Arismendi Pediatric Gynecology-Obstetric Hospital of Nueva Aurora, January-December 2020. The methodology used was quantitative, retrospective, and cross-sectional. The population consisted of 124 patients; no demonstration formula was used. For data collection, a data collection sheet was used. As main results: incidence of ectopic pregnancy was 10.9% of all pregnancies; sociodemographic characteristics, age group from 25 to 29 years with 31.5%, secondary educational level with 54.8% and free civil union status with 83.9%; gynecologic-obstetric factors associated with ectopic pregnancy, primiparity in 37.1%, no previous ectopic pregnancy in 78.2%, and no history of abortion in 67.7%; personal factors, no smoking in 72.6%, no alcohol intake in 75.8%, ovarian surgery in 14.5%, pelvic inflammatory disease with 20.9% and 69.2% No family history of ectopic pregnancy. In conclusion, primiparity, ovarian surgery and pelvic inflammatory disease are evidenced as predisposing factors for an ectopic pregnancy.

Key word: Risk factors, ectopic pregnancy, primiparity, pelvic inflammatory disease.

INTRODUCCIÓN

Presentación del tema de investigación

La fecundación del óvulo por el espermatozoide en condiciones normales sucede en el tercio externo de la trompa, el óvulo fecundado permanece en ella por unos días, luego en fase de blastocito se dirige al endometrio para su implantación, si no ocurre en este sitio se presenta una verdadera emergencia obstétrica denominada “embarazo ectópico” (1).

El embarazo ectópico (EE) se conceptualiza como la implantación del óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial. A nivel mundial, se considera que se presenta entre el 1 al 2% del total de las gestaciones, su localización más frecuente ocurre en la trompa de Falopio en el 97%; se reconoce como una problemática de salud pública y es la causa más frecuente de deceso durante el primer trimestre de embarazo (2).

A inicio de los 90, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) estimó una tasa de embarazos ectópicos del 2%, en la última década se considera que la prevalencia es del 1 al 2%, mientras que los embarazos heterotópicos, es decir las gestaciones múltiples donde un embarazo intrauterino coexiste con uno de localización por fuera es de 1 por cada 10000 gestaciones (3).

Hu Liang et al. en su revisión bibliográfica realizada en el 2019, denominada “Embarazo ectópico, revisión documental con enfoque en el manejo médico” reportan que el 75% de las muertes maternas en el primer trimestre ocurren por embarazo ectópico, presenta síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico. Se ha descrito una triada presuntiva para EE conformada por amenorrea, sangrado transvaginal y dolor pélvico. En Reino Unido, se diagnostican aproximadamente 10.000 embarazos ectópicos al año, esta cifra es similar en otros países como Noruega con 14.9 por 1000 y Australia con 16.2 por 1000 gestaciones (4).

En algunos estudios realizados por los profesionales del servicio de gineco-obstetricia se describen múltiples factores predisponentes de embarazo ectópico como el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía previa de las trompas de Falopio o anomalías anatómicas, endometriosis, endocrinopatías, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de tabaco, embarazo ectópico previo, técnicas de reproducción asistida, ingesta de anticonceptivos a base de gestágenos (5,6).

Esta patología obstétrica es denominada “embarazo con implantación extrauterina” y ocasiona diversas complicaciones que requieren un diagnóstico oportuno a través de la valoración clínica y exámenes complementarios como la ecografía transvaginal y la evaluación de la hormona gonadotropina coriónica humana (B-hCG) cuantitativa (7).

Por la descripción realizada con anterioridad sobre el embarazo ectópico, se considera necesario la identificación temprana de factores de riesgo asociados a esta patología en las gestantes que asisten al área de gineco-obstetricia en los hospitales encargados de la atención materna.

Uno de los establecimientos de salud encargado de la población obstétrica es el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, situado en Quito que brinda sus servicios de tercer nivel de atención resolviendo complicaciones maternas y fetales. En los últimos años se evidenció algunos decesos por embarazo ectópico roto en mujeres que desconocían sobre su estado de gestación y no se habían realizado ningún examen o control prenatal, debido a estos acontecimientos fue de gran interés abordar los principales factores asociados al embarazo ectópico para el planteamiento de estrategias que permitieron su tamizaje y terapéutica oportuna.

Planteamiento del problema

El embarazo ectópico es una emergencia médica que puede conllevar a la ruptura tubárica porque en este sitio ocurre con mayor frecuencia la implantación del blastocito lo que ocasiona una hemorragia severa que compromete la fertilidad de la mujer o en el peor de los casos, el fallecimiento de ella.

La importancia del estudio de esta patología ginecológica surge del reporte mundial emitido en el 2015 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en este informe se describe que del 5 al 12% de las muertes maternas fueron por embarazo extrauterino o ectópico lo que representa una implicación significativa de la salud sexual y reproductiva (8).

Esta condición ha sido ampliamente estudiada a nivel internacional y en el país se registran algunos trabajos sobre esta temática, a continuación, se realiza una caracterización epidemiológica sobre el embarazo ectópico.

Escobar et al. realizó en el 2017 un estudio denominado “Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico en el Hospital General de Zona N°2 del Instituto Mexicano del Seguro Social”, se empleó una metodología casos y controles, observacional, analítico, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo compuesta por 84 pacientes agrupados en grupo casos (n=28) y grupo controles (n=56). Como principales resultados se reporta que la frecuencia de embarazos ectópicos en esta unidad de salud fue de 1 por cada 122 neonatos; con respecto a los factores de riesgo de mayor asociación, grupo etario de 20 a 30 años con el 53,6%, el consumo de tabaco con 18,33%, antecedente de embarazo ectópico en el 11,96%, uso de dispositivo intrauterino con el 11,90%, cirugía abdominal con el 5,87% y la multiparidad en el 3,80%. La edad gestacional del embarazo ectópico correspondía de 4 a 8 semanas en el 75% y el manejo fue quirúrgico en el 96,4% (9).

Matos et al. llevaron a cabo un estudio en un Hospital de Cuba durante el año 2018 con el objetivo de realizar una caracterización del embarazo ectópico, estos investigadores refieren que en los últimos 20 años se ha duplicado la incidencia de embarazo ectópico principalmente en países desarrollados y afecta de forma variable a los grupos etarios; con respecto a las muertes maternas, se considera que del 10 al 15% ocurren por esta patología. En 175 pacientes del Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto se evidenció una incidencia de 3,5 con mayor presencia en el grupo etario de 20 a 29 años con 66,3% y los síntomas más frecuentes correspondían al dolor pélvico y sangrado anormal en el 85,7% (10).

El Ministerio de Salud de Perú en su guía de práctica clínica del manejo de embarazo ectópico publicada en el año 2021 manifiesta que la incidencia global de esta patología a nivel global es de 20 por cada 1000 gestaciones, esta cifra se asocia con el aumento de la incidencia de la enfermedad pélvica inflamatoria y reporta que en el Hospital del Callao de San José durante el periodo 2018 y 2020 se presentó una prevalencia de 11.9 casos por cada 1000 embarazos (11).

A nivel País, el Ministerio de Salud Pública (MSP) en su gaceta de muerte materna del año 2019 reportaba que hasta la semana epidemiológica 12 se presentaron 32 muertes maternas, siendo la causa principal, la hemorragia obstétrica con el 28% (7 muertes) y los trastornos hipertensivos con el 20% (5 muertes); con respecto al embarazo ectópico, es la principal causa de fallecimiento en el grupo 1 (embarazos que culminan en aborto), con el informe de un caso (12).

Logroño et al. realizaron un estudio en el Hospital Carlos Andrade Marín de Quito-Ecuador durante el año 2019 con el objetivo de identificar la prevalencia del embarazo ectópico en esta unidad operativa, mediante una metodología descriptiva, retrospectiva y de corte transversal. Como principales resultados se aprecia que, de 7596 nacimientos, el 1,5% presentó embarazo ectópico, es decir 117 pacientes. La edad promedio de diagnóstico de EE fue de 30,3 años, el 33% de ellas tenían 2 hijos y como principal antecedente se reportó aborto en el 36,7%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor pélvico en el 95,6% y sangrado vaginal en el 63,7%; con respecto a la ubicación del EE fue en la trompa de Falopio en el 99,1% (13).

