



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

Factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de  
Lambayeque en el período septiembre 2019– febrero 2020

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE OBSTETRA**

**AUTORAS:**

Bach. Contreras Machuca, Lesly Mariela

Bach. Saba Morales, Fabiola Eveleny

**ASESORA:**

Mg. Mirian Carrillo Cayllahua

**AREA DE INVESTIGACIÓN:**

Cuidado Materno – Perinatal

**Huancayo - Perú**

**2020**

### **DEDICATORIA**

A Dios por la guía de encontrar la universidad, que me permitió cumplir con mi meta, por cuidarme en esta época al no encontrarme bien de salud, pero aún sigo luchando, pero sé que me recuperaré; a mis padres que me apoyan y aconsejan para seguir adelante; finalmente a mi enamorado Andersson Eduardo Sánchez Torres por siempre estar a mi lado.

Lesly Mariela

### **DEDICATORIA**

A mis padres, gracias a sus esfuerzos, enseñanzas, valores, soy el reflejo de ellos, a mi hermana, mi compañera en el camino de la vida. Pero sobre todo se la dedico a mi padre, quien siempre me apoyó, se mostró orgulloso de mí, papá esta tesis es para ti. Allá en el cielo, sigas celebrando mis logros y te sientas orgulloso de mí Guillermo German Saba Manosalva, te amo tanto, ahora me cuidas desde el cielo.

Fabiola Eveleny.

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente para culminar la tesis, y a nuestros asesores por compartir sus conocimientos y orientarnos para mejorar nuestro trabajo.

Al Hospital Belén de Lambayeque por darnos la oportunidad de recolectar datos en tiempos de pandemia.

Agradecer hoy y siempre a nuestras familias por su apoyo moral y económico, su ejemplo de perseverancia, su motivación, sus consejos, valores que me inculcan para poder ser una persona de bien para seguir estudiando y para lograr mi objetivo trazado para un futuro mejor y ser el orgullo de ellos y toda mi familia.

A todas las personas que de una u otra manera que estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, enseñándome y dándome ánimo para poder superarme cada día.

También a la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt que nos otorga la gran oportunidad de culminar nuestra carrera.

Las autoras

**MIEMBROS DEL JURADO**

**PRESIDENTA:**

DRA. MARIA LEONOR ROMERO SANTILLANA

**SECRETARIA:**

MG. MELVA MEDALINE VERA DE LA CRUZ

**VOCAL:**

MG. MIRIAN CARRILLO CAYLLAGUA

**SUPLENTE:**

MARLENY FATIMA ZARATE TORIBIO

### **DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD**

Yo Lesly Mariela Contreras Machuca con DNI N° 71539992 y Saba Morales Fabiola Eveleny con DNI N° 45684638, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Franklin Roosevelt de Huancayo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica. Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces. En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento, u omisión tanto de los documentos como de información aportada por el cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Privada Franklin Roosevelt.

Huancayo, 17 de marzo del 2021.



Conteras Machuca Lesly Mariela

DNI: N° 71539992



Saba Morales Fabiola Eveleny

DNI: N° 45684638

## Índice

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	v
Índice .....	vi
RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
I. INTRODUCCIÓN .....	10
II. MÉTODO .....	22
2.1. Tipo y diseño de investigación .....	22
2.2. Población, muestra y muestreo .....	22
2.3. Procedimiento .....	22
2.4. Método de análisis de datos .....	23
2.5 Aspectos éticos .....	23
III. RESULTADOS .....	24
VI. DISCUSIÓN .....	34
V. CONCLUSIONES .....	36
IV. RECOMENDACIONES .....	37
REFERENCIA .....	38
ANEXOS .....	44

## RESUMEN

El objetivo del estudio es determinar los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 a febrero 2020, es una patología rara, que ha incrementado y que puede provocar mortalidad materna sino se diagnostica a tiempo. En la Metodología, se realizó un estudio correlacional, retrospectivo, transversal, de diseño no experimental y de enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 102 gestantes, con una muestra de 14 gestantes que presentaron embarazo ectópico, y se empleó una ficha de recolección de datos. Resultando que la gran mayoría corresponde a pacientes que tuvieron embarazo ectópico con el 93.33 %, tenían edades entre 20 - 26 años 46,67%, de estado civil conviviente 53,33% y con grado de instrucción secundaria 66,67%, tienen inicio de relaciones sexuales a los 16 años con el 46,67%. No se encontró un enlace significativo con el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. Sin embargo; los factores tienen valores diferentes de acuerdo con el área geográfica y al llenado de historia clínica. Conclusión: El principal factor que influye, es el número de embarazos ectópicos.

**Palabras claves: Embarazo ectópico, factores de riesgo, enfermedad pélvica inflamatoria.**

## **ABSTRACT**

The objective of the study is to determine the factors predisposing to ectopic pregnancy in patients of the Hospital Belén de Lambayeque in the period September 2019 to February 2020, is a rare pathology, which has increased and which may lead to maternal mortality if not diagnosed in time. In the Methodology, a correlational, retrospective, cross-sectional, nonexperimental design and quantitative approach study was carried out. The population consisted of 102 pregnant women, with a sample of 14 pregnant women who presented ectopic pregnancy, and a data collection form was used. With the result that the vast majority are patients who had ectopic pregnancy with 93.33%, had ages between 20 - 26 years 46.67%, had cohabiting marital status 53.33% and had secondary education 66.67%, have sexual intercourse at 16 years with 46,67%. No significant link was found with the history of pelvic inflammatory disease. However, the factors have different values according to the geographical area and the filling of the medical history. Conclusion: The main influencing factor is the number of ectopic pregnancies.

**Keywords: Ectopic pregnancy, risk factors, pelvic inflammatory disease.**

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del óvulo fecundado fuera del endometrio, es más frecuente en la trompa uterina. Se presenta clínicamente en el primer trimestre, puede ser peligroso al evolucionar a una ruptura tubárica, por ello es fundamental el diagnóstico temprano. Esto convierte de una manera importante conocer los factores que involucran a esta patología y por ende a los profesionales involucrados que deben brindar información para así prevenirlo, ya que a nivel mundial en el año 2016 se reportó un aumento, en el cual se consideró el 10% como causa de mortalidad materna, convirtiéndolo en un problema de salud pública en el mundo <sup>(16)</sup>.

Entre los factores predisponentes está el daño a la trompa tubárica por infección pélvica y cirugía tubárica anterior, influye al tener más embarazos ectópicos. Se carece de información actualizada y no es muy investigada, sin embargo es una valiosa investigación porque pone en peligro la vida de la mujer.

Por ello, nuestro objetivo de tesis es determinar los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019– febrero 2020.

La tesis está organizada en cuatro capítulos: I Introducción, Realidad problemática, antecedentes, marco teórico, marco conceptual, formulación del problema, justificación de la investigación, objetivos de la investigación, hipótesis. II Metodología, tipo, diseño de investigación, población, muestra y muestreo, técnica, procedimiento, método de análisis de datos y aspectos éticos. III Resultados. IV Discusión; conclusiones, recomendaciones, referencia y por último anexos.

Es importante conocer la realidad problemática, en esta investigación se encontró que: La Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología a nivel mundial encontró el embarazo ectópico, que incremento el 10% en mortalidad materna.

En el país de México, en un estudio sobre el embarazo ectópico abdominal; se le considero como un cuadro clínico raro de difícil diagnóstico, con una intervención de tipo farmacológica y también quirúrgica; lo cual arroja buenos resultados si es tratada de manera adecuada y oportuna, aunque si se considera el riesgo de afectación de la fertilidad futura <sup>(1)</sup>

En Cuba, se determinó la edad entre 20 a 40 años, así como también una enfermedad pélvica inflamatoria y punción en fondo de saco de Douglas, se encuentran relacionadas

a un embarazo ectópico, teniendo como principal consecuencia y complicación la anemia, posterior a una intervención quirúrgica para el manejo de las complicaciones (2) En Lima, el embarazo ectópico representa como un cuadro dramático para la salud de la mujer, al ser una enfermedad de poca frecuencia, complicando en muchos casos la habilidad diagnóstica y quirúrgica incluso para profesionales de mucha experiencia. (3) En Trujillo, periodo 2000 - 2015 se realizó una investigación, obteniendo como factores de riesgo la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), embarazo ectópico previo (EE) y antecedente de cirugía tubárica que producen el desarrollo del embarazo ectópico. (4)

Un embarazo ectópico si no se trata a tiempo se puede complicar, teniendo como principales cuadros clínicos; al sangrado vaginal, dolor abdominal, e incluso en ocasiones se presenta o desencadena un shock hipovolémico, estos resultados en un estudio realizado en la ciudad de Trujillo de La Libertad (5)

En la provincia de Lambayeque se considera también un tema de interés, por el poco estudio acerca del tema en mención, el aumento de los casos clínicos, acompañado y condicionado por el estilo de vida de la comunidad en mención. Lo que nos genera como investigadoras el interés en conocer los factores que hacen que aumenten los casos en la población mencionada.

En base a la realidad planteada, se realizó la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 – febrero 2020?

