



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Factores asociados al embarazo ectópico en
pacientes atendidas en el Hospital Santa María del
Socorro 2019 - 2022**

Presentado por:

**MORENO FAJARDO JHANPIERRE
MARCOS**

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2 %** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 11 de julio del 2023

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Dr. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**Factores asociados al embarazo ectópico en pacientes
atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022**

Línea de investigación

Salud Pública y Conservación del Medio Ambiente.

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

MORENO FAJARDO JHANPIERRE MARCOS

ASESOR:

DR. LEON LLACSA SOTO

Ica – Perú

2023

Dedicatoria

A Dios, por ser guía, luz y bendecir mi camino de vida.

A mis padres, hermanos y abuelitas, por ser mi soporte principal.

En honor a mi abuelita Angela, quien partió al llamado de Dios, creyendo siempre en mí.

Jhanpierre Moreno.

Agradecimiento

A Dios, por brindarme la dicha de poder cumplir un objetivo más en lo personal y profesional teniendo a mi familia conmigo en todo momento.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por enseñarme que todo es posible con esfuerzo, dedicación, por su ejemplo de vida, entrega, amor y confianza que me brindan día a día.

A mi Asesor, Dr. Llacsá Soto Leon por compartir sus conocimientos, brindándome recomendaciones y consejos, los cuales me permitieron realizar el presente estudio.

Jhanpierre Moreno.

ÍNDICE

	Pág
Portada.	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenido	IV
Índice de tablas	V
Resumen	VI
Abstract	VII
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. Introducción	8
II. Estrategia metodológica	24
III. Resultados	26
IV. Discusión	32
V. Conclusiones	34
VI. Recomendaciones	35
VII. Referencias bibliográficas	36
VIII. Anexos	40

Índice de tablas

Nº	Tabla	Pág
Tabla 1.	Datos generales	26
Tabla 2.	El antecedente de cesárea anterior como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022	27
Tabla 3.	La Enfermedad pélvica inflamatoria como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022	28
Tabla 4.	El uso de Dispositivo intrauterino como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022	29
Tabla 5.	El consumo de Píldora de emergencia como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022	30
Tabla 6.	El legrado uterino como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022	31

Resumen

Objetivo. Identificar cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Metodología. No experimental, Analítica, Retrospectiva de Diseño: Cuantitativo, en una población de 4320 estimando 2% de embarazos ectópicos, obteniendo una muestra total de 138, habiendo 67 casos y 67 controles. **Resultados:** La edad media de los pacientes con embarazo ectópico fue de 25,15 (IC95%: 23,36-26,93). La paridad más frecuente fue de dos veces. 85,1% proceden de zonas urbanas, los síntomas más frecuentes fueron el dolor (77,6%) y sangrado (76,1%), 56,7% tuvieron al menos un parto por cesárea. 35,8% tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, 25,4% usaron Dispositivo intrauterino, 41,8% usaron Píldora de emergencia y 28,4% tuvieron al menos un legrado uterino. La prevalencia de cesáreas en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 56,7% frente a 35,8% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,015$ OR= 2,3 IC95% (1,2-4,7). La prevalencia de Enfermedad pélvica inflamatoria en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 35,8% frente a 16,4% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,011$ OR= 2,8 IC95% (1,3-6,4). El uso de Dispositivo intrauterino en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 25,4% frente a 7,5% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,005$ OR= 4,2 IC95% (1,5-12,2). El consumo de Píldora de emergencia en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 41,8% frente a 23,9% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,027$ OR= 2,3 IC95% (1,1-4,8). La prevalencia de legrado uterino en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 28,4% frente a 10,4% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,009$ OR= 3,4 IC95% (1,3-8,7).

Conclusión. Los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022 son cesárea anterior, enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de píldora de emergencia y antecedente de legrado uterino.

Palabras clave. Factores asociados, embarazo ectópico(DeCS).

Abstract

Objective. To identify the factors associated with ectopic pregnancy in patients treated at the Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022.

Methodology. Non-experimental, Analytical, Retrospective Design: Quantitative, in a population of 4320 estimating 2% of ectopic pregnancies, obtaining a full sample of 138, having 67 cases and 67 controls. **Results:** The mean age of the patients with ectopic pregnancy was 25.15 (95% CI: 23.36-26.93). The most frequent parity was twice . 85.1% come from urban areas, the most frequent symptoms were pain (77.6%) and bleeding (76.1%), 56.7% had at least one cesarean delivery. 35.8% had pelvic inflammatory disease, 25.4% used an intrauterine device, 41.8% used an emergency pill, and 28.4% had at least one uterine curettage. The prevalence of caesarean sections in the group of patients with ectopic pregnancy is 56.7% compared to 35.8% in the group without ectopic pregnancy. $p= 0.015$ OR= 2.3 95%CI (1.2-4.7). The prevalence of pelvic inflammatory disease in the group of patients with ectopic pregnancy is 35.8% compared to 16.4% in the group without ectopic pregnancy. $p= 0.011$ OR= 2.8 95%CI (1.3-6.4). The use of intrauterine device in the group of patients with ectopic pregnancy is 25.4% compared to 7.5% in the group without ectopic pregnancy. $p= 0.005$ OR= 4.2 95%CI (1.5-12.2). The consumption of emergency pill in the group of patients with ectopic pregnancy is 41.8% compared to 23.9% of the group without ectopic pregnancy. $p= 0.027$ OR= 2.3 95%CI (1.1-4.8). The prevalence of uterine curettage in the group of patients with ectopic pregnancy is 28.4% compared to 10.4% in the group without ectopic pregnancy. $p= 0.009$ OR= 3.4 95%CI (1.3-8.7).

Conclusion. The factors associated with ectopic pregnancy in patients treated at the Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022 are previous cesarean section, pelvic inflammatory disease, use of intrauterine devices, consumption of emergency pills and a history of uterine curettage.

Keywords. Associated factors, ectopic pregnancy(MeSH).

CUERPO DEL INFORME FINAL

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

El embarazo ectópico es definido como una implantación de un óvulo fecundada por fuera del fondo o cuerpo del útero. La incidencia estimada de este tipo de embarazo es del 0,5-2% y se asocia con tasas altas de morbilidad, representando el 10% de la mortalidad de las madres. La localización más frecuente del embarazo ectópico son las trompas de Falopio en el 97% de los casos, de las cuales el 80% se encuentran en la ampolla (1,2).

El embarazo ectópico se considera una problemática de salud en todo el mundo, y el riesgo de morir es de 10 veces más que por parto eutócico y 50 veces más que por aborto. La rotura del embarazo es el peligro más grave por el sangrado y shock que puede producir, ello ocurre en el 15-20% de los casos y es causa principal de muerte en las madres (2,3).

Los tipos no tubulares de embarazos ectópicos incluyen embarazo cervical en el 0,1 %, embarazo ovárico en el 0,5 %, embarazo abdominal representa el 1,3 %, embarazo corneal en 3%, embarazo intraligamentosa con 0,1% (1,4).

El embarazo ectópico ocasiona el 9% de muerte durante el primer trimestre del embarazo. La tasa de mortalidad es del 2,7%. El factor fundamental es un historial de embarazos ectópicos previos (3).

La frecuencia del embarazo ectópico ha pasado del 0,5% en la década de 1970 al 1,1% actual en los últimos 30 años (1,2).

El hecho de un aumento de embarazos ectópicos se debe a que la proporción de embarazos ectópicos diagnosticados es alta y se incrementan una serie de riesgos entre ellos tenemos a: mujeres sometidas a reproducción asistida, uso de métodos contraceptivos tales como dispositivos anticonceptivos intrauterinos, incrementos de enfermedades inflamatorias pélvicas, mujeres con embarazo ectópico previo, cirugías abdominales previas, sobre todo de cirugía de trompas, infertilidad, endometriosis o paciente fumadora, etc (5).

Antecedentes de la investigación

Según los estudios a nivel internacional de :

Escobar-Padilla, B (6), investigación sobre los **factores de riesgo y caracterización clínica del embarazo ectópico en México 2017**, el **objetivo** del estudio fue la de identificar características clínicas y determinar entidades que se asocian con el embarazo ectópico. **Metodología:** Investigación de diseños caso y control, de observación, retrospectiva, transversal y analítica. Se formaron 2 grupos: casos (28 mujeres con DIU con embarazo ectópico) y controles (56 mujeres con DIU sin embarazo ectópico). **Resultados:** Tabaquismo RM 18,33, embarazo ectópico precedente RM 11,9, utilización

de DIU: 11,90, cirugías en abdomen: 5,9. **Conclusiones:** Las entidades asociadas para embarazo ectópico con las estadísticas más altas son el consumo de tabaco, presencia de más de 2 parejas íntimas, tener embarazos múltiples, tener antecedentes de embarazos ectópicos y usar un DIU. Estudio que demuestra alto impacto respecto al riesgo de factores como el tabaquismo embarazos ectópicos previos uso de DIU y cirugías previas en la presencia de embarazo ectópico.