Durante el período enero a diciembre del 2020, en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi se reportó la atención de 1137 embarazos, de los cuales 1013, es decir 89,1% eran de localización normal o intrauterina; mientras que 124 eran embarazos ectópicos, representando el 10,9%.

La prevalencia de embarazo ectópico representa una tasa significativa en los estudios descritos con anterioridad, debido a ello se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a pacientes con embarazo ectópico del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020?

Justificación

El trabajo investigativo se justifica por abordar una problemática de salud que en la mayoría de los casos compromete la fertilidad de la mujer, se estima que su prevalencia es del 2% a nivel global que ha presentado un aumento en la última década por la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y por la práctica de procedimientos de reproducción asistida, conllevando a múltiples complicaciones como la ruptura tubárica y hemorragia interna.

La relevancia social de la investigación será la prevención de muertes maternas asociadas al embarazo ectópico y disminuir el gasto sanitario asignado para las emergencias obstétricas. Esta investigación será una guía para el desarrollo de futuros estudios enfocados en la identificación de factores de riesgo, métodos de diagnóstico y manejo del embarazo ectópico, además de ser un gran aporte bibliográfico debido a que a nivel de Ecuador se aprecia muy pocos trabajos sobre esta temática.

Mediante la identificación de los factores de riesgo del embarazo ectópico es posible implementar estrategias para disminuir las cifras de morbilidad materna y desarrollar avances en la terapéutica de esta patología.

Objetivos

Objetivo general

Establecer los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi durante el período enero-diciembre 2020.
- Reconocer las características sociodemográficas de mayor interés en las pacientes con embarazo ectópico atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020.
- Describir los principales factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Bases teórico-científicas

Embarazo ectópico

Es una complicación del primer trimestre de gestación que se asocia con las cifras de morbilidad materna. El embarazo ectópico fue descubierto por primera vez en el siglo XVI y proviene el vocablo griego “ectos” que significa fuera y “topos” que significa lugar se define como la implantación del ovocito fertilizado en un sitio anómalo, es decir fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos ocupan el sitio ampular, de ellos hasta el 35% pueden culminar en un embarazo ectópico roto (14).

En las últimas décadas, la incidencia de embarazo ectópico ha incrementado llegando hasta el 12% asociado a varios factores de riesgo, a pesar de que existen métodos más sensibles y específicos como el ultrasonido transvaginal lo que permite una detección temprana. En países en vías de desarrollo, el embarazo ectópico es responsable de hasta el 15% de muertes maternas y aumenta la frecuencia de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) (15).

Debe hacerse una mención especial al embarazo heterotópico que se conceptualiza como la combinación de la implantación intrauterina normal con una gestación ectópica, se estima que su frecuencia es menor al 2%, equivalente a uno de cada 300.000 embarazos (16).

Incidencia

El embarazo ectópico es una de las tres causas principales de sangrado transvaginal durante el primer trimestre de la gestación, es responsable de una alta tasa de morbilidad materna y en los últimos años su frecuencia registra un aumento de 0.5 al 30%. Sin embargo, esta cifra ha decrecido en los países desarrollados, pero en los países en vías de desarrollo permanece elevado el número de casos asociado a un diagnóstico tardío y a factores de riesgo desencadenantes del evento obstétrico. En países europeos como Reino Unido se estima que alrededor de 30 mujeres son diagnosticadas con embarazo ectópico durante cada día, lo que equivale a 12.000 casos anuales (17).

Localización del embarazo ectópico

El óvulo puede ser fecundado y anidarse en cualquier lugar del trayecto, desde su ovulación hasta su llegada a la cavidad endometrial, siendo las trompas de Falopio el lugar donde ocurre

con mayor frecuencia, sin embargo, puede presentarse en otros sitios como el ovario, cuello uterino, cavidad abdominal, entre otros. De acuerdo a la localización o ubicación en que se desarrolla el embarazo ectópico se clasifica de la siguiente manera:

Embarazo ectópico tubárico: El 97% de los casos de embarazo ectópico se localizan en la trompa de Falopio, esta modalidad a su vez puede ocurrir en cualquiera de las cuatro partes de la trompa, es decir;

- Ampular: Con una frecuencia del 93%, ocurre en la ampolla de la trompa y se asocia con la rotura tubárica.
- Ístmico: Se estima una frecuencia del 4%, esta localización se asocia al desarrollo de abdomen agudo y shock hipovolémico.
- Intersticial: Posee una frecuencia del 2.5% con un riesgo de ruptura tardía del embarazo ectópico.
- Fímbrico: En este sitio existe una frecuencia del 0.5% con una mayor probabilidad de convertirse en embarazo ectópico abdominal (13)

Embarazo ectópico ovárico: Se presenta en el 0.5% de los casos y se produce cuando el huevo fecundado se implanta en uno de los ovarios.

Embarazo ectópico abdominal: Se presenta en una incidencia del 1.3%, ocurre cuando el huevo anidado se implanta por fuera de la cavidad pélvica instaurándose en los epiplones, intestinos o parametrios.

Embarazo ectópico cervical: Tiene una frecuencia el 0.1% de los casos, se caracteriza porque el huevo fecundado se implanta en uno de los labios del cérvix (18).

Fisiopatología

El embarazo ectópico se presenta luego de fecundación de un óvulo en una gestación normal que se ve interrumpida por diversos factores de riesgo que alteran la estructura interna de las trompas de Falopio, por lo tanto se dificulta el transporte general del huevo fecundado, entre las situaciones que comprometen la implantación en el endometrio se menciona a las anomalías congénitas de las trompas o adherencias secundarias a intervenciones quirúrgicas de los órganos pélvicos o abdominales (19).

Factores de riesgo del embarazo ectópico

El embarazo fuera de lugar se asocia con diversos factores de riesgo, principalmente aquellas circunstancias que lesionan la trompa de Falopio y alteran el transporte del blastocito, a continuación, se describen los factores predisponentes de mayor relevancia.

Factores de riesgo sociodemográficos

Edad materna: Es un factor sociocultural que se implica en algunas complicaciones obstétricas, se hace referencia a las edades extremas, es decir gestación adolescente debido a la falta de desarrollo y madurez de los órganos pélvicos, por otro lado las mujeres de edad avanzada tienen un riesgo de desencadenar una implantación extrauterina de hasta 5 veces más en comparación con las mujeres de edad fértil debido a una mala calidad del ovocito que puede conllevar a su implantación antes de su llegada al endometrio (20).

Grado de instrucción: Se relaciona con el nivel de conocimiento general de la mujer. De acuerdo con varios estudios se considera que el embarazo ectópico compromete principalmente a mujeres con secundaria incompleta (16).

Tabaquismo: La mujer con antecedentes de consumo de tabaco presenta un riesgo de hasta cuatro veces más de presentar embarazo ectópico en comparación con las no fumadoras, esta predisposición se asocia con el número de cigarrillos que fuma. El mecanismo por el que ocurre esa influencia del tabaco es la presencia de nicotina lo que crea un retraso en la ovulación, alteración de la motilidad del huevo fecundado e implantación precoz luego de la salida del ovocito (21).

Factores de riesgo gineco-obstétricos

Paridad: Las mujeres nulíparas presentan una mayor predisposición de presentar embarazo ectópico en relación a las multíparas. Un estudio realizado por Carbajal en Arequipa en el año 2018 resalta que existe una mayor prevalencia de embarazos ectópicos en mujeres sin parto previo.