En el estudio se encontró antecedentes nacionales e internacionales como:

Melissa Diana Berrios Álvarez (Cusco - 2018). Tuvo como objetivo determinar los factores asociados a embarazo ectópico en el Hospital Antonio Lorena durante enero y diciembre del 2018. Se realizó un estudio analítico caso-control en una muestra 54 casos (embarazo ectópico) y 54 controles (embarazos normales) con un análisis univariado y bivariado obteniendo el Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%). Resultando que los factores sociodemográficos fueron: Tabaquismo, que elevó el riesgo de presentar embarazo ectópico hasta 13 veces, y el grado de instrucción superior duplica el riesgo de EE. En los factores gineco-obstétricos el uso de levonogestrel eleva el riesgo 60`+o veces, la cirugía abdomino-pélvica eleva el riesgo 7 veces, tener múltiples parejas sexuales eleva el riesgo 4 veces, el antecedente de aborto y/o legrado

eleva el riesgo 4.6 veces, la enfermedad inflamatoria pélvica eleva el riesgo en 2.5 veces y el embarazo ectópico previo duplica el riesgo de presentar embarazo ectópico. (10)

Chávez Domínguez, Adoila Domitila (Trujillo - 2016) Con la finalidad de determinar qué factores de riesgo, se asocian al Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016, se realizó un estudio, retrospectivo con un diseño de casos y controles, en el cual se revisaron 61 historias clínicas de pacientes con embarazo ectópico como “Casos” y para los “Controles” se tomó el doble de aquellos (relación 1:2), es decir, 122 historias clínicas sin embarazo ectópico. Se aplicó una ficha de recolección de datos. Se empleó el odds ratio, y se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo. Los resultados mostraron que el mayor porcentaje (60.4% y 58.3%) fue para la antecedente multiparidad, tanto para casos como para los controles con un OR=1.09, el antecedente de cirugía previa, con un odds ratio de 0,64; el antecedente de enfermedad pélvica, con un odds ratio de 0.79; y el antecedente de aborto con un odds ratio de 0.61, no son factores de riesgo para embarazo ectópico. (5)

Vara Acevedo, Carlos A. (Piura – 2015). El objetivo fue determinar los factores asociados al embarazo ectópico, el estudio realizado fue: Clínico longitudinal de tipo no experimental, descriptivo de recolección de datos. En el periodo de Enero – Agosto del 2015 se encontraron (2885) pacientes atendidas en el servicio de emergencia Gineco Obstetricia y por lo tanto se encontró (23) casos nuevos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, donde se logra identificar la Incidencia acumulada de los nuevos casos de (E.E), tomando la población atendida durante el tiempo que se determinó el estudio, arroja como resultado un (0.79%); siendo la incidencia global en los últimos 10 años un (0.89%) y el mayor número de casos de (E.E) fueron entre los edades de 20-24 años con un riesgo relativo de (39,13%), el (34.78%) de los casos de (E.E), fueron Nulíparas y Multíparas, seguido de un (30.43%) representado por Primíparas. Los antecedentes de aborto provocados previo, infirió un riesgo relativo de (47.89%) de 15 pacientes, como consecuencia al uso de (ACO) de emergencia por uso continuo de (Píldoras del día siguiente o Levonorgestrel). (11).

Vera Pérez José M, y cols. (México – 2017). Tuvo como objetivo presentar el caso de un embarazo ectópico en una paciente con 26, 5 semanas de gestación. Metodológicamente emplearon el diseño no experimental de tipo básico. Siendo los resultados de determinación diagnóstica, mediante la evaluación ultrasonografía

abdominal y transvaginal, por su localización y no viabilidad fetal, se realizó laparotomía con postoperatorio inmediato complicado con choque hipovolémico, es reintervenida previa resucitación cardiovascular y se evacuó hematoma y restos placentarios, se controló reacción anafiláctica a transfusión y progresó satisfactoriamente. Concluyen que la inflamación pélvica recurrente fue el principal factor de riesgo. (7).

Escobar Padilla, Beatriz y Cols. (México – 2017). En su investigación buscó determinar las características clínicas y los factores de riesgo asociados a EE. En el estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyeron dos grupos: casos (28 pacientes) y controles (56 pacientes puérperas). Se hizo un análisis estadístico descriptivo con univariante y bivariante mediante Chi cuadrada de Pearson ( $p < 0.05$ ), con RM e intervalos de confianza al 95% (IC al 95%). La RM del hábito tabáquico fue de 18.33, la del antecedente de EE de 11.96, uso de DIU: 11.9, cirugía abdominal: 5.87, ser multigesta: 3.80, tener dos o más parejas sexuales: 2. El síntoma clínico más común fue el dolor pélvico abdominal con 57.1%, EE derecho 53.6%, embarazo tubárico 82.1%, EE no roto 60.7%, hemoperitoneo 60.7%. La edad gestacional para EE fue de 4-8 semanas (75%) y el tratamiento quirúrgico de 96.4%. (8).

Chamaidan Moreno, Jhonatan Y (Ecuador – 2015) El objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgos relacionados al embarazo ectópico en el “Hospital Materno Infantil Mariana De Jesús” a través de un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental en el que a través de la recolección de datos se enlistarán los factores de riesgo más predisponentes en las embarazadas atendidas con diagnóstico de embarazo ectópico durante el período 2015. De acuerdo con la edad las mujeres de 25-34, obtuvieron la mayor prevalencia con el 50% de embarazos ectópicos rotos. Las pacientes con embarazo ectópico en su gran mayoría 45% corresponde a la secundaria. Con respecto a la etnia que el 73% son mestizo. El 18% representa a las pacientes indígena y el 9% son afroecuatorianas. La principal ocupación fueron quehaceres doméstico 38%. La principal implantación de las mujeres que presentaron embarazo ectópico con el 43% son tubárico. También la edad sexual de inicio frecuente de las mujeres con embarazo ectópico es entre 15 a 24 años con un 64%. Observamos que el número de parejas sexuales van de 7 a 12 parejas dando un porcentaje del 63%. También que la gran mayoría de las pacientes con embarazo ectópico no tenían como método

anticonceptivo el DIU con un 87%. Los principales factores de riesgo encontrado en nuestro estudio son los episodios recurrentes de infecciones pélvicas que incrementan las alteraciones de la permeabilidad de las trompas uterinas o una oclusión tubárica total dando un porcentaje de 57%. (9).

Marco teórico

Embarazo Ectópico

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina en el endometrio. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa conformada por ampolla 70%, istmo 12%, fimbria 11%, intersticial 3%. Las formas no tubáricas incluyen el embarazo cervical <1%, el embarazo ovárico 3%, el embarazo abdominal 1% y la cicatriz de cesárea <1%. (12)

Al diagnosticar un embarazo extrauterino, se tiene que remover inmediatamente para evitar la ruptura como los embarazos tubáricos que lo hacen espontáneamente, puede ser también después del coito o al examen bimanual (13)

Epidemiología:

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, la frecuencia ha aumentado en los últimos 30 años desde un 0,5% en los años 70 al 1,1%. Y 1.5% en Estados Unidos. (13)

El aumento de embarazo ectópico es debido a que hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, y al aumento también de una serie de factores, la epidemiología en Lima considera sospechar en casos de cirugía pélvica previa y embarazo ectópico previo (14). También se considera, el inicio temprano relaciones sexuales, enfermedad pélvica inflamatoria, como el aumento del número de pacientes que se someten a técnicas de reproducción asistida, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, esterilidad, endometriosis, o tabaquismo, etc.

Diagnóstico

La clínica es según la localización y evolución. La triada clásica es el dolor abdominal agudo, si es lateral o bilateral y a la movilización del cérvix; la menstruación atrasada 6-7 semanas y, por último, el sangrado vaginal oscuro irregular y escaso, que se puede encontrar también en la especuloscopia de color café. Incluso si hay factores y están asintomáticas se debería realizar exámenes auxiliares como la ecografía y el BhCG. Si

se produce una rotura ístmica se presenta como un dolor intenso acompañado de hipotensión, palidez y shock. (13) (15) (16).

Tratamiento: El manejo médico de pacientes con EE siempre debe ser individualizado.

- Pacientes estables hemodinámicamente.
- Con masa no rota.
- Sin contraindicación para el uso de metotrexate.
- Con dolor pélvico no significativo

Que cumplan con estos criterios podrá realizarles manejo con metotrexate, Las pacientes que no cumplan estos criterios serán candidatas a manejo quirúrgico. La decisión de un manejo u otro está basada en la clínica, los hallazgos de laboratorio y ecográficos previa discusión con el paciente con la explicación de los riesgos y beneficios. (16).

Metotrexate intramuscular

Las pruebas más eficientes para este diagnóstico son la combinación de ecografía transvaginal y determinaciones seriadas de  $\beta$ -HCG sin tener que someter la paciente a la laparoscopia (17). Hay estudios que demuestran que existen varios tratamientos médicos que son tan efectivos como la cirugía (19). En la actualidad el tratamiento más utilizado es el metotrexate intramuscular (20) (21). Grandes estudios no controlados han publicado que alrededor del 15% de las mujeres van a requerir más de una dosis de metotrexate y menos de 10% van a necesitar cirugía (19) (20). También se han publicado ensayos randomizados que comparan el metotrexate con la cirugía laparoscópica (22).

Tratamiento con metotrexate: hay grandes estudios no controlados que han empleado el metotrexate en mujeres que presentan distintos niveles de  $\beta$ -HCG, aunque la mayoría de las mujeres tenían un nivel por debajo de 5.000 UI (23) (24). En el seguimiento se ha visto que cuanto más alto el nivel de  $\beta$ -HCG al inicio del cuadro, y cuanto más rápidamente se incrementaba, más probabilidad de intervención quirúrgica post tratamiento médico había (20) (22). Aunque el tratamiento médico puede tener éxito a niveles más altos que 3.000 UI/l, datos sobre la calidad de vida, y del coste beneficio hablan de que el tratamiento médico sólo merece la pena con valores debajo de 3.000 UI/l (25) (26). Los datos sobre el tamaño del embarazo ectópico son menos claros, pero cuanto más grande es la masa anoxia, más probabilidad hay de ruptura (24).

Metotrexate vía de administración local

No existen evidencias de que la vía de administración local ya sea por control laparoscópico, guiada por ecografía o por canulación del cérvix, sea superior a la sistémica por vía intramuscular, aunque disminuye los efectos adversos. Ofrece además riesgos adicionales como la propia laparoscopia y la anestesia. La punción ecográfica es a veces compleja por la movilidad de la trompa que puede desgarrarse y sangrar, y por otra parte precisa de saco gestacional visible. El metotrexate sistémico comparado con las vías de administración locales, es más práctico y sencillo de administrar, es no invasivo y no requiere especial habilidad clínica.