Hu L, et al (7), desarrolló un estudio sobre el **embarazo ectópico, con enfoque en el manejo médico Costa Rica 2019**, cuyo **objetivo** es determinar la asociación de condiciones de riesgos con el embarazo ectópico y el manejo quirúrgico, **Metodología:** Investigación transversal, retrospectivo, observacional cuantitativa. Los **resultados** indican que el 9% de fallecimientos son atribuidos a un embarazo ectópico. La causa del embarazo ectópico es multifactorial. Los posibles mecanismos incluyen obstrucción anatómica, movimiento tubular anormal, productos fetos aberrantes o con alteraciones en sus genes, existencia de DIU. Los tres síntomas de dolor, sangrado vaginal y amenorrea se han utilizado históricamente para diagnosticar embarazo ectópico. **Conclusión.** Para el tratamiento se incluye espera vigilante, cirugías conservadoras y cirugías definitivas. Investigación que determina alta tasa de mortalidad por embarazo ectópico reconociendo que las causas son múltiples relacionadas a la obstrucción del conducto de Falopio.

Carmena Martínez F (8), en su trabajo titulado **evaluación de la efectividad del dispositivo intrauterino asociado a la ocurrencia de embarazo ectópico en la ciudad de Madrid 2017**, tuvo como **propósito** la de valorar la eficacia de los DIU de cobre en cuanto al desarrollo de embarazo ectópico y asociado al mismo tipo de uso, el diseño metodológico fue la de casos y controles, utilizado como referencia a dos grupos poblacionales: **Resultados:** Los resultados obtenidos indican riesgos mayores de embarazo ectópico en el uso actual de DIU en comparación con las mujeres embarazadas OR: 4,2 (IC 95%: 2,5-6,9) Por otro lado, el uso de DIU anteriores en comparación con mujeres embarazadas y no embarazadas resulta en un mayor riesgo de embarazo ectópico OR=1,4 (IC95%; 1,0-2,1) **Conclusión:** Las consecuencias de los actuales usos son controvertidos, pues la utilización del DIU es una condición riesgosa para desarrollar un embarazo ectópico. El estudio demuestra, confirma la asociación entre el uso del DIU respecto al embarazo ectópico, de hasta 4,2 veces más.

Ángel Ramos, J (9), investigación titulada **embarazo ectópico sus factores de riesgo y característica clínica. experiencia 10 años en un Centro de III° nivel en México 2019** cuyo **objetivo** fue la de precisar las entidades asociados de riesgo para embarazo ectópico. **Metodología.** Investigación retrospectiva, de observación, transversal y descriptiva, con un total de 75 296 neonatos vivos y 735 diagnosticadas de embarazo ectópico, en una muestra de 695 pacientes, los **resultados** fueron que: Se encontró una prevalencia de 0,97

embarazos ectópicos por 100 neonatos vivos. La edad promedio fue 27.6, la edad de gestación promedio fue de 7,5 semanas, el motivo del examen fue dolores abdominales en 317 (45.6%), y el motivo más relevante fueron el consumo de tabaco en 23,1% y uso de DIU 33,2% de los pacientes. La cirugía realizada con mayor frecuencia fue laparotomía. **Conclusiones:** Las entidades asociadas con el embarazo ectópico son el consumo de tabaco, tener un DIU y tener antecedentes de embarazos ectópicos previos. **Resultados** que son congruentes pues el tabaquismo influiría en la motilidad del conducto de Falopio, confirmando la asociación con el uso del DIU y antecedentes de embarazos ectópicos en embarazos previos.

Destacando los estudios a nivel nacional de:

Vivas Vera, A (10), en su estudio sobre **T de cobre como factor de riesgo asociado al embarazo ectópico** cuyo **objetivo** general fue precisar si un DIU se asocia para presentar embarazo ectópico. En cuanto a **materiales y métodos**, se realizó en 142 mujeres con embarazo ectópico atendidas en la comunidad y 426 mujeres con embarazo intrauterino llamadas controles, Investigación experimental de caso y control en el Hospital de Tumbes II - 2. **Resultados** mostraron que la frecuencia del DIU del 16,9%, frente al 8,9% en mujeres sin embarazo ectópico, mostrando una diferencia estadística. Además, DIU dio OR = 2.1, aumentando el riesgo de embarazo ectópico en comparación con las que no usan DIU, (IC: 95% de 1,19-3,60, p = 0,008). **Conclusiones**, la frecuencia de uso de dispositivos en Tcu en mujeres con embarazos ectópicos fue mayor que en mujeres con embarazos ectópicos. Por lo tanto, usar DIU de cobre incrementa la probabilidad de embarazo ectópico en comparación con aquellos que no lo hacen. Trabajo de investigación que refuerza los hallazgos que indican que el uso del DIU aumenta el riesgo de desarrollar embarazo ectópico.

Guzmán Gonzales, G (11), en un trabajo sobre los **factores asociados al embarazo ectópico mujeres de 18 a 40 años tratados en el Hospital María Auxiliadora 2017 de Lima- Perú**, siendo el **propósito** de valorar los factores asociados al embarazo ectópico en mujeres de 18 a 40 años. **Metodología.** Se consideraron las historias clínicas con diagnóstico de embarazo ectópico. Investigación descriptiva y retrospectiva en el que se incluyeron 98 casos de 18 a 40 años. **Resultado.** La principal edad de embarazo ectópico fue de 18 a 35 años (82.7%). El 69.4% (68) nació en Lima. El 82.7% (81) tiene un grado de educación secundario. El 99% (97) no fuman. El 57.1% tiene una gestación de 6 a 10 semanas. El 2% tenía DIU y el 38,8% tomaba contraceptivo hormonal. El 37,8% son primogénitos y la edad de gestación sigue siendo de 6-10 semanas (57.1%) (56). El antecedente de embarazo ectópico fue del 92.9% (91). El cincuenta por ciento (49) tuvo un aborto antes, **Concluyendo.** Los embarazos ectópicos ocurren con mayor frecuencia entre las edades de 18 y 30 años con antecedentes de embarazo ectópico previo usando

DIU como método anticonceptivo.

Estudio que asocia antecedentes previos de embarazos ectópicos lo que indica que persisten los factores que ocasionaron el embarazo ectópico en el embarazo actual que podría ser el uso de DIU.

Calderón Ramos C (12), realizó un estudio sobre **anticonceptivo hormonal de emergencia y su asociación con embarazos ectópicos en pacientes tratados en el hospital central PNP Luis N. Sáenz Lima 2017**, el **propósito** fue la identificar la relación entre el consumo de anticonceptivos hormonales de emergencia y embarazo ectópico. **Metodología:** Investigación descriptiva, transversal. 16 casos fueron estudiados de embarazo ectópico. **Resultados:** El 56% se encuentran entre 4-7 semanas gestacional, el 31% tienen embarazos ectópicos previos en riesgo, también consumen anticonceptivos de emergencia, y el 6% de embarazos ectópicos poseen antecedente el uso de DIU. **Conclusión:** Las personas con embarazos ectópicos previos que también tomaron la píldora de emergencia y usar el DIU tienen un alto riesgo de embarazo ectópico.

Estudio que asocia al consumo de la píldora de emergencia con el embarazo ectópico que se debería a una hipertrofia de las capas del tubo de Falopio disminuyendo su luz y limitando la migración del huevo.

Gonzales Montero, M (13) en su estudio sobre **embarazo ectópico en gestantes con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria tratadas en el hospital Santa Rosa, Lima 2016-2018** cuya **finalidad** fue la de identificar la asociación entre haber tenido infección pélvica y la aparición de embarazo ectópico. **Método:** Estudio cuantitativa, observacional, retrospectiva, de diseño caso y control no apareados. Incluyó a 128 pacientes. **Resultados:** El principal resultado es que utilizar DIU favorece el desarrollo de un embarazo ectópico ($p < 0.01$) (OR: 7.6, IC95% 2.1 - 27.6), y además si existe embarazo ectópico previo la OR: 5,34, (IC95% 1,1 – 25,6). Presencia de infecciones pélvicas OR: 2,51; (IC95% 1,12 a 5,5) y estuvieron embarazadas menos de un año OR: 2,51. (IC 95% 1.12 a 5.5), OR: 4.6 (IC 95% 1.5-13.3) fueron entidades que favorecieron el desarrollo del embarazo ectópico. **Conclusión:** Los factores que desencadenan la aparición de un embarazo ectópico son: Portadora de DIU, embarazo ectópico previo, tratamiento no completado asignado a EPI diagnosticada, embarazada menos de 1 año después del diagnóstico de Infección pélvica. Investigación que asocia a la enfermedad pélvica inflamatoria con el embarazo ectópico demostrándose que las inflamaciones disminuyen la luz de la trompa dificultando una migración del cigoto y su implantación en el camino al útero.

Santillán Armas, Y (14), en un trabajo realizado sobre **factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en mujeres tratadas en el hospital Regional Docente - Cajamarca, 2017**, **Propósito:** Indicar las condiciones que se asocian al embarazo ectópico.

