



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO,  
DURANTE EL PERIODO JUNIO 2023–2024 EN UN HOSPITAL PERUANO

NIVEL III-1

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autora:**

Casas Reyes, Rosario del Pilar

**Asesor:**

Alvitez Morales, Juan Daniel

ORCID: 0000-0001-6488-8457

**Jurado:**

Ramírez Alvizuri, Edward

Paredes Santos, Mayner Rodmy

Chávez Ascón, Carlos Manuel

Lima - Perú

2025



# INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO, DURANTE EL PERIODO JUNIO 2023 –2024 EN UN HOSPITAL PERUANO NIVEL III – 1

## INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	19%	5%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unasam.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
2	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal	2%
	Trabajo del estudiante	
3	repositorio.unfv.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.unsaac.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to unsaac	1%
	Trabajo del estudiante	
6	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
7	www.observatorioexclusion.net	1%
	Fuente de Internet	
8	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
9	Submitted to Universidad Cesar Vallejo	1%
	Trabajo del estudiante	
10	es.slideshare.net	1%
	Fuente de Internet	
11	Eucaris del Carmen Agüero Corzo, Roberto Carlos Dávila Morán. "Impacto de la	1%



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO ECTÓPICO,  
DURANTE EL PERIODO JUNIO 2023–2024 EN UN HOSPITAL PERUANO NIVEL III-1

**Línea de investigación:**

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autora:**

Casas Reyes, Rosario del Pilar

**Asesor:**

Alvitez Morales, Juan Daniel

ORCID: 0000-0001-6488-8457

**Jurado:**

Ramírez Alvizuri, Edward

Paredes Santos, Mayner Rodmy

Chávez Ascón, Carlos Manuel

**Lima - Perú**

**2025**

### **Dedicatoria**

A Dios por darme la vida y hacerme fuerte día a día para alcanzar todos mis sueños.

A mis padres por su constante apoyo y confianza para hacer de mí una gran profesional.

### **Agradecimientos**

Agradezco a mi asesor de tesis, por su guía, su apoyo y motivación constante. Gracias por la paciencia durante todo este proceso, fue pieza fundamental para el desarrollo de este trabajo.

También quiero agradecer profundamente a mi familia y amigos por su apoyo emocional e incondicional, gracias por estar siempre para mí y no dejar que me rinda.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>11</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>12</b>
1.1. Descripción y formulación del problema.....	12
1.1.1. Descripción del problema.....	12
1.1.2. Formulación del problema general.....	13
1.1.3. Formulación de los problemas específicos.....	13
1.2. Antecedentes.....	14
1.2.1. Antecedentes internacionales.....	14
1.2.2. Antecedentes nacionales.....	15
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos.....	17
1.4. Justificación.....	18
1.5. Hipótesis.....	18
1.5.1. Hipótesis alterna.....	18
1.5.2. Hipótesis nula.....	18
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	19
2.1.1. Tipos de embarazos.....	19
2.1.2. Embarazo ectópico.....	20
2.1.3. Consecuencias de un embarazo ectópico.....	21
2.1.4. Tratamiento por embarazo ectópico.....	22
2.1.5. Factores de riesgo de embarazo ectópico.....	23

<b>III. MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
3.1. Tipo de investigación .....	26
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	26
3.3. Variables.....	26
3.3.1. <i>Variable dependiente</i> .....	26
3.3.2. <i>Variable independiente</i> .....	26
3.4. Población y muestra .....	27
3.4.1. <i>Población</i> .....	27
3.4.2. <i>Muestra</i> .....	27
3.4.3. <i>Criterios de inclusión</i> .....	29
3.4.4. <i>Criterios de exclusión</i> .....	29
3.5. Instrumentos .....	29
3.6. Procedimientos .....	29
3.7. Análisis de datos.....	30
3.8. Consideraciones éticas .....	30
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>68</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>77</b>
<b>VIII. REFERENCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>84</b>
Anexo A. Matriz de consistencia .....	84
Anexo B. Operacionalización de variables .....	87
Anexo C. Instrumento de recolección .....	91
Anexo D. Validez de instrumento por juicio de expertos .....	95

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Frecuencia del embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024.....	31
Tabla 2 Tabla cruzada embarazo ectópico y edad .....	31
Tabla 3 Correlación según embarazo ectópico (A) y edad (B).....	32
Tabla 4 Estación de riesgo según embarazo ectópico y edad .....	33
Tabla 5 Tabla cruzada embarazo ectópico y estado civil .....	34
Tabla 6 Correlación según embarazo ectópico y estado civil.....	34
Tabla 7 Estación de riesgo según embarazo ectópico y estado civil .....	35
Tabla 8 Lugar de procedencia.....	36
Tabla 9 Embarazo ectópico y grado de instrucción .....	36
Tabla 10 Correlación según embarazo ectópico y grado de instrucción .....	37
Tabla 11 Embarazo ectópico y Ocupación .....	38
Tabla 12 Correlación según embarazo ectópico y ocupación.....	39
Tabla 13 Estación de riesgo según embarazo ectópico y ocupación .....	39
Tabla 14 Embarazo ectópico y tabaquismo .....	40
Tabla 15 Correlación según embarazo ectópico y tabaquismo.....	41
Tabla 16 Estación de riesgo según embarazo ectópico y tabaquismo .....	41
Tabla 17 Embarazo ectópico y paridad.....	42
Tabla 18 Correlación según embarazo ectópico y paridad .....	43
Tabla 19 Estación de riesgo según embarazo ectópico y paridad.....	44
Tabla 20 Embarazo ectópico y parejas sexuales.....	44
Tabla 21 Correlación según embarazo ectópico y parejas sexuales .....	45
Tabla 22 Estación de riesgo según embarazo ectópico y parejas sexuales.....	46
Tabla 23 Estación de riesgo según embarazo ectópico y parejas sexuales.....	46
Tabla 24 Embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación .....	47

Tabla 25 Correlación según embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación .....	48
Tabla 26 Estación de riesgo según embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación.....	49
Tabla 27 Embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura .....	50
Tabla 28 Correlación según embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura .....	50
Tabla 29 Estación de riesgo según embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura...	51
Tabla 30 Embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales.....	52
Tabla 31 Correlación según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales .....	53
Tabla 32 Estación de riesgo según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales.....	53
Tabla 33 Embarazo ectópico y uso de anticonceptivos intrauterinos .....	54
Tabla 34 Correlación según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos intrauterinos .....	55
Tabla 35 Estación de riesgo según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos intrauterinos .....	55
Tabla 36 Embarazo ectópico y embarazo ectópico previo .....	56
Tabla 37 Correlación según embarazo ectópico y embarazo ectópico previo.....	57
Tabla 38 Estación de riesgo según embarazo ectópico y embarazo ectópico previo .....	58
Tabla 39 Embarazo ectópico y antecedentes de aborto .....	58
Tabla 40 Correlación según embarazo ectópico y antecedentes de aborto.....	59
Tabla 41 Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedentes de aborto .....	60
Tabla 42 Embarazo ectópico y antecedente de endometriosis.....	61
Tabla 43 Correlación según embarazo ectópico y antecedente de endometriosis .....	61
Tabla 44 Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de endometriosis.....	62
Tabla 45 Embarazo ectópico y antecedente de enfermedades inflamatorias pélvicas.....	63
Tabla 46 Correlación según embarazo ectópico y antecedente de enfermedades inflamatorias	

pélvicas .....	63
Tabla 47 Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de enfermedades inflamatorias pélvicas .....	64
Tabla 48 Embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino - pélvica .....	65
Tabla 49 Correlación según embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino-pélvica	65
Tabla 50 Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino - pélvica.....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Selección de casos y controles .....	27
Figura 2 Selección por medio de Open Epi .....	28

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la incidencia y los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1. **Método:** Se aplicó un diseño no experimental, desde un análisis retrospectivo, tomando en consideración un nivel descriptivo – correlacional. Partiendo de un diseño con casos y controles. A partir de ello se compararon (75 casos de embarazo ectópico) y (75 controles sin embarazo ectópico) utilizando datos de las historias clínicas durante el periodo 2023-2024. **Resultados:** Se determinó que la frecuencia de embarazo ectópico fue del 50%, siendo el tipo tubárico el más frecuente en 47.3%; se identificó que factores sociodemográficos y gineco-obstétricos, como edad, estado civil, número de parejas sexuales, relaciones sexuales durante la menstruación y el uso de anticonceptivos, influyen en la aparición del embarazo ectópico. **Conclusión:** El tipo de embarazo que destacó por revisión fue el tubárico; tanto factores sociodemográficos y gineco-obstétricos, como edad, estado civil, número de parejas sexuales, relaciones sexuales durante la menstruación y el uso de anticonceptivos, influyen en la aparición del embarazo ectópico.

*Palabras clave:* factores de riesgo, embarazo ectópico, pacientes, gestantes, hospital

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the incidence and risk factors associated with ectopic pregnancy during the period of June 2023 – 2024 in patients treated at a Peruvian hospital level III – 1.

**Method:** A non-experimental design was applied, from a retrospective analysis, considering a descriptive-correlational level. Starting from a design with cases and controls. From this, (75 cases of ectopic pregnancy) and (75 controls without ectopic pregnancy) were compared using data from medical records during the period 2023-2024. **Results:** It was determined that the frequency of ectopic pregnancy was 50%, with the tubal type being the most frequent at 47.3%; it was identified that sociodemographic and gynecological-obstetrical factors, such as age, marital status, number of sexual partners, sexual intercourse during menstruation, and the use of contraceptives, influence the occurrence of ectopic pregnancy. **Conclusion:** The type of pregnancy that stood out upon review was the tubal type; both sociodemographic and gynecological-obstetrical factors, such as age, marital status, number of sexual partners, sexual intercourse during menstruation, and the use of contraceptives, influence the occurrence of ectopic pregnancy.

*Keywords: risk factors, ectopic pregnancy, patients, pregnant women, hospital*

## I.INTRODUCCIÓN

### 1.1. Descripción y formulación del problema

#### 1.1.1. Descripción del problema

El embarazo ectópico; también conocido como intrauterino; refiere al estado en que el embrión se implanta en la cavidad endometrial del útero; área anatómicamente preparada desde una localización fisiológica para su desarrollo; donde la implantación del blastocisto es fundamental para una adecuada conexión del sistema vascular materno; cuando se toma en consideración ello; el endometrio se transforma en un tejido receptivo, lo que permite la nutrición, oxigenación y protección del embrión. (Argilagos et al., 2024)

A nivel global en México; los valores son próximos de 1,3 a 2% por medio de estudios epidemiológicos; esto quiere decir que, por cada 100 embarazos, entre uno a dos no son desarrollados en la cavidad endometrial; esto debido al embrión desplazado del útero, dando una implantación en la mucosa tubárica; como una capa que recubre las trompas de Falopio, lo que afecta el progreso adecuado, implicando un alto riesgo de complicaciones futuras. (Cunningham et al., 2014)

Desde el mismo marco en una población originaria de África; la incidencia se reporta en incremento debido a los estudios epidemiológicos en mujeres que presentan mayor EE; donde aquellos factores que son predisponentes como afecciones de transmisión sexual (ITS) o enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) simultáneamente son estas condiciones dañan a las trompas de Falopio y favorecen la implantación ectópica. (Espinoza et al., 2021)

A su vez es necesario reconocer a los factores socioeconómicos y educativos, como carente información sobre salud reproductiva, donde mujeres de 35 a 44 años de edad presentan los factores predisponentes: como cirugías pélvicas, tratamientos asistidos de fertilización, así como cambios fisiológicos desde la edad propiamente; que incrementa mayor posibilidad de que el óvulo fecundado no llegue al útero; donde se resaltó que antecedentes previos aumentan

el 10% del riesgo. (Espinoza et al., 2021)

En Arequipa, Bermejo en 2020, presentó en sus hallazgos una incidencia de 84 embarazos ectópicos; con tendencias variadas en los posteriores años, resaltando los factores que predisponen esta condición como es la edad entre 25 a 35 años en la población; la condición social desde un marco civil, la cantidad de parejas sexuales, cabe resaltar que señala el riesgo de su padecimiento desde la propia gestación; dando a lugar el tener un carácter de riesgo para la mortalidad materna; causando consecuencias graves. (Bermejo, 2020)

En un ámbito local; previa revisión y atención. con el personal de casos donde se presentaron incidencias significativas de una problemática que afecte a una población significativa; se observó que el EE era variables pero resaltante en casos distintos delimitados por tiempos diferentes; por lo cual se consolidó el realizar la investigación a medida de reconocer y dar a lugar que factores propiciaban esta condición en las gestantes. Por lo cual resulta imperativo su determinación.

### ***1.1.2. Formulación del problema general***

- ¿Cuál es la incidencia y los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1?

### ***1.1.3. Formulación de los problemas específicos***

- ¿Cuál es la frecuencia del embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1?

- ¿Cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1?

- ¿Cuál es la incidencia y los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1?

## 1.2. Antecedentes

### 1.2.1. Antecedentes internacionales

Argilagos et al. (2024) identificó los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico mediante un diseño (casos y controles). Los resultados mostraron que los riesgos más altos se asociaron con la edad materna de 30 años o más (OR: 2,4,  $X^2$ : 29,66,  $p$ : < 0,001), inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (OR: 4,2,  $X^2$ : 78,74,  $p$ : < 0,001), tener más de tres parejas sexuales (OR: 4,1,  $X^2$ : 70,14,  $p$ : < 0,001), antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (OR: 13,9,  $X^2$ : 234,92,  $p$ : < 0,001) y embarazo ectópico previo (OR: 44,6,  $X^2$ : 98,17,  $p$ : < 0,001). El estudio resalta como estos factores mejoran el diagnóstico y tratamiento temprano del embarazo ectópico en caso de ser estudiados.