Se han propuesto diversas estrategias para la administración local de metotrexate para evitar sus efectos secundarios, que disminuyen al 2% por vía local y para mejorar su eficacia, ya que se detectaron concentraciones locales 5 veces más altas por vía local que por vía sistémica. (25)

La administración de metotrexate intramuscular guiado por ecografía no ha demostrado ser más eficaz, que el intramuscular (26) (27) ya que en un porcentaje alto de casos se requirió como complemento al tratamiento local, la administración de metotrexate intramuscular, y por otra parte la mayor tasa de éxitos se obtuvo con pacientes de bajo riesgo y niveles de  $\beta$ -HCG < 5.000 (28)(29). Debido a ello se preferirá como norma general la vía de administración sistémica, reservándose la vía local para fallo de la sistémica en determinados casos de riesgo quirúrgico como puedan ser los ectópicos cornuales, intersticiales o cervicales.

#### Conducta expectante en el embarazo ectópico

La conducta expectante se reservará para los siguientes casos:

- Pacientes estables y asintomáticas.
- Beta HCG < 1.000 con niveles descendentes.
- Pacientes que tienen facilidad para el control ambulatorio.
- Pacientes con compromiso de hacerse controles bisemanales de s-HCG y ecografía hasta que los niveles descendan un 50%, a partir de aquí se adecuaran los controles al descenso de las-HCG.
- Si las tasas de las HCG se estabilizan o ascienden, aparece clínica o hemoperitoneo se abandonará el tratamiento expectante. Se abandonará también si no hay un descenso de las-HCG del 50% a la semana de seguimiento.
- Se mantendrán los controles hasta la negativización de las-HCG.

El control expectante del embarazo ectópico localizado por ultrasonidos es una opción válida en pacientes estables y asintomáticas, con niveles decrecientes de s-HCG, e inicialmente inferiores a las 1.000 UI. La presencia de líquido en Douglas debe ser inferior a los 100 ml. El seguimiento debe realizarse con un mínimo de dos determinaciones semanales de s-HCG, y una ecografía transvaginal semanal hasta que los niveles de s-HCG bajen de 20 UI.

Son signos de buen pronóstico los niveles inicialmente bajos de s-HCG, el descenso rápido de los mismos, y la reducción en el volumen de la masa anexial.

Conducta expectante en la gestación sin localizar

En unidades especializadas, con conocimiento previo de los niveles de s-HCG y de la sintomatología de la paciente, una zona discriminatoria de 1.000 UI/l parece adecuada. En unidades menos especializadas, o sin conocimiento previo del caso, parece aceptable una zona discriminatoria entre 1.500 y 2.000 UI/l <sup>(18) (30) (31)</sup>

Se han realizado cinco estudios observacionales <sup>(31) (32)</sup> en los que se ha comprobado que el 44-69% de las gestaciones sin localizar se resuelven espontáneamente con tratamiento expectante. Parte de estas gestaciones sin localizar corresponderían a embarazos intrauterinos muy incipientes que se pierden sin llegar a ser visualizados, lo que podríamos llamar trofoblasto en regresión <sup>(33)</sup>, pero otra parte se correspondería con embarazos ectópicos no visualizados, que se resuelven espontáneamente por aborto tubárico o por reabsorción intratubárica. En los trabajos mencionados en el 14-28% de los casos tras un periodo de seguimiento se consiguió visualizar el embarazo ectópico por ecografía <sup>(34) (32)</sup>.

Empleando una zona discriminatoria de entre 1.000 y 1.500 UI/L en pacientes asintomáticas, se puede realizar un seguimiento expectante durante 48-72 horas. Si aparece clínica, los niveles se elevan por encima de la zona discriminatoria, o se estabilizan en meseta debemos considerar una intervención activa <sup>(31)</sup>. Se ha descrito que se precisó realizar una intervención quirúrgica en el 23-29% de los casos <sup>(31) (34)</sup>, aunque con más experiencia en el manejo expectante se consiguen rebajar estas tasas de intervenciones <sup>(35)</sup>. Si los niveles bajan, seguiremos con controles de s-HCG hasta que los niveles descendan por debajo de las 20 UI/L.

Embarazo ectópico cornual, intersticial y cervical

Son localizaciones cuyo tratamiento quirúrgico conlleva un alto índice de complicaciones por el riesgo de rotura y hemorragia, siendo frecuente que finalmente sea necesaria la histerectomía. Por ello deben agotarse en pacientes clínicamente estables las posibilidades que ofrece el tratamiento médico con metotrexate intramuscular aún con cifras de  $\beta$ -HCG  $>3.000$  UI/L.

Si fracasa el tratamiento con metotrexate intramuscular, se ensayará el metotrexate local guiado por ecografía o histeroscopia, aunque no existen evidencias de la eficacia y seguridad de estas terapias. Diversos autores han presentado su experiencia con la administración intraluminal de metotrexate (20 mg) por cateterización del ostium tubárico, recurriendo a diferentes métodos, pero las publicaciones con esta estrategia son muy limitadas. En casos de no involución del embarazo ectópico, se impondrá un tratamiento quirúrgico. (36)

Doubilet publica una revisión de 27 casos, 18 de ellos cervicales, 6 cornuales y 2 en cicatriz de cesárea resueltos favorablemente por instilación de CIK guiados por ecografía transvaginal (37) y están publicados casos de resolución histeroscópica de embarazos cornuales tras extracción con pinzas, o aspiración de los restos coriales (38) (39)

#### Embarazo intersticial

Un embarazo intersticial es un embarazo ectópico ubicado en la porción de la trompa de Falopio, son poco frecuentes, difíciles de diagnosticar y se confunden fácilmente con embarazos intrauterinos. Esto conduce a un diagnóstico tardío y a que se asocien con un mayor riesgo de ruptura (16). Debido a la proximidad hacia las arterias uterinas y ováricas, la hemorragia puede ser grave y se asocia a una mayor tasa de mortalidad materna elevada al diagnosticarse tarde 2,5% (13). El diagnóstico luego de la ruptura requiere tratamiento tradicional, laparotomía y con frecuencia histerectomía. Sin embargo, con un alto índice de sospecha, estos ectópicos pueden diagnosticarse temprano y tratarse con éxito de manera conservadora con cirugía laparoscópica (40) (44)

#### Embarazo cervical

El blastocito se implanta en el canal endocervical, se observa en el 1% de todos los embarazos ectópicos, a consecuencia de legrados anteriores y reproducción asistida. (16)

El 90% de mujeres informo sangrado vaginal sin dolor, un tercio con hemorragia masiva, su evolución se identifica por el examen con espéculo, ecografía y palpación. (13). Tratado de manera conservadora con metotrexato intramuscular (41)

En caso de metrorragias importantes se recomienda la práctica de un legrado cervical asociado a un método de taponamiento (cerclaje o sonda de Foley). El tratamiento quirúrgico de amputación de cérvix se reservará como última opción por la dificultad que entraña y las altas posibilidades de finalizar en histerectomía.

#### Embarazo en cicatriz de cesárea

Es la implantación dentro del miometrio, ha incrementado porque hay más cesáreas. Alrededor de 1/3 de los nacimientos en EEUU son por cesárea. Si se permite que el embarazo continúe, el riesgo de ruptura uterina y hemorragia con consecuencia la morbimortalidad materna es grave, llegando a que se realice histerectomía con pérdida de la fertilidad posterior. (16).

#### Embarazo ovárico

Es muy poco común, se encuentra dentro del ovario fertilizado en el óvulo, por ecografía se observa un saco gestacional rodeado de tejido ovárico con trompas uterinas normales, se diagnostica con la evaluación microscópica y no por ultrasonido (16)

#### Embarazo abdominal

Los embarazos abdominales frecuentemente progresan hasta que se hace diagnóstico tardío, definido como más de 20 semanas de gestación, conduce a una alta tasa de mortalidad materna, 0,5-18%, una tasa 8 veces mayor que la de otros embarazos ectópicos. La implantación del embarazo puede ocurrir en cualquier parte del abdomen. (16)

#### Marco Conceptual

Enfermedad pélvica inflamatoria: Procesos inflamatorios e infecciosos del tracto genital superior en mujeres (16)

Número de embarazo ectópico: Se considera así al historial clínico de una paciente, la cual atravesó un embarazo por un embarazo ectópico anterior a la gestación actual, formando parte de los antecedentes de la historia clínica. (42)

Inicio de relaciones sexuales: Edad en que la que se inicia con la actividad sexual de una persona, considerando la penetración como situación principal, ya sea en personas de sexo femenino y masculino.

Condiciones sociodemográficas: Situación de vivienda de una persona a nivel social y demográfico, lo cual condiciona a distintos comportamientos de la misma con respecto a su sociedad.

Se formuló el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 – febrero 2020?

Justificación de la investigación

Los casos de embarazos ectópicos se han duplicado en la mayor parte de los países industrializados y representa una de las principales causas de muerte materna. Su incremento parece estar relacionado con la utilización de las técnicas de reproducción asistida, tratamientos de esterilidad, el uso de algunos métodos anticonceptivos, entre los que hay que considerar el empleo del dispositivo intrauterino, y con la mayor incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica, que es la causa más importante.

Por ende, se busca disminuir este problema que viene acompañado con posibles complicaciones fatales.

Como futuras profesionales de la salud pudimos ver la realidad problemática acerca del tema, ya que estuvimos en contacto con cuadros clínicos y tener los conocimientos necesarios acerca del tema con la finalidad de identificar los factores que predisponen el embarazo ectópico y de esta manera poder diagnosticar a tiempo y evitar posibles consecuencias que pongan en riesgo la vida de la paciente.

La ocurrencia de embarazo ectópico en nuestra población, lo cual es de gran importancia, nace el interés en realizar la presente investigación ya que, en nuestro país, es insuficiente las investigaciones respecto al tema por lo tanto los resultados de nuestra investigación servirán para que otros investigadores indaguen más y/o busquen estrategias de acción en la práctica diaria, de esta manera se estaría evitando muchas complicaciones o resultados irremediabiles.

Objetivo general:

Determinar los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019– febrero 2020.