Número de parejas sexuales: El riesgo de embarazo ectópico se eleva cuando la mujer presenta antecedente de promiscuidad, aproximadamente más de 3 parejas sexuales en un período menor a 12 meses. Esta relación surge por el mayor riesgo de procesos infecciosos por transmisión sexual como la enfermedad pélvica inflamatoria, gonorrea, clamidia,

vaginosis bacteriana entre otros, estas infecciones pueden desencadenar salpingitis lo que interfiere que el blastocito llegue a la cavidad endometrial (22).

Enfermedad pélvica inflamatoria: Las mujeres con este padecimiento tienen mayor riesgo de embarazo ectópico; los principales agentes causales de esta infección corresponden a la clamidia trachomatis y la neisseria gonorrhoeae. El mecanismo por el que se produce el embarazo ectópico, se debe a el compromiso de las paredes de la trompa de Falopio debido a la infección complicada lo que provoca daño en los cilios que favorecen el transporte del huevo fecundado (23).

Intervención quirúrgica de las trompas de Falopio: Corresponde a la cirugía tubárica, intervenciones por embarazo ectópico previo, salpingectomía, recanalización, entre otros procedimientos que se asocian con la implantación errónea del blastocito, esta situación se debe a la presencia de lesión de las fimbrias de la trompa y la disminución del lumen lo que conduce a la detención del transporte del ovocito (22).

Embarazo ectópico previo: El riesgo de que el embarazo actual se produzca fuera de lugar es de hasta un 15%. La posibilidad de lograr un embarazo intrauterino posterior a un embarazo ectópico es del 50-80% (24).

Cistectomía de ovario: Esta patología incrementa el riesgo de embarazo ectópico secundario a la cicatrización periférica que se produce por la retracción y recepción ovárica.

Dispositivo intrauterino: El uso del dispositivo intrauterino T de cobre incrementa el riesgo de embarazo ectópico porque en el momento en que ocurre la implantación del blastocito resulta interrumpido este proceso por la presencia del cuerpo extraño que se aloja en el interior de la cavidad endometrial por ende el blastocito corre mayor riesgo de implantarse en áreas como la zona ampular de la trompa.

Técnicas de reproducción asistida: El embarazo ectópico ocurre con mayor frecuencia en aquellas mujeres que se han realizado procedimientos de fertilidad como la inducción de la ovulación, fecundación in vitro, herencia de gametos, hiperestimulación folicular, entre otros, se asocia a mayor exposición farmacológica con predominio de estrógenos lo que provoca la disminución de la actividad ciliar de las trompas de Falopio (25).

Factores de riesgo mecánicos

Salpingitis: Es la presencia de material inflamatorio en la trompa de Falopio lo que conduce a un acortamiento del lumen y de los pliegues de la mucosa tubárica que incrementa el riesgo de implantación tubárica del cigoto (26).

Adherencias: La adherencia peri tubárica ocurre secundaria a procesos infecciosos crónicos en el posparto, post aborto, apendicitis o endometriosis lo que conlleva al ensanchamiento de la luz tubárica.

Anomalías en el desarrollo de las trompas: Con especial mención a los divertículos tubáricos, orificios accesorios e hipoplasia tubárica, estas condiciones aumentan el riesgo de embarazo ectópico por deformidad de las trompas de Falopio, se caracteriza por la presencia de tumores que distorsionan la estructura de la trompa, como es el caso de los miomas uterinos subserosos de gran tamaño y los tumores anexiales ováricos complejos (27).

Salpingectomía: Este procedimiento presenta una eficacia del 95%, sin embargo, alrededor del 5% de las mujeres con esterilización quirúrgica logran concebir lo que implica que puede presentarse un embarazo ectópico principalmente en las fimbrias, ovarios y cavidad abdominal (11).

Recanalización tubárica: Las mujeres que desean un embarazo posterior a la esterilización quirúrgica desarrollan con bastante frecuencia un embarazo ectópico debido al compromiso del lumen tubárico, dificultad de cicatrización y adherencias en la pared tubárica (14).

Factores funcionales

Migración externa del cigoto: Ocurre cuando existe un desarrollo normal de los conductos de Müller generando un útero con cuerno rudimentario no comunicante. Su incidencia es menor al 0.8%

Alteración de la motilidad tubárica: Secundaria a los cambios del estrógeno y progesterona lo que conlleva a la alteración de la actividad eléctrica de la trompa disminuyendo su capacidad de movilización y transporte (28).

Manifestaciones clínicas

La tríada característica del embarazo ectópico incluye dolor abdominal, carencia de menstruación y sangrado transvaginal. La mayoría de sintomatología compatible con el

embarazo ectópico se presenta de manera tardía entre las 6 y 8 semanas posteriores a la fecha de última menstruación. Sin embargo, pueden presentarse algunas manifestaciones cuando el embarazo no se encuentra en las trompas de Falopio y el cuadro clínico generalmente implica náuseas, sensibilidad mamaria, debilidad, síncope, hipotensión, entre otros. El diagnóstico tardío ocurre porque las mujeres suelen presentar sintomatología más severa como shock, hipotensión arterial, piel fría o pálida, taquicardia y letargo, lo que implica una verdadera emergencia obstétrica (29).

Evolución del embarazo ectópico

Según la evolución clínica del embarazo ectópico se presenta el EE no complicado y complicado que se asocia directamente con la sintomatología y el tratamiento.

- Embarazo ectópico no complicado: Comprende el embarazo ectópico que no se ha roto y el diagnóstico es temprano y puede resolverse, se evita el desarrollo de complicaciones asociadas a ruptura tubárica.
- Embarazo ectópico complicado: En esta denominación se comprende a la sintomatología severa del embarazo ectópico, evidenciándose situaciones con estabilidad hemodinámica materna o con signos de descompensación materna secundaria a la ruptura del embarazo ectópico (30).

Diagnóstico de embarazo ectópico

El tamizaje de esta patología obstétrica debe ser precoz, considerando que es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, se observa a la mujer sexualmente activa con edad fértil que acude por sangrado uterino irregular y dolor en la parte baja del vientre.

Las manifestaciones clínicas para el diagnóstico de embarazo ectópico no son muy precisas, pero le brindan una sospecha al profesional de salud, entre los signos y síntomas más frecuentes se aprecia:

- Menstruación irregular: El sangrado tiende a ser escaso, continuo y de color achocolatado o rojizo que puede ser intermitente y estar precedido por retraso menstrual que no supera las 3 semanas.
- Dolor abdominal: La paciente refiere un dolor constante, de intensidad leve a moderada, según la fase evolutiva del cuadro clínico se localiza en el hipogastrio con

predominio en una de las fosas iliacas porque la sangre del peritoneo se acumula en el fondo de saco de Douglas generando un hematocele que se evidencia entre las 24 a 48 horas posterior al evento, generando en la paciente una sensación de tenesmo vesical y rectal.

- Dolor de puñalada: Este tipo de dolor inicia en la región pélvica y se irradia hacia el sacro y hombro derecho se lo conoce como “signo de Lafont” y suele ser indicativo de ruptura del embarazo ectópico sobre todo si se acompaña de manifestaciones de shock hipovolémico (31).

La exploración ginecológica debe denotar la presencia de hipersensibilidad abdominal, principalmente cuando existe hemoperitoneo e hipersensibilidad anexial cuando durante el tacto vaginal se palpa un fondo de saco de Douglas ocupado o altamente doloroso a la movilización del cuello uterino (signo de Frenkel positivo) con tumoración anexial palpable del lado contrario (embarazo ectópico) y un útero ligeramente aumentado de tamaño (32).

Los exámenes complementarios para el diagnóstico de embarazo ectópico corresponden a la prueba cuantitativa de gonadotropina coriónica humana; en la gestante, la HCG fracción Beta puede detectarse en sangre a partir de los primeros ocho días posteriores a la aparición de hormona luteinizante. La guía de práctica clínica refiere que la concentración de Beta HCG mayor a 1.200 y 1.500 mU/L con ausencia de saco gestacional intrauterino es un resultado predictivo de embarazo ectópico hasta en el 98% de los casos (33).