Ortega y Sánchez (2024) analizaron los factores de riesgo y las complicaciones asociadas al embarazo ectópico en mujeres. Desde un enfoque cualitativo, de corte transversal, incluyó una revisión sistemática de 30 investigaciones científicas publicadas entre 2017 y 2024, junto con el análisis de historias clínicas. Los resultados identificaron como principales factores de riesgo, las infecciones de transmisión sexual (27%), la endometriosis (23%), el uso de dispositivos intrauterinos (17%), el tabaquismo (10%) y la edad materna avanzada (10%). Las complicaciones más frecuentes fueron la rotura de la trompa de Falopio (38,7%), la hemorragia interna (22,6%), los problemas de fertilidad (19,4%) y el estrés emocional (19,4%). Los autores concluyen que fortalecer la educación y la prevención pueden disminuir la incidencia condicionada y sus consecuencias.

Guerrón et al. (2024) diseñaron un método neutrosófico para evaluar estrategias de intervención sobre los factores de riesgo del embarazo ectópico. Incluyeron a 80 usuarias, con análisis detallado de 8 casos específicos, y empleó encuestas y mapas cognitivos neutrosóficos. Siendo los más relevantes donde el 27% de las pacientes presentó infecciones de transmisión sexual, el 17% utilizaba dispositivos intrauterinos, y un porcentaje considerable tenía múltiples

parejas sexuales. El 38,7% estuvo asociado a la rotura de la trompa de Falopio, mientras que el 22,6% sufrió hemorragias internas. El estudio evidenció el aporte que puede brindar el diseñar estrategias interventivas educativas y preventivas.

Torres (2022) determinó los factores de riesgo de embarazos ectópicos en gestantes, un estudio mixto, descriptivo y transversal. Se observó significativa relación con factores socioeconómicos, desde la sexualidad y los gineco obstétricos como precedentes razonables. Concluye que el inicio de la vida sexual respecto a una edad temprana, las parejas sexuales, antecedentes de enfermedad pélvica son factores identificados dentro de la población analizada.

Montenegro (2023) identificó los factores de riesgo del embarazo ectópico y diseñó estrategias educativas preventivas. La investigación utilizó un enfoque mixto y de nivel correlacional, con 80 mujeres. Entre los hallazgos principales, el 50% de las participantes indicó haber iniciado su vida sexual entre los 20 y 25 años, mientras que el 59% tuvo un solo compañero sexual, y el 63% desconocía qué era un embarazo ectópico antes de la intervención educativa. Posteriormente, el 73% de las encuestadas reconoció el concepto de embarazo ectópico, el 85% comprendió la importancia de realizarse una ecografía transvaginal y el 75% identificó el riesgo vital asociado a esta condición. Estos resultados reflejan la efectividad de las estrategias educativas implementadas para mejorar el conocimiento sobre el embarazo ectópico y su manejo.

### ***1.2.2. Antecedentes nacionales***

Cárdenas (2024) identificó los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes hospitalizadas, el estudio cuantitativo y descriptivo con diseño no experimental, empleó un método hipotético-deductivo, desarrollado con 112 pacientes con diagnóstico confirmado. Los resultados indicaron que ciertos factores, como tener menos de 35 años (OR = 3.4,  $p = 0.001$ ), el uso de DIU (OR = 3.3,  $p = 0.005$ ), sangrado uterino (OR = 3.4,  $p = 0.001$ )

y tabaquismo (OR = 2.4, p = 0.041), están significativamente asociados. Estos hallazgos resaltan la importancia de identificar y mitigar estos factores en poblaciones vulnerables.

Hermoza y Choque (2023) analizaron los factores relacionados al embarazo ectópico en 181 pacientes entre 2015 y 2020. La incidencia fue del 0,87% de los embarazos totales, con un predominio de casos tubáricos (86,7%). Los factores de riesgo más relevantes incluyeron la edad materna de 20 a 29 años (p=0,041) y los antecedentes en cesárea (p=0,034). Otros factores, como antecedentes de aborto, ITS, uso de DIU, inicio de relaciones sexuales y tabaquismo, no mostraron significancia estadística (p>0,05). Este análisis destaca la importancia del diagnóstico temprano y estrategias preventivas para reducir complicaciones relacionadas con el embarazo ectópico.

Huerta y López (2022) determinaron los factores de riesgo vinculados al embarazo ectópico, desde un marco descriptivo, retrospectivo, de casos y controles, con una muestra de 132 gestantes. Donde destacaron factores sociodemográficos como la procedencia (p= 0,035; OR=2,125); grado de instrucción (p=0,024; OR=2,222); ocupación (p=0,005; OR=2,692); estado civil (p=0,019; OR=2,362) y edad (p=0,029; OR=2,719); antecedente de embarazo ectópico (p=0,027; OR=2,500; antecedente de enfermedad pélvica (p=0,001; OR=3,613); uso de dispositivo intrauterino (p=0,033; OR:2,165); uso de métodos anticonceptivos orales (p= 0,008; OR=2,571) y antecedente de aborto (p=0,00; OR=6,606) y el tipo de embarazo ectópico más frecuente fue el tubárico (87,9%); concluyen que los originarios a nivel social y económico están asociados significativamente en comparación con aquellos integrados al estudio.

Mescua (2022) llevó a cabo un estudio observacional y analítico de casos y controles para identificar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante 2020. La muestra incluyó 200 pacientes, divididas equitativamente en casos y controles, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Los resultados del análisis multivariado señalaron que los factores con mayor asociación estadística

al embarazo ectópico fueron la edad mayor de 35 años ( $ORa = 18.46$ ,  $IC95\% = 3.11-109.66$ ,  $p < 0.001$ ), tener dos o más parejas sexuales ( $ORa = 8.28$ ,  $IC95\% = 2.89-23.71$ ,  $p < 0.001$ ), antecedentes de legrado uterino ( $ORa = 7.76$ ,  $IC95\% = 3.22-18.68$ ,  $p < 0.001$ ) y el uso de anticonceptivos orales combinados ( $ORa = 3.84$ ,  $IC95\% = 1.39-10.59$ ,  $p = 0.009$ ). Este estudio subraya la importancia de la detección y prevención de estos factores para reducir la incidencia del embarazo ectópico.

Veliz (2021) llevó a cabo un estudio observacional y analítico retrospectivo para identificar los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante 2019–2020. La investigación incluyó una muestra de 116 pacientes dividida equitativamente entre casos y controles (58 por grupo) y empleó pruebas estadísticas como Chi-cuadrado y Odds Ratio (OR) para analizar los datos. Los resultados indicaron que los antecedentes de embarazo ectópico ( $OR = 4.79$ ,  $IC95\% = 1.85-12.37$ ,  $p = 0.0007$ ) y el tabaquismo ( $OR = 3.02$ ,  $IC95\% = 1.35-6.74$ ,  $p = 0.006$ ) están significativamente asociados con esta condición. Sin embargo, factores como la edad, el estado civil, el grado de instrucción y antecedentes clínicos como enfermedad pélvica inflamatoria o aborto previo no mostraron asociaciones significativas. Este estudio enfatiza la relevancia de abordar estos factores en la atención y prevención del embarazo ectópico.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

- Determinar la frecuencia y los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 –2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III–1.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Identificar el tipo de embarazo ectópico más frecuente durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico

durante el periodo junio 2023–2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III– 1.

- Identificar los factores gineco - obstétricos asociados a embarazo ectópico

durante el periodo junio 2023–2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III– 1.

#### **1.4. Justificación**

Se partirá desde un criterio de relevancia dado que el cumplimiento de los criterios esenciales para fundamentar el estudio planteando busca determinar valores incidentes y objetivos dentro del período de tiempo delimitado donde a su vez se identificarán los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Debido a ello es pertinente que el análisis se desde un enfoque cuantitativo aportando conocimiento y reconocimiento de los factores; por lo que deviene a generar datos objetivos trascendentes para futuras investigaciones partiendo desde la revisión de historias clínicas; que aportará a la implicancia práctica y de gestión en el área de salud; desde la intervención basada en estrategias de atención a mujeres que acudieron bajo esta condición.

#### **1.5. Hipótesis**

##### ***1.5.1. Hipótesis alterna***

- Existe asociación significativa entre los factores socio-demográficos así como gineco - obstétricos al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.

##### ***1.5.2. Hipótesis nula***

- No existe asociación significativa entre los factores socio-demográficos así como gineco - obstétricos al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.

## II.MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. Tipos de embarazos

El embarazo es un proceso biológico donde la implantación del óvulo se caracteriza por cambios fisiológicos y hormonales en el cuerpo materno que permiten el crecimiento y desarrollo del feto. Durante esta etapa, se incrementa el volumen sanguíneo, se producen adaptaciones metabólicas y se modifican diversos órganos y sistemas para sustentar la gestación. El embarazo suele durar aproximadamente 40 semanas y se divide en tres trimestres, cada uno con características y etapas de desarrollo fetal específicas. Sin embargo, diversas condiciones pueden afectar su evolución, complicaciones obstétricas, enfermedades maternas o deficiencias nutricionales. (Murillo et al., 2021)

El embarazo puede clasificarse en normal y anormal según su viabilidad y ubicación, siendo el embarazo normal aquel que se desarrolla dentro del útero sin complicaciones significativas. En este grupo se encuentra el embarazo intrauterino, que es el proceso natural donde el embrión se implanta y crece en la cavidad uterina, así como el embarazo único y el embarazo múltiple, que incluye gemelos o trillizos. Además, el embarazo puede ser concebido de manera natural o mediante técnicas de reproducción asistida, siempre que la implantación ocurra correctamente en el útero. En términos de tiempo gestacional, un embarazo a término ocurre entre las 37 y 42 semanas, mientras que un embarazo pretérmino sucede antes de las 37 semanas y un embarazo prolongado supera las 42 semanas, aumentando el riesgo de complicaciones obstétricas. (Moya et al., 2024)

Aquellos originarios anormales presentan alteraciones que comprometen su viabilidad o ponen en riesgo la salud materna. Donde el EE es común de esta categoría, ya que su implantación es externa a la cavidad uterina, en las trompas de Falopio. Otras condiciones incluyen el embarazo molar, caracterizado por un crecimiento anormal del

tejido placentario sin un embrión viable, y el embarazo anembrionado, donde se desarrolla un saco gestacional vacío. Asimismo, el embarazo heterotópico, que ocurre cuando hay un embarazo intrauterino simultáneo con otro ectópico, condición de alto riesgo. Estos embarazos requieren atención médica a evitar complicaciones graves como hemorragias, infecciones o infertilidad futura. (Martín et al., 2024)

### **2.1.2. Embarazo ectópico**

Respecta a la implantación fuera de la cavidad uterina, con una prevalencia estimada entre el 1-2%, siendo en la trompa de Falopio su localidad en más del 90%, específicamente en el ampulla, tomando una prevalencia en los últimos años debido a la creciente reproducción asistida. Su diagnóstico se basa desde la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) y ultrasonido transvaginal, que incluye sangrado vaginal, dolor abdominal y amenorrea. Existen tres formas a su tratamiento, manejo expectante, tratamiento con metotrexato e intervención quirúrgica. (Espinoza et al., 2021)

Los indicadores del embarazo ectópico incluyen factores clínicos, bioquímicos y de imagen que permiten su diagnóstico oportuno, entre los indicadores clínicos, los más comunes son dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea, aunque algunos casos pueden ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos como mareos, síncope o molestias gastrointestinales. En cuanto a los indicadores bioquímicos, la  $\beta$ -hCG es fundamental, ya que en un embarazo intrauterino viable se espera un incremento del 49-66% cada 48 horas, mientras que en un embarazo ectópico su aumento es menor o incluso puede disminuir. Luego tenemos los indicadores por imagen incluyen la ecografía transvaginal, que permite visualizar un saco gestacional fuera del útero en casos confirmados, aunque en muchos embarazos ectópicos no se llega a observar el embrión, por lo que la ausencia de embarazo intrauterino en ecografías seriadas junto con niveles alterados de  $\beta$ -hCG refuerza el diagnóstico. (Martínez et al., 2023)

El manejo del embarazo ectópico depende de factores como la estabilidad hemodinámica de la paciente, los niveles de  $\beta$ -hCG y tamaño del saco gestacional, en pacientes con niveles de  $\beta$ -hCG bajos y sin evidencia de rotura, se puede optar por el tratamiento médico con metotrexato, un fármaco que detiene el crecimiento del tejido embrionario. Este enfoque requiere un seguimiento estrecho mediante mediciones de  $\beta$ -hCG asegurando una resolución completa, donde el tratamiento médico no es adecuado o ha fallado, o si la paciente presenta inestabilidad hemodinámica o rotura tubárica, se recurre al tratamiento quirúrgico, que puede realizarse mediante laparoscopia o laparotomía, dependiendo de la situación clínica y los recursos disponibles. La elección del tratamiento debe ser individualizada, considerando las características clínicas de la paciente y sus deseos reproductivos futuros. (Martín et al., 2021)

### **2.1.3. Consecuencias de un embarazo ectópico**

**2.1.3.1. Consecuencia en la madre.** El embarazo ectópico puede generar múltiples efectos adversos, siendo la hemorragia interna una de las principales complicaciones, debido a la ruptura del sitio de implantación, lo que puede provocar un shock hipovolémico y requerir transfusión sanguínea o intervención quirúrgica urgente. En algunos casos, la paciente puede necesitar una histerectomía total, lo que implica la pérdida irreversible de la fertilidad. Además, el daño en las estructuras reproductivas, desencadena aumento del riesgo de infertilidad o de futuros embarazos ectópicos. El retraso en el diagnóstico y tratamiento también puede derivar en infecciones pélvicas graves y la formación de adherencias, lo que impacta negativamente la salud reproductiva de la mujer. (Tipiani et al., 2023)