Objetivos Específicos:

- Identificar la enfermedad pélvica inflamatoria en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.

- Establecer el número de embarazos ectópicos en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.
- Establecer la edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.
- Identificar condiciones sociodemográficas de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.

Hipótesis alterna.

La enfermedad pélvica inflamatoria predispone a un embarazo ectópico en pacientes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 - febrero 2020.

Hipótesis nula.

La enfermedad pélvica inflamatoria no predispone a un embarazo ectópico en pacientes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo 2019 - febrero 2020.

## II. METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y diseño de Investigación

Tipo de investigación:

El propósito de la investigación es correlacional ya que su finalidad es conocer la relación que existe entre las variables en un contexto específico. (45)

Según temporalidad: Fue retrospectivo por que los eventos se desarrollaron con anterioridad a la planificación del estudio. (45)

La medida es transversal ya que se obtuvieron los aspectos de desarrollo en un único momento. (45)

El diseño de la investigación es no experimental porque solo se observará los fenómenos tal cual ocurrieron, sin que el investigador manipule las variables. (44)

Enfoque de investigación: Es un enfoque cuantitativo pues utiliza la recolección de datos y el análisis estadístico, para probar la hipótesis. (45)

### 2.2 Población, muestra y muestreo (incluir criterios de selección)

Población

La población estuvo constituida por 102 pacientes gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque.

Muestra

El tamaño de la muestra se obtuvo a través del muestreo no probabilístico que empleó los siguientes criterios de inclusión y exclusión ya que no todas las pacientes formaron parte del estudio.

Muestreo

Se obtuvo 14 gestantes con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Gestación ectópica entre 15 – 36 años
- En el periodo de investigación

Criterios de Exclusión

- Historias Clínica incompletas.

### 2.3 Procedimiento

- Primero se solicitó el permiso a la Dirección del Hospital Belén de Lambayeque, en la cual se informaba el propósito de la investigación

obteniendo así la autorización y la recolección de datos a través de las historias clínicas.

- Se plasmó la información en la ficha de análisis documental (ver Anexo):
- Se utilizó el estadístico SPSS 25 y Excel para las tablas y gráficos en base a los objetivos.
- Para la discusión se comparó los resultados de los antecedentes con los obtenidos de nuestra investigación.
- Se realizaron las conclusiones y recomendaciones a base de los objetivos de la investigación.

#### 2.5 Método de Análisis de Datos

El procesamiento de datos fue mediante el programa SPSS versión 25. Los datos fueron consolidados en tablas de Una y Doble entrada con sus respectivas frecuencias y porcentajes. Se empleó la prueba de independencia de Chi Cuadrado para determinar si el embarazo ectópico está asociado a enfermedad pélvica inflamatoria

#### 2.6 Aspectos Éticos

Los datos obtenidos de las historias clínicas serán tratados con total cautela, profesionalismo y confidencialidad, buscando solo los datos necesarios de las pacientes que tuvieron embarazo ectópico y que fueron atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque.

### III. RESULTADOS

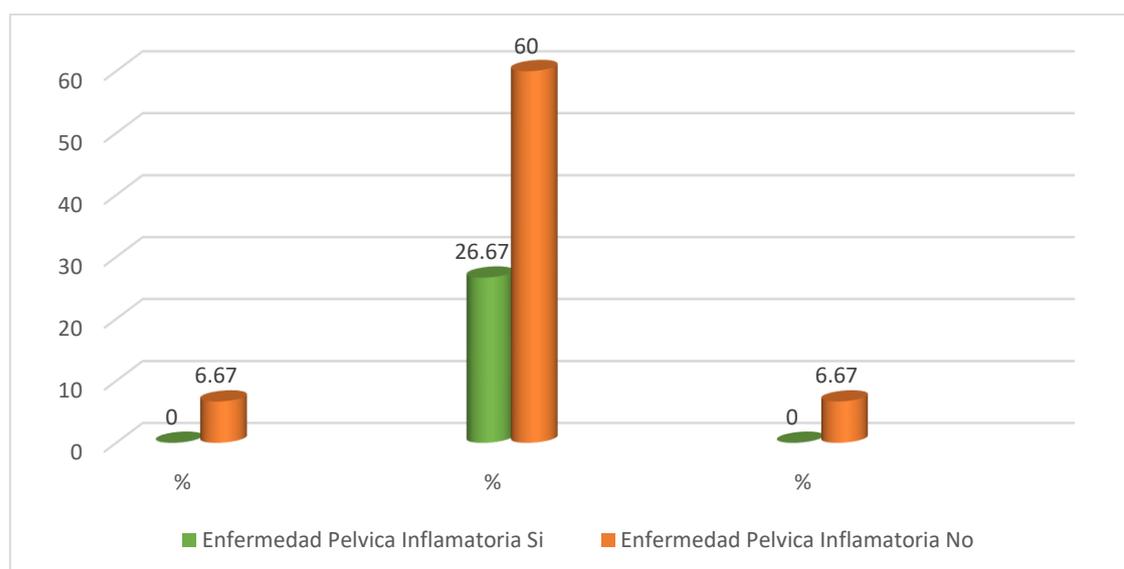
Tabla N° 1

Factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del Hospital Belén de Lambayeque.

Tablas cruzadas		Número de Embarazo Ectópico						Total	%
		0		1		2			
		f	%	f	%	f	%		
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Si	00	0.00	04	26.67	00	0.00	04	26.67
	No	01	6.67	09	60.00	01	6.67	11	73.33
Total		01	6.67	13	86.67	01	6.67	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 1



De la tabla N° 1; se evidencia que un 26.67% (04) pacientes tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria y a su vez tuvieron un embarazo ectópico; el 60.00% (09) pacientes no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, pero tuvieron un embarazo ectópico; un 6.7 % (01) pacientes no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria y tampoco tuvo un embarazo ectópico y un 6.7 % (01) pacientes no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, pero tuvo dos embarazos ectópicos.

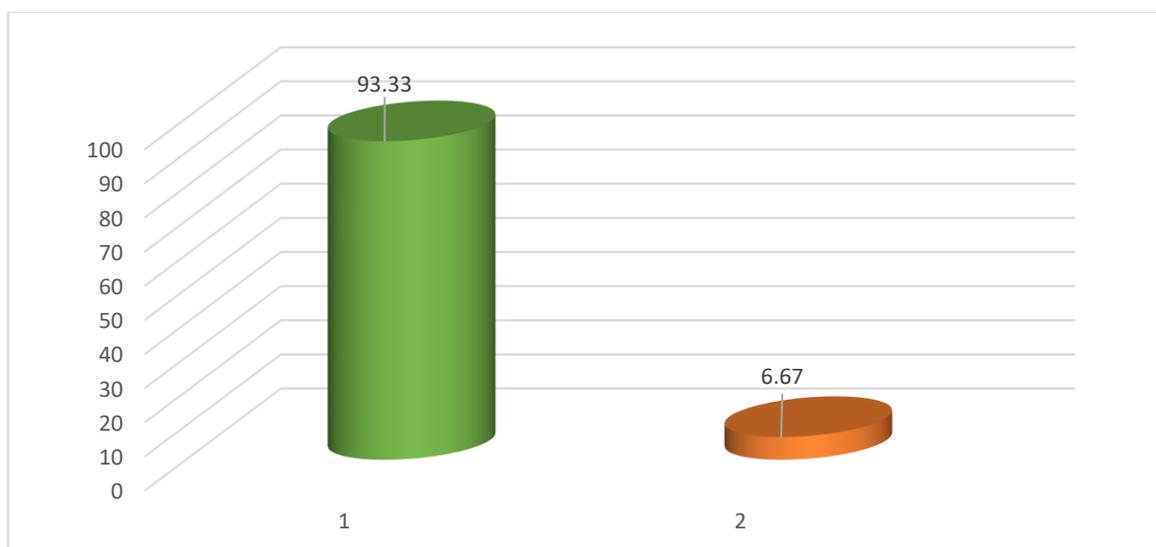
Tabla N° 2

Número de Embarazo ectópico en las mujeres atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque.

Número de Embarazo Ectópico	f	%
1	14	93.33
2	1	6.67
Total	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N°2



De la tabla N° 2; se evidencia que un 93.33 % (14) pacientes tuvieron un embarazo ectópico; un 6.67 % (1) paciente tuvo dos embarazos ectópicos.

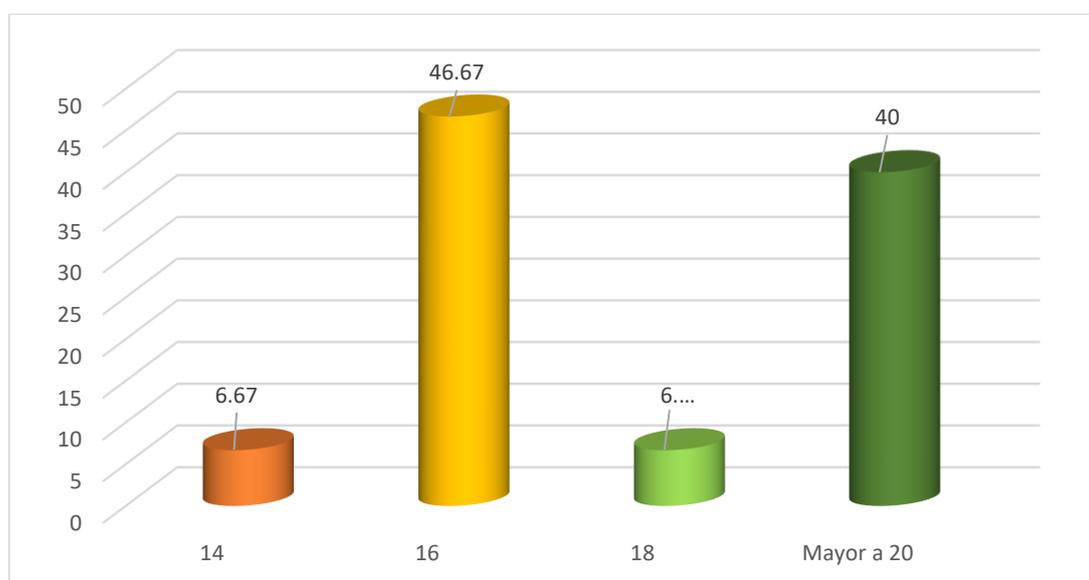
Tabla N° 3

Edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque.