Por otro lado, el ultrasonido transvaginal es la prueba más empleada para la localización del embarazo ectópico, se utiliza cuando el nivel de Beta HCG es mayor a 1.500 mU/L lo que permitirá conocer la ubicación del EE y su condición, es decir si está roto o no (14).

La paciente con diagnóstico de embarazo ectópico tiene una alta probabilidad de morbimortalidad materna, por ello es indispensable solicitar otras pruebas de laboratorio que permitan determinar su estado hemodinámico, a continuación, se describe los exámenes de mayor relevancia.

- Biometría hemática completa: Permite detectar anemia a través del registro de hemoglobina y hematocrito.
- Tipificación sanguínea: Se debe determinar el tipo de sangre y Rh de la madre porque puede ser que se requiera transfusión sanguínea por la inestabilidad hemodinámica materna, estos casos suelen ocurrir en embarazos ectópicos rotos.

- Serología materna: Son pruebas auxiliares que permiten realizar el tamizaje de enfermedades infectocontagiosas (15).

Diagnóstico diferencial

Se deberá prestar atención a las siguientes patologías porque presentan cuadro clínico similar al embarazo ectópico, por lo tanto, deben ser diferenciadas.

- Aborto espontáneo.
- Patología uterina, vaginal o cervical.
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Hematoma subcoriónico (14).

Manejo del embarazo ectópico

El tratamiento del embarazo ectópico dependerá del estado hemodinámico materno, la edad gestacional y de los antecedentes maternos. Se describe una terapéutica farmacológica y una terapéutica quirúrgica.

El tratamiento farmacológico consiste en la administración de metotrexato, este fármaco actúa a nivel del trofoblasto alterando la síntesis de ADN y la multiplicación celular. Para emplear este manejo se requiere de los siguientes criterios (34).

- La paciente debe estar en una condición estable.
- Embarazo menor a 6 semanas, masa anexial menor a 3.5 cm de diámetro y resultado bajo de la gonadotropina coriónica humana.

En Ecuador, el tratamiento farmacológico no se aplica y se prefiere el abordaje quirúrgico denominado laparoscopía como método de diagnóstico y de tratamiento.

- Laparoscopía: Es la técnica empleada con mayor frecuencia en la actualidad, en pacientes inestables hemodinámicamente o con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico, usualmente roto. Se considera como el tratamiento de elección, este procedimiento ha reemplazado a la laparotomía que es una intervención muy invasiva y que se sugiere realizarse cuando el acceso por vía laparoscópica es complicado por adherencias, masas anexiales, entre otros (35).

Complicaciones del embarazo ectópico

La principal complicación materna asociada al embarazo ectópico es la ruptura del mismo, ocurre principalmente en embarazo ectópico tubárico, en donde el crecimiento del huevo o cigoto conlleva al debilitamiento de la pared de la trompa de Falopio generando la ruptura de la misma, se presenta con hemorragia interna, hemoperitoneo y abdomen agudo hemorrágico que requiere una intervención quirúrgica inmediata (36).

Clínicamente, la mujer presenta dolor pélvico, metrorragia, signos de shock hipovolémico como taquicardia, hipotensión, sudoración, palidez, pérdida de conciencia e inclusive muerte materna. En el embarazo ectópico roto resulta necesario la resección de la trompa de Falopio disminuyendo las posibilidades de embarazo a futuro lo que implica compromiso de la salud sexual y reproductiva de la mujer (37).

1.2. Antecedentes

Espinoza S. et al. de San José, Costa Rica realizaron una publicación científica en el año 2020 denominada “Generalidades sobre el embarazo ectópico” con el objetivo de analizar los factores de riesgo del embarazo ectópico en la población de estudio. La metodología investigativa fue documental, obteniendo la información de diversas fuentes electrónicas como Medical Data Base, Cochrane, UpToDate. Los autores concluyen que la edad más frecuente de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico fue de 20 a 25 años y eran de raza mestiza; con respecto a los factores de riesgo se evidencia el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, consumo de tabaco, antecedente de embarazo ectópico previo y aplicación de técnicas de reproducción asistida. En la literatura médico-científica se describe que el embarazo ectópico ampular ocurre con mayor frecuencia y se postula que el manejo con metrotexato y la intervención quirúrgica son necesarios en pacientes con embarazo ectópico roto, lo que implica una verdadera emergencia obstétrica (38).

Martínez M. realizó un estudio denominado “Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital General de Zona N° 20 de México, 2019” con el objetivo de establecer la prevalencia de esta patología en pacientes atendidas durante el periodo enero a diciembre del 2019. El diseño metodológico fue observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Entre los principales resultados, se reportaron 5470 nacimientos y 91 casos de embarazo ectópico, lo que representa una prevalencia de 9,3%. La edad promedio fue de 27.1+-5.6, el 47,2% con antecedentes de cirugía pélvica previa, infecciones vaginales recurrentes en el

42,9% y antecedente de embarazo ectópico previo en el 1,1%. La ubicación principal fue en la ampolla en el 62,6% y se registró una mortalidad de 0.000182 por embarazo ectópico (39).

Hermeza C. realizó una investigación denominada “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-Perú” con el objetivo de identificar los factores predisponentes a EE en 181 pacientes atendidas en el año 2020. La metodología investigativa fue descriptiva, retrospectiva y de corte transversal. Los resultados fueron: entre los factores de tipo sociodemográfico, el grupo etario de 20 a 20 años con el 47,5%, nivel educativo secundario con el 63% y estado civil casada con el 36,5%; entre los factores gineco-obstétricos, eran primíparas en el 43,1%, sin antecedente de aborto en el 58%, ni antecedente de EE previo con el 90,1%; entre los factores personales, la edad de inicio de relaciones sexuales fue de 15 a 20 años con el 75,1% y sin antecedente de tabaquismo con el 94,5% (46).

Berrios M. llevó a cabo un estudio denominado “Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonia Lorena de Cusco-Perú, 2019” con el objetivo de determinar los factores de riesgo en pacientes de esta unidad de salud. La metodología empleada fue observacional, analítica y transversal con una muestra de 108 pacientes. Entre los resultados, se evidenció: la edad promedio fue de 27+-6.5 años, predominaron gestantes de 20 a 29 años con el 61,1%, estado civil unión libre con el 81,5%, nivel educativo secundario con el 63%, no consumían tabaco en el 66,7%, eran nulíparas en el 44,4%, no tenían antecedentes de EE previo en el 96,3%, tenían antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en el 33,3% y sin antecedente de aborto con el 51,9% (45).

Mamani A. en su trabajo de investigación denominado “Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron, Puno-Perú, 2018” con el objetivo de determinar los factores de riesgo predisponente al embarazo ectópico en el contexto de estudio. El diseño de estudio fue observacional, analítico y retrospectivo. La muestra estudio compuesta por 64 pacientes y el procesamiento de datos se realizó mediante el sistema SPSS versión 23. Los factores de riesgo significativos fueron el estado civil unión libre con el 59,3%, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (con el 53,1%, antecedente de aborto espontáneo previo con el 37,5%; inicio temprano de la vida sexual activa en el 43,8% y el uso de dispositivo intrauterino en el 31,3% (40).

Beltrán J. y León R. realizaron un estudio titulado “Factores relacionados al embarazo ectópico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD Huancayo, Perú” con el

objetivo de determinar los factores de riesgo de EE en las pacientes atendidas en esta unidad operativa durante el periodo enero a diciembre del 2017. La metodología empleada fue observacional, descriptiva y de corte transversal con una muestra de 156 pacientes. Como principales resultados se evidenció el grupo etario de 26 a 30 años con el 42,3%, estado civil unión libre en el 44,2%, nivel educativo secundario con el 53,8%, eran amas de casa en el 71,2%, eran multíparas con el 40,4%, no tenían antecedentes de aborto en el 67,3%, sin antecedentes de EE en el 98,1% y usaban anticonceptivos en el 65,4% (41).