Metodología: Investigación descriptiva, transversal y retrospectivo que revisó todos los registros clínicos de 36 gestantes con embarazo ectópico los **resultados** indican que la mayoría tenía rango de edades de 31 a 35 años (34,2%). El 10,5% de los pacientes tenían antecedentes de cirugía pélvica. 10,5% por antecedentes de embarazos ectópicos previos. Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria 36,8%. Se encontró antecedente de uso de DIU en el 26,3% de las pacientes, además de historia de consumo de tabaco 2,6%, **Conclusiones:** Las pacientes con antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, aborto espontáneo, legrado uterino y DIU son más frecuentes y por lo tanto relacionadas con factores de riesgo. Estudio que encuentra asociación con legrados uterinos y embarazo ectópico, así como tabaquismo que inducen a realizar estudios al respecto.

Datos directos del Hospital Santa María del Socorro muestran una prevalencia anual del embarazo ectópico de 0.8%.

Bajo esta problemática es conveniente investigar el tema por ser una patología poca o no estudiada científicamente en el Hospital Santa María del Socorro de Ica por lo que sus resultados serán de utilidad para tener una información exacta de los factores que favorecen su presentación.

El embarazo ectópico se define como implantaciones de un óvulo fecundado fuera del fondo o cuerpo del útero. Más o menos el 95% de gestaciones que son ectópicos se ubican en las trompas (15).

El embarazo ectópico deriva de la palabra griega "ektopos" y esto significa que el blastocisto se implantó externamente al endometrio y el 95,5% se implanta en la trompa. Los tipos no tubulares de embarazo extrauterino incluyeron gestaciones cervicales (0,1 %), localización ovárica (0,5%), implantación en el abdomen (1,3 %), localizados en los cuernos (3 %), localizados intrraligamentos (0,1 %) y embarazos rudimentarios en el cuerno de la trompa (15).

El embarazo ectópico es etiológicamente más frecuente de morbimortandad en mujeres embarazadas en las etapas iniciales de la gestación, representando el 9% de las muertes durante este período (15).

Los otros sitios de implantación más comunes son los ovarios (3,2%) y el abdomen (1,3%). Representa una causa importante de muerte en la mujer al producirse una rotura del embarazo localizados en la trompa.

De allí que la terapia debe ser oportuna observándose que esta patología se ha incrementado en los años (16).

Las tecnologías de diagnóstico han facilitado un diagnóstico precoz, pero sigue siendo potencialmente mortal (16).

Aproximadamente el 75% de las muertes tempranas del embarazo. Cada año se diagnostican unos 10 000 embarazos ectópicos en Londres. En el Reino Unido la incidencia es de (11-1/1000 gestaciones) (17).

Tipos de embarazo ectópico: En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, las trompas de Falopio son el sitio predominante. El 75-80% ocurre en la parte de la ampolla, el 10-15% ocurren en el istmo y aproximadamente el 5% ocurre en las fimbrias. El embarazo ectópico a nivel de cérvix es raro y representa solo el 0,15% de todos los embarazos ectópicos.

El de localización ovárica es una de las localizaciones raras, con una incidencia estimada de 0,15% a 3%. El embarazo ectópico en cicatrices de cesáreas es raro con una incidencia de 1:1800 embarazos en este caso el saco fetal se trasplanta al miometrio en el sitio de la cesárea anterior (17).

Diversas complicaciones como ruptura del útero y el sangrado abundante, ponen en peligro la vida y pueden afectar la fertilización posterior si un embarazo ectópico es localizado en cicatrices de cesáreas. El embarazo intersticial es del 2,5% de los embarazos ectópicos. Para un diagnóstico adecuado de Embarazos intersticiales puede ser muy complicada y requiere una ecografía precisa.

Los embarazos ectópicos que ocurren en los cuernos rudimentarios del útero son en los unicornes. Esta es una de las raras formas de embarazo ectópico (17).

El embarazo ectópico en abdomen, que supone el 1.3% de los casos, ha sido diagnosticado con un rango de nacidos de 1: 10 000 y muy rara de embarazo ectópico, esto es un embarazo ectópico abdominal primario o secundario y generalmente es el resultado de la implantación y la posterior ruptura de las trompas de Falopio o aborto espontáneo de las trompas de Falopio. El feto se adhiere a la pared del útero, al ligamento ancho del útero o a los ovarios, pero también a órganos adyacentes.

El embarazo extrauterino ocurre de 1: 30 000 embarazos naturales, y 1:100 parejas que quedan embarazadas son por reproductibilidad asistida (17).

La frecuencia de esta patología ha aumentado del 0,5% en la década de 1970 al 1,1% actual en los últimos 30 años.

El hecho del aumento de embarazos ectópicos se debe a que la proporción de embarazos ectópicos diagnosticados es alta y los riesgos van en aumento: aumento del número de pacientes que reciben asistencia técnica reproductiva, dispositivos anticonceptivos intrauterinos Uso de métodos anticonceptivos, pacientes con embarazo ectópico previo, cirugía abdominal, especialmente pacientes con antecedentes de cirugía tubárica, infertilidad, endometriosis, tabaquismo, etc (17).

Factor de riesgo

Cerca del 50 % de los embarazos ectópicos no tienen un riesgo identificable. El mecanismo subyacente del riesgo de implantación ectópica sigue sin estar claro. El posible mecanismo es:

- a) Obstrucción anatómica,
- b) Movimiento tubular anormal o movimientos de los cilios de manera ineficaz.
- c) Productos de concepción alterada, y
- d) Un factor quimiotáctico que estimula la implantación del oviducto.

Son de riesgo alto: las lesiones subyacentes de las trompas de Falopio que son probablemente una vía para el primer embarazo ectópico y los subsiguientes.

Tener embarazo ectópico está asociada a infertilidades. En las mujeres embarazadas, más del 25% tienen un embarazo ectópico diferente. Afortunadamente, alrededor del 80% de los embarazos posteriores son embarazos intrauterinos (18).

Los cambios en la estructura anatómica de los túbulos renales se asocian consistentemente con embarazo ectópico sobre todo por infecciones. Otras etiologías son: defectos de nacimiento, endometriosis y cirugías. La salpingitis ístmica es una afección donde el endodermo crece en el miometrio del cuerno, lo que crea un divertículo ciego en el que el óvulo fertilizado puede quedarse atrapado. En particular, la endometriosis del cuerno y los fibromas uterinos también causan obstrucciones simples. Además, un tercio de los procedimientos de esterilidad fallidos tendrán embarazo ectópico (19).

El (DIU) son dispositivos contraceptivos más efectivos disponibles. El porcentaje de embarazo ectópico en las que usan DIU es la 10° parte del de pacientes que no usan anticonceptivos. Pero, si usa un DIU y queda embarazada, sus posibilidades de embarazo ectópico son por lo común más altas que aquellas que no usan un anticonceptivo. La incidencia de embarazo ectópico por DIU es de 4%, se ha demostrado que los DIU que contienen progesteronas que incrementan un poco el riesgo (19).

Factores de riesgos moderados: Chlamydia trachomatis o infección gonocócica aumenta cuatro veces el riesgo en comparación con las que no tienen salpingitis y cada vez es más frecuente si perdura la infección. La infección por clamidia da como resultado la formación de PROKR2, una proteína quimiotáctica que permite una mejor implantación en las trompas de Falopio dañadas (19).

En particular, la apendicitis, puede favorecer un embarazo ectópico en el futuro. El tener un inicio temprano de las relaciones sexuales incrementa la probabilidad de tener relaciones sexuales con diversas parejas lo que incrementa el riesgo de infecciones genitales especialmente por clamidia (19).

El consumo de tabaco es un hábito que puede ser modificado, que se asocia con trastornos de la motilidad tubárica dependientes de la dosis, trastornos inmunitarios e incluso retraso en la ovulación. Niveles alterados de progesterona alteran la actividad de los músculos circulares de las trompas de Falopio.

Los niveles elevados de progesteronas, como aquellos que usan píldoras de progesteronas o DIU que contienen progesteronas, o niveles de progesteronas subóptimos, teóricamente pueden afectar la motilidad del tubo de Falopio. Los altos niveles de estrógeno interfieren con el transporte oviductal (19).

Mientras que se ha planteado la hipótesis de que los niveles secundarios de estrógenos secundarios al ejercicio extenuante y las restricciones dietéticas contribuyen a la tasa de aumento de los embarazos ectópicos (20).

Factores de bajo riesgo: Hasta el momento las técnicas de reproducción asistida no se pueden determinar si son un riesgo para tener embarazos ectópicos, aunque en EE. UU. se ha incrementado los embarazos ectópicos en las usuarias de utilizaron estas técnicas de fertilización. Finalmente, la tasa fue más alta en los que utilizan óvulos de donantes, y las madres mayores se asociaron con un mayor riesgo de embarazos ectópicos en los casos del uso de embriones frescos (20).

En segundo lugar, la utilización regular de duchas vaginales y la fecundación en edades avanzadas aumentan la tasa de embarazos ectópicos (20).