Inicio de Relaciones Sexuales	f	%
14	01	6.67
16	07	46.67
18	01	6.67
Mayor a 20	06	40.00
Total	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 3



De la tabla N° 3; se evidencia que un 46.67% (07) pacientes tienen inicio de relaciones sexuales a los 16 años; un 40,00 % (06) pacientes tienen inicio de relaciones sexuales a la edad mayor de 20 años, un 6,67 % (01) pacientes tienen inicio de relaciones sexuales a los 18 años; 6,67 % (01) pacientes tienen inicio de relaciones sexuales a los 14 años.

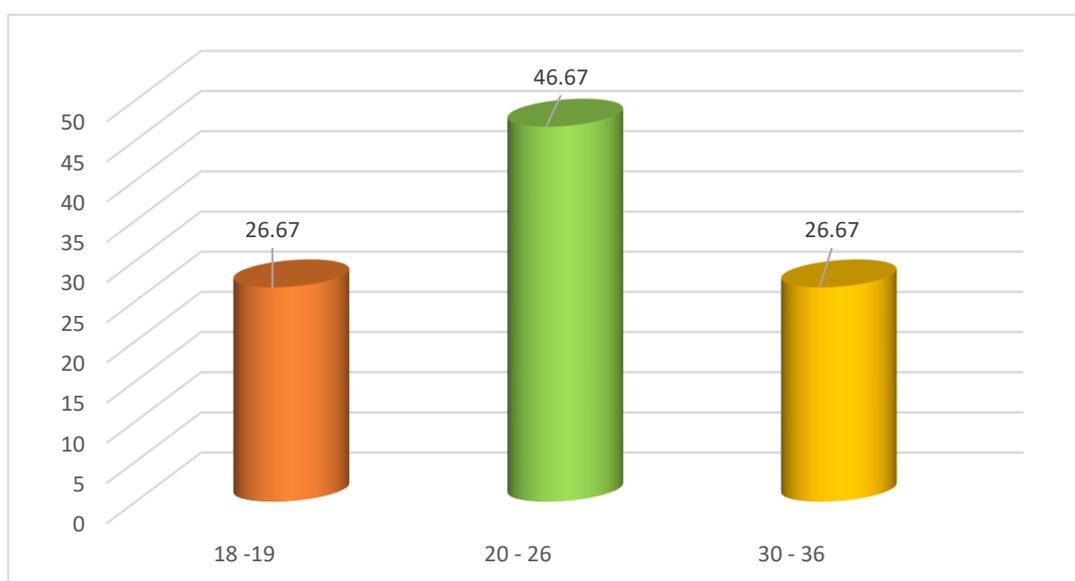
Tabla N° 4  
Condiciones sociodemográficas de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del  
Hospital Belén de Lambayeque.

Tabla 4.1  
Edad de las mujeres atendidas en Hospital Belén de Lambayeque.

Edad	f	%
18 -19	04	26.67
20 – 26	07	46.67
30 – 36	04	26.67
Total	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 4.1



De la tabla 4.1; se evidencia que un 46,67 % (07) pacientes tienen edades entre 20 - 26 años; un 26,67 (04) pacientes tienen edades entre 30- 36 años y un 26,67 (04) pacientes tienen edades entre 18 – 19 años.

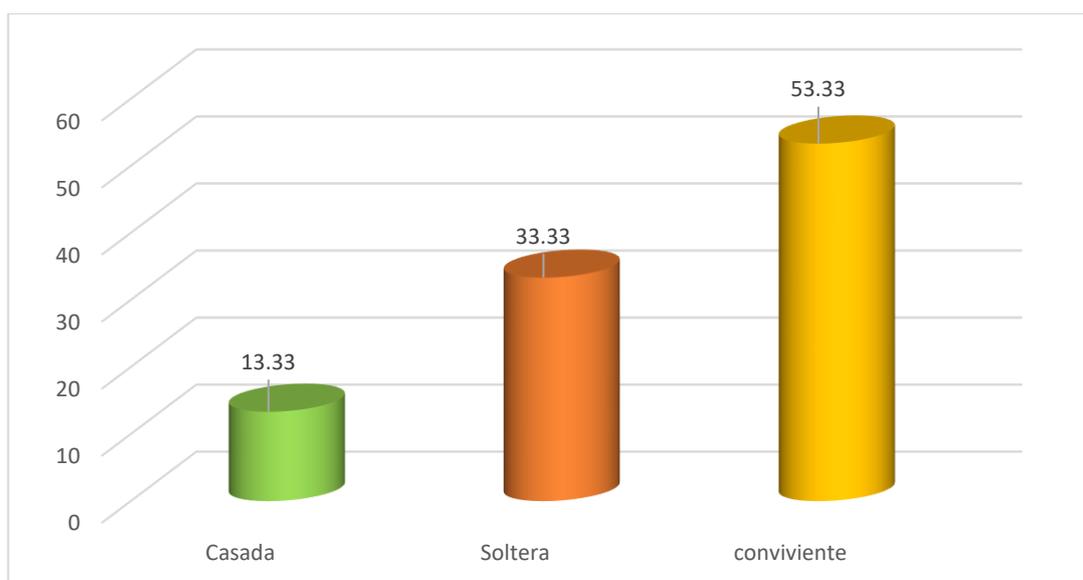
Tabla 4.2

Estado civil de las mujeres atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque

Estado Civil	f	%
Casada	02	13.33
Soltera	05	33.33
Conviviente	08	53.33
Total	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 4.2



De la tabla N° 4.2; se evidencia que el 53,33% (08) pacientes son de estado civil conviviente; un 33,33% (05) pacientes son de estado civil soltera y un 13,33 (02) pacientes son estado civil casadas.

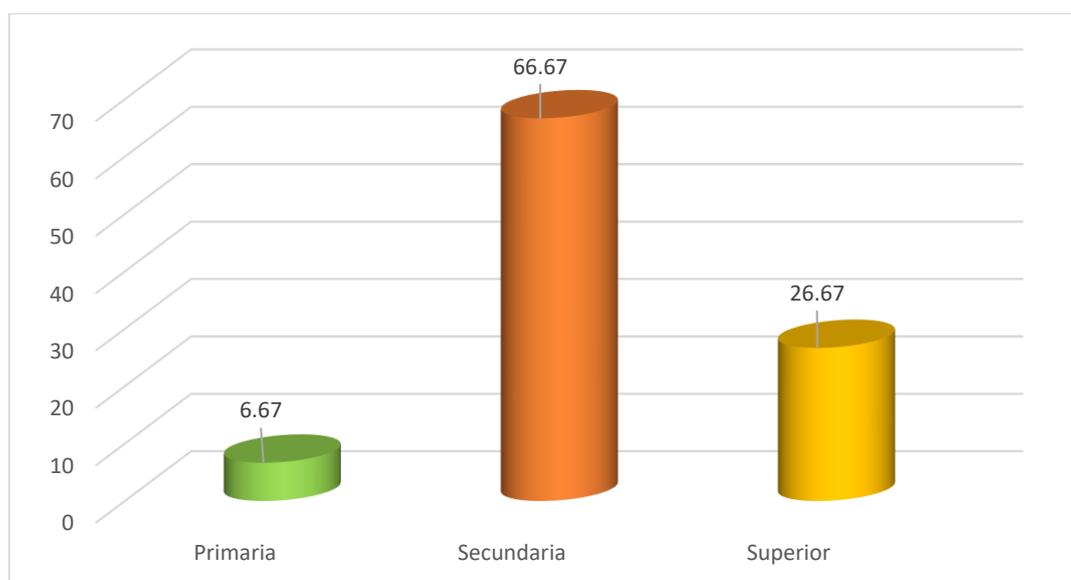
Tabla 4.3

Grado de instrucción de las mujeres atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque

Grado de instrucción	f	%
Primaria	01	6.67
Secundaria	10	66.67
Superior	04	26.67
Total	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico N° 4.3



De la tabla N° 4,3; se evidencia que un 66,67% (10) pacientes tienen un grado de instrucción secundaria; un 26,67% (04) pacientes tienen un grado de instrucción superior y el 6,67 % (01) pacientes tienen un grado de instrucción primaria.

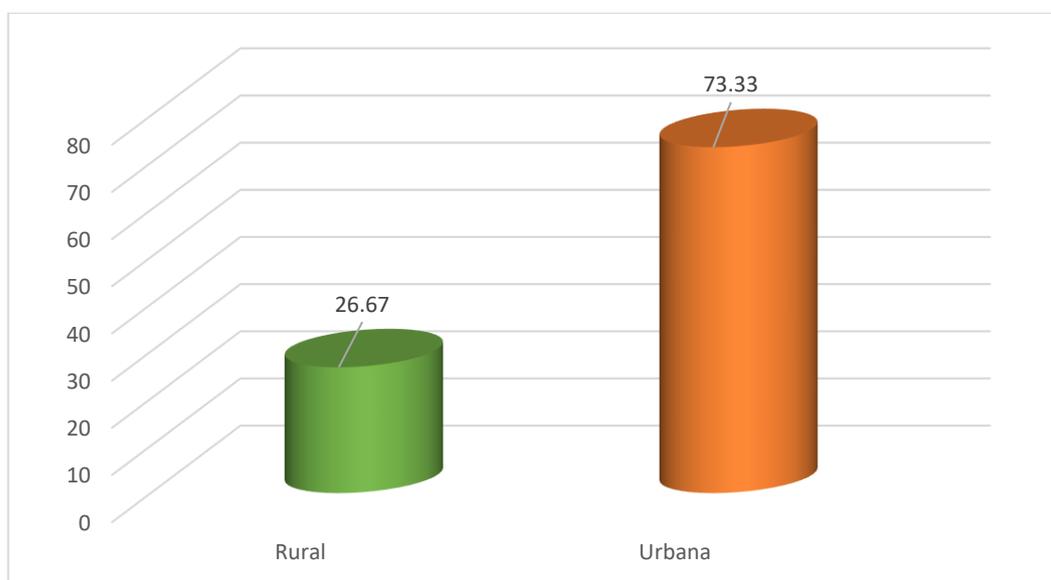
Tabla 5.4

Procedencia de las mujeres atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque

Procedencia	f	%
Rural	04	26.67
Urbana	11	73.33
Total	15	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N° 5.4



De la tabla 5.1; se evidencia que un 73,33 % (11) pacientes proceden de la zona urbana y un 26,67 % (04) pacientes proceden de la zona rural.