Mogrovejo A. realizó un estudio en el 2018 denominado “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador” con el objetivo de caracterizar a las pacientes con diagnóstico de gestación ectópica atendidas en esta casa de salud. La metodología investigativa fue mixta, es decir cuali-cuantitativa, descriptiva y de corte transversal con una muestra de 56 pacientes. Los principales resultados obtenidos fueron: edad mínima de 15 años y la máxima de 45 años, la paridad corresponde de 2 a 4 gestas en el 55%, tenían hábito de tabaquismo en el 32% y el antecedente quirúrgico fue la cesárea en el 32%. El 30,77% usaron dispositivo intrauterino en alguna ocasión y presentaron antecedente de embarazo ectópico en el 4%. La localización del embarazo ectópico fue tubárica en el 89,3%. El hallazgo ecográfico más frecuente fue líquido en fondo de saco en el 37% y masa anexial en el 28% (42).

Galarza B. llevó a cabo una investigación denominada “Embarazo ectópico y su prevalencia en el área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Santa Cecilia, Quito-Ecuador durante el periodo enero a diciembre 2018” con el objetivo de determinar las causas predisponentes de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en esta unidad de salud. La metodología de investigación fue retrospectiva con una muestra de 126 casos. Como resultados relevantes, se reportó una prevalencia de 14,3% del total de embarazos, el grupo etario de predominio fue 26 a 35 años con el 16,5%, el 24,4% de ellas fumaban, el 11,9% consumían alcohol, el 7,1% no usaba anticonceptivos, eran primigestas en el 4,7% y el 11,2% padecían enfermedad pélvica inflamatoria (43).

Morales M. realizó una investigación en el 2018 denominada “Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico” con el objetivo de analizar los factores de riesgo y el manejo del embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital General IESS Ceibos de Guayaquil, Ecuador. La metodología fue observacional, analítica y descriptiva con una

muestra de 100 pacientes y se realizó la recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas. Los resultados fueron: las pacientes correspondían al grupo etario de 25 a 30 años con el 31%, el embarazo ectópico se localizaba principalmente en el región tubárica con el 97%, la principal complicación fue la hemorragia con el 77% y el tipo de cirugía empleada fue la salpingectomía en el 70%, seguido de la salpingostomía con el 28% (44).

Córdova C. y Fernández J. realizaron un estudio denominado “Factores causales de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y Hospital Especializado Mariana de Jesús en el año 2018”, cuyo objetivo fue identificar los factores causales de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en estos hospitales de Guayaquil, Ecuador mediante una metodología observacional, descriptiva y de cohorte transversal. Los principales resultados fueron: el promedio de edad fue de 28+-6 años, sin hábitos de tabaquismo en el 83%, no consumían alcohol en el 90,3%, el 18,5% padecían de enfermedad pélvica inflamatoria, el 2,2% con antecedente de ooforectomía y el 86% de sus familiares sin antecedentes de embarazo ectópico (47).

1.3. Bases legales

Constitución de la República del Ecuador (2008)

Art. 32.- “La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”. Con lo cual la política pública en el Ecuador se orienta a garantizar la salud de los y las ecuatorianas, es especial la atención oportuna de calidad, calidez a los grupos prioritarios y vulnerables con la finalidad de garantizar la salud como un derecho.

Ley Orgánica de Salud (2006)

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades: Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el MSP como Autoridad Sanitaria Nacional, emite la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) como un instrumento efectivo para la aplicación de la Estrategia de Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal. Esta norma tiene como objetivo mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y postparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional.

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio

La investigación corresponde al diseño observacional, modalidad cuantitativa, tipo retrospectiva y de corte transversal. Es considerado como un estudio cuantitativo debido a que los datos recolectados son numéricos lo que implica que se pueden exponer en tablas y gráficos para una mejor comprensión de los resultados. Implica una investigación retrospectiva porque se realiza un análisis de información sobre sucesos registrados con anterioridad y es de corte transversal porque los datos corresponden a un periodo determinado de tiempo (enero a diciembre del 2020).

2.2. Población y muestra

Población

La población de estudio corresponde a 124 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi situado en la provincia de Pichincha durante el periodo enero-diciembre del 2020.

Muestra

Se decide no aplicar fórmula de muestreo por ser una población que puede ser estudiada en su totalidad y evitar sesgo estadístico, es por ello que la muestra corresponde a 124 pacientes.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
- Pacientes atendidas dentro del periodo de estudio (enero-diciembre 2020).
- Pacientes con historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Pacientes con otros diagnósticos atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.
- Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio.

- Pacientes con historia clínica incompleta.

2.3. Definición conceptual

A continuación, se conceptualizan las variables de estudio:

Variable independiente: Factores de riesgo.

Cualquier atributo, característica o situación que se asocia con el desarrollo de alguna comorbilidad o patología obstétrica como el embarazo ectópico.

Variable dependiente: Embarazo ectópico.

Aquel embarazo en que la implantación del óvulo fertilizado se realiza fuera de la cavidad uterina, lo que puede comprometer a los órganos cercanos, conllevar a la hemorragia e inclusive la muerte.

2.4. Métodos

En la investigación se empleó el método análisis-síntesis e inductivo-deductivo, a través de la revisión de los datos proporcionados por el área estadística sobre los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, se describen los resultados y se emiten conclusiones.

2.5. Técnicas e instrumentos

Como técnica se utilizó la observación y una ficha recolectora de datos como instrumento, estaba compuesta por las dimensiones de las variables de estudio y sus indicadores.

2.6. Análisis de datos

Primero, se presentó el tema del proyecto de investigación a la Universidad, luego de ser aprobado, se solicitó información al área de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi para determinar el número de casos de EE durante el periodo de estudio mediante una solicitud de autorización dirigida al Director del establecimiento de salud.

Los datos proporcionados según las variables del estudio fueron registrados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel para su posterior análisis estadístico en el programa SPSS versión 25 para la correlación entre variables, empleando la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados se exponen de forma porcentual en el Capítulo III del trabajo investigativo.

2.7. Normas éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en el acuerdo ministerial 4889 sobre el Reglamento de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y de los Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS) del Ecuador, la investigación se desarrolla en base a los siguientes criterios o aspectos:

- Respetar a la persona y comunidad que participa en el estudio.
- Evaluar el beneficio del estudio para la persona, comunidad y el país.
- Selección equitativa de la muestra y protección de la población vulnerable.
- Idoneidad ética y experticia técnica de los investigadores.
- Coherencia de los procedimientos estadísticos para el análisis de datos.

En la presente investigación para el levantamiento de información se solicitó la autorización al Director del Hospital Gineco-Obstétrico con la finalidad de acceder a los datos estadísticos de interés sobre los factores de riesgo del embarazo ectópico. El estudio se orienta en los criterios de ética que implica el cumplimiento de acciones de confidencialidad e integridad.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

En el presente apartado son expuestos los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados. Los datos son representados en tablas a través del programa estadístico SPSS versión 25.

En la **Tabla 1** se estableció la prevalencia de embarazo ectópico en el periodo enero a diciembre del 2020, se observó al embarazo ectópico como la tercera complicación más frecuente con el 10,9%, es decir 10,9 por cada 100 nacimientos.

Tabla 1

Prevalencia de embarazo ectópico durante el año 2020

	Variable/valor	Frecuencia	Porcentaje
Diagnósticos CIE 10	Embarazo uterino (Z33)	594	52,2
	Infección genitourinaria en el embarazo (O23)	60	5,2
	Anemia en el embarazo (O99.0)	180	15,8
	Preeclampsia, no especificada (O14.9)	230	20,2
	Embarazo ectópico (O00.0)	124	10,9
	Total	1137	100,0

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Luego de la revisión de datos proporcionados por el departamento de estadística, se estableció las principales características sociodemográficas de las 124 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, observándose que correspondían al grupo etario de 25 a 29 años en el 31,5%, mientras que en menor porcentaje el rango de edad de 35 a 39 años con el 9,7%; nivel educativo secundario en el 54,8% en primer lugar, mientras que en menor proporción el analfabetismo con el 6,5%; estado civil unión libre en un 83,9%, por otro lado en menor incidencia el estado civil divorciada en el 0,8% (**Tabla 2**).