A nivel psicológico, el embarazo ectópico puede causar estrés emocional significativo, ya que muchas mujeres experimentan ansiedad, depresión y miedo ante la posibilidad de no poder concebir nuevamente. La necesidad de tratamientos invasivos y el riesgo de complicaciones especialmente en aquellas mujeres que han pasado por múltiples pérdidas gestacionales, afecta la concepción reiterada debido al enfrentamiento de ansiedad durante el

embarazo, debido al riesgo elevado de recurrencia. Por estas razones, el manejo del embarazo ectópico no solo debe enfocarse en el tratamiento médico o quirúrgico, sino también en el apoyo psicológico para ayudar a la paciente a afrontar las secuelas físicas y emocionales de esta condición. (Moya et al., 2024)

**2.1.3.2. Consecuencia en el bebé.** El embarazo ectópico tiene consecuencias graves para el embrión, ya que su desarrollo fuera del útero impide la adecuada formación de la placenta y el suministro de nutrientes y oxígeno, lo que conduce inevitablemente a la inviabilidad fetal. A diferencia de un embarazo intrauterino, en el que el feto puede desarrollarse hasta el nacimiento, en un embarazo ectópico el embrión no tiene posibilidad de sobrevivir, dado que los órganos en los que se implanta, no están diseñados para un adecuado crecimiento fetal. El embrión deja de desarrollarse tempranamente debido a la falta de irrigación sanguínea o colapso del tejido. (Guzzo et al., 2021)

Además, si no se diagnostica y trata a tiempo, el crecimiento del embrión puede causar ruptura de la estructura en la que se implantó, lo que genera hemorragias graves y pone en peligro la vida materna. En algunas ocasiones, los embarazos ectópicos no diagnosticados pueden continuar su desarrollo por varias semanas antes de ser detectados, pero nunca alcanzan la viabilidad fetal. En casos extremadamente raros, cuando el embarazo se desarrolla en la cavidad abdominal, se han documentado situaciones en las que el feto llega a avanzar más tiempo en la gestación, pero con altas tasas de malformaciones y complicaciones severas. Sin embargo, estos casos son excepcionales y en la gran mayoría de los embarazos ectópicos, la interrupción es la única opción posible para preservar la salud materna. (Estrella y Bustillos, 2022)

#### **2.1.4. Tratamiento por embarazo ectópico**

Depende de la condición clínica de la paciente, la localización del embarazo y la presencia de complicaciones. Existen tres enfoques principales: manejo expectante, tratamiento

médico y tratamiento quirúrgico. El manejo expectante se aplica en casos en los que el embarazo ectópico se diagnostica tempranamente, los niveles de  $\beta$ -hCG son bajos y la paciente está estable, permitiendo la reabsorción espontánea del tejido gestacional con un seguimiento estricto. Al inhibir la proliferación del trofoblasto, se utiliza en embarazos ectópicos no complicados, administrándose de manera sistémica por inyección intramuscular o de forma local guiada por ecografía. (Miranda y Risco, 2022)

Cuando el tratamiento médico no es viable o ha fallado, o si la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, hemorragia activa o ruptura tubárica, se requiere intervención quirúrgica. La cirugía laparoscópica es la técnica de elección, permitiendo la extracción del embarazo ectópico con menor invasión y mejor recuperación, aunque en casos graves puede requerirse una salpingectomía (extirpación de la trompa afectada). En situaciones de emergencia con sangrado severo, la cirugía abierta (laparotomía) es la única opción para controlar la hemorragia y preservar la vida materna. En general, el tratamiento del embarazo ectópico busca evitar complicaciones, preservar la fertilidad cuando es posible y minimizar el impacto emocional en la paciente. (Fuentes y Salazar, 2021)

#### ***2.1.5. Factores de riesgo de embarazo ectópico***

Son condiciones que incrementan el oportuno desarrollo de enfermedades, modificables en el tiempo, como el sedentarismo o la alimentación inadecuada, o definidos sin cambio alguno como la edad o el sexo, además, su impacto varía dependiendo de la combinación de múltiples factores que pueden potenciarse entre sí. (Villanueva et al., 2022)

**2.1.5.1. Factores sociodemográficos.** Influyen significativamente en la incidencia del embarazo ectópico, ya que la edad avanzada, particularmente en mujeres mayores de 35 años, incrementa la probabilidad de alteraciones en la función tubárica debido a antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas o cirugías previas, mientras que, en mujeres más jóvenes se prolonga por la exposición a ITS y el uso inadecuado de anticonceptivos. El estado civil también desempeña un papel relevante, ya que las mujeres en relaciones estables suelen tener mayor acceso a controles ginecológicos y planificación familiar, a diferencia de aquellas con menor estabilidad emocional o económica, quienes pueden presentar una mayor tasa de embarazos no planificados y menor acceso a atención médica oportuna. (Sanabria et al., 2023)

Por otro lado, el lugar de procedencia es un factor determinante, dado que en zonas rurales existe menor acceso a servicios de salud especializados, lo que dificulta la detección temprana de patologías ginecológicas que predisponen al embarazo ectópico, el grado de instrucción a su vez influye al conocimiento y uso adecuado de métodos anticonceptivos. La ocupación también es un elemento relevante, pues ciertas condiciones laborales pueden afectar la salud reproductiva o limitar la posibilidad de acudir a controles médicos periódicos, a su vez el tabaquismo desencadena efectos negativos sobre la motilidad tubárica altera la capacidad de transporte del óvulo fecundado, favoreciendo la implantación externa uterina. (Seco et al., 2023)

**2.1.5.2. Factores gineco obstétricos.** Incluyen diversas condiciones que pueden alterar la anatomía o funcionalidad del aparato reproductor femenino. La paridad es un factor que puede influir, ya que múltiples gestaciones pueden generar modificaciones en la estructura uterina, aumentando la posibilidad de implantación anómala. El número de parejas sexuales también se considera relevante, debido a la mayor exposición a infecciones de transmisión sexual que pueden provocar inflamaciones o cicatrices en las trompas de Falopio, afectando la migración normal del óvulo fecundado. Asimismo, las relaciones sexuales durante la menstruación y las relaciones sexuales contra natura pueden generar micro traumas o facilitar infecciones ascendentes que predisponen a alteraciones en el endometrio y la permeabilidad tubárica. (Campos y Condori, 2024)

El uso de anticonceptivos orales y el dispositivo intrauterino también representan factores de riesgo, pues pueden modificar la receptividad endometrial o la movilidad tubárica, afectando el transporte del embrión y favoreciendo su implantación en sitios anormales. Un antecedente de embarazo ectópico previo incrementa significativamente la probabilidad de recurrencia, ya que puede existir una disfunción persistente en la motilidad tubárica o una alteración anatómica residual. De igual manera, los antecedentes de aborto pueden relacionarse con adherencias intrauterinas o alteraciones inflamatorias que dificultan la implantación adecuada del embrión en la cavidad uterina. (Ramos et al., 2021)

Otros factores de riesgo importantes incluyen antecedentes de endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica y cirugías abdomino-pélvicas, ya que estas condiciones pueden generar adherencias, cicatrices o distorsión anatómica en el aparato reproductor. La endometriosis puede afectar la funcionalidad tubárica y la receptividad endometrial, mientras que la enfermedad inflamatoria pélvica puede provocar obstrucciones parciales en las trompas. Finalmente, las cirugías previas, como cesáreas o miomectomías, pueden alterar la integridad del útero y las trompas, favoreciendo la implantación ectópica. (Saire et al., 2024)

## III.MÉTODO

### 3.1. Tipo de investigación

Sera planteado desde un diseño no experimental debido a que no se manipulan las variables, sino que estas se observan en su estado natural respetando las condiciones existentes. (Hernández y Mendoza, 2018)

Del mismo modo será retrospectiva debido a que se caracteriza por analizar eventos o datos que ya han ocurrido en el pasado, utilizando información previamente registrada, como bases de datos, documentos o registros históricos. (Hernández y Mendoza, 2018)

Por otro lado, será descriptivo – correlacional debido a que combina la descripción de características del fenómeno con el análisis de la relación o grado de asociación entre dos o más variables, sin establecer causalidad. (Ñaupas et al., 2018)

El estudio de casos y controles compara a personas con y sin una condición para identificar factores de riesgo asociados. (Hernández et al., 2014)

A partir de ello se compararon casos de embarazos ectópicos y no embarazos ectópicos utilizando datos de las historias clínicas durante el periodo 2023-2024.

### 3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se desarrollará dentro en un hospital peruano nivel III – 1 ubicado en la ciudad de Lima, durante el periodo junio 2023 – 2024.

### 3.3. Variables

#### 3.3.1. Variable dependiente

- Embarazo ectópico

#### 3.3.2. Variable independiente

- Factores sociodemográficos
- Factores gineco – obstétricos

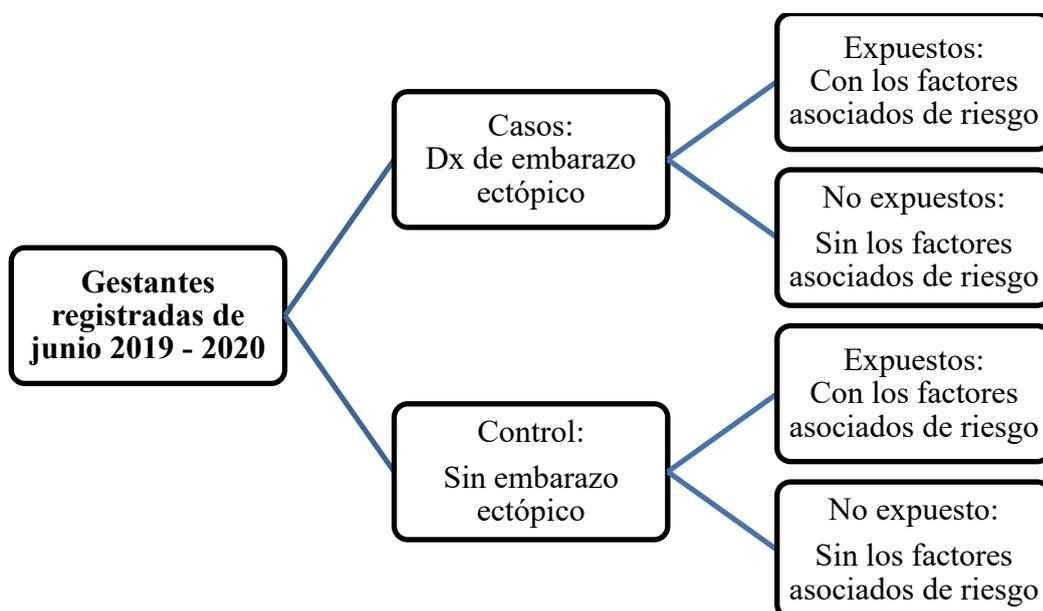
### 3.4. Población y muestra

#### 3.4.1. Población

Todas las pacientes gestantes atendidas durante el periodo junio 2023 –2024 en un hospital peruano nivel III – 1.

#### Figura 1

*Selección de casos y controles*



#### 3.4.2. Muestra

Está conformada por pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que fueron atendidas en un hospital peruano nivel III – 1, durante el periodo de junio 2023 – 2024 y una muestra comparativa de pacientes con embarazo normal atendidas en el mismo hospital durante el mismo periodo señalado.

Para el análisis preciso del estudio de casos y controles, se utilizó la calculadora Open Epi, tomando en cuenta los factores que intervienen.

Por tal motivo, la muestra seleccionada fue de 150 historias clínicas, tomando como referente a Moreno (2023), en su estudio en “Factores asociados al embarazo ectópico en

pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019-2022”, de acuerdo con ello, se procedió a realizar el cálculo, donde:

- Casos: 75 (con embarazo ectópico)
- Controles: 75 (sin embarazo ectópico)
- Odds Ratio: 4.43
- Total: 150 historias clínicas.

## Figura 2

*Selección por medio de Open Epi*

### Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados			
Para:	Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)		95
	Potencia (% de probabilidad de detección)		80
	Razón de controles por caso		1
	Proporción hipotética de controles con exposición		7
	Proporción hipotética de casos con exposición:	25.01	
	Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	4.43	
	<b>Kelsey</b>	<b>Fleiss</b>	<b>Fleiss con CC</b>
Tamaño de la muestra - Casos	66	64	75
Tamaño de la muestra - Controles	66	64	75
Tamaño total de la muestra	132	128	150

#### Referencias

Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15  
 Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19

CC= corrección de continuidad

Se empleará el índice de Fleiss, para evaluar la consistencia en estudios con datos categóricos, como pruebas diagnósticas, midiendo la precisión y fiabilidad entre múltiples evaluadores.

Se realizó un muestreo probabilístico - aleatorio simple debido a que toda historia clínica tuvo la misma probabilidad de ser seleccionada para la investigación (Rodríguez y Salinas, 2024), tanto para seleccionar los casos como los controles.

### **3.4.3. Criterios de inclusión**

Casos:

- Pacientes atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en un hospital peruano nivel III – 1.
- Historia clínica accesible e información requerida completa.

Controles:

- Pacientes embarazadas sin diagnóstico de embarazo ectópico en el mismo tiempo.
- Historia clínica accesible e información requerida completa.

### **3.4.4. Criterios de exclusión**

Casos:

- Historia clínica de la paciente con diagnóstico de embarazo ectópico inaccesible o incompleta.