La mayor incidencia de esta patología está en mujeres de edades entre 35 a 44 años. De hecho, las mujeres mayores de 35 años tienen unas tasas de embarazos ectópicos ocho veces mayor que las mujeres jóvenes. También existe la hipótesis de que cuando una mujer cumple las tres décadas de la vida, se pierde la actividad miométrica en el oviducto (20). El embarazo ectópico se produce en pacientes hasta con malformaciones congénitas como son los unicornes, así mismo se identifica como embarazo ectópico a aquellos que se implantan en el cuello uterino, las que estarían asociadas sobre todo al uso del DIU o de legrado uterinos que afectan el endometrio del cuerpo y fondo uterino por lo que el cigoto se implanta en el cérvix donde su desarrollo es muy poco probable que pueda llegar a término.

Los tres síntomas como son el dolor, hemorragia y amenorreas se han utilizado en el pasado para diagnosticar el embarazo ectópico. Estos síntomas generalmente conducen a una intervención quirúrgica, con o sin anemia aguda, y shock. Actualmente, la anamnesis y el examen general de las pacientes conducen a una detección eficaz, sabiendo que el tercio de las mujeres con esta patología cursan asintomáticas o son síntomas de leve intensidad.

Las sintomatologías del embarazo ectópico a menudo son poco específicos para distinguir de otras afecciones ginecológicas, gastro-intestinales y urológicas, que incluyen cuadros apendiculares, enfermedades pélvicas inflamatorias abortos espontáneos e infección de vías urinarias (21).

El volumen de pérdida sanguínea asociadas con el embarazo ectópico varía, pero los pacientes se quejan de "manchados en las ropas interiores". El dolor abdominal a menudo está ausente o se detecta con retraso. Esto probablemente se deba al reconocimiento temprano del embarazo mediante dosajes de hormonas del embarazo y poder tener el resultado de una ecografía vaginal inmediatamente. Casi todas las mujeres con dolores abdominales no son portadoras de embarazos ectópicos sin embargo la sospecha clínica debe generar un descarte del mismo. Las manifestaciones poco comunes del embarazo ectópico incluyen náuseas, vómitos y diarrea, mientras que la distensión abdominal, el dolor, la peritonitis y el shock hemorrágico pueden ocurrir con la rotura de embarazo ectópico (21).

Debe descartarse embarazo ectópico en toda mujer fértil con dolor súbito abdominal. Las tríadas clásicas de dolor, sangrado y masa anexial se identificaron solo en 40,2%. 9,2% presentaron shock (21).

Antes de 1980 el diagnóstico por ecografía no estaba basada en la identificación de embarazos ectópicos, sino en la incapacidad de visualizar embarazos intrauterinos. Esto se consideró una indicación de laparoscopia y el porcentaje de "laparoscopia negativa" era inevitable. El uso de la ecografía por vía vaginal cambió el enfoque diagnóstico a uno que se basa en visualizar masas ectópicas. La ecografía transvaginal demostró ser superior a la ecografía transabdominal. Estudios recientes han demostrado que la sensibilidad diagnóstica de la ecografía trans-abdominal es 77-80% y 88-90% para transvaginal, en el diagnóstico de embarazo ectópico de trompas de Falopio (22).

En el endometrio no existe un aspecto claro preciso que sea patognomónico de embarazo ectópico, pues en 20% o más de casos, las colecciones líquidas se encuentran en la cavidad uterina, clásicamente denominada "pseudosaco". Es probable que la región hipoeoica de la cavidad endometrial sea un embarazo intra útero, por lo que no se debe hacer un diagnóstico de embarazo ectópico basándose únicamente en este hallazgo (23).

Líquido pélvico libre: en embarazos ectópicos e intrauterinos, es frecuente observar una pequeña cantidad de líquido sin eco en el fondo de saco recto vaginal.

Se ha informado la presencia de líquido ecogénico en el 28 a 56% de mujeres con embarazo ectópico. Debe correlacionarse con el hallazgo quirúrgico de hemorragia intraabdominal, pero no es confirmatorio de la ruptura de las trompas de Falopio porque la sangre generalmente se escapa por las fimbrias.

El principal marcador de hemorragia intraabdominal grave es ocupación del espacio hepatorenal por líquido o de este líquido libre en la cavidad abdominal (23).

Los Embarazos ectópicos de las trompas de Falopio: La presencia de una masa anexial no quístico suele ser el hallazgo ecográfico más frecuente. En aproximadamente el 20% se puede ver un saco de embarazo ectópico vacío. En el otro 20%, se puede apreciar un saco con contenido de saco vitelino con o sin presencia de latido cardíaco. El consenso de nomenclatura reciente ha sugerido usar el término "embarazo ectópico transparente" cuando hay sacos vitelinos y/o embriones. "Embarazo ectópico potencial" se dice que es cuando se observa masas homogéneas estructuras similares a un saco extra útero (24,25).
Diagnósticos quirúrgicos: Se hacen cuando los síntomas se desconocen. La laparoscopia es lo ideal para estos pacientes constituyendo la técnica de oro de embarazo ectópico tubárico, resultados falsos positivos y negativos con esta técnica es prácticamente inaceptable (26).

Marcadores sanguíneos

a) b-hCG

Cuando una mujer está en edad fértil y consulta por amenorrea / sangrado anormal y dolores abdominales, se debe descartar embarazo como primera exclusión por medición del nivel de la subunidad b-hCG (27).

La (b-hCG) en la sangre tiene 2 subunidades que son sintetizadas células blásticas vegetativas sintéticas de la placenta en desarrollo, cuyo nivel es de 8 a 10 días después de la fertilización (es medible en 5 mIU) y el rango aumenta exponencialmente. 6ª semana. En un embarazo común, los niveles de hCG en la sangre está íntimamente relacionada con el tamaño y desarrollo del saco del embarazo embrionario. Por el contrario, el embarazo ectópico a menudo se asocia con niveles más bajos de b-hCG que los embarazos intrauterinos normales durante el mismo período (28).

El nivel más bajo de b-hCG en el que siempre se debe detectar el saco del embarazo mediante ecografía es definida como niveles de identificación o la zona crítica, que para estos casos esto es 1500-2000 mIU/ml para ultrasonido transvaginal y 6000-6500 mIU/ml para ultrasonido trans-abdominal. la variabilidad de los interoperadores del examinador de ultrasonido y la variabilidad del laboratorio para informar, es importante tener en cuenta.

Según la última evidencia disponible, un valor de b- hCG > 3.500 mUI/ml se definió como una "nueva zona de diagnóstico" con un 99% de posibilidades de visualizar una imagen de un embarazo intrauterino (28).

Dado lo anterior, no se pueden descartar embarazos intrauterinos normales, por lo que, si la ecografía no muestra evidencia de embarazo, decidir manejar una paciente hemodinámicamente estable con sospecha de embarazo ectópico, no es recomendable usar un valor único de b-hCG para ello. Se recomiendan mediciones continuas de b-hCG cada 2 días identificándose curvas de ascenso anómalas. Esto se define como un aumento de menos del 66% en 48 horas. Se debe sospechar un aborto espontáneo si se demuestra una disminución en los niveles de b-hCG (28).

b) Progesterona

Dado que la concentración de progesterona es estable independiente de la edad de gestación al principio del embarazo, se puede usar como un complemento del dosaje de gonadotropina coriónica en el diagnóstico de embarazo. Al evaluar la concentración de progesterona sérica en muestras aisladas, se ha demostrado una correlación buena entre bajos niveles de esta hormona (por debajo de 5 ng/mL) y el diagnóstico del embarazo ectópico. De igual forma, las mujeres con niveles superiores a 22 ng/mL tienen más probabilidades de tener un embarazo intra útero. Sin embargo, este punto de corte no distingue entre el embarazo ectópico y embarazo intrauterino. Este es un marcador poco fiable para predecir el embarazo ectópico (29).

Ultrasonido transvaginal

La ecografía a través de la vagina tiene una sensibilidad de 94 - 99% y especificidad de 87%, y permite una visualización temprana de embarazos intrauterinos y una mejor caracterización de tumores ectópicos que pueden estar asociados con embarazos ectópicos (29).

El saco de gestación (signo de la doble decidua) suele observarse mediante ultrasonografía transvaginal hasta alcanzar un diámetro de 2-5 mm. Esto ocurre alrededor de la quinta semana de gestación. El embarazo intrauterino es muy poco probable si no se visualiza por encima de los niveles de b-hCG de 1500-2000 mIU/ml. Se puede detectar el 60% de los embarazos ectópicos. Del mismo modo, existen varios hallazgos ecográficos transvaginales que aumentan la sospecha de embarazo ectópico. Dependiendo de la frecuencia, se pueden encontrar tumores anexiales (50-60%), saco de embarazo ectópico vacío (20 - 30%) y saco de embarazo ectópico con el lecho embrionario. (15 - 20%), pseudosacos (20%) y líquidos libres (28-56%). Pero con un 7 - 30 %, se tratan de embarazos en lugares inciertos (29).

La confirmación de embarazo ectópico ocurre cuando se visualiza transvaginalmente un saco ectópico con saco vitelino y/o un apéndice embrionario. Pero datos indican que en los casos de fecundaciones invitro los embarazos ectópicos se producen en el 1% de todos los embarazos ectópicos producidos. Para descartar un embarazo ectópico, se recomienda realizar una ultrasonografía transvaginal regular 4-6 semanas después del procedimiento (29).