Tabla 2

Características sociodemográficas

	Variable/valor	Frecuencia	Porcentaje
Edad	15-19 años	21	16,9
	20-24 años	37	29,8
	25-29 años	39	31,5
	30-34 años	15	12,1
	35-39 años	12	9,7
Nivel educativo	Primaria	28	22,6
	Secundaria	68	54,8
	Superior	20	16,1
	Analfabeta	8	6,5
Estado civil	Soltera	11	8,9
	Casada	5	4,0
	Unión libre	104	83,9
	Viuda	3	2,4
	Divorciada	1	0,8

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

En relación a la identificación de factores de riesgo, se evidenciaron los aspectos de tipo gineco-obstétricos, siendo primíparas en el 37,1% y en menor proporción las multíparas con el 16,1%. El 78,2% no contaba con registro de antecedente de embarazo ectópico, mientras que el 21,8% si disponía de registro de embarazo ectópico en gestación previa; por último, el 67,7% no disponía de registro de antecedente de aborto y el 32,3% si tuvo abortos previos (Tabla 3).

Tabla 3

Factores gineco-obstétricos

Variable/valor	Frecuencia	Porcentaje	
Paridad	Nulípara	21	16,9
	Primípara	46	37,1
	Secundípara	37	29,8
	Multípara	20	16,1
Antecedente de embarazo ectópico	Si	27	21,8
	No	97	78,2
Antecedente de aborto	Si	40	32,3
	No	84	67,7

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Se identificaron factores de riesgo personales asociados al diagnóstico de embarazo ectópico, se evidenció que no usaban anticonceptivos en el 75,8%; con respecto a antecedentes quirúrgicos, el 56,5% no se había realizado ninguna intervención quirúrgica, pero la cirugía de mayor incidencia fue de ovario con el 14,5%; el antecedente patológico personal de predominio fue la enfermedad pélvica inflamatoria en el 20,9%; por último, en relación a los antecedentes familiares de EE, se evidenció que el 69,2% no tenía antecedentes, mientras que el 30,8% si presentaban antecedentes (**Tabla 4**).

Tabla 4

Factores personales

Variable/valor		Frecuencia	Porcentaje
Uso previo de anticonceptivos	Si	30	24,2
	No	94	75,8
Antecedentes quirúrgicos	Apendicectomía	6	4,8
	Cesárea	17	13,7
	Cirugía tubárica	3	2,4
	Lgrado uterino o AMEU	10	8,1
	Intervención quirúrgica de ovario	18	14,5
	Ninguna	70	56,5
	Hipertensión arterial	4	3,2
Antecedentes patológicos personales	Diabetes mellitus	2	1,6
	Patologías tiroideas	1	0,8
	Enfermedad pélvica inflamatoria	26	20,9
	Endometriosis	7	5,6
	Infección de transmisión sexual	11	12,1
	Patología tubárica	3	8,9
	Antecedente de infertilidad	7	5,6
	Ninguna	63	50,8
Antecedentes familiares de embarazo ectópico	Si	37	30,8
	No	83	69,2

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Se identificaron los hábitos de las pacientes del estudio, resultando que el 72,6% no consumía tabaco, mientras que el 27,4% si lo realizaba, además que el 75,8% no consumía alcohol y el 24,2% si tenía este hábito (**Tabla 5**).

Tabla 5

Hábitos

Variable/valor		Frecuencia	Porcentaje
Consumo de tabaco	Si	34	27,4
	No	90	72,6
Consumo de alcohol	Si	30	24,2
	No	94	75,8

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Se realizó un análisis entre el grupo etario y la paridad de las 124 pacientes, evidenciándose que existe un predominio del grupo etario de 25 a 29 años con el 31,5%, de ellas el 12,9% eran primíparas. El valor de la prueba estadística Chi-Cuadrado de Pearson fue de 0,000; es decir que existe asociación entre la edad y la paridad con la incidencia de EE (**Tabla 6**).

Tabla 6

*Relación Edad*Paridad*

Variable/valor	Paridad				Total	
	Nulípara	Primípara	Secundípara	Múltípara		
15-19 años	Recuento	7	6	8	0	21
	% del total	5,6%	4,8%	6,5%	0,0%	16,9%
20-24 años	Recuento	7	22	5	3	37
	% del total	5,6%	17,7%	4,0%	2,4%	29,8%
Edad 25-29 años	Recuento	4	16	16	3	39
	% del total	3,2%	12,9%	12,9%	2,4%	31,5%
30-34 años	Recuento	3	0	8	4	15
	% del total	2,4%	0,0%	6,5%	3,2%	12,1%
35-39 años	Recuento	0	2	0	10	12
	% del total	0,0%	1,6%	0,0%	8,1%	9,7%
Total	Recuento	21	46	37	20	124
	% del total	16,9%	37,1%	29,8%	16,1%	100,0%

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Se realizó un análisis entre la paridad y el consumo de tabaco de las 124 pacientes, evidenciándose que el 72,6% no tiene este hábito; mientras que del 27,4% de consumidoras, existe el predominio de las primíparas con el 12,1%. El valor de la prueba estadística Chi-Cuadrado de Pearson fue de 0,037; es decir que existe asociación entre la paridad y el consumo de tabaco con la incidencia de EE (**Tabla 7**).

Tabla 7

*Relación Paridad*Consumo de tabaco*

Variable/valor	Consumo de tabaco		Total		
	Si	No			
Paridad	Nulípara	Recuento	4	17	21
		% del total	3,2%	13,7%	16,9%
	Primípara	Recuento	15	31	46
		% del total	12,1%	25,0%	37,1%
	Secundípara	Recuento	12	25	37
		% del total	9,7%	20,2%	29,8%
	Multípara	Recuento	3	17	20
		% del total	2,4%	13,7%	16,1%
	Total	Recuento	34	90	124
		% del total	27,4%	72,6%	100,0%

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Se realizó un análisis entre la paridad y el consumo de alcohol de las 124 pacientes, evidenciándose que el 75,8% no tiene este hábito; mientras que del 24,2% de consumidoras, existe el predominio de las secundíparas con el 12,1%. El valor de la prueba estadística Chi-Cuadrado de Pearson fue de 0,008; es decir que existe asociación entre la paridad y el consumo de alcohol con la incidencia de EE (**Tabla 8**).

Tabla 8

*Relación Paridad*Consumo de alcohol*

Variable/valor		Consumo de alcohol		Total	
		Si	No		
Paridad	Nulípara	Recuento	5	16	21
		% del total	4,0%	12,9%	16,9%
	Primípara	Recuento	10	36	46
		% del total	8,1%	29,0%	37,1%
	Secundípara	Recuento	15	22	37
		% del total	12,1%	17,7%	29,8%
	Multípara	Recuento	0	20	20
		% del total	0,0%	16,1%	16,1%
	Total	Recuento	30	94	124
		% del total	24,2%	75,8%	100,0%

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

Se realizó un análisis entre el nivel educativo y el uso previo de anticonceptivos de las 124 pacientes, evidenciándose que el 39,5% de ellas correspondían al nivel educativo secundario y no usaban anticonceptivos; mientras que del 24,2% que usaban anticonceptivos, el 15,3% eran del nivel de escolaridad secundaria. El valor de la prueba estadística Chi-Cuadrado de Pearson fue de 0,005; es decir que existe asociación entre el nivel educativo y el uso previo de anticonceptivos con la incidencia de EE (**Tabla 9**).