Controles:

- Gestación gemelar para los controles.
- Mujeres con diagnóstico de DM tipo II.
- Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.

## **3.5. Instrumentos**

Como instrumento se empleó una ficha de recolección de datos; previamente validada por juicio de expertos; obteniendo de manera unánime la validez íntegra para poder realizar la continuidad del estudio.

## **3.6. Procedimientos**

Se revisaron 150 historias clínicas, de las que 75 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 75 pacientes normales, que cumplían con los respectivos criterios de elegibilidad.

### 3.7. Análisis de datos

Luego de contar con los datos en Excel, se creará una base de datos, para lo cual se empleará el software estadístico SPSS, del cual se obtuvo el Odds Ratio de cada factor de riesgo. Luego de ser analizados, se presentarán en forma de tablas y gráficos.

### 3.8. Consideraciones éticas

Con respecto a la ética en la investigación, en este estudio se consideró la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que tiene ciertos principios que se cumplieron: (Asociación Médica Mundial [AMM], 2017)

- Principio 4: El deber del investigador es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.
- Principio 9: En la investigación médica, es deber del investigador proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- Principio 24: En la investigación médica debe tomarse todo tipo de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- Principio 32: Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el profesional de la salud debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización.

Además, esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética y de Investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## IV.RESULTADOS

**Tabla 1**

*Frecuencia del embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024*

		Frecuencia	Porcentaje
<b>Válido</b>	Sin embarazo ectópico	75	50,0
	Tubárico	71	47,3
	Ovárico	1	0,7
	Abdominal	3	2,0
	Total	150	100,0

Según la tabla 1, se observa que el 50.0% de los casos (75 pacientes) no presentaron embarazo ectópico, mientras que el embarazo ectópico tubárico fue el más frecuente, representando el 47.3% (71 casos). En menor proporción, se registraron embarazos ectópicos ováricos en el 0.7% (1 caso) y abdominales en el 2.0% (3 casos). Estos resultados evidencian que la localización tubárica es la más común dentro de los embarazos ectópicos en esta población.

**Tabla 2**

*Tabla cruzada embarazo ectópico y edad*

		Embarazo ectópico		Total	
		Si	No		
		(Casos)	(Controles)		
<b>Edad</b>	Menor o igual a 26 años	Recuento	37	24	61
		% del total	24,7%	16,0%	40,7%
			del 100%	del	

		100%		
Mayor a 26 años	Recuento	38	51	89
	% del total	25,3%	34,0%	59,3%
<b>Total</b>	Recuento	75	75	150
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla 2, presenta la distribución del embarazo ectópico según la edad de las pacientes. Se observa que el 40.7% de los casos corresponde a mujeres de 26 años o menos, de las cuales el 24.7% presentó embarazo ectópico y el 16.0% no lo tuvo. En el grupo de mujeres mayores de 26 años, que representan el 59.3% del total, el 25.3% tuvo embarazo ectópico y el 34.0% no lo presentó. En términos generales, la proporción de embarazos ectópicos es similar entre ambos grupos de edad, aunque en mujeres mayores de 26 años hay un mayor número de casos sin esta condición.

### Tabla 3

*Correlación según embarazo ectópico (A) y edad (B)*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	4,669 <sup>a</sup>	1	,031
<b>N de casos válidos</b>	150		

Según la tabla 3, el análisis de correlación entre embarazo ectópico y edad mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 4.669 con 1 grado de libertad Columnas (2-1) x Filas (2-1) = 1 Gl.

La significación asintótica bilateral obtenida es de 0.031, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia habitual menor a 0.05. Esto sugiere que la edad podría estar relacionada con la presencia de embarazo ectópico en la población estudiada.

**Tabla 4**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y edad*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para</b>	2,069	1,066	4,017
<b>Edad (Menor o igual a 26 años /</b>			
<b>Mayor a 26 años)</b>			
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,421	1,037	1,945
<b>Para cohorte Embarazo ectópico =</b>	,687	,479	,984
<b>No</b>			
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y edad muestra que la razón de ventajas para las mujeres de 26 años o menos en comparación con las mayores de 26 años es de 2.069, con un intervalo de confianza del 95% entre 1.066 y 4.017, lo que indica una asociación significativa. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.421 (IC 95%: 1.037 - 1.945), lo que sugiere un mayor riesgo en este grupo. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.687 (IC 95%: 0.479 - 0.984), reflejando un menor riesgo en comparación. Estos resultados indican que la edad influye en la probabilidad de presentar embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 5***Tabla cruzada embarazo ectópico y estado civil*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
			Si	No	
<b>Estado civil</b>	Sin relación actual	Recuento	14	39	53
		% del total	9,3%	26,0%	35,3%
	Con relación actual	Recuento	61	36	97
		% del total	40,7%	24,0%	54,7%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla 4, muestra la distribución del embarazo ectópico según el estado civil de las pacientes. Se observa que el 35.3% de los casos corresponde a mujeres sin relación actual, de las cuales el 9.3% presentó embarazo ectópico y el 26.0% no lo tuvo. En el grupo de mujeres con relación actual, que representa el 54.7% del total, el 40.7% tuvo embarazo ectópico y el 24.0% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la mayoría de los casos de embarazo ectópico se presentan en mujeres con relación actual, aunque también existe una proporción menor en aquellas sin relación actual.

**Tabla 6***Correlación según embarazo ectópico y estado civil*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	18,236 <sup>a</sup>	1	,000

---

<b>N de casos válidos</b>	150
---------------------------	-----

---

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y estado civil mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 18.236 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.000, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia menor a 0.05. Esto sugiere que el estado civil de las pacientes podría influir en la probabilidad de presentar embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 7**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y estado civil*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Estado civil</b>	,212	,101	,443
<b>(Sin relación actual / Con relación actual)</b>			
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	,420	,261	,675
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	1,983	1,461	2,690
<b>N de casos válidos</b>	150		

---

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y estado civil muestra que la razón de ventajas para mujeres sin relación actual en comparación con aquellas con relación actual es de 0.212, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.101 y 0.443, lo que indica una menor probabilidad de presentar embarazo ectópico en este grupo. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 0.420 (IC 95%: 0.261 - 0.675), sugiriendo un menor riesgo

en comparación con el otro grupo. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 1.983 (IC 95%: 1.461 - 2.690), reflejando una mayor probabilidad de no presentar esta condición en mujeres sin relación actual. Estos resultados sugieren que el estado civil influye significativamente en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 8**

*Lugar de procedencia*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	Urbana	150	100,0
	Total	150	100,0

Los datos de lugar de procedencia son constantes, por lo que al no contar con un factor comparativo para el análisis de “OR”, este apartado evidencia que la frecuencia de casos y controles analizada fue el mismo lugar de procedencia respectivamente.

**Tabla 9**

*Embarazo ectópico y grado de instrucción*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
		Si	No		
<b>Grado de instrucción</b>	Educación básica	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	1,3%	1,3%
	Educación avanzada	Recuento	75	73	148
		% del total	50,0%	48,7%	98,7%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150

% del total	50,0%	50,0%	100,0%
-------------	-------	-------	--------

La tabla 9, presenta la distribución del embarazo ectópico según el grado de instrucción de las pacientes. Se observa que la mayoría de los casos corresponden a mujeres con educación avanzada, representando el 98.7% del total, de las cuales el 50.0% presentó embarazo ectópico y el 48.7% no lo tuvo.

En contraste, solo el 1.3% de las pacientes tenían educación básica, y en este grupo no se registraron casos de embarazo ectópico, mientras que el 1.3% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la mayor parte de las pacientes estudiadas tienen un nivel educativo avanzado, aunque la presencia de embarazo ectópico no parece diferir significativamente dentro de este grupo.

Debido al índice de casos y controles para evaluar la estimación de riesgo entre embarazo ectópico y grado de instrucción se evidencia que, los datos no presentan homogeneidad por lo cual se ve limitado este análisis a su asociación.

### **Tabla 10**

*Correlación según embarazo ectópico y grado de instrucción*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	2,027 <sup>a</sup>	1	,155
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y grado de instrucción mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 2.027 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral obtenida es de 0.155, lo que indica que no existe una

asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia mayor a 0.05. Esto sugiere que el grado de instrucción no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 11**

*Embarazo ectópico y Ocupación*

			Embarazo ectópico		Total
			Si	No	
<b>Ocupación</b>	Dependiente	Recuento	60	42	102
		% del total	40,0%	28,0%	68,0%
	Independiente	Recuento	15	33	48
		% del total	10,0%	22,0%	32,0%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla 11, presenta la distribución del embarazo ectópico según la ocupación de las pacientes. Se observa que el 68.8% de los casos corresponde a mujeres con ocupación dependiente, de las cuales el 40.0% presentó embarazo ectópico y el 28.0% no lo tuvo. En el grupo de mujeres con ocupación independiente, que representa el 32.0% del total, el 10.0% tuvo embarazo ectópico y el 22.0% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la mayoría de los casos de embarazo ectópico se encuentran en mujeres con empleo dependiente, aunque la proporción de casos sin esta condición también es mayor en este grupo.

**Tabla 12**

Correlación según embarazo ectópico y ocupación

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	9,926 <sup>a</sup>	1	,002
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y ocupación mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 9.926 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.002, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia menor a 0.05. Esto sugiere que la ocupación de las pacientes podría influir en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 13***Estación de riesgo según embarazo ectópico y ocupación*

	<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Ocupación (Dependiente / Independiente)</b>	3,143	1,520	6,500
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,882	1,200	2,952
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,599	,444	,809
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y ocupación muestra que la razón de ventajas para mujeres con empleo dependiente en comparación con aquellas con empleo independiente es de 3.143, con un intervalo de confianza del 95% entre 1.520 y 6.500, lo que indica un mayor riesgo en este grupo. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.882 (IC 95%: 1.200 - 2.952), sugiriendo una mayor probabilidad de embarazo ectópico en mujeres con empleo dependiente. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.604 (IC 95%: 0.444 - 0.809), lo que refleja una menor probabilidad de pertenecer a la categoría de ocupación dependiente.

**Tabla 14**

*Embarazo ectópico y tabaquismo*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
		Si	No		
<b>Tabaquismo</b>	Si	Recuento	74	72	146
		% del total	49,3%	48,0%	97,3%
	No	Recuento	1	3	4
		% del total	0,7%	2,0%	2,7%
<b>Total</b>	Recuento	75	75	150	
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%	

La tabla 14, muestra la distribución del embarazo ectópico según el tabaquismo de las pacientes. Se observa que el 97.3% de los casos corresponde a mujeres fumadoras, de las cuales el 49.3% presentó embarazo ectópico y el 48.0% no lo tuvo. En contraste, solo el 2.7% de las pacientes no tenía hábito de fumar, y en este grupo el 0.7% presentó embarazo ectópico, mientras que el 2.0% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la gran mayoría

de las pacientes estudiadas son fumadoras y que el embarazo ectópico se presenta principalmente en este grupo.

**Tabla 15**

*Correlación según embarazo ectópico y tabaquismo*

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	1,027 <sup>a</sup>	1	,311
<b>Pearson</b>				
<b>N de casos válidos</b>		150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y tabaquismo mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 1.027 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.311, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia menor a 0.05. Esto sugiere que el tabaquismo no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada

**Tabla 16**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y tabaquismo*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Tabaquismo</b>	3,083	,313	30,336
<b>(Si / No)</b>			
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	2,027	,369	11,152

<b>Para cohorte Embarazo ectópico =</b>	,658	,365	1,185
<b>No</b>			
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y tabaquismo muestra que la razón de ventajas para mujeres fumadoras en comparación con no fumadoras es de 3.083, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.313 y 30.336, lo que indica una alta variabilidad en la estimación. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 2.027 (IC 95%: 0.369 - 11.152), lo que sugiere un posible mayor riesgo en mujeres fumadoras, aunque con un amplio margen de incertidumbre. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.658 (IC 95%: 0.365 - 1.185), lo que podría indicar una menor probabilidad de no presentar esta condición en mujeres fumadoras.

**Tabla 17**

*Embarazo ectópico y paridad*

			<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>
			Si	No	
<b>Paridad</b>	1 o ningún hijo	Recuento	49	52	101
		% del total	32,7%	34,7%	77,4%
	más de 2 hijos	Recuento	26	23	49
		% del total	17,3%	15,3%	32,6%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla 17, muestra la distribución del embarazo ectópico según la paridad de las pacientes. Se observa que el 77.4% de los casos corresponde a mujeres con uno o ningún hijo, de las cuales el 32.7% presentó embarazo ectópico y el 34.7% no lo tuvo. En el grupo de mujeres con más de dos hijos, que representa el 32.6% del total, el 17.3% tuvo embarazo ectópico y el 15.3% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que el embarazo ectópico es más frecuente en mujeres con menor paridad, aunque la diferencia entre los grupos no parece ser muy marcada.

**Tabla 18**

*Correlación según embarazo ectópico y paridad*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de</b>	,273 <sup>a</sup>	1	,601
<b>Pearson</b>			
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y paridad mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 0.273 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.601, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia menor a 0.05. Esto sugiere que la cantidad de hijos no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 19***Estación de riesgo según embarazo ectópico y paridad*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Paridad</b>	,834	,421	1,651
<b>(1 o ningún hijo / más de 2 hijos)</b>			
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	,914	,657	1,273
<b>Para cohorte Embarazo ectópico =</b>	1,097	,771	1,561
<b>No</b>			
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y paridad muestra que la razón de ventajas para mujeres con uno o ningún hijo en comparación con aquellas con más de dos hijos es de 0.834, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.421 y 1.651, lo que indica que no hay una diferencia clara en el riesgo entre ambos grupos. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 0.914 (IC 95%: 0.657 - 1.273), mientras que para la cohorte sin embarazo ectópico el valor es de 1.097 (IC 95%: 0.771 - 1.561).