### Significación estadística de la prueba de chi cuadrado específico

Hipótesis Alterna (Ha):

La enfermedad pélvica inflamatoria predispone a un embarazo ectópico en pacientes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 - febrero 2020.

Hi:  $r < 0$  La relación es significativa

Hipótesis Nula (Ho):

La enfermedad pélvica inflamatoria no predispone a un embarazo ectópico en pacientes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre de 2019 - febrero 2020.

Hi:  $r \geq 0$  La relación no es significativa

Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$$(\alpha) = 0,05 (5\%); \quad (\gamma) = 0,95 (95\%)$$

Función o estadística de prueba

Dado que las variables embarazo ectópico con categorías si y no; la variable factores predisponentes con categorías si y no; la estadística para probar la hipótesis nula es la función Chi Cuadrado.

Formula de la Chi Cuadrada

$$F C (o_{ij} - e_{ij})$$

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim X^2 (F-1) (C-1)$$

La función  $X^2$  tiene distribución Chi cuadrada con  $(F-1)*(C-1)$  grados de libertad.

Aquí  $O_{ij}$  es la frecuencia observada de la celda  $(i, j)$  correspondiente a la categoría “i” de la variable fila (infección del tracto urinario) y categoría “j” de la variable columna (parto pretérmino);  $e_{ij}$  es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas  $e_{ij}$  se obtienen con la fórmula siguiente:

$$E_{ij} = (\text{Total fila } i) * (\text{Total columna } j)$$

Número total de datos

Por tanto la función Chi cuadrada toma la forma

$$F C \quad (o_{ij} - e_{ij})$$

$$X^2 = \sum_{i=1} \sum_{j=1} \frac{\dots}{e_{ij}} \sim X^2 (1)$$

La función  $X^2$  tiene distribución Chi cuadrada con 02 grados de libertad.

**REGIÓN CRÍTICA O DE RECHAZO DE LA HIPÓTESIS NULA:**

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y  $(\alpha) = 0,05$  (5%) entonces el valor tabulado (VT) de la función de la Chi cuadrado es VT=3,8415; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alterna si VC > 3,8415.

<b>Pruebas de Chi-cuadrado</b>					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,390 <sup>a</sup>	1	,533		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,646	1	,422		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,733

Asociación lineal por lineal	,364	1	,546		
N de casos válidos	15				

El valor calculado de la Chi Cuadrada es  $VC=0,390$

Decisión estadística:

El VT es menor que VC; es decir  $0,390$  es menor que  $5,991$  se acepta la hipótesis nula rechazando la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio son dependientes; vale decir, que existe evidencia significativa suficiente para afirmar que el inicio de relaciones sexuales, enfermedad pélvica inflamatoria no se relacionan directamente con embarazo ectópico.

La magnitud de la relación entre las variables de estudio se ve con la  $sig=pvalue < 0.05$ ; el cual se define Sig. Bilateral= $0.533$ ; es decir; no existe relación significativa entre las variables de estudio.

$1 - \alpha = 0.95$  o 95%. Probabilidad que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

Decisión estadística final:

En base a los datos obtenidos se puede afirmar que el factor determinante para embarazo ectópico son los números de embarazos ectópicos y para los demás factores no existe relación significativa para que se presenten embarazos ectópicos por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

## VI. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación fue realizado en el Hospital Belén de Lambayeque, se determinó los factores predisponentes a embarazo ectópico:

Se obtuvo un 60.00% pacientes que no tuvieron enfermedad pélvica inflamatoria, pero si un embarazo ectópico. Similar a lo reportado por Chávez Domínguez, Adoila Domitila en la cual la enfermedad pélvica no es factor de embarazo ectópico con un odds ratio de 0.79 % (11). Esto puede deberse a múltiples factores como población distinta, mal llenado de historias clínicas, entre otros, la enfermedad inflamatoria pélvica lesiona a la trompa uterina impidiendo al óvulo implantarse adecuadamente en el útero (16). Afirmando lo encontrado por Melissa Diana Berrios Álvarez que la enfermedad pélvica inflamatoria eleva el factor de riesgo en 2.5 veces (10).

Se encontró 93.33 % pacientes con un embarazo ectópico y 6.67 % con dos embarazos ectópicos. A más, embarazos ectópicos genera mayor exposición a una nueva gestación ectópica, puede ser por la cicatriz de la cirugía tubárica anterior o por los mismos factores que lo predispone (16). En los hallazgos de Melissa Diana Berrios Álvarez encontró al embarazo ectópico previo como factor que duplica a llegar en embarazo ectópico (10); coincidiendo con Escobar Padilla, Beatriz y Cols. Obteniendo que el antecedente de Embarazo Ectópico es 11.96 % (08).

Del estudio realizado 46.67% pacientes tuvieron inicio de relaciones sexuales a los 16 años; la actividad sexual a temprana edad atrae infecciones de transmisión sexual y por lo tanto embarazo ectópico, coincidiendo con Chamaidan Moreno, Jhonatan Y en la cual el inicio de relaciones sexuales más frecuentes es entre 15 a 24 años (9).

Entre las condiciones sociodemográficas encontramos que:

Se presentó a la edad promedio entre 20-26 años el 46,7 % similar al autor Vara Acevedo, Carlos A. que concluyó en la incidencia entre 20-24 años con un riesgo relativo de (39,13%) (12), Este acto es más frecuente por la actividad sexual en mujeres jóvenes, diferente a Chamaidan Moreno, Jhonatan postuló que la prevalencia entre 25-34 años el 50% pertenece a embarazos ectópicos rotos (09).

El estado civil conviviente es mayor 53,33% y el menor es en casadas 13,33 %.

Se encontró con mayor cantidad, pacientes con grado de instrucción secundaria 66,67%; y un menor 6,67 % instrucción primaria similar a Chamaidan Moreno, Jhonatan Y, manifiesta que en su gran mayoría son de secundaria con el 45% (9). Esto se da por el nivel de conocimiento, ya que desconocen del tema y empiezan con la actividad sexual. Sin embargo, la autora Melissa Diana Berrios Álvarez en su estudio manifestó, que el grado de instrucción superior duplica el riesgo de EE (10).

De la zona urbana 73,33 % y de la zona rural 26,67 % Chamaidan Moreno, Jhonatan Y la etnia más representada fue mestizo con el 73%, el 18% representó a indígenas y el 9% son afroecuatorianas (9). Quizás por el bajo nivel socioeconómico que lleva a una menor cobertura de salud para ellas.

Existen múltiples factores que predisponen al embarazo ectópico, como la enfermedad inflamatoria pélvica, el inicio precoz de las relaciones sexuales, condiciones sociodemográficas; que contribuyen al incremento de la morbimortalidad materna, en el caso del estudio, resaltó el número de embarazo ectópico (embarazo ectópico previo) por lo tanto, al identificar este factor, se sugiere que el trabajo de los profesionales de la salud, deben ir encaminado a la profilaxis y prevención de esta patología, y de esta manera evitar consecuencias fatales.

## V. CONCLUSIONES

- La enfermedad pélvica inflamatoria, no influye en el embarazo ectópico, pero se considera como un factor predisponente en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.
- El mayor número de embarazos ectópicos, se presentó en pacientes que tuvieron un embarazo ectópico previo, en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.
- La edad de inicio de relaciones sexuales, es a los 16 años en mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.
- Se reconoció condiciones sociodemográficas, como la edad entre 25-34 años; 53,33% pacientes son estado civil conviviente; un 66,67% pacientes tienen un grado de instrucción secundaria; un 73,33 % pacientes proceden de la zona urbana en pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque

## VI. RECOMENDACIONES

- Al personal de salud obstetra, que realice un buen llenado de historias clínicas materno perinatal, para tener datos confiables y fidedignos.
- Al personal de salud obstetra, brindar educación sobre factores predisponentes a embarazo ectópico, para evitar repetir episodio de embarazo ectópico, en las pacientes mediante sesiones educativas.
- A los profesionales de la salud, optimizar los protocolos de manejo y atención de los factores de riesgo para embarazo ectópico, basados en las características de nuestra población, para ser utilizados en la Atención Prenatal.
- A la universidad UPHFR a través del portal de repositorio institucional, difunda los resultados del presente estudio, para generar interés en la comunidad investigadora, y puedan gestar nuevos estudios con los hallazgos presentados.