Tabla 9

*Relación Nivel educativo*Uso previo de anticonceptivos*

Variable/valor	Uso previo de anticonceptivos		Total	
	Si	No		
Primaria	Recuento	11	17	28
	% del total	8,9%	13,7%	22,6%
Secundaria	Recuento	19	49	68
	% del total	15,3%	39,5%	54,8%
Superior	Recuento	0	20	20
	% del total	0,0%	16,1%	16,1%
Analfabeta	Recuento	0	8	8
	% del total	0,0%	6,5%	6,5%
Total	Recuento	30	94	124
	% del total	24,2%	75,8%	100,0%

Fuente: *Departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi*

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

La prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arizmendi durante el período enero a diciembre 2020 fue de 10,9% del total de embarazos. El resultado obtenido concuerda con el hallazgo de Martínez M. (39) en su estudio del Hospital General de Zona N° 20 de México con el objetivo de determinar la prevalencia de embarazo ectópico en el 2019, observándose un registro de 91 casos de EE lo que representó el 9,3% del total de nacimientos atendidos en esta casa de salud; además, se evidencia un porcentaje algo cercano al obtenido por Galarza B. (43) en la Clínica Santa Cecilia de Quito durante el periodo enero a diciembre 2018, en donde se reportó una prevalencia de 14,3% del total de gestantes atendidas.

El resultado sociodemográfico de la edad en el presente estudio se ubicó en el grupo etario 25 a 29 años con el 31,5%, no concuerda con los datos de Escobar B. y col. (9) sobre las características clínicas y factores de riesgo asociados a EE en 28 pacientes atendidas durante el 2018 en el Hospital General de la Zona N° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, dónde se reportó que pertenecían al grupo etario de 20 a 30 años en el 53,6%; pero, el resultado es similar a la investigación de Morales M. (44) realizada en el Hospital General IESS Ceibos de Guayaquil-Ecuador en el 2018, observándose que el 31% de las 100 pacientes con EE del estudio correspondían al rango de 25 a 30 años.

Por otro lado, el nivel educativo secundario con el 54,8% y estado civil unión libre con el 83,9%, en lo que respecta a la educación concuerda con la investigación de Beltrán J. y León R. (41) con el objetivo de establecer los factores relacionados al embarazo ectópico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD de Perú durante el 2017, como principales resultados se evidenció que el 44,2% eran de estado civil unión libre y el 53,8% de nivel educativo secundario; mientras que el estado civil coincide con los resultados obtenidos por Berrios (45) en el Hospital Antonio Lorena de Cusco -Perú en el 2019, en 108 pacientes con EE, el 81,5% de ellas pertenecían al estado civil unión libre.

Los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados al embarazo ectópico en el presente estudio fueron: primíparas con el 37,1%, sin antecedente de embarazo ectópico en el 78,2%; por último, el 67,7% sin antecedente de aborto.

Algunos de estos resultados guardan relación con el estudio de Beltrán J. y León R. (41) con el objetivo de establecer los factores relacionados al embarazo ectópico en el Hospital

Nacional Ramiro Priale Priale ESSALUD de Perú durante el año 2017, en donde se evidencia como principales factores obstétricos a la primiparidad en el 34,6%, sin antecedente de abortos en el 67,3% y sin embarazo ectópico previo en el 98,1%.

Además, se relaciona con los hallazgos obtenidos por Hermoza C. (46) en su estudio realizado en el 2020 con el objetivo de determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-Perú, con una muestra de 181 pacientes, reportándose que eran primíparas en el 43,1%, sin antecedente de aborto con el 58% y sin antecedente de EE previo con el 90,1%.

En el presente estudio se identificó algunos factores de riesgo individuales asociados al embarazo ectópico, reportándose que el 72,6% no consumía tabaco, el 75,8% no consumía alcohol, el 56,5% sin antecedente quirúrgico, pero la cirugía de mayor frecuencia era la cirugía de ovario en el 14,5%, la enfermedad pélvica inflamatoria fue el antecedente patológico personal más frecuente con el 20,9%, por último, el 69,2% no tenía antecedente familiar de EE.

Algunos de los resultados concuerdan con el estudio de Córdova C. y Fernández J. (47) cuyo objetivo fue establecer factores causales de embarazo ectópico en el Hospital General Guasmo Sur y el Hospital Especializado Mariana de Jesús de Guayaquil-Ecuador durante el año 2018, se evidenció que el 83% no tenían hábitos de tabaquismo, el 90,3% no consumían alcohol, el 18,5% sufría de enfermedad pélvica inflamatoria, el 2,2% habían sido sometidas a ooforectomía y el 86% de sus familiares no tenían antecedentes de EE.

Así mismo, se evidencia porcentajes muy parecidos en el estudio de Hermoza C. (46) realizado con el objetivo de determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna-Perú, con una muestra de 181 pacientes, evidenciándose que el 84,5% no consumían tabaco y el 16% con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después del análisis e interpretación de los resultados obtenidos, en este apartado se exponen las siguientes conclusiones y recomendaciones.

1. Existe una prevalencia significativa de embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi durante el período de enero a diciembre del 2020.
2. Las características sociodemográficas de mayor interés en las pacientes con embarazo ectópico fueron: rango de edad de 25 a 29 años, pertenecían al nivel educativo secundario y estado civil unión libre.
3. Entre los factores de riesgo gineco-obstétricos relacionados al embarazo ectópico se evidenció la primiparidad, no tenían antecedentes de embarazo ectópico previo ni de aborto.
4. Entre los factores personales asociados al diagnóstico de embarazo ectópico, se observó que no registraban el uso previo de anticonceptivos, la intervención de ovario como principal antecedente quirúrgico, padecían enfermedad pélvica inflamatoria, sin antecedentes familiares de embarazo ectópico y no consumían alcohol o tabaco.

Recomendaciones

- Se recomienda que los resultados obtenidos sean socializados a las autoridades del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi para fortalecer las actividades educativas dirigidas a las mujeres de edad fértil para la prevención de embarazo ectópico.
- Se sugiere la identificación de factores de riesgo de embarazo ectópico desde el primer nivel de atención con la finalidad de realizar una categorización de pacientes con riesgo elevado de EE y realizar un seguimiento oportuno para evitar complicaciones.
- Se recomienda continuar realizando simposios sobre los métodos diagnósticos y el manejo del embarazo ectópico dirigidos al personal del servicio de gineco-obstetricia de los hospitales encargados de la atención materno-infantil en el país.
- Se sugiere la implementación de programas enfocados a la salud sexual y reproductiva dirigidos a la población en general para disminuir los factores personales asociados a embarazo ectópico como el consumo de alcohol y tabaco; además de fomentar el control ginecológico para el tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria.

REFERENCIAS

1. López P, Bergal G, López M. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Medicina de Familia SEMERGEN. 2018;40(4). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-embarazo-ectopico-su-interes-S1138359314000100>
2. Gutiérrez M, Martínez Á, Couret M, Alonso Y. Embarazo ectópico del segundo trimestre. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017;43(3). <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/245/190#:~:text=Se%20considera%20embarazo%20ect%C3%B3pico%20a,se%20localiza%20en%20la%20trompa>.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo ectópico. 2018. https://sego.es/mujeres/Embarazo_ectopico.pdf
4. Hu Liang H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica HSJD. 2019;9(1):28-36.
5. Rodríguez Y, Altunaga M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;36(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es
6. Cunningham F. Williams Obstetricia. 24°. España: Mc Graw Hill; 2016.
7. Montgomery A, Hannon G, Muhammad S, Das S. Tubal ectopico pregnancies: Risk, diagnosis and management. British Journal of Midwifery. 2017;25(11). <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/clinical-practice/tubal-ectopic-pregnancies-risk-diagnosis-and-management/>
8. Villagómez E, Sotelo A. Embarazo extrauterino en el epiplón. Reporte de caso. Ginecología y Obstetricia México. 2021;89(5). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412021000500420&script=sci_arttext
9. Escobar B, Perez C, Martínez H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;55(3). <https://www.redalyc.org/journal/4577/457750970002/457750970002.pdf>
10. Matos H, Rodríguez O, Estrada G. Caracterización de embarazo ectópico. Revista Información Científica. 2018;97(6). <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2174/3937>

11. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica: Manejo del Embarazo Ectópico. 2021.
[http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PR
ACTICA_CLINICA_MANEJO_DEL_EMBARAZO_ECT%3%93PICO.PDF](http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/1301/GUIA_DE_PR
ACTICA_CLINICA_MANEJO_DEL_EMBARAZO_ECT%3%93PICO.PDF)
12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Gaceta de Muerte Materna Semana Epidemiológica 12. 2019. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/GACETA-SE-12_2019.pdf
13. Logroño D. Prevalencia de embarazo ectópico en el Hospital Carlos Andrade Marín, 2017 a 2019. *Revista Metro Ciencia*. 2019;7(11):9.
14. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el hospital regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Arteaga J. Factores de riesgo y complicaciones del embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Matilde Hidalgo. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30913/1/CD%202175-%20ARTEAGA%20GALVEZ%2c%20JOSE%20DANIEL.pdf>
16. Rivera C. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubárico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2020;85(6):12.
17. Huixian H, Sandoval J, Vargas J. Embarazo ectópico: en el manejo médico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina U*. 2018;23(36):9.
18. Tapia M, Pico H. Embarazo ectópico ovárico: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Cepal-Bogotá*. 2019;47(7):4.
19. Aida L. Embarazo ectópico abdominal secundario. Reporte de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2019;80(3):6.
20. Monet E. Caracterización de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico de enero a diciembre del 2019. *Revista Estudiantil Holcein*. 2021;2(3):8.
21. Medicina Fetal Barcelona. Gestación ectópica tubárica y no tubárica. Madrid, España: Medicina Fetal Barcelona; 2018 p. 24.
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestaci%3%B3n%20ect%3%B3pica.pdf>

22. Infanzón G. Factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital II – 2 de Ayacucho, 2020. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Unión; 2021. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4487/Gladys_Trabajo_Especialidad_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Zapata B. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2018;61(1):9.
24. Núñez E. Enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo y antecedente de cirugía tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico. Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2000-2015. *Revista de Ciencias Médicas*. 2018;14(3):6.
25. Balestena J. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020;28(3):7.
26. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2021;37(1):6.
27. Vara C. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, en pacientes que acuden al servicio de emergencia, de gineco – obstetricia del hospital II-2 Santa Rosa. [Piura, Perú]: Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11065/vara_ac.pdf?sequence=1
28. Ramos Á. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas. experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel. [México D.F]: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2020. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20513/>
29. González L. Embarazo ectópico ovárico con dispositivo intrauterino in situ. Caso clínico. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2018;65(4):5.
30. Murillo M, Pérez S. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigacion*. 2019;7(2):6.
31. García A. Embarazo ectópico abdominal. Dificultad en el diagnóstico. A propósito de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2018;76(3):7.
32. Bertin F. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2019;84(1):6.
33. Bañuelos E. Ruptura uterina secundaria a embarazo ectópico cornual del segundo trimestre. *Ginecología y obstetricia de México*. 2019;87(1):6.

34. Bolaños H. Manejo conservador en una paciente con embarazo ectópico cervical en Nariño, Colombia: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2019;56(8):6.
35. Granados J. Embarazo ectópico roto resuelto por laparoscopia diagnóstica sin datos de abdomen agudo. Reporte de un caso. *Revista Medigraphic*. 2022;13(1):4.
36. Raúl V. Comparación de embarazos ectópicos tubáricos y cirugía laparoscópica por incisión transversal con la incisión longitudinal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017;43(1):11.
37. Moreno P. Abordaje quirúrgico del embarazo ectópico complicado. [Lima, Perú]: Universidad de Veritas; 2017. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1240/Moreno_pr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Espinoza S, Garnier J. Generalidades sobre embarazo ectópico. *Revista Médica Sinergia*. 2021;6(5):9.
39. Martínez M. Prevalencia de embarazo ectópico en pacientes del Hospital General de Zona Num. 20. 2020. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20500.12371/13868/20210426124431-6546-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017- Puno. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2018. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Beltrán J, León R. Factores relacionados al embarazo ectópico en altura en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé ESSALUD Huancayo. 2017. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/455/TMH_16.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Mogrovejo A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2018. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2019. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23715/1/TESIS58.pdf>
43. Galarza B. Embarazo ectópico y su prevalencia en el área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Santa Cecilia «Novaclínica». 2018.

44. Morales M. Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico. [Guayaquil-Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36313/1/CD%202755-%20MORALES%20BALDEON%20MARJA.pdf>
45. Berrios M. Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco. [Cusco-Perú]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2019. https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4032/253T20190227_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
46. Hermoza C. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue-Tacna. [Tacna-Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4383/2015_2021_hermoza_gutierrez_cg_fac_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Córdova C, Fernández J. Factores causales de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva en el Hospital General Guasmo Sur y en el Hospital Especializado Mariana de Jesús. 2018. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10558/1/T-UCSG-PRE-MED-701.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Factores de riesgo (V. Independiente)	Cualquier circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de presentar alguna patología.	Factores sociodemográficos	Edad	<20 años 21-34 años >35 años	Ficha recolectora de datos
			Nivel educativo	Primaria Secundaria Superior Analfabeta	Ficha recolectora de datos
			Estado civil	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada	Ficha recolectora de datos
		Factores gineco-obstétricos	Paridad	Nulípara Primípara Secundípara Multípara	Ficha recolectora de datos
			Antecedente de embarazo ectópico previo	Si No	Ficha recolectora de datos
			Antecedente de aborto	Si No	Ficha recolectora de datos
		Factores personales	Consumo de tabaco	Si No	Ficha recolectora de datos
			Consumo de alcohol	Si No	Ficha recolectora de datos
			Uso previo de anticonceptivos	Si No	Ficha recolectora de datos
			Antecedentes quirúrgicos	Apendicectomía Cesárea Cirugía tubárica	Ficha recolectora de datos

				Legrado uterino o AMEU Intervención quirúrgica de ovario Ninguna	
			Antecedentes patológicos personales	Enfermedad pélvica inflamatoria Endometriosis Infecciones de transmisión sexual Patología tubárica Antecedente de infertilidad Ninguna	Ficha recolectora de datos
			Antecedentes patológicos familiares	Si No	Ficha recolectora de datos
Embarazo ectópico (V. Dependiente)	Aquella gestación en que el blastocito se implanta por fuera del útero materno.	Presentación clínica	Prevalencia	Nº de casos	Ficha recolectora de datos

Anexo B. Instrumento de recolección de datos



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

DIRECCIÓN DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA, MENCIÓN URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Tema: Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, período enero-diciembre 2020.

TECNICA DE OBSERVACIÓN	APLICADO
Oficio dirigido al Director del Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi	X
Aprobación del tema de Investigación por el Jefe de Docencia	X
Determinar los métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos	X
Determinación de casos de embarazo ectópico en el año 2020 según el CIE 10 O00 embarazo ectópico, O000 embarazo abdominal, O001 embarazo tubárico, O002 embarazo ovárico, O008 otros embarazos ectópicos y O009 embarazo ectópico, no especificado.	X
Representación de datos obtenidos mediante tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos de la investigación	X

VARIABLES Y DIMENSIONES A REVISARSE EN HISTORIAS CLÍNICAS

Factores sociodemográficos

- Edad
- Nivel educativo
- Estado civil

Factores gineco-obstétricos

- Paridad
- Antecedente de embarazo ectópico previo
- Antecedente de aborto

Factores personales

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Uso previo de anticonceptivos
- Antecedentes quirúrgicos
- Antecedentes patológicos personales

Presentación clínica

- Sintomatología
- Localización