**Tabla 20***Embarazo ectópico y parejas sexuales*

			Embarazo ectópico		Total
			Si	No	
<b>Nº de parejas sexuales</b>	1 pareja	Recuento	23	15	38
		% del total	15,3%	10,0%	25,3%
		Recuento	53	62	115

Mas de 1 pareja	% del total	34,7%	40,0%	74,7%
<b>Total</b>	Recuento	75	75	150
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla 20, muestra la distribución del embarazo ectópico según el número de parejas sexuales de las pacientes. Se observa que el 74.7% de los casos corresponde a mujeres con más de una pareja sexual, de las cuales el 34.7% presentó embarazo ectópico y el 40.0% no lo tuvo. En el grupo de mujeres con solo una pareja sexual, que representa el 25.3% del total, el 15.3% tuvo embarazo ectópico y el 10.0% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la mayoría de las pacientes estudiadas han tenido más de una pareja sexual y que el embarazo ectópico es más frecuente en este grupo.

### Tabla 21

*Correlación según embarazo ectópico y parejas sexuales*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	2,256 <sup>a</sup>	1	,133
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y número de parejas sexuales mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 2.256 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.133, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de

significancia menor a 0.05. Esto sugiere que el número de parejas sexuales no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 22**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y parejas sexuales*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para N° de parejas sexuales (1 pareja / Mas de 1 pareja)</b>	1,769	,837	3,742
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,304	,942	1,804
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,737	,463	1,132
<b>N de casos válidos</b>	154		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y número de parejas sexuales muestra que la razón de ventajas para mujeres con una sola pareja en comparación con aquellas con más de una pareja es de 1.769, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.837 y 3.742, lo que indica una alta variabilidad en la estimación. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.304 (IC 95%: 0.942 - 1.804), mientras que para la cohorte sin embarazo ectópico el valor es de 0.737 (IC 95%: 0.463 - 1.132).

**Tabla 23**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y parejas sexuales*

	Embarazo ectópico		Total
	Si	No	

<b>Relaciones sexuales durante la menstruación</b>	Si	Recuento	54	37	91
		% del total	36,0%	24,7%	60,7%
	No	Recuento	21	38	59
		% del total	14,0%	25,3%	39,3%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla 23, muestra la distribución del embarazo ectópico según la práctica de relaciones sexuales durante la menstruación. Se observa que el 60.7% de las pacientes indicaron haber tenido relaciones sexuales en este periodo, de las cuales el 36.0% presentó embarazo ectópico y el 24.7% no lo tuvo. En contraste, el 39.3% de las pacientes refirió no mantener relaciones sexuales durante la menstruación, de las cuales el 14.0% presentó embarazo ectópico y el 25.3% no lo tuvo. Estos resultados sugieren que el embarazo ectópico es más frecuente en mujeres que han reportado tener relaciones sexuales durante la menstruación.

**Tabla 24**

*Embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
		Si	No		
<b>Relaciones sexuales durante la menstruación</b>	Si	Recuento	54	37	91
		% del total	36,0%	24,7%	60,7%
	No	Recuento	21	38	59
		% del total	14,0%	25,3%	39,3%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150

% del total	50,0%	50,0%	100,0%
-------------	-------	-------	--------

La tabla 24, muestra la distribución del embarazo ectópico según la práctica de relaciones sexuales durante la menstruación. Se observa que el 60.7% de las pacientes indicaron haber tenido relaciones sexuales en este periodo, de las cuales el 36.0% presentó embarazo ectópico y el 24.7% no lo tuvo. En contraste, el 39.3% de las pacientes refirió no mantener relaciones sexuales durante la menstruación, de las cuales el 14.0% presentó embarazo ectópico y el 25.3% no lo tuvo. Estos resultados sugieren que el embarazo ectópico es más frecuente en mujeres que han reportado tener relaciones sexuales durante la menstruación.

**Tabla 25**

*Correlación según embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación*

		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	8,074 <sup>a</sup>	1	,004
<b>Pearson</b>				
<b>N de casos válidos</b>		150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 8.074 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.004, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia menor a 0.05. Esto sugiere que la práctica de relaciones sexuales durante la

menstruación podría influir en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 26**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Relaciones sexuales durante la menstruación (Si / No)</b>	2,641	1,341	5,200
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,667	1,137	2,445
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,631	,462	,863
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y relaciones sexuales durante la menstruación muestra que la razón de ventajas para mujeres que han tenido relaciones en este periodo en comparación con aquellas que no lo han hecho es de 2.641, con un intervalo de confianza del 95% entre 1.341 y 5.200, lo que indica un mayor riesgo en este grupo. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.667 (IC 95%: 1.137 - 2.445), lo que sugiere una asociación positiva entre esta práctica y la presencia de embarazo ectópico. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.631 (IC 95%: 0.462 - 0.863), reflejando una menor probabilidad de no presentar esta condición en mujeres que han tenido relaciones sexuales durante la menstruación.

**Tabla 27***Embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
			Si	No	
<b>Relaciones sexuales contra natura</b>	Si	Recuento	71	52	123
		% del total	47,3%	34,7%	82,0%
	No	Recuento	4	23	27
		% del total	2,7%	15,3%	18,0%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según la práctica de relaciones sexuales contra natura. Se observa que el 82.0% de las pacientes indicaron haber tenido este tipo de relaciones, de las cuales el 47.3% presentó embarazo ectópico y el 34.7% no lo tuvo. En contraste, el 18.0% de las pacientes refirió no haber practicado relaciones sexuales contra natura, de las cuales el 2.7% presentó embarazo ectópico y el 15.3% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que el embarazo ectópico es más frecuente en mujeres que han reportado haber tenido relaciones sexuales contra natura.

**Tabla 28***Correlación según embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura*

		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	16,213 <sup>a</sup>	1	,000
<b>Pearson</b>				

---

<b>N de casos válidos</b>	150
---------------------------	-----

---

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 16.213 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.000, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia menor a 0.05. Esto sugiere que la práctica de relaciones sexuales contra natura podría estar relacionada con un mayor riesgo de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 29**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura*

	<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Relaciones sexuales contra natura (Si / No)</b>	7,773	2,540	23,789
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	3,880	1,551	9,704
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,499	,386	,645
<b>N de casos válidos</b>	150		

---

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y relaciones sexuales contra natura muestra que la razón de ventajas para mujeres que han practicado este tipo de relaciones en comparación con aquellas que no lo han hecho es de 7.773, con un intervalo de confianza del 95% entre 2.540 y 23.789, lo que indica un riesgo significativamente mayor en este grupo. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 3.880 (IC 95%: 1.551 - 9.704), lo

que sugiere una fuerte asociación positiva entre esta práctica y la presencia de embarazo ectópico. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.499 (IC 95%: 0.386 - 0.645), lo que refleja una menor probabilidad de no presentar esta condición en mujeres que han tenido relaciones sexuales contra natura.

**Tabla 30**

*Embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales*

			Embarazo ectópico		Total
			Si	No	
<b>Uso de anticonceptivos orales</b>	Si	Recuento	60	62	122
		% del total	40,3%	41,6%	81,8%
	No	Recuento	15	13	28
		% del total	9,7%	8,4%	18,2%
<b>Total</b>	Recuento		75	75	150
	% del total		50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el uso de anticonceptivos orales. Se observa que el 81.8% de las pacientes reportó haber utilizado este método anticonceptivo, de las cuales el 40.3% presentó embarazo ectópico y el 41.6% no lo tuvo. En contraste, el 18.2% de las pacientes indicó no haber usado anticonceptivos orales, de las cuales el 9.7% presentó embarazo ectópico y el 8.4% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la mayoría de las pacientes estudiadas han utilizado anticonceptivos orales y que la presencia de embarazo ectópico se distribuye de manera relativamente equitativa entre usuarias y no usuarias de este método.

**Tabla 31***Correlación según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	,175 <sup>a</sup>	1	,676
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 0.175 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.676, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que el uso de anticonceptivos orales no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 32***Estación de riesgo según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales*

	<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
		<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Razón de ventajas para Uso de anticonceptivos orales (Si / No)</b>	,840	,370	1,908
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	,919	,623	1,354
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	1,094	,709	1,688
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos orales muestra que la razón de ventajas para mujeres que han utilizado este método en comparación con aquellas que no lo han hecho es de 0.840, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.370 y 1.908, lo que indica que no hay una diferencia clara en el riesgo entre ambos grupos. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 0.919 (IC 95%: 0.623 - 1.354), mientras que para la cohorte sin embarazo ectópico el valor es de 1.094 (IC 95%: 0.709 - 1.688). Dado que los intervalos de confianza incluyen el valor 1 y la prueba de Chi-cuadrado no mostró significancia estadística, estos resultados sugieren que el uso de anticonceptivos orales no parece ser un factor determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 33**

*Embarazo ectópico y uso de anticonceptivos intrauterinos*

			<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>
			Si	No	
<b>Uso de dispositivo intrauterino</b>	Si	Recuento	72	71	143
		% del total	46,8%	46,1%	92,9%
	No	Recuento	3	4	7
		% del total	3,2%	3,9%	7,1%
<b>Total</b>	Recuento		75	75	150
	% del total		50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el uso de dispositivos intrauterinos (DIU). Se observa que el 92.9% de las pacientes reportó haber utilizado este método anticonceptivo, de las cuales el 46.8% presentó embarazo ectópico y el 46.1% no lo

tuvo. En contraste, el 7.1% de las pacientes indicó no haber usado un DIU, de las cuales el 3.2% presentó embarazo ectópico y el 3.9% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la mayoría de las pacientes estudiadas han utilizado dispositivos intrauterinos, aunque la distribución de embarazo ectópico entre usuarias y no usuarias no parece mostrar una diferencia marcada.

**Tabla 34**

*Correlación según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos intrauterinos*

		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	,098 <sup>a</sup>	1	,754
<b>Pearson</b>				
<b>N de casos válidos</b>		150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y uso de dispositivos intrauterinos (DIU) mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 0.098 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.754, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que el uso de dispositivos intrauterinos no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 35**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y uso de anticonceptivos intrauterinos*

	<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
		Inferior	Superior

<b>Razón de ventajas para Uso de dispositivo intrauterino (Si / No)</b>	1,217	,355	4,169
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,108	,568	2,159
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,910	,518	1,600
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y uso de dispositivos intrauterinos (DIU) muestra que la razón de ventajas para mujeres que han utilizado este método en comparación con aquellas que no lo han hecho es de 1.217, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.355 y 4.169, lo que indica una alta variabilidad y ausencia de una diferencia clara en el riesgo entre ambos grupos. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.108 (IC 95%: 0.568 - 2.159), mientras que para la cohorte sin embarazo ectópico el valor es de 0.910 (IC 95%: 0.518 - 1.600).

**Tabla 36**

*Embarazo ectópico y embarazo ectópico previo*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
		Si	No		
<b>Embarazo ectópico previo</b>	Si	Recuento	74	59	133
		% del total	49,4%	38,3%	87,7%
	No	Recuento	1	16	17
		% del total	0,6%	11,7%	12,3%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el antecedente de embarazo ectópico previo. Se observa que el 87.7% de las pacientes reportó haber tenido un embarazo ectópico anterior, de las cuales el 49.4% presentó nuevamente esta condición y el 38.3% no lo tuvo. En contraste, el 12.3% de las pacientes indicó no haber tenido un embarazo ectópico previo, de las cuales solo el 0.6% presentó esta condición y el 11.7% no presentó embarazo ectópico. Estos resultados sugieren que el antecedente de embarazo ectópico es un factor relevante, ya que la recurrencia de esta condición es notablemente mayor en quienes han tenido un caso previo.

**Tabla 37**

*Correlación según embarazo ectópico y embarazo ectópico previo*

		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	17,351 <sup>a</sup>	1	,000
<b>Pearson</b>				
<b>N de casos válidos</b>		150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y antecedente de embarazo ectópico previo mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 17.351 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.000, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que haber tenido un embarazo ectópico previo es un factor altamente asociado con la recurrencia de esta condición dentro de la población estudiada.

**Tabla 38***Estación de riesgo según embarazo ectópico y embarazo ectópico previo*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Embarazo ectópico previo (Si / No)</b>	23,186	3,008	178,708
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	10,696	1,578	72,484
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,461	,371	,574
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de embarazo ectópico previo muestra que la razón de ventajas para mujeres con un embarazo ectópico anterior en comparación con aquellas sin antecedentes es de 23.186, con un intervalo de confianza del 95% entre 3.008 y 178.708, lo que indica una fuerte asociación entre ambas variables. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 10.696 (IC 95%: 1.578 - 72.484), lo que sugiere un riesgo significativamente mayor en quienes han tenido un episodio previo. En contraste, para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.461 (IC 95%: 0.371 - 0.574), lo que refleja una menor probabilidad de no presentar esta condición en mujeres con antecedentes.