Debe tenerse en cuenta la presencia de lesiones traumáticas en el miometrio o antecedentes de salpingectomía para hacer unidad clínica (29).

Teniendo en cuenta ello, la ecografía transvaginal asociada con la medición de bhCG en sangre mejora la sensibilidad hasta un 97 % y una especificidad del 99 % muy temprano en el embarazo en casi todos los casos. Y una predicción positiva del 98%. Cabe señalar que se requiere una biopsia para hacer un diagnóstico definitivo (29).

Manejo del embarazo ectópico

Seguimiento: La espera vigilante es monitorear hasta la recuperación de los niveles de hCG cuando caen por debajo de 2 UI/L. El inicialmente las pruebas deben hacerse diariamente, luego en una semana hasta que los niveles de hCG vuelvan a la normalidad (25).

Tratamiento: Se informó que el metotrexato se utilizó por primera vez como terapia en embarazo ectópico. El metotrexato es un anti metabolito de actuación sobre las células en proliferación activa, incluido el tejido velloso. La dosis de metotrexato utilizada en el embarazo ectópico es de 1 mg/kg o 50 mg/m² (30).

Cirugía conservadora: las salpingectomías se realizan actualmente por vía laparoscópica siempre que sea posible. Estudios aleatorios bien diseñados sugieren que las inyecciones postoperatorias profilácticas regulares de metotrexato reducen el riesgo (30).

Cirugía radical: las salpingectomías generalmente se realizan por vía laparoscópica, en las salpingectomías se extrae las trompas de Falopio que contienen el producto del embarazo, ya sea desde los cuernos hasta las fimbrias (hacia adelante) o desde los cilios hasta los cuernos(retrógrado) (30).

Terapia quirúrgica. Se recomienda que debe realizarse laparoscopia en vez de laparotomía. La cirugía laparoscópica se comparó con cirugía a cielo abierto, la cirugía laparoscópica se asoció con un tiempo de cirugía más corto, sangrado intraoperatorio reducido, estancias hospitalarias más cortas y necesidad reducida de analgesia. No hubo diferencia en el grado de permeabilidad tubárica entre los dos enfoques. Los embarazos posteriores fueron similares en mujeres que deseaban una futura fertilidad, y el abordaje laparoscópico tendió a reducir la tasa de recurrencia de embarazos ectópicos (31).

Sin embargo, las salpingotomías laparoscópicas tuvo menos éxito que laparotomía a cielo abierto para eliminar el embarazo ectópico. El Royal College of Obstetrics y Gynecology, junto con la evidencia de nivel IV, también recomienda que si hay inestabilidad hemodinámica se realice el método que más convenga que generalmente, será una laparotomía. Si la paciente muestra signos de shock hipotensor, no existe un protocolo por lo que se debe tratar según el caso (31).

En la última década, las tendencias en el manejo médico, cirugía laparoscópica y abierta de los embarazos ectópicos se han revertido, favoreciendo la reducción de las morbilidades y los gastos. La espera médica y vigilante se puede realizar en un entorno ambulatorio, lo que se asocia con una reducción de la morbilidad, la rentabilidad y la comodidad del paciente. Sin embargo, cabe señalar que la creciente necesidad de un tratamiento secundario y tener una ruta clara de diagnóstico y manejo brinda confianza al personal para evaluar las opciones de tratamiento óptimas (31).

Tratamiento médico

Con metotrexato pueden tratarse los embarazos que están estables termodinámicamente (MTX). La tasa general de éxito es de alrededor del 90%. Para la mayoría de los embarazos ectópicos, una sola dosis intramuscular de 50 mg/m² de MTX basta (32).

Para otros embarazos ectópicos, incluidos los embarazos cervicales o salpingoestromales, el tratamiento con dosis múltiples es una opción adecuada. El candidato ideal para el tratamiento con MTX es una persona con hemodinámica estable, cumplimiento del seguimiento posterior al tratamiento, una concentración de hCG por debajo de 5000 mUI/mL o menos y sin actividad cardíaca fetal. Las masas ectópicas menores de 3-4 cm también se usan para predecir una evolución exitosa (32).

Recientemente, un ensayo aleatorizado DEMETER fue lo suficientemente sólido como para confirmar que no hubo una diferencia significativa en la fertilidad después de 2 años comparando la terapia médica con las cirugías conservadoras: embarazo intrauterino 67 % vs. 71% embarazo ectópico tratada con metotrexato. El metotrexato es una sustancia teratogénica, pero su vida media es muy corta(33).

Se ha propuesto el uso de moduladores selectivos de los receptores de progesterona (mifepristona) como complemento del tratamiento médico. Los ensayos aleatorios no mostraron ningún efecto de la administración vía venosa de mifepristona, pero no en las con niveles de progesterona de 10 ng/L o superiores. Estas nuevas terapias son prometedoras, pero deben evaluarse de manera más adecuada (33).

En la segunda parte de las bases teóricas se puede concluir que el desarrollo de embarazo ectópico es una patología que pone en riesgo la vida de la madre sobre todo si ello ocurre en lugares alejados donde llegar a los establecimientos resolutivos es imposible en poco tiempo pudiéndose producir la muerte de la madre por lo que su diagnóstico oportuno o la identificación de los factores de riesgo podrían facilitar la prevención de la emergencia con monitores frecuentes de las gestantes con alto riesgo de desarrollar embarazos ectópicos.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?

Problemas específicos

¿Haber tenido cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?

¿Haber tenido enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?

¿Es el uso de DIU un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?

¿Es el uso de la píldora de emergencia un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?

¿Es el antecedente de legrados uterinos previos un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?

Justificación e importancia de la investigación

El estudio se justifica pues es factible de realizarlo al tener casos reportados debidamente en el Hospital Santa María del Socorro, es interesante porque la patología puede ser prevenido y tratado adecuadamente antes que se desarrollen complicaciones graves o incluso la muerte, novedosa en el sentido que no se cuentan con datos exactos de los casos ocurrido en dicho hospital por lo que se mejorará de información disponible sobre esta patología. Éticamente es posible pues no se prevé daños a la salud de los participantes al ser desarrollada sobre sus historias clínicas, es relevante en razón que es una patología que su incidencia está en aumento por aumento de los factores de riesgo.

Importancia

Relevancia metodológica. El estudio se desarrolló bajo los parámetros del método científico a fin de no presentar sesgos en el estudio por lo que sus resultados son veraces y de utilidad para comparaciones con otras investigaciones.

Relevancia teórica. El estudio se desarrolló con bases teóricas actualizadas incrementando el conocimiento de esta patología sobre la base de la medicina basada en la evidencia local.

Relevancia social, la investigación repercutirá en una disminución de los embarazos ectópicos al seleccionar adecuadamente a las usuarias de métodos anticonceptivo reduciendo así la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Relevancia Práctica. La investigación determinará la relación que existe entre el uso de los dispositivos intrauterinos y el desarrollo de embarazo ectópico que en conocimiento de los profesionales de la salud pueden tomar medidas que disminuyan la incidencia de embarazos ectópicos a aplicar estos dispositivos en personas sin otros riesgos.

Viabilidad.

La investigación es viable desde el punto de vista financiero, pues fue autofinanciado por el investigador. Técnicamente es viable porque existen casos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica de donde se pueden acceder a la información.

Objetivos

Objetivo general

Identificar cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

Objetivos específicos

Identificar si el tener cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Identificar si haber tenido enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Precisar si usar DIU es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Valorar si el uso de la píldora de emergencia es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Identificar si haber tenido legrados uterinos previos es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

Hipótesis general

Ha: Existen factores asociadas al embarazo ectópico en mujeres atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Hipótesis específica

Ha: El antecedente de cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Ha: El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Ha: El uso de DIU es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Ha: El uso de la píldora de emergencia es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Ha: El antecedente de legrados uterinos previos es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.

Variables

Variable dependiente

Embarazo ectópico

Variables independientes

Factores de riesgo

- Cesárea anterior
- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria
- Uso de DIU
- Uso de píldora de emergencia
- Antecedentes de legrado uterino

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Por un estudio:

No experimental: Porque no se modificó en las variables

Analítica: Tiene 2 variables

Retrospectiva: Pues los datos son de historias clínicas.

Transversal: Solo se mide las variables una sola vez

Diseño: Cuantitativo.

Población: Pacientes gestantes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro del 2019 al 2022 que son 4320 estimando 2% de embarazos ectópicos.

Muestra

Para hallar el tamaño de la muestra se empleó la fórmula de casos y controles

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha = 1.96$

$Z\beta = 0.84$

$P_1 =$ Proporción en los casos = 0.24

$P_2 =$ Proporción en los controles = 0.08

$n = 67$ casos y 67 controles

CRITERIOS DE CASO

- Paciente con embarazo ectópico que presenta los factores de riesgo atendida entre el 2019 al 2022 en el Hospital Santa María del Socorro.
- Paciente que tenga su historia clínica completa.

CRITERIOS DE CONTROL

- Paciente sin embarazo ectópico que presenta los factores de riesgo atendida entre el 2019 al 2022 en el Hospital Santa María del Socorro.
- Paciente que tenga su historia clínica completa.