## REFERENCIA

1. Vargas-Hernández VM, Hernández Fierro MJR, Ventura Quintana V, Tovar Rodríguez JM. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. SCielo. Rev Chil Obst Ginecol [Internet]. 2017 [citado 15 dic 2019]; 82(3). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n3/0717-7526-rchog-82-03-0338.pdf>
2. Virelles Pacheco A, Bonet Fonseca R, Santiesteban Vázquez R. Factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Méd Multimed. [Internet]. 2017 [citado 15 dic 2019]; 21(2). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486/785>
3. Ramírez Cabrera JO, Zapata Díaz BM, Campos Siccha GJ, Mejía Cabrera FS, Mendoza Solórzano PR. Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso. SCielo. Rev Perú Ginecol Obstet. [Internet]. 2019 [citado 18 dic 2020]; 65(2):209-212. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v65n2/a13v65n2.pdf>
4. Núñez E, Panta O. Enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico previo y antecedente de cirugía tubárica como factores de riesgo de embarazo ectópico. Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2000-2015. [Internet]. 2018 [citado 18 dic 2020]. Disponible en: <https://1library.co/document/lzgpvmvz-enfermedad-inflamatoria-antecedente-tubarica-ectopico-ginecologia-hospital-regional.html>
5. Chávez Domínguez AD. Factores de riesgo asociados a Embarazo Ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2016. [Internet]. 2018 [citado 15 dic 2019]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29158>
6. Chipana Suasnabar IE. Factores de riesgo para embarazo ectópico. [Internet]. 2017 [citado 15 dic 2019]. Disponible en: [http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/981/TI037\\_43056356\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/981/TI037_43056356_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Vera Pérez JM, Ortiz Hernández L, Piñeiro Mora O. Embarazo ectópico abdominal primario. Presentación de un caso. Multimed 2016. [Internet]. 2016 [citado 15 dic 2019] Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/158/208>
8. Escobar-Padilla B, Perez-López CA, Martínez-Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico Mexico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2017 [citado 16 dic 2019]; 55(3):278-85 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im173b.pdf>

9. Chamaidan Moreno JY. Embarazo ectópico, factores de riesgo Maternidad Mariana de Jesus año 2015. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina Guayaquil. [Internet]. 2016 [citado 16 dic 2019].  
Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/22463>
10. Berrios Alvarez MD “Factores asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. [Internet]. 2019 [citado 20 ene 2021].  
Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/4032>
11. Vara Acevedo CA. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, en pacientes que acuden al servicio de emergencia, de Gineco – Obstetricia Del Hospital Ll-2 Santa Rosa – Piura, en el periodo enero - agosto 2015. [Internet]. 2019 [citado 20 ene 2021].  
Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11065/vara\\_ac.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/11065/vara_ac.pdf?sequence=1)
12. F.Gary Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield Williams Obstetricia. Mc Graw Hill Education. 24 Edición; 2015.
13. F.Gary Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey, Spong. Williams Obstetricia. Mc Graw Hill Education. 25 edición; 2019
14. Zapata Diaz BM La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico; Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2014 [citado 28 feb 2021].  
Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v61n1/a05v61n1.pdf>
15. Franco Díez E, Campos Pavón J, Ruiz Mateos B, Suárez Barrientos A, Sánchez Vadillo I, Gallo Santacruz S, Sesma Romero J, Sánchez-Villanueva F, (6) Manual de ginecología y obstetricia. AMIR.12 Edición; 2019
16. Dr. Samuel Karchmer K. Medicina Reproductiva en la consulta ginecológica. FLASOG. [Internet]. 2020 [citado 23 feb 2021]. Disponible en: [https://www.flasog.org/static/libros/Medicina\\_Reproductiva\\_FLASOG.pdf](https://www.flasog.org/static/libros/Medicina_Reproductiva_FLASOG.pdf)
17. Embarazo ectópico. Prog obstetr gineco 10.1016/S0304-5013(07)73202-8. Elsevier [Internet]. 2007 [citado 28 feb 2021]. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-ectopico-13106416>
18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2006 [citado 28 feb 2021]  
Disponible en: <https://www.uv.es/~jjsanton/Obstetricia%20General/06SEGOectopico.pdf>

19. Lipscomb G, Bran D, McCord M, Portera J, Ling F. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. National Center for Biotechnology Information [Online]. 2007 [cited 28 feb 2019]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9662322/>
20. Lipscomb G, McCord M, Stovall T, Huff G, Portera J, Ling F. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies ; [Online] 1999 [cited 28 feb 2019]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10607814/>
21. Saraj A, Wilcox J, Najmabadi S, Stein S, Johnson M, Paulson R. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing singledose intramuscular methotrexate with salpingostomy; [Online]. 1998 [cited 28 feb 2019]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9840564/>
22. Saraj A, Wilcox J, Najmabadi S, Stein S, Johnson M, Paulson R. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing singledose intramuscular methotrexate with salpingostomy; [Online]. 1998 [cited 28 feb 2019]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9840564/>
23. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*. Elsevier. [Online]. 1997 [cited 28 feb 2019]. Vol 67, Issue 3, 421-593. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)80064-7](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)80064-7)
24. Sowter M, Frappell J. The role of laparoscopy in the management of ectopic pregnancy *Rev Gynaecol Practice*; 2002. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1471-7697\(02\)00007-2](https://doi.org/10.1016/S1471-7697(02)00007-2)
25. Fernandez H, Bourget P, Ville Y, Lelaidier C, Frydman R. Treatment of unruptured tubal pregnancy with methotrexate: pharmacokinetic analysis of local versus intramuscular administration; *Fertility and Sterility* [Online]. 1994 [cited 14 feb 2019]. Available from [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)57055-1/abstract](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)57055-1/abstract)
26. Zilber U, Pansky M, Bukovsky I, Golan A. Laparoscopic salpingostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of unruptured ectopic gestation; 1996. *Epistemonikos*: [Online]. 1994 [cited 14 feb 2019]. Available from: <https://www.epistemonikos.org/es/documents/9fad1a3446883d9709288e102ab2f69604771365>

27. Fernández H, Yves Vincent SC, Pauthier S, Audibert F, Frydman R. Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Human Reproduction*, [Online]. 1998 [cited 18 feb 2019]. Vol 13, Issue 11, 3239–3243. Available from: <https://doi.org/10.1093/humrep/13.11.3239>
28. Fernández H Benifla JL, Lelaidier C, Baton C, Frydman R. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy: 100 cases treated by primary transvaginal injection under sonographic control; [Online]. 1993 [cited 20 feb 2019]. *Fertility and Sterility* Vol 59 707-937. Available from; [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)55858-0](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)55858-0)
29. Gervaise A, Fernández H. Le methotrexate dans le traitement medical des grossesses extrautérines non rompues. Étude prospective: injection intramusculaire versus injection in situ sous contrôle échographique; [Online]. 2003 [cited 20 feb 2019]. Available from <https://www.doccity.com/es/investigacion-tratamiento-etc-embarazo-ectopico/4560659/>
30. Kadar N, DeVore G, Romero R. Discriminatory hCG zone use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy; [Online]. 1981 [cited 20 feb 2019] ;58(2):156-61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7254727/>
31. Hahlin M, Thorburn J, Bryman I. The expectant management of early pregnancies of uncertain site.; 1995 *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier [Online]. 1981 [cited 20 feb 2019]. Vol 108. 158-163. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/journal/03065456>
32. Hajenius P Mol B, Ankum W, Van der Veen F, Bossuyt P, Lammes F. Suspected ectopic pregnancy: expectant management in patients with negative sonographic findings and low serum  $\beta$ -hCG concentrations; [Online]. 1995 [cited 20 feb 2019]. Available from <https://research.monash.edu/en/publications/suspected-ectopic-pregnancy-expectant-management-in-patients-with>
33. Ankum W Van der Veen F, Hamerlynck J, Lammes F. Suspected ectopic pregnancy. What to do when human chorionic gonadotropin levels are below the

- discriminatory zone; [Online]. 1995[cited 20 feb 2019]. Jul;40(7):525-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7473443/>
34. Banerjee S, Aslam N, Zosmer N, Woelfer B, Jurkovic D. The expectant management of women with early pregnancy of unknown location; *Ultrasound Obstet Gynecol*, [Online]. 1999 [cited 20 feb 2019]. 14: 231–236. Available from <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1469-0705.1999.14040231.x>
  35. Banerjee S, Aslam N, Woelfer B, Lawrence A, Elson J, Jurkovic D. Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy; 2001.
  36. Risquez F, Forman R, Maleika F, Foulot H, Reidy J, Chapman M, Zorn JR. Transcervical cannulation of the fallopian tube for the management of ectopic pregnancy: prospective multicenter study, *Fertility and sterility* Copyright" 1992 The American Fertility Society; [Online]. 1995 [cited 20 feb 2019]. Vol. 58, No.6. Available from: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(16\)55557-5/pdf](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(16)55557-5/pdf)
  37. Doubilet PM, Bensosn CB, Frates MC, Ginsburg E. Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies; 2004. Available from: <https://doi.org/10.7863/jum.2004.23.3.359>
  38. Sanz LE, Verosko J. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy.; *Obstetrics & Gynecology Elsevier* [Online].2002 [cited 20 feb 2019]. Vol 99,2002, 941-944. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)01664-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)01664-2)
  39. Pal B, Akinfenwa O, Harrington K. Hysteroscopic management of cornual ectopic pregnancy; [Online]. 2003 [cited 28 feb 2019]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02198.x>
  40. Fylstra DL. Ectopic pregnancy not within the (distal) fallopian tube: etiology, diagnosis, and treatment *Am J Obstet Gynecol*. [Online]. 2012 [cited 28 feb 2019]; 206(4):289-99. Available from: DOI: 10.1016/j.ajog.2011.10.857.
  41. Ruipérez Pacheco E, Gutiérrez Alaguero A, Brenes Sánchez JA, Asenjo de la Fuente E, Coronado Martín P, Herráiz Martínez MA Cervical ectopic pregnancy. A case report.