**Tabla 39***Embarazo ectópico y antecedentes de aborto*

	Embarazo ectópico		Total
	Si	No	

<b>Antecedente de aborto</b>	Si	Recuento	52	51	103
		% del total	37,0%	33,1%	70,1%
	No	Recuento	20	24	44
		% del total	13,0%	16,9%	29,9%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el antecedente de aborto. Se observa que el 70.1% de las pacientes reportó haber tenido un aborto previo, de las cuales el 37.0% presentó embarazo ectópico y el 33.1% no lo tuvo. En contraste, el 29.9% de las pacientes indicó no haber tenido antecedentes de aborto, de las cuales el 13.0% presentó embarazo ectópico y el 16.9% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que el antecedente de aborto podría estar relacionado con una mayor frecuencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

#### Tabla 40

*Correlación según embarazo ectópico y antecedentes de aborto*

		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica (bilateral)</b>
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	1,116 <sup>a</sup>	1	,291
<b>Pearson</b>				
<b>N de casos válidos</b>		150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y antecedentes de aborto mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 1.116 con 1 grado de libertad. La

significación asintótica bilateral es de 0.291, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que haber tenido un aborto previo no influye de manera determinante en la presencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 41**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedentes de aborto*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Antecedente de aborto (Si / No)</b>	1,453	,725	2,910
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,214	,835	1,766
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,835	,605	1,153
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y antecedentes de aborto muestra que la razón de ventajas para mujeres con antecedentes de aborto en comparación con aquellas sin antecedentes es de 1.453, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.725 y 2.910, lo que indica una alta variabilidad y ausencia de una diferencia clara en el riesgo entre ambos grupos. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.214 (IC 95%: 0.835 - 1.766), mientras que para la cohorte sin embarazo ectópico el valor es de 0.835 (IC 95%: 0.605 - 1.153).

**Tabla 42***Embarazo ectópico y antecedente de endometriosis*

			Embarazo ectópico		Total
			Si	No	
<b>Antecedente de endometriosis</b>	Si	Recuento	75	66	141
		% del total	50,0%	44,2%	94,2%
	No	Recuento	0	9	9
		% del total	0,0%	5,8%	5,8%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el antecedente de endometriosis. Se observa que el 94.2% de las pacientes reportó haber tenido endometriosis, de las cuales el 50.0% presentó embarazo ectópico y el 44.2% no lo tuvo. En contraste, el 5.8% de las pacientes indicó no tener antecedente de endometriosis, y en este grupo no se registraron casos de embarazo ectópico, mientras que el 5.8% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la endometriosis podría estar asociada con una mayor frecuencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 43***Correlación según embarazo ectópico y antecedente de endometriosis*

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	9,559 <sup>a</sup>	1	,002
<b>Pearson</b>				

---

<b>N de casos válidos</b>	150
---------------------------	-----

---

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y antecedente de endometriosis mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 9.559 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.002, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que la presencia de endometriosis podría estar relacionada con un mayor riesgo de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

#### **Tabla 44**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de endometriosis*

	<b>Valor</b>	<b>Intervalo de confianza de 95 %</b>	
		Inferior	Superior
<b>Para cohorte Embarazo ectópico =</b>	,469	,394	,558
<b>No</b>			
<b>N de casos válidos</b>	150		

---

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de endometriosis muestra que, para la cohorte sin embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 0.469, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.394 y 0.558. Esto indica que las mujeres sin endometriosis tienen una menor probabilidad de presentar embarazo ectópico en comparación con aquellas con este antecedente.

**Tabla 45***Embarazo ectópico y antecedente de enfermedades inflamatorias pélvicas*

			<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>
			Si	No	
<b>Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica</b>	Si	Recuento	75	55	130
		% del total	50,0%	37,0%	87,0%
	No	Recuento	0	20	20
		% del total	0,0%	13,0%	13,0%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica. Se observa que el 87.0% de las pacientes reportó haber tenido esta condición, de las cuales el 50.0% presentó embarazo ectópico y el 37.0% no lo tuvo. En contraste, el 13.0% de las pacientes indicó no haber tenido enfermedad inflamatoria pélvica, y en este grupo no se registraron casos de embarazo ectópico, mientras que el 13.0% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que la enfermedad inflamatoria pélvica podría estar asociada con un mayor riesgo de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 46***Correlación según embarazo ectópico y antecedente de enfermedades inflamatorias pélvicas*

	<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación</b>
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	22,985 <sup>a</sup>	1	,000
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 22.985 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.000, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica podría estar relacionada con un mayor riesgo de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 47**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de enfermedades inflamatorias pélvicas*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Para cohorte Embarazo ectópico =</b>	,425	,349	,518
<b>No</b>			
<b>N de casos válidos</b>	150		

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica muestra que, para la cohorte sin embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 0.425, con un intervalo de confianza del 95% entre 0.349 y 0.518. Esto indica que las mujeres sin antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica tienen una menor probabilidad de presentar embarazo ectópico en comparación con aquellas que han tenido esta condición.

**Tabla 48***Embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino - pélvica*

		<b>Embarazo ectópico</b>		<b>Total</b>	
			Si	No	
<b>Antecedente de cirugía abdomino - pélvica</b>	Si	Recuento	61	44	105
		% del total	39,6%	28,6%	68,2%
	No	Recuento	14	31	45
		% del total	10,4%	21,4%	31,8%
<b>Total</b>		Recuento	75	75	150
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

La tabla muestra la distribución del embarazo ectópico según el antecedente de cirugía abdomino-pélvica. Se observa que el 68.2% de las pacientes reportó haber tenido este tipo de intervención, de las cuales el 39.6% presentó embarazo ectópico y el 28.6% no lo tuvo. En contraste, el 31.8% de las pacientes indicó no haber sido sometida a cirugía abdomino-pélvica, de las cuales el 10.4% presentó embarazo ectópico y el 21.4% no presentó esta condición. Estos resultados sugieren que el antecedente de cirugía abdomino-pélvica podría estar relacionado con una mayor frecuencia de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 49***Correlación según embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino - pélvica*

		<b>Valor</b>	<b>gl</b>	<b>Significación asintótica</b>
		<b>(bilateral)</b>		
<b>Chi-cuadrado</b>	<b>de</b>	8,650 <sup>a</sup>	1	,003
<b>Pearson</b>				

---

<b>N de casos válidos</b>	150
---------------------------	-----

---

El análisis de correlación entre embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino-pélvica mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra un valor de 8.650 con 1 grado de libertad. La significación asintótica bilateral es de 0.003, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, considerando un nivel de significancia de 0.05. Esto sugiere que haber tenido una cirugía abdomino-pélvica podría estar relacionado con un mayor riesgo de embarazo ectópico dentro de la población estudiada.

**Tabla 50**

*Estación de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino - pélvica*

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
<b>Razón de ventajas para Antecedente de cirugía abdomino - pélvica (Si / No)</b>	2,859	1,403	5,827
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = Si</b>	1,779	1,153	2,745
<b>Para cohorte Embarazo ectópico = No</b>	,622	,462	,838
<b>N de casos válidos</b>	150		

---

El análisis de riesgo según embarazo ectópico y antecedente de cirugía abdomino-pélvica muestra que la razón de ventajas para mujeres con este antecedente en comparación con aquellas sin cirugía es de 2.859, con un intervalo de confianza del 95% entre 1.403 y 5.827, lo que indica un mayor riesgo en este grupo. Para la cohorte con embarazo ectópico, la razón de ventajas es de 1.779 (IC 95%: 1.153 - 2.745), lo que sugiere una asociación positiva entre haber tenido una cirugía abdomino-pélvica y la presencia de embarazo ectópico. En contraste,

para la cohorte sin embarazo ectópico, el valor es de 0.622 (IC 95%: 0.462 - 0.838), lo que refleja una menor probabilidad de no presentar esta condición en mujeres con antecedentes quirúrgicos.

## V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio determinó que la frecuencia de embarazo ectópico en la población analizada fue del 50%, con un predominio del embarazo ectópico tubárico en el 47.3% de los casos.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados reportados en el estudio de Bermejo (2020) en Arequipa, donde la incidencia fue de 84 embarazos ectópicos por cada 1000 partos. Así como con la investigación de Hermoza y Choque (2023) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, donde el 86.7% de los casos fueron tubáricos. Asimismo, en México, según Ortega y Sánchez (2024), se ha identificado que la incidencia global de embarazo ectópico se encuentra entre el 1.3% y el 2%, mientras que en África acorde a Ortega y Sánchez (2024) se ha observado un incremento en los últimos años, asociado a factores como infecciones de transmisión sexual y enfermedad inflamatoria pélvica, lo que es consistente con la presente investigación, que identificó una fuerte asociación con estos factores. Los datos contrastan con el estudio de Cárdenas (2024) en el Hospital de Andahuaylas, donde la edad predominante en mujeres con embarazo ectópico es menor a 35 años ( $OR = 3.4$ ,  $p = 0.001$ ), mientras que en la presente investigación la diferencia entre los grupos etarios no fue significativa.

Por otro lado, el presente estudio encontró que factores como el tabaquismo (97.3%) y el número de parejas sexuales (36.0%) fueron altamente prevalentes en mujeres con embarazo ectópico, aunque la correlación estadística con estas variables no fue significativa. Estos resultados difieren de los hallazgos de Huerta y López (2022) quienes identificaron una fuerte asociación entre tabaquismo y embarazo ectópico ( $OR = 2.4$ ,  $p = 0.041$ ), así como con el número de parejas sexuales ( $OR = 4.1$ ,  $p < 0.001$ ) acorde a Ortega y Sánchez (2024), lo que sugiere que la influencia de estos factores puede estar condicionada por otras variables, como la presencia de infecciones previas o el acceso a servicios de salud. Del mismo modo, el estudio de Mescua (2022) en Lima encontró que el uso de anticonceptivos orales se asociaba con el

embarazo ectópico (OR = 3.84,  $p = 0.009$ ). Mientras que en este estudio no se identificó una correlación significativa con este factor. Estas discrepancias pueden explicarse por diferencias en la metodología de recolección de datos, las características sociodemográficas de la población o la presencia de otras condiciones gineco-obstétricas que no fueron incluidas en el análisis.

Desde el enfoque teórico, se ha descrito que el embarazo ectópico se origina por alteraciones en la motilidad tubárica, las cuales pueden ser causadas por factores inflamatorios, hormonales o anatómicos. Según Martínez et al. (2023), la literatura establece que la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis son causas comunes de obstrucción parcial de las trompas de Falopio, lo que favorece la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina. Además, estudios previos como el de Ramos et al. (2021) han señalado que el uso de dispositivos intrauterinos y cirugías pélvicas pueden generar adherencias y cicatrices que dificultan el tránsito del óvulo fecundado, lo que concuerda con los hallazgos de la presente investigación. Asimismo, se ha reportado según Seco et al. (2023) que los cambios hormonales inducidos por el tabaquismo afectan la funcionalidad tubárica, aunque en este estudio no se identificó una asociación estadística con este factor, lo que indica la necesidad de estudios adicionales que exploren la interacción entre el tabaquismo y otras variables gineco-obstétricas. En general, estos resultados refuerzan la importancia del diagnóstico temprano y del manejo adecuado de los factores de riesgo para reducir la incidencia del embarazo ectópico y sus complicaciones.

El presente estudio determinó que la incidencia del embarazo ectópico en la población analizada fue del 50%, siendo el embarazo ectópico tubárico el más frecuente (47.4%), seguido en menor proporción por los tipos ovárico (0.6%) y abdominal (1.9%). Estos hallazgos coinciden con los reportados en el estudio de Bermejo (2020) en Arequipa, donde se encontró una incidencia de 84 embarazos ectópicos por cada 1000 partos. Asimismo, en el Hospital

Hipólito Unanue de Tacna, Hermoza y Choque (2023) identificaron que el embarazo ectópico representó el 0.87% del total de embarazos, predominando la localización tubárica en el 86.7% de los casos. De manera similar, en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, Huerta y López (2022) hallaron que el 87.9% de los embarazos ectópicos fueron tubáricos, lo que refuerza la tendencia de que esta variante es la más común. Sin embargo, estos resultados contrastan con lo reportado en México, donde acorde a Ortega y Sánchez (2024), la incidencia del embarazo ectópico se encuentra entre el 1.3% y 2% de los embarazos totales, una cifra inferior a la encontrada en la presente investigación.

Por otro lado, la presente investigación halló que la edad materna no tuvo una diferencia significativa en la incidencia del embarazo ectópico, mientras que estudios previos han identificado que el grupo de mayor riesgo se encuentra entre los 25 y 35 años. En el estudio de Cárdenas (2024) en el Hospital de Andahuaylas, se encontró que las mujeres menores de 35 años presentaban un riesgo significativamente mayor de embarazo ectópico (OR = 3.4,  $p = 0.001$ ). Asimismo, en un estudio en Cuba, Argilagos et al. (2024) identificaron que la edad materna  $\geq 30$  años se asociaba a un mayor riesgo de embarazo ectópico (OR = 2.4,  $p < 0.001$ ). Estas discrepancias pueden deberse a variaciones en la población de estudio, así como a diferencias en los factores de riesgo subyacentes, como la presencia de infecciones de transmisión sexual, uso de anticonceptivos o condiciones gineco-obstétricas previas. Además, el estudio de Ortega y Sánchez (2024) en Ecuador reportó que el 27% de las mujeres con embarazo ectópico tenían antecedentes de ITS, el 23% endometriosis y el 17% uso de dispositivos intrauterinos, lo que influye en la frecuencia de esta patología.

Desde el enfoque teórico, acorde a Martínez et al. (2023), se ha descrito que la alta frecuencia del embarazo ectópico tubárico se debe a que las trompas de Falopio son la primera estructura anatómica en recibir el óvulo fecundado, y cualquier alteración en su funcionalidad.

Según Ramos et al. (2021), factores como la inflamación, las adherencias por

infecciones previas y la disfunción hormonal pueden predisponer la implantación anómala del embrión fuera de la cavidad uterina. Asimismo, se ha documentado que la recurrencia del embarazo ectópico es alta en mujeres con antecedentes previos de esta condición, como lo demostró el estudio de Valiz (2021) en Lima, donde el OR de recurrencia fue de 4.79 ( $p = 0.0007$ ). Finalmente, acorde a Seco et al. (2023), la literatura establece que el uso de dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales pueden alterar la motilidad tubárica, lo que explicaría el aumento en la frecuencia de embarazo ectópico en algunas poblaciones específicas. En general, estos hallazgos refuerzan la importancia del diagnóstico temprano y la prevención de factores de riesgo para reducir la frecuencia del embarazo ectópico y sus complicaciones.