Muestreo. - La selección será aleatoria

La técnica: Fue la documental pues se refiere a la revisión de registros clínicos.

Instrumento: Se trata de una ficha epidemiológica, instrumento utilizado y validado en el estudio de **Guzmán Gonzales, G (11)**, en un trabajo sobre los factores asociados al embarazo ectópico en mujeres 18 a 40 años tratados en el servicio de ginecología/obstetricia del Hospital María Auxiliadora 2017 de Lima- Perú.

Los datos recolectados fueron analizados en programa estadístico para las ciencias de la salud SPSS v23 para obtener las tablas y gráficos las que fueron analizadas e interpretadas. Amparando los principios éticos de toda investigación, se solicitó la autorización del Hospital Santa María del Socorro para la realización del presente estudio.

La confidencialidad de la información fue garantizada en conjunto con el anonimato, puesto que cada ficha de datos tuvo una numeración, la información es utilizada exclusivamente para la investigación, sin perjudicar en lo absoluto a las participantes.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos generales

	N	Mínimo	Máximo	Media
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	IC95%
Edad	67	18	46	25,15 23,36 – 26,93
Paridad			Frecuencia	Porcentaje
1			7	10,4%
2			34	50,7%
3			18	26,9%
4			7	10,4%
5			1	1,5%
Total			67	100,0%
Procedencia				
Urbano			57	85,1%
Rural			10	14,9%
Total			67	100,0%
Síntomas				
Dolor			52	77,6%
Sangrado			51	76,1%
Náuseas			23	34,3%
Debilidad			42	62,7%
Dolor rectal			17	25,4%

Fuente: Elaboración propia

La edad media de los pacientes con embarazo ectópico fue de 25,15 (IC95%: 23,36-26,93). La paridad más frecuente fue de 2 veces. 85,1% proceden de zonas urbanas, los síntomas más frecuentes fueron el dolor (77,6%) y sangrado (76,1%),

Tabla 2. El antecedente de cesárea anterior como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

Cesárea	Embarazo Ectópico			
	Presente	Ausente	Total	
Si cesárea anterior	38 56,7%	24 35,8%	62 46,3%	$\chi^2=5,9$ $p= 0,015$ OR= 2,3 IC95% (1,2-4,7)
No cesárea anterior	29 43,3%	43 64,2%	72 53,7%	
Total	67 100,0%	67 100,0%	134 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de cesáreas en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 56,7% tuvieron al menos un parto por cesárea frente a 35,8% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,015$ OR= 2,3 IC95% (1,2-4,7).

Tabla 3. La Enfermedad pélvica inflamatoria como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

Enfermedad pélvica inflamatoria	Embarazo Ectópico			
	Presente	Ausente	Total	
Si EPI	24 35,8%	11 16,4%	35 26,1%	X ² =6,5 p= 0,011 OR= 2,8 IC95% (1,3-6,4)
No EPI	43 64,2%	56 83,6%	99 73,9%	
Total	67 100,0%	67 100,0%	134 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de Enfermedad pélvica inflamatoria en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 35,8% frente a 16,4% del grupo sin embarazo ectópico. p= 0,011 OR= 2,8 IC95% (1,3-6,4).

Tabla 4. El uso de Dispositivo intrauterino como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

Dispositivo intrauterino	Embarazo Ectópico			
	Presente	Ausente	Total	
Usa DIU	17	5	22	$X^2=7,8$ $p= 0,005$ OR= 4,2 IC95% (1,5-12,2)
	25,4%	7,5%	16,4%	
No usa DIU	50	62	112	
	74,6%	92,5%	83,6%	
Total	67	67	134	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

El uso de Dispositivo intrauterino en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 25,4% frente a 7,5% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,005$ OR= 4,2 IC95% (1,5-12,2).

Tabla 5. El consumo de Píldora de emergencia como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

Píldora de emergencia	Embarazo Ectópico			
	Presente	Ausente	Total	
Si usó	28 41,8%	16 23,9%	44 32,8%	X ² =4,9 p= 0,027 OR= 2,3 IC95% (1,1-4,8)
No usó	39 58,2%	51 76,1%	90 67,2%	
Total	67 100,0%	67 100,0%	134 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

El consumo de Píldora de emergencia en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 41,8% frente a 23,9% del grupo sin embarazo ectópico. p= 0,027 OR= 2,3 IC95% (1,1-4,8).

Tabla 6. El legrado uterino como factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

Legrado uterino	Embarazo Ectópico			
	Presente	Ausente	Total	
Si LU	19 28,4%	7 10,4%	26 19,4%	$X^2=6,9$ $p= 0,009$ OR= 3,4 IC95% (1,3-8,7)
No LU	48 71,6%	60 89,6%	108 80,6%	
Total	67 100,0%	67 100,0%	134 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de legrado uterino en el grupo de pacientes con embarazo ectópico es de 28,4% frente a 10,4% del grupo sin embarazo ectópico. $p= 0,009$ OR= 3,4 IC95% (1,3-8,7)

IV. DISCUSIÓN

La investigación demostró que el promedio de edad de las mujeres que presentaron embarazo ectópico es de 25,15 años, que es una edad donde se presentan la mayor proporción de embarazos, lo que pone en riesgo de que se presente un embarazo ectópico, siendo la paridad más frecuente la de dos partos, seguido de tres partos, procediendo en su mayoría de zonas urbanas y siendo los síntomas más frecuentes la de dolor pélvico y sangrado genital.

Evaluando los factores de riesgo para el desarrollo de embarazo ectópico se identificó que el antecedente de cesáreas previas es un factor de riesgo que se asocia a esta patología pues la cicatriz de la cesárea impide una normal implantación del huevo o cigoto por lo que se puede implantar en el cérvix uterino, esta condición incrementa el riesgo de desarrollo de embarazo ectópico de hasta dos, tres veces más.

Del mismo modo se valoró el antecedente de haber tenido enfermedad pélvica inflamatoria y el desarrollo de embarazo ectópico determinándose que se encuentra fuertemente asociado al desarrollo de esta patología, la que se debería a que el proceso inflamatorio produce en las trompas la producción de fibrina o cicatrices que reducen el diámetro de la trompa dificultando la normal migración del huevo o cigoto en el interior de la trompa en dirección al endometrio, quedándose en alguna de las partes de la trompa de Falopio, que generalmente es en su parte más estrecha como es la ístmica. La enfermedad pélvica inflamatoria como factor de riesgo para el embarazo ectópico es demostrada en el estudio de Gonzales(13).

El uso de dispositivos intrauterinos también se encuentra fuertemente asociado a la presencia de embarazo ectópico por razones de que el cuerpo extraño dentro del útero impide una normal implantación del huevo, por lo que busca implantarse en el cérvix uterino o podrían implantar en las trompas que para el caso de estas pacientes se encuentra con mayor riesgo de inflamaciones pélvicas por las presencia de un cuerpo extraño que favorece las migración de los gérmenes a hacia las trompas de Falopio. Esta asociación es determinada en el estudio de Escobar(6) que indica que el embarazo ectópico es más prevalente en las mujeres que usan DIU y que tuvieron cirugías en el parte abdominal. Incluso el estudio de Hu(7) y de Carmena(8) concluyen que el uso del DIU está asociada al embarazo ectópico siendo los principales síntomas, el dolor, sangrado y amenorrea, incrementando el riesgo hasta en 4,2 veces.

También el estudio de Ángel (9) y el de Vivas (10) concluyen que las entidades asociadas con el embarazo ectópico son tener un DIU y tener antecedentes de embarazos ectópicos previos.

Guzmán (11) también encuentra dicha asociación.

El uso de la píldora de emergencia contiene altas dosis de progesterona que engruesa el endometrio y el epitelio de las trompas lo que disminuye la luz de las trompas de Falopio impidiendo que el huevo o cigoto avance a la cavidad uterina y termine implantándose en las trompas. Esta asociación es observada en la investigación de Calderón(12) que concluye que los embarazos ectópicos previos, las que tomaron la píldora de emergencia y usar el DIU tienen un alto riesgo de embarazo ectópico.

Finalmente en el estudio se evaluó al antecedente de haber tenido al menos un legrado uterino como factor de riesgo para la presencia de embarazo ectópico determinándose que existe una asociación significativamente entre ambas variables, por lo que el antecedente de legrado uterino es un factor de riesgo para tener un embarazo ectópico lo que estaría en relación a las cicatrices que se presentan después del legrado uterino lo que impide que el huevo o cigoto se implante en el cuerpo o fondo uterino buscando implantarse donde no existe cicatrices que es el cuello uterino.

Esta asociación es demostrada en la investigación de Santillán (14) que demuestra que la inflamación pélvica, aborto espontáneo, legrado uterino y DIU son más frecuentes y por lo tanto relacionadas con factores de riesgo para el embarazo ectópico.