- [Online]. 2019 [cited 28 feb 2021]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v65n4/a20v65n4.pdf>
42. Dulay Antonette T. Embarazo ectópico. Manual MSD. [Internet]. 2020 [citado 23 feb 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/embarazo-ect%C3%B3pico>
  43. Salud Sexual. OMS. [Internet]. 2021 [citado 23 feb 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/es/>
  44. Benel-Chamaya A, Arango-Ochante PM, Breña JL, Siguenza-Vasquez K, Remy-Paredes N. Embarazo ectópico intersticial: diagnóstico clínico y tratamiento. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019 [citado 23 feb 2021]. 8(1):46-8. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019143>
  45. Hernández Sampieri R, Carlos Fernández Collado, and Pilar Baptista Lucio. Metodología De La Investigación. México 6th edición. McGraw-Hill; [Internet]. 2014 [citado 16 feb 2021]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

## **ANEXOS**

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Sub Indicadores	Escala
<b>Variable Independiente:</b> Factores predisponentes.	Es cualquier proceso que impide o retarda el pasaje del blastocito a la cavidad endometrial.	Tipo de gestación caracterizada por darse fuera de la cavidad uterina.	Factores personales.	Inicio de relaciones sexuales.	14 16 18 Mayor a 20	Ordinal
			Factores obstétricos.	Número de embarazo ectópico.	1 2 3	Ordinal
				Enfermedad pélvica inflamatoria.	Si No	Nominal
			Factores sociodemográficos	Edad	18 -19 20 -26 30 – 36	Ordinal

				Estado civil	Casada Soltera Conviviente	Nominal
				Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
				Procedencia	Rural Urbana	Nominal
<b>Variable Dependiente:</b> Embarazo ectópico.	Es la implantación fuera de la cavidad uterina.	Complicación del embarazo en la que el blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina.		Gestación ectópica.	Si No	Nominal

Anexo 2: Matriz de consistencia.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuáles son los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 - febrero 2020?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar los factores predisponentes a embarazo ectópico en pacientes del hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 – febrero 2020</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la enfermedad pélvica inflamatoria en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.</li> <li>• Establecer el número de embarazos ectópicos en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.</li> <li>• Establecer la edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.</li> <li>• Identificar condiciones sociodemográficas de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque,</li> </ul>	<p><b>Hipótesis alterna.</b> La enfermedad pélvica inflamatoria predispone a un embarazo ectópico en pacientes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo septiembre 2019 - febrero 2020.</p> <p><b>Hipótesis nula.</b> La enfermedad pélvica inflamatoria no predispone a un embarazo ectópico en pacientes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque en el periodo 2019 - febrero 2020.</p>	<p><b>Variable 01:</b> Enfermedad pélvica inflamatoria Número de embarazo ectópico Inicio de relaciones sexuales Condiciones sociodemográficas.</p> <p><b>Variable 02:</b> Embarazo ectópico.</p>	<p><b>Tipo de Investigación</b> Correlacional, transversal, retrospectivo.</p> <p><b>Diseño de la Investigación:</b> No experimental.</p> <p><b>Enfoque de investigación:</b> cuantitativo</p> <p><b>Población:</b> 102 pacientes gestantes.</p> <p><b>Muestra:</b> A través del muestreo no probabilístico.</p> <p><b>Muestreo:</b> 14 gestantes.</p> <p><b>Criterios de inclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestación ectópica entre 15 – 36 años</li> <li>• En el periodo de investigación.</li> </ul> <p><b>Criterios de Exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias Clínica incompletas.</li> </ul> <p><b>Procedimiento</b> Ficha de recolección de datos. SPSS 25.</p>

Anexo 3: Ficha de análisis documental

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE EN EL PERIODO SEPTIEMBRE  
2019 – FEBRERO 2020”

Edad: 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) Mayor a 20 ( )

Estado Civil: Casada ( ) Soltera ( ) conviviente ( )

Grado de Instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

Procedencia: Rural ( ) Urbana ( )

Fecha de atención: .....

Datos:

1. ¿Cursó en algún momento por una Enfermedad Pélvica Inflamatoria?

a) SI b) No

2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo a lo largo de su vida?

a)1 b) 2 c) 3 d) Más de 3.

3. ¿A qué edad inició su vida sexual activa?

a) 14 b) 16 c) 18 d) Más de 20.

4. ¿Cursó en algún momento por un embarazo ectópico previo?

a) SI b) No

**ANEXO 4. Resolución de autorización**

**UNIVERSIDAD ROOSEVELT**

LICENCIADA POR TURISMO

REGISTRADA N° 079-0004-00000000

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"**

Huancayo: 25 de Enero del 2021

**OFICIO N° 037 – 2021-EPO-UPHER**

Se  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE**

Presente.-

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACION PARA REVISION DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES CON EMBARAZO ECTÓPICO, ATENDIDOS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019 A FEBRERO 2020**

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, a fin de expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt". El motivo del presente es para solicitar a su despacho la autorización para revisión de las HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES CON EMBARAZO ECTÓPICO, ATENDIDOS EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019 A FEBRERO 2020, para el desarrollo del trabajo de investigación (Tesis) que lleva por título: FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019 A FEBRERO 2020. De las Bachilleres, que se detalla a continuación:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
01	LESLY MARIELA, CONTRERAS MACHUCA
02	FABIOLA EVELENY, SABA MORALES

Agradeciendo por anticipado la atención que le brinde al presente, reitero las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

**DRA. MARÍA L. RICARDO CARTELENA**  
DIRECTORA DE LA E.P. DE OBSTETRICIA  
DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO  
"FRANKLIN ROOSEVELT"

roosevelt.edu.pe

Av. Ciudad N° 343 - Huancayo

Teléfono 054 329004 • Celular 949000025

## Anexo 5. Resolución de aprobación



LICENCIADA POR SUNEDU

RESOLUCIÓN N° 078-2019-SUNEDU/CD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO  
FRANKLIN ROOSEVELT  
DECANATO

RESOLUCIÓN N° 168-2021-UPHFR-FCS-D  
30 DE ENERO DEL 2021

1

LA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UPHFR.

### VISTO:

La ley Universitaria N° 30220, La Resolución N° 398-2014-CONAFU del 02 de julio de 2014, El Reglamento de Grados y Títulos aprobado con Res. N° 143-2014-UPHFR-CG, del 18 de junio del 2014. El documento S/N de fecha 23 de enero del 2021, sobre **DESIGNACIÓN DE ASESOR DE TESIS** presentado por la Dirección de Escuela Profesional de **OBSTETRICIA**, el Acta de Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud con fecha 30 de enero del 2021 y demás documentos adjuntos;

### CONSIDERANDO:

Que las tesis: **LESLY MARIELA CONTRERAS MACHUCA y FABIOLA EVELENY SABA MORALES**, han presentado el Proyecto de Tesis Titulado: **FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019-FEBRERO 2020**, para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Que, mediante Oficio N° 025-2021-EPO-UPHFR de fecha 23 de enero del 2021, la Dirección de la Escuela Profesional de **OBSTETRICIA**, informa que el Proyecto de tesis indicado en el considerando anterior ha sido recepcionado para su desarrollo remitiéndose al Decanato de Ciencias de la Salud.

Que el **COMITÉ DE GRADOS Y TÍTULOS** mediante el Oficio N° 011-2021-CGT-UPH-FR, ha designado como Docente **ASESOR** del mencionado proyecto de Tesis a la **MG. OBST. MIRIAN CARRILLO CAYLLAHUA**.

Que, mediante Acta de DFCDS de fecha 30 de enero del 2021, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, declara precedente expedir la respectiva Resolución de **DESIGNACIÓN DE ASESOR** del Proyecto de tesis titulado: **FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019-FEBRERO 2020**.

Estando a los considerandos expuestos anteriormente, en uso de las atribuciones y autonomía universitaria que le confiere el Artículo 18 de la constitución Política del Estado, la Ley Universitaria N°30220, el Estatuto de la UPHFR, el Reglamento General de Grados y Títulos ART. 31 y demás disposiciones legales vigentes.

### RESUELVE:

**PRIMERO: ASIGNAR como Docente ASESOR a la MG. OBST. MIRIAN CARRILLO CAYLLAHUA**, del Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019-FEBRERO 2020**, de las bachilleres:

**LESLY MARIELA CONTRERAS MACHUCA y FABIOLA EVELENY SABA MORALES.**

**SEGUNDO: HACER DE CONOCIMIENTO**, la presente Resolución a las instancias correspondientes para los fines pertinentes.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



*[Firma]*  
Mg. Benjamino Z. Ortiz Espinar  
DECANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO  
FRANKLIN ROOSEVELT

CC: **SEGUN DISTRIBUCIÓN:**

INT. (02)  
ASESORA (1)  
EPO. (1)  
ARCHIVO (1)



Calidad Educativa y  
Acreditación

uroosevelt.edu.pe



Av. Giráldez N° 542 - Huancayo

Teléf. 064 219604 / Celular: 949696998



UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO  
FRANKLIN ROOSEVELT  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO

*Huancayo, 28 de Marzo del 2021*

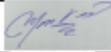
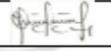
*Hora: 08:40 hrs - Aula Virtual: plataforma meet*

*Título de la tesis:*

FACTORES PREDISPONENTES A EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE EN EL PERIODO SEPTIEMBRE 2019-FEBRERO 2020

*ASESORA: MG. MIRIAN CARRILLO CAYLLAHUA*

*Nombres del Jurado Evaluador*

<i>Nombres del jurado evaluador</i>	<i>Firma</i>
<b>Presidenta : DRA. MARIA LEONOR ROMERO SANTILLANA</b>	
<b>Secretaria : MG. MELVA MEDALINE VERA DE LA CRUZ</b>	
<b>Vocal : MG. MIRIAN CARRILLO CAYLLAHUA</b>	
<b>Suplente : MG. MARLENY FATIMA ZARATE TORIBIO</b>	

*Resultado de la presentación y sustentación de la tesis:*

<i>NOMBRE Y FIRMA DEL BACHILLER</i>	<i>CALIFICACIÓN</i>	
<b>LESLY MARIELA CONTRERAS MACHUCA</b> 	<b>APROBADO POR UNANIMIDAD</b>	
	<b>APROBADO POR MAYORIA</b>	X
	<b>DESAPROBADO</b>	
<b>FABIOLA EVELENY SABA MORALES</b> 	<b>APROBADO POR UNANIMIDAD</b>	
	<b>APROBADO POR MAYORIA</b>	X
	<b>DESAPROBADO</b>	



*Benjamina Z. Ortiz Espinar*  
**Dr. Benjamina Z. Ortiz Espinar**  
 DECANA  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO  
 FRANKLIN ROOSEVELT