El presente estudio identificó que la edad materna y el estado civil fueron factores sociodemográficos significativamente asociados al embarazo ectópico. Se encontró que el 41.6% de las mujeres con embarazo ectópico tenían  $\leq 26$  años, lo que concuerda con el estudio de Cárdenas (2024) en el Hospital de Andahuaylas, donde el riesgo de embarazo ectópico fue mayor en mujeres menores de 35 años ( $OR = 3.4$ ,  $p = 0.001$ ). Asimismo, se halló que las mujeres con relación estable presentaron mayor incidencia de embarazo ectópico (40.9%) en comparación con aquellas sin relación actual (9.1%), lo cual es consistente con lo reportado por Huerta y López (2022) en Huaraz, quienes identificaron que el estado civil ( $p = 0.019$ ,  $OR = 2.362$ ) era un factor de riesgo relevante. De manera similar, Ortega y Sánchez (2024) en Ecuador señalaron que las mujeres sin pareja estable tienen menos acceso a controles ginecológicos, lo que puede influir en la detección tardía de factores predisponentes. Sin embargo, estos hallazgos contrastan con lo reportado en México, donde según Ortega y Sánchez (2024), la edad materna  $\geq 30$  años se identificó como el grupo de mayor riesgo ( $OR = 2.4$ ,  $p < 0.001$ ), sugiriendo que la influencia de la edad puede variar según la población estudiada.

Por otro lado, este estudio no encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el embarazo ectópico, mientras que investigaciones previas han identificado una correlación importante con este factor. Huerta y López (2022) en Huaraz hallaron que las mujeres con bajo nivel educativo tienen mayor riesgo de embarazo ectópico ( $p = 0.024$ ,  $OR = 2.222$ ). Asimismo, en Tacna, Hermoza y Choque (2023) reportaron que las mujeres con empleo dependiente tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico ( $OR = 2.692$ ,  $p = 0.005$ ), posiblemente debido a la exposición al estrés y la falta de tiempo para controles médicos preventivos. Sin embargo, en el presente estudio, si bien el 68.8% de las mujeres con embarazo ectópico tenían empleo dependiente, la relación no fue significativa. Estas diferencias pueden estar relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud en cada región, la educación en salud reproductiva y las políticas locales de prevención. Asimismo, acorde a Ortega y Sánchez (2024), el tabaquismo, identificado como un factor de riesgo en Ecuador con una prevalencia del 10% en mujeres con embarazo ectópico, tampoco mostró una relación significativa en este estudio, aunque en Huaraz según Hermoza y Choque (2023), se reportó que el tabaquismo tiene un  $OR = 2.4$  ( $p = 0.041$ ).

Desde el enfoque teórico, acorde a Martínez et al. (2023), se ha descrito que la edad materna influye en la motilidad tubárica, pues a mayor edad, mayor es el riesgo de alteraciones tubáricas previas, inflamaciones crónicas o enfermedades pélvicas, lo que incrementa la probabilidad de embarazo ectópico. Sin embargo, en poblaciones jóvenes, según Ramos et al. (2021), factores como infecciones de transmisión sexual, múltiples parejas sexuales y uso de anticonceptivos inadecuados pueden desempeñar un papel más relevante en la disfunción tubárica. De igual forma, Ortega y Sánchez (2024) refieren que el estado civil puede influir en la frecuencia de controles ginecológicos, ya que las mujeres sin relación estable pueden tener menor acceso a información sobre salud reproductiva, lo que concuerda con los estudios previos. En cuanto al grado de instrucción, Seco et al. (2023) señalan que un bajo nivel

educativo limita el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y salud sexual, lo que incrementa el riesgo de embarazos no planificados y complicaciones como el embarazo ectópico. Finalmente, acorde a Ramos et al. (2021), el tabaquismo ha sido identificado como un factor que afecta la motilidad ciliar de las trompas de Falopio, alterando la capacidad del embrión para llegar a la cavidad uterina, aunque en este estudio no se observó una relación significativa con esta variable, lo que sugiere la necesidad de más investigaciones en contextos específicos.

El presente estudio identificó que el número de parejas sexuales, las relaciones sexuales durante la menstruación y el uso de métodos anticonceptivos fueron factores gineco-obstétricos significativamente asociados al embarazo ectópico. Se encontró que el 74.7% de las mujeres con embarazo ectópico tenían más de una pareja sexual, lo que coincide con el estudio de Argilagos et al. (2024) en Cuba, donde se reportó que tener más de tres parejas sexuales incrementa el riesgo de embarazo ectópico (OR = 4.1,  $p < 0.001$ ). Asimismo, se halló que el 61% de los casos de embarazo ectópico ocurrieron en mujeres que reportaron relaciones sexuales durante la menstruación, un hallazgo similar al estudio realizado por Huerta y López (2022) en Huaraz, donde se determinó que esta práctica estaba significativamente asociada al embarazo ectópico ( $p = 0.003$ ). En relación con los métodos anticonceptivos, se encontró que el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos orales estuvo presente en un porcentaje considerable de casos, lo cual es consistente con el estudio de Cárdenas (2024) en el Hospital de Andahuaylas, donde se identificó que el DIU estaba asociado al embarazo ectópico (OR = 3.3,  $p = 0.005$ ), y con la investigación de Mescua (2022) en Lima, donde se halló una asociación significativa entre el uso de anticonceptivos orales combinados y el embarazo ectópico (OR = 3.84,  $p = 0.009$ ). Sin embargo, estos hallazgos contrastan con el estudio de Ortega y Sánchez (2024) en Ecuador, donde si bien el 17% de las pacientes con embarazo ectópico utilizaban DIU, este porcentaje no mostró una asociación estadísticamente

significativa con la patología.

Por otro lado, en este estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes de aborto y el embarazo ectópico, lo cual difiere de lo reportado por Huerta y López (2022) en Huaraz, donde se determinó que el antecedente de aborto aumenta el riesgo de embarazo ectópico ( $p = 0.00$ ,  $OR = 6.606$ ). Asimismo, el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y endometriosis no mostró una relación significativa en el presente análisis, mientras que en estudios previos sí se identificó una fuerte asociación. En Cuba, según Ortega y Sánchez (2024), se encontró que las mujeres con antecedentes de EIP tienen un riesgo 13.9 veces mayor de desarrollar embarazo ectópico ( $p < 0.001$ ). Además, en Ecuador, el estudio de Ortega y Sánchez (2024), reportó que el 23% de los casos de embarazo ectópico estaban asociados a endometriosis. De manera similar, el antecedente de cirugías abdomino-pélvicas no mostró una correlación significativa en este estudio, aunque en Huaraz acorde a Huerta y López (2022) se encontró que las cirugías previas aumentaban el riesgo de embarazo ectópico debido a adherencias y cicatrices en las trompas de Falopio ( $p = 0.001$ ). Estas discrepancias pueden deberse a diferencias en las características de las muestras estudiadas, así como en los criterios de diagnóstico de estas condiciones ginecológicas en cada centro hospitalario.

Desde el enfoque teórico, acorde a Martínez et al. (2023) se ha descrito que el embarazo ectópico se asocia con alteraciones en la funcionalidad tubárica, siendo las infecciones, inflamaciones y adherencias las principales causas de implantación anómala del embrión. Según Ramos et al. (2021), el número de parejas sexuales y las relaciones durante la menstruación pueden aumentar el riesgo de infecciones de transmisión sexual y enfermedad inflamatoria pélvica, lo que explica su asociación con el embarazo ectópico. En cuanto a los anticonceptivos, Seco et al. (2023) señalan que la literatura ha demostrado que el DIU genera una respuesta inflamatoria en la cavidad uterina, lo que podría afectar la motilidad tubárica y

predisponer a la implantación extrauterina. Asimismo, Ramos et al. (2021) refiere que los anticonceptivos orales pueden modificar la actividad hormonal y la receptividad endometrial, lo que también puede interferir en la migración del óvulo fecundado. Finalmente, se ha documentado que los antecedentes de embarazo ectópico aumentan considerablemente la probabilidad de recurrencia, como lo evidenció el estudio de Valiz (2021) en Lima, donde se encontró que el OR de recurrencia es de 4.79 ( $p = 0.0007$ ). En general, estos hallazgos refuerzan la importancia de un adecuado control gineco-obstétrico y la prevención de infecciones pélvicas para reducir el riesgo de embarazo ectópico y sus complicaciones.

## VI.CONCLUSIONES

- Se determinó que la frecuencia de embarazo ectópico fue del 50%, de la muestra estudiada, además, se identificó que existen factores sociodemográficos y gineco-obstétricos que influyen en la aparición del embarazo ectópico.
- Se identificó que la frecuencia del embarazo ectópico fue alta, representando un 50%, siendo el tipo tubárico el más frecuente en 47.3% de los casos.
- Los factores sociodemográficos más relevantes asociados al embarazo ectópico fueron la edad materna, el estado civil y el empleo dependiente. Sin embargo, en este estudio no se encontró una relación significativa con el grado de instrucción ni con el tabaquismo.
- Los factores gineco-obstétricos más asociados al embarazo ectópico fueron las relaciones sexuales durante la menstruación, las relaciones sexuales contra natura, el embarazo ectópico previo, la endometriosis, las enfermedades inflamatorias pélvicas y la cirugía abdomino – pélvica.

## VII.RECOMENDACIONES

- Fortalecer los programas de prevención y diagnóstico temprano del embarazo ectópico, con especial énfasis en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica y cirugía abdominopélvica para reducir la incidencia de esta patología y sus complicaciones.
- Implementar estrategias de educación en salud reproductiva dirigidas a mujeres en edad fértil, enfocadas en la prevención del embarazo ectópico, resaltando los factores de riesgo asociados, como la edad, las infecciones ginecológicas y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos, para mejorar la detección temprana en diferentes grupos etarios.
- Promover el acceso a controles ginecológicos periódicos en mujeres con empleo dependiente y en aquellas con relación estable, a fin de detectar precozmente condiciones predisponentes al embarazo ectópico y proporcionar consejería en salud sexual y reproductiva, especialmente en poblaciones con dificultades para acceder a servicios médicos.
- Incluir dentro de los programas de salud materna un seguimiento especializado para mujeres con antecedentes de múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales durante la menstruación y uso de métodos anticonceptivos de alto riesgo, a fin de minimizar la probabilidad de embarazo ectópico a través de intervenciones preventivas y controles ginecológicos regulares.

## VIII.REFERENCIAS

- Argilagos, G., Pavón, I., Romero, L., Guzmán, N. y López, R. (2024). Factores de riesgos asociados al embarazo ectópico en dos hospitales maternos de Santiago de Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 50(1), 1-15. <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/616>
- Asociación Médica Mundial (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bermejo, A. (2020). *Incidencia y Factores asociados al embarazo ectópico, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo Essalud Arequipa 2015-2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0b2809e2-6d64-499f-b660-f853ba146e83/content>
- Estrella, P. y Bustillos, M. (2022). Actualización del embarazo ectópico para atención primaria de salud. *Ateneo*, 24(2), 138-159. <http://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/232>
- Campos, W. y Condori, B. (2024). Embarazo ectópico hepático: Reporte de caso. *Revista peruana de investigación materno perinatal*, 13(3), 39-45. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/415>
- Cárdenas, B. (2024). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el hospital de Andahuaylas 2022-2024*. [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/03a5d3c9-f7dc-4197-8d60-9b7e65606733/content>

- Corrales, E. (2021). *Factores asociadas, a la ictericia neonatal fisiológica en recién nacidos atendidos en el hospital Santa María del Socorro desde julio de 2019 a junio de 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/083a364a-4c03-491c-b774-7b1d01a0bbff>
- Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B. y Sheffield, J. (2014). *Williams. Obstetricia* (24° ed.). Mc Graw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100458429>
- Descriptores de Ciencias de la Salud (2021). *Factores Sociodemográficos*. <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890>
- Espinoza, S., Garnier, J. y Pizarro, G. (2021). Generalidades del embarazo ectópico. *Revista Médica Sinergia*, 6(5), 1-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8860165>
- Fuentes, N. y Salazar, A. (2021). Embarazo ectópico hepático. *Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 4(1), 5-11. <https://www.redalyc.org/pdf/7622/762279687002.pdf>
- Guerrero, S., Narváez, M., Alonzo, O. y Morillo, J. (2024). Método neutrosófico para la evaluación de estrategias de intervención sobre los factores de riesgo del. *Neutrosophic Computing and Machine Learning*, 33(40), 222-234. <https://fs.unm.edu/NCML/22intervencionsobrelosfactores.pdf>
- Guzzo, V., Ben, S. y Sica, N. (2021). Cuatro años de experiencia en tratamiento médico del embarazo ectópico en el departamento de Paysandú. *Revista Médica de Uruguay*, 37(1), 1-9. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v37n1/1688-0390-rmu-37-01-e201.pdf>
- Hermoza, C. y Choque, L. (2023). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015-2020. *Revista Médica Basadrina*, 17(2), 20-28.