V. CONCLUSIONES

1. Los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022 son cesárea anterior, enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de píldora de emergencia y antecedente de legrado uterino.
2. Tener cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022
3. Haber tenido enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.
4. Usar DIU es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022
5. Consumo de la píldora de emergencia es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022
6. Haber tenido legrados uterinos previos es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022

VI. RECOMENDACIONES

1. Lograr mediante actividades informativas a la población sexualmente activas, en los colegios y universidades, principalmente en zonas urbanas, a través de campañas preventivas en conjunto con la Diresa- Ica, con la finalidad de llevar una vida sexual saludable, ya que la exposición a gérmenes influyen en el embarazo ectópico.
2. Seleccionar adecuadamente a las gestantes que deben terminar su parto por cesárea, la cuales requerirán de una buena evaluación física, clínica y ginecológica estricta, tanto de la gestante como del producto para evitar practicar cesáreas innecesarias.
3. Evaluar, diagnosticar y tratar adecuadamente a las gestantes con enfermedades pélvicas inflamatorias, sobre todo cuando es producido por infecciones venéreas, pues son las que más daño pueden producir a las trompas, ello es posible mediante un examen clínico, físico y ginecológico minucioso para la determinación de las causas de la enfermedad pélvica inflamatoria.
4. Realizar campañas informativas sobre los cambios periódicos de los dispositivos intrauterinos en mujeres que usan este anticonceptivo en Conjunto con la Diresa-Ica, a fin de evitar inflamaciones pélvicas que conducen a lesiones en las trompas y favorecer el desarrollo de embarazo ectópico.
5. Coordinar con la Diresa-Ica para difundir a través de los programas de salud sexual y reproductora sobre el Consumo de la píldora de emergencia, condicionando su uso solo en casos necesarios, pues esto condiciona alteraciones en el epitelio de la trompa que favorece el desarrollo de embarazo ectópico, por lo que su uso debe ser en lo posible evitado mediante una buena orientación sexual y uso de condón en las relaciones sexuales.
6. Implementar actividades informativas y preventivas mediante una adecuada educación sexual y reproductiva en las zonas urbanas, para evitar los embarazos no deseados en conjunto con la Diresa- Ica, ya que son los que al final se asocian con legrados uterinos y a su vez favorecen el desarrollo de embarazo ectópico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Sociedad Española de Fertilidad. Embarazo ectópico 2019. Disponible en: <https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>

- 2.- Mejía J. Beneficios del uso de metotrexato vs. del tratamiento quirúrgico en pacientes con embarazo ectópico no complicado en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2018. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1285/192JMEJ%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 3.- Espinoza S. Generalidades del embarazo ectópico. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 13 de abril de 2022];6(5):e670. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>

- 4.- Viera Hernández M. Embarazo ectópico cervical. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología 2017; 43(3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/241/187>

- 5.- Carmena F. Evaluación de la efectividad del dispositivo intrauterino en términos de ocurrencia de embarazo ectópico. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/FRANCISCO%20JAVIER%20CARME NA%20 MARTINEZ.pdf>

- 6.- Escobar-Padilla, Beatriz; Perez-López, Carlos A.; Martínez-Puon, Horacio Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 3, 2017 Instituto Mexicano del Seguro Social, México Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750970002>

- 7.- Hu L, et al. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico Costa Rica 2019. Rev Clin Esc Med. 2019;9(1):28-36. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87031>

- 8.- Carmena F. Evaluación de la efectividad del dispositivo intrauterino en términos de ocurrencia de embarazo ectópico Madrid 2017. FJC Martínez - 2017 - 147.96.70.122
- 9.- Ángel J. (2020) Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas. experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel. Especialidad thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León. URI:<http://eprints.uanl.mx/id/eprint/20513>
- 10.- Vivas A. Dispositivo intrauterino T de cobre como factor de riesgo de embarazo ectópico. URI. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60535>
- 11.- Guzmán G. Factores determinantes para embarazo ectópico en pacientes de 18 a 40 años hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora Lima- Perú 2017. URI: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/542>
- 12.- Calderon C. Anticonceptivo hormonal de emergencia y su relación con el embarazo ectópico en pacientes del hospital central PNP Luis N. Sáenz 2017. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/653>
- 13.-Gonzales M. Embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Hospital Santa Rosa, 2016-2018. URI : <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6095>
- 14.-Santillán Y. Factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital regional docente de Cajamarca, 2017. URI <https://hdl.handle.net/20.500.12990/7291>
- 15.- Bertin F. et al. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura 2019. Revista chilena de obstetricia y ginecología 84.1: 55-63.
- 16.- 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 2018. URI. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1412>

- 17.- Villasís R. "Factores de riesgo relacionados con embarazo ectópico en Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas. 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/8876>
- 18.- Hermoza C. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Hipólito Unanue–Tacna, 2015 al 2020. URI: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4383>
- 19.- Carrasco J. Factores de Riesgo Asociados a Embarazo Ectopico en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, Octubre 2018– Marzo 2019. URI: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/678>
- 20.- Huanacuni M. Factores de riesgo de embarazo ectópico en las pacientes de 18 a 45 años hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital III Puno EsSalud enero-diciembre 2017. URI: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/10697>
- 21.- Macazana Á. Embarazo ectópico–Hospital Regional de Ayacucho 2020. URI: <http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/553>
- 22.- Zapata J, y Miryan Janneth V. Complicaciones del embarazo ectópico no accidentado Hospital Provincial General Docente Riobamba, 2019. BS thesis. Universidad Nacional de Chimborazo. URI: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6828>
- 23.- Rejón L, et al. "Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía." Ginecología y obstetricia de México 87.03 (2019): 196- 201.
- 24.- Rejón-Estrada L, et al. Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía. Ginecología y obstetricia de México 87.03 (2019): 196-201.
- 25.- Rebaza H. Antecedente de cesárea, aborto y de cirugía tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico. Hospital Belén de Trujillo. 2014-2018. URI: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13108>

26.- Espinoza G. Garnier J, y Pizarro G. "Generalidades del embarazo ectópico." Revista Médica Sinergia 6.5 (2021): e670- e670.

27.- Rivera C. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. REV CHIL OBSTET GINECOL 2020; 85(6): 697 – 708.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>

28.- Nuñez 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, 2019. URI <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/14061>

29.- Cedeño N. Aplicación del proceso de atención de enfermería en paciente adulta con embarazo ectópico abdominal a término en el área de obstetricia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús período 2018-2019. BS thesis. Babahoyo: UTB-FCS, 2020, 2020. URI <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7402>

30.- Mendoza S., Pazmiño J., y Romero K. (2022). Embarazo ectópicosobrecicatriz uterina. Revisión bibliográfica. Metro Ciencia, 30(1), 14-23. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/1/2022/14-23>

31.- Chipana I. "Factores de riesgo para embarazo ectópico." (2019).URI. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/981>

32.- Martínez M. "Prevalencia de embarazo ectópico en pacientes delHospital General de Zona num. 20 durante el año 2019. URI <https://hdl.handle.net/20.500.12371/13868>

33.- Paiba M. Características clínicas, laboratoriales, epidemiológicasy ecográficas de pacientes con respuesta al tratamiento con Metrotexate en embarazo ectópico, 2014–2018.

VIII. ANEXOS

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Método
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Haber tenido cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?</p> <p>¿Haber tenido enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?</p> <p>¿Es el uso de DIU un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?</p> <p>¿Es el uso de la píldora de emergencia un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?</p> <p>¿Es el antecedente de legrados uterinos previos un factor asociado al embarazo ectópico en gestantes tratadas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar si el tener cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Identificar si haber tenido enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022.</p> <p>Precisar si usar DIU es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Valorar si el uso de la píldora de emergencia es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Identificar si haber tenido legrados uterinos previos es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Ha: Existen factores asociadas al embarazo ectópico en mujeres atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Hipótesis específica</p> <p>Ha: El antecedente de cesárea anterior es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Ha: El antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Ha: El uso de DIU es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Ha: El uso de la píldora de emergencia es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 – 2022</p> <p>Ha: El antecedente de legrados uterinos previos es un factor asociado al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019 - 2022</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Embarazo ectópico</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES</p> <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior • Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria • Uso de DIU • Uso de píldora de emergencia • Antecedentes de legrado uterino 	<p>Tipo</p> <p>No experimental: Porque no se modificarán en las variables.</p> <p>Análítica: Tiene 2 variables</p> <p>Retrospectiva: Pues los datos son de historias clínicas.</p> <p>Transversal: Solo se mide las variables una sola vez</p> <p>Diseño Cuantitativo.</p> <p>Población. Pacientes gestantes atendidos en el Hospital Santa María del Socorro del 2019 al 2022 que son 4320 estimando 2% de embarazos ectópicos</p> <p>Muestra n= 67 casos y 67 controles</p> <p>La técnica: Será la documental pues se refiere a la revisión de registros clínicos</p> <p>Instrumento: Una ficha de recolección de datos elaborado para tal fin</p>

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Fuente
Variable dependiente Embarazo ectópico	Implantación del huevo o cigoto fuera de la cavidad uterina	Embarazo extra uterino detectado por ecografía	Presente Ausente	Nominal	Historia clínica
Variables independientes Cesárea anterior	Antecedente por haber tenido parto por cesárea	Haber tenido parto por cesárea	Presente Ausente	Nominal	Historia clínica
Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria	Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria de cualquier etiología	Antecedente de EPI	Presente Ausente	Nominal	Historia clínica
Uso de DIU	Presencia de uso de DIU	Uso de DIU	Si No	Nominal	Historia clínica
Uso de píldora de emergencia	Consumo de píldora de emergencia	Consumo de píldora de emergencia	Si No	Nominal	Historia clínica
Antecedente de legrado uterino	Antecedente de haber tenido legrado uterino por cualquier causa	Antecedente de legrado uterino	Si No	Nominal	Historia clínica

Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N° _____

Edad _____ años

Paridad _____

Procedencia _____ (Urbana) (Rural)

Síntomas de ingreso

Antecedente de embarazo ectópico
(Presente) (Ausente)

Cesárea anterior
(Presente) (Ausente)

Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria
(Presente) (Ausente)

Uso de DIU
(SI) (NO)

Uso de píldora de emergencia
(SI) (NO)

Antecedente de legrado uterino
(SI) (NO)



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”



DICTAMEN DE AUTORIZADO

MORENO FAJARDO, JHANPIERRE MARCOS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Investigación titulado:

“FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO 2019-2022”.

Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su desarrollo y publicación.

Número de Registro

R-2022-100-37

Ica, 16 de Agosto 2022.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

Lic. Enf. ISSBETH del R. RAMOS OLIVARES
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica - Ica

BASE DE DATOS

ID	Embarazo ectópico	Cesárea	EPI	DIU	AOE	Legrado uterino	Edad	Paridad	Procedencia	Dolor	Sangrado	Náuseas	Debilidad	Dolor rectal
1	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	18	2	Urbano	Si	Si	No	Si	Si
2	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	18	2	Urbano	Si	No	Si	Si	No
3	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	18	3	Rural	Si	Si	No	Si	No
4	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	18	2	Urbano	No	No	Si	Si	No
5	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	18	2	Urbano	Si	Si	No	No	Si
6	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	18	2	Urbano	No	Si	Si	Si	No
7	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	19	2	Urbano	Si	Si	No	No	Si

8	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	19	2	Urbano	Si	Si	No	No	No
9	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	19	2	Urbano	No	Si	No	Si	Si
10	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	19	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
11	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	19	3	Rural	No	Si	No	Si	No
12	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	19	4	Urbano	Si	Si	Si	No	No
13	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	19	3	Urbano	Si	No	No	Si	No
14	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	19	2	Urbano	Si	Si	Si	Si	Si
15	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	20	1	Urbano	No	No	Si	Si	No

16	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	2	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
17	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	20	2	Urbano	Si	No	Si	Si	No
18	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	2	Urbano	Si	Si	No	No	Si
19	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	2	Rural	Si	No	Si	No	No
20	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	21	2	Urbano	Si	Si	Si	No	No
21	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	1	Urbano	Si	Si	Si	Si	Si
22	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	21	2	Urbano	Si	Si	Si	No	No
23	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	21	3	Urbano	Si	Si	Si	Si	Si

24	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	21	4	Urbano	Si	Si	No	Si	Si
25	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	3	Rural	Si	No	Si	Si	No
26	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	21	2	Urbano	Si	Si	No	No	No
27	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	3	Urbano	Si	No	Si	Si	Si
28	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	21	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
29	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	3	Urbano	No	No	Si	No	No
30	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	21	2	Urbano	Si	Si	No	No	No
31	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	21	2	Urbano	No	No	Si	Si	No

32	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	22	1	Rural	Si	Si	No	Si	No
33	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	22	2	Urbano	Si	Si	Si	No	Si
34	Presente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	22	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No
35	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	22	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
36	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	22	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
37	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	23	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
38	Presente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	23	2	Urbano	Si	Si	No	No	No
39	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	23	1	Urbano	Si	Si	No	Si	No

40	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	23	2	Rural	Si	Si	No	No	Si
41	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	23	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No
42	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	23	3	Urbano	Si	Si	Si	No	Si
43	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	23	2	Urbano	No	Si	No	Si	No
44	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	25	1	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
45	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	26	2	Urbano	No	Si	No	No	No
46	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	25	2	Urbano	Si	No	No	No	No
47	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	28	2	Rural	No	Si	No	Si	No

48	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	29	1	Urbano	Si	No	No	No	No
49	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	30	3	Rural	No	Si	Si	No	No
50	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	32	4	Urbano	Si	No	No	Si	No
51	Presente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	34	3	Urbano	No	Si	Si	Si	No
52	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	35	2	Urbano	Si	No	No	No	No
53	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	36	3	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
54	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	39	4	Urbano	Si	Si	No	No	No
55	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	40	5	Urbano	Si	Si	No	No	No

56	Presente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	45	3	Urbano	Si	Si	No	Si	Si
57	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	46	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No
58	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	43	3	Urbano	Si	Si	No	Si	Si
59	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	42	2	Urbano	No	Si	No	Si	No
60	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	35	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
61	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	30	2	Rural	No	Si	No	Si	No
62	Presente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	31	1	Urbano	Si	Si	No	Si	No
63	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	32	2	Rural	No	Si	No	No	Si

64	Presente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	31	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
65	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	30	2	Urbano	Si	No	No	Si	No
66	Presente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	28	3	Urbano	Si	Si	No	No	Si
67	Presente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	2	Urbano	Si	No	No	No	No
68	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	29	3	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
69	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	2	Urbano	Si	No	No	Si	No
70	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	1	Urbano	Si	Si	Si	Si	Si
71	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	29	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No

72	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
73	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	1	Urbano	Si	Si	No	No	No
74	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No
75	Ausente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	29	3	Urbano	Si	Si	No	No	No
76	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	30	3	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
77	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	30	4	Rural	Si	Si	No	Si	No
78	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	30	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
79	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	31	4	Rural	No	No	No	No	No

80	Ausente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	31	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
81	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	31	3	Rural	No	No	No	No	No
82	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	31	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
83	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	31	3	Rural	Si	No	No	Si	No
84	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	31	2	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
85	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	32	2	Rural	Si	Si	No	Si	No
86	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	32	1	Rural	Si	Si	No	Si	No
87	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	32	2	Rural	Si	Si	No	Si	No

88	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	32	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No
89	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	33	3	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
90	Ausente	Si cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	33	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
91	Ausente	Si cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	33	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
92	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	33	3	Urbano	No	Si	No	Si	No
93	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	34	4	Urbano	Si	No	No	No	No
94	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	34	5	Urbano	No	Si	No	Si	No
95	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	46	4	Urbano	Si	No	No	No	No

96	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	34	4	Urbano	No	Si	Si	Si	No
97	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	34	3	Rural	Si	No	No	Si	No
98	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	34	3	Urbano	Si	Si	Si	No	No
99	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	34	2	Urbano	Si	Si	No	Si	No
100	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	35	3	Urbano	Si	Si	No	No	No
101	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	45	1	Urbano	Si	Si	No	Si	No
102	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	35	2	Urbano	Si	Si	No	No	No
103	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	35	3	Rural	Si	Si	No	Si	No

104	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	35	3	Urbano	Si	Si	No	No	No
105	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	47	2	Rural	Si	Si	No	Si	No
106	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	35	3	Rural	Si	Si	No	Si	No
107	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	38	2	Rural	Si	No	No	No	No
108	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	38	3	Rural	Si	Si	No	Si	No
109	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	38	4	Urbano	Si	No	Si	No	No
110	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	38	3	Rural	Si	Si	No	No	No
111	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	39	4	Urbano	Si	No	Si	No	No

112	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	Si LU	39	4	Rural	Si	Si	No	Si	No
113	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	39	5	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
114	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	39	4	Rural	Si	Si	No	Si	No
115	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	39	5	Urbano	No	Si	No	Si	No
116	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	40	3	Rural	Si	Si	No	Si	No
117	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	40	5	Rural	Si	Si	No	Si	No
118	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	18	4	Rural	Si	No	No	No	No
119	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	19	3	Rural	Si	Si	No	Si	No

120	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	2	Rural	Si	No	No	No	No
121	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	20	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No
122	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	4	Urbano	Si	No	Si	No	No
123	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	1	Rural	Si	Si	No	Si	No
124	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	2	Urbano	Si	No	No	No	No
125	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	18	2	Rural	Si	Si	No	No	No
126	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	19	3	Urbano	Si	Si	Si	Si	No
127	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	4	Rural	Si	Si	No	No	No

128	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	18	3	Rural	Si	Si	No	Si	No
129	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	19	4	Rural	Si	Si	No	No	No
130	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	20	5	Rural	Si	Si	No	Si	No
131	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	Usa DIU	Si usó píldora de emergencia	No LU	19	4	Rural	Si	No	Si	No	No
132	Ausente	No cesárea anterior	Si EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	Si LU	20	4	Urbano	Si	Si	No	Si	No
133	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	22	3	Rural	Si	Si	Si	Si	No
134	Ausente	No cesárea anterior	No EPI	No usa DIU	No usó píldora de emergencia	No LU	21	3	Urbano	Si	Si	No	Si	No