<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1947>

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.*

<https://doi.org/https://repositoriobibliotecas.uv.cl/handle/uvsc1/1385>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación.* Mc Graw Hill Education. [https://doi.org/https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-](https://doi.org/https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

[Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf](https://doi.org/https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

Huerta, L. y López, D. (2022). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, hospital Victor Ramos Guardia Huaraz, 2019.* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. Repositorio Institucional UNASAM. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM\\_ca1d2cc216e5433282bc80fde1b224cb](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM_ca1d2cc216e5433282bc80fde1b224cb)

Kesavan, S. (2024). Antecedentes obstétricos y ginecológicos. Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-paciente-ginecol%C3%B3gica/antecedentes-obst%C3%A9tricos-y-ginecol%C3%B3gicos>

Martín, E., Mainar, A., Yanguas, M., Mayo, C., Cavero, S. y García, M. (2024). Embarazo ectópico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(3), 1-10.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9452829>

Martín, L., Serrano, S., Jardiel, S., Soriano, M., Pisa, A. y Beltrán, G. (2021). Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(9), 1-7.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080994>

Martínez, N., Bravo, D., Suárez, H., Cuadrado, E. y Velásquez, G. (2023). Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. *Journal of American Health*,

6(1), 24-33. <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>

Mescua, E. (2022). *Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Rocado Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/be845db2-789e-448b-a25b-54ccfc904de6/content>

Miranda, A. y Risco, R. (2022). Tratamiento del embarazo ectópico no complicado con inyección local de metotrexato. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 90(9), 726-734. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2022/gom229c.pdf>

Montenegro, C. (2023). *Factores de riesgo del embarazo extópico en el centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán*. [Tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes]. Repositorio Institucional UNIANDÉS. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/18006/1/UT-ENF-PDI-006-2024.pdf>

Moreno, J. (2023). *Factores asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2019-2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio Institucional UNICA. <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5245250d-2d4f-41eb-be8d-62036c6e01cd/content>

Moya, C., Cruz, J. y Sarduy, M. (2024). Un dilema clínico, el diagnóstico del embarazo ectópico. *Acta Médica del Centro*, 18(1), 1-12. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2709-79272024000100015&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2709-79272024000100015&script=sci_arttext)

Moya, C., Cruz, J., Román, M., Coro, G., Blanco, N., Borges, R. y Del Rosario, A. (2024). Reflexiones acerca de las políticas para la atención del embarazo ectópico. *Revista Eugenio Espejo*, 18(2), 94-102. <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/ree/v18n2/2661->



<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9739873>

- Sanabria, J., Alba, L. y Montañez, M. (2023). Uso de mifepristona en embarazo ectópico intersticial: un reporte de caso. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 88(5), 329-334. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262023000500329](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000500329)
- Seco, M., Monsalve, N. y Contreras, J. (2023). Embarazo ectópico cornual. A propósito de un caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 83(1), 112-117. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ogv/article/view/26376/144814492350](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/26376/144814492350)
- Tipiani, O., Elías, J., Bocanegra, Y. y Ponciano, M. (Junio de 2023). Tratamiento del embarazo ectópico implantado en cicatriz de cesárea: estudio de cohorte 2018-2022, Lima, Perú. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 74(2), 128-135. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v74n2/2463-0225-rcog-74-02-128.pdf>
- Torres, J. (2022). *Factores de riesgo de embarazos ectopicos en gestantes atendidas en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor*. [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. <https://repositorio.ug.edu.ec/bitstreams/ede7e1b8-76ff-4950-95f5-7784413e64d6/download>
- Valiz, J. (2021). *Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en pacientes atendidos en el hospital nacional Sergio E. Bernales, Lima 2019 - 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/ad0d4ccd-e4cf-4a41-be96-4d5d3fe00205/content>
- Villanueva, R., Carmona, R., Cassou, M., Hurtado, H. y Ayala, M. (2022). Embarazo ectópico roto con fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana negativa: reporte de caso. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(4), 299-303. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v87n4/0048-766X-rechog-87-4-299.pdf>

## IX.ANEXOS

## Anexo A. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis Alterna</b>	<b>Variable</b>	<b>Diseño:</b>
¿Cuál es la incidencia y los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1??	Determinar la incidencia y los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.	Existe asociación significativa entre los factores socio-demográficos así como gineco - obstétricos al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III - 1.	<b>Independiente:</b> Factores de riesgo  <b>Dimensiones</b> Factores socio-demográficos Factores gineco – obstétricos	Retrospectivo Analítico Correlacional Básica  <b>Población:</b> Pacientes gestantes atendidas durante el periodo junio 2023 - 2024 en un hospital peruano nivel III – 1.
<b>Problema Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis Nula</b>		

<p>¿Cuál es la frecuencia del embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1??</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1??</p> <p>¿Cuál es la incidencia y los factores de riesgo asociados al embarazo</p>	<p>Identificar la frecuencia del embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.</p> <p>Identificar los factores sociodemográficos asociados a embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.</p> <p>Identificar los factores gineco – obstétricos asociados a embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes</p>	<p>No existe asociación significativa entre los factores socio-demográficos así como gineco - obstétricos al embarazo ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1??</p>	<p><b>Variable</b></p> <p><b>Dependiente:</b></p> <p>Embarazo ectópico</p>	<p><b>Muestra:</b></p> <p>Todas aquellas pacientes gestantes atendidas durante el periodo junio 2023 - 2024 en un hospital peruano nivel III – 1.</p> <p><b>Técnica:</b></p> <p>Encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Formulario de recolección de datos</p>
---	---	---	--	--

ectópico durante el periodo junio 2023 – 2024 en pacientes atendidas en un hospital peruano nivel III – 1?	atendidas en un hospital peruano nivel III – 1.			
--	---	--	--	--

**Anexo B. Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo y escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor final</b>
Variable independiente: Factores de riesgo	Factores sociodemográficos	Son indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, raza / etnia, sexo, género, nivel educativo en el idioma principal, situación laboral, ingresos, profesión, estado civil, número total de personas que	Registro delimitado obtenido mediante la revisión de historias clínicas por paciente; partiendo de las características socio-demográficas.	Cuantitativa	Edad	15 – 25 años
				Ordinal		26 – 35 años
						> 35 años
				Cualitativa	Estado civil	Soltera
Nominal	Conviviente					
		Casada				
		Divorciada				
			Cualitativa	Lugar de procedencia	Urbana	
			Nominal		Rural	
			Cuantitativa	Grado de instrucción	Analfabeta	
			Ordinal		Primaria	
					Secundaria	

		viven en la casa y condiciones de vida, y factores similares (Descriptores de Ciencias de la Salud, 2021).				Superior
				Cualitativa Nominal	Ocupación	Ama de casa Independiente Dependiente
				Cualitativa Nominal	Tabaquismo	Sí No
	Factores gineco obstétricos	Incluyen condiciones médicas vinculadas a la salud reproductiva y ginecológica en general; lo que puede incluir embarazos, enfermedades, medicamentos y procedimientos	Registro delimitado obtenido mediante la revisión de historias clínicas por paciente; partiendo de las características gineco-obstétricas.	Cualitativa Nominal	Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara
Cuantitativa Discreta				Nº de parejas sexuales	01 pareja sexual >1 pareja sexual	
Cualitativa Nominal				Relaciones sexuales durante la menstruación	Sí No	

		(Kesavan, 2024).		Cualitativa	Relaciones sexuales	Sí
				Nominal	contra natura	No
				Cualitativa	Uso de	Sí
				Nominal	anticonceptivos	No
					orales	
				Cualitativa	Uso de dispositivo	Sí
				Nominal	intrauterino	No
				Cualitativa	Embarazo ectópico	Sí
				Nominal	previo	No
				Cualitativa	Antecedente de	Sí
				Nominal	aborto	No
				Cualitativa	Antecedente de	Sí
				Nominal	endometriosis	No
				Cualitativa	Antecedente de	Sí
				Nominal	enfermedad	No

					inflamatoria pélvica	
				Cualitativa Nominal	Antecedente de cirugía abdomino - pélvica	Sí No
Variable dependiente: Embarazo ectópico	Unidimensional	Respecta al embarazo implantado fuera de la cavidad uterina con una implantación que puede tener distintas localizaciones.	Registro delimitado obtenido mediante la revisión de las historias clínicas por paciente; partiendo del antecedente al presentarse embarazo ectópico o no.	Cualitativa nominal	Antecedente de embarazo ectópico	Sí No

**Anexo C. Instrumento de recolección****INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS DEL EMBARAZO  
ECTÓPICO, DURANTE EL PERIODO JUNIO 2023 – 2024 EN UN HOSPITAL  
PERUANO NIVEL III – 1**

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N° HC: \_\_\_\_\_

Casos ( ) Controles ( )

1. Embarazo ectópico

a. Si

b. No

2. Tipo de embarazo ectópico:

a. Tubárico

b. Ovárico

c. Abdominal

d. Cervical

**Factores socio-demográficos**

3. Edad

a. 15 – 25 años

b. 26 – 35 años

c. Mayor a 35 años

4. Estado civil

- a. Soltera
- b. Conviviente
- c. Casada
- d. Divorciada

5. Lugar de procedencia

- a. Urbana
- b. Rural

6. Grado de instrucción

- a. Analfabetismo
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

7. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Independiente
- c. Dependiente

8. Tabaquismo

- a. Sí
- b. No

**Factores gineco-obstétricos**

9. Paridad b. No

a. Nulípara

b. Primípara

c. Multípara

d. Gran multípara

10. Número de parejas sexuales

a. 1 pareja

b. 2 parejas

c. 3 parejas o más

11. Relaciones sexuales durante la  
menstruación

a. Sí

b. No

12. Relaciones sexuales contra natura

a. Sí

b. No

14. Uso de dispositivo intrauterino

13. Uso de anticonceptivos orales

a. Sí

a. Sí

b. No

15. Embarazo ectópico previo

a. Sí

b. No

16. Antecedentes de aborto

a. Sí

b. No

17. Antecedentes de endometriosis

a. Sí

b. No

18. Cirugía abdomino-pélvica previa

a. Sí

b. No

19. Enfermedad inflamatoria pélvica

a. Sí

b. No

**Anexo D. Validez de instrumento por juicio de expertos**

**VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.  
FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
POR CRITERIO DE JUECES**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del juez:  
..... Tapia Bernar segundo .....
- 1.2. Cargo e institución donde labora:  
..... Medico ginecologo - HVAL .....
- 1.3. Nombre del instrumento evaluado:  
..... Ficha de recolección .....
- 1.4. Autor(a) del instrumento:  
..... Rosario Casas Reyes .....

**II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN**

ÍTEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Las preguntas persiguen fines del objetivo general.	✓		
2. Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.	✓		
3. Las preguntas abarcan variables e indicadores.	✓		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	✓		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles.	✓		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	✓		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	✓		
8. Los reactivos siguen un orden lógico.	✓		
9. Se deben considerar otros ítems.	✓		
10. Los ítems despiertan ambigüedad en el encuestado.		✓	

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el cuadro asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado <input type="checkbox"/>	0 - 3
Observado <input type="checkbox"/>	4 - 7
Aprobado <input checked="" type="checkbox"/>	8 - 10

Lugar y fecha: Lima, 14/01/25 .....

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Juez  
 HOSPITAL NACIONAL HROZORRO LOAYZA  
 Dr. SEGUNDO TAPIA BERNAR  
 GINECOLOGO  
 C.M.P. 25004

**VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**  
**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**POR CRITERIO DE JUECES**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del juez:  
 ..... Siu Chang Diego Alejandro .....
- 1.2. Cargo e institución donde labora:  
 ..... Médico ginecólogo - HUAL .....
- 1.3. Nombre del instrumento evaluado:  
 ..... Ficha de recolección .....
- 1.4. Autor(a) del instrumento:  
 ..... Rosano Casas Reyes .....

**II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN**

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Las preguntas persiguen fines del objetivo general.	✓		
2. Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.	✓		
3. Las preguntas abarcan variables e indicadores.	✓		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	✓		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles.	✓		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	✓		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	✓		
8. Los reactivos siguen un orden lógico.	✓		
9. Se deben considerar otros ítems.		✓	
10. Los ítems despiertan ambigüedad en el encuestado.		✓	

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el cuadro asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado <input type="checkbox"/>	0 - 3
Observado <input type="checkbox"/>	4 - 7
Aprobado <input checked="" type="checkbox"/>	8 - 10

Lugar y fecha: ..... Lima, 14 / 01 / 25 .....

Firma del Juez

  
 .....  
 Dr. Diego Alejandro Siu Chang  
 GINECÓLOGO - OBSTETRA  
 CMP/2725 HNE. 48127

**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
POR CRITERIO DE JUECES**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del juez:  
..... Florian Castillo Richard .....
- 1.2. Cargo e institución donde labora:  
..... Médico ginecólogo - HNAL .....
- 1.3. Nombre del instrumento evaluado:  
..... Ficha de recolección .....
- 1.4. Autor(a) del instrumento:  
..... Rosario Rojas Reyes .....

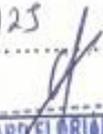
**II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN**

ÍTEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Las preguntas persiguen fines del objetivo general.	✓		
2. Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.	✓		
3. Las preguntas abarcan variables e indicadores.	✓		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	✓		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles.	✓		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	✓		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	✓		
8. Los reactivos siguen un orden lógico.	✓		
9. Se deben considerar otros ítems.		✓	
10. Los ítems despiertan ambigüedad en el encuestado.		✓	

**III. CALIFICACIÓN GLOBAL** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el cuadro asociado)

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado <input type="checkbox"/>	0 - 3
Observado <input type="checkbox"/>	4 - 7
Aprobado <input checked="" type="checkbox"/>	8 - 10

Lugar y fecha: Lima, 14/07/25

  
 Dr. RICHARD FLORIAN CASTILLO  
**Firma del Juez**  
 C.M.P. 30381 A.N.E. 14820  
 MINISTERIO DE SALUD  
 Regional "Witankyo Leon"