



UCV
UNIVERSIDAD
CESAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTÓPICO,
EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA, DE
GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LI-2 SANTA ROSA – PIURA,
EN EL PERÍODO ENERO - AGOSTO 2015”**

.....

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

.....

AUTOR:

VARA ACEVEDO, CARLOS AUGUSTO

ASESOR:

LACHIRA RIOS, HUMBERTO

MÉDICO GINECOLOGO – JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA EN HOSPITAL II-2
REATEGUI - PIURA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNA

PIURA – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO:

DR. EDGAR BAZÁN PALOMINO
Presidente

DR. ENRIQUE CARMONA HUAYGUA
Secretario

DR. JORGE ZAPATA BACON
Vocal

DEDICATORIA:

Especialmente dedico toda mi vida y profesión a Dios que es la fuente de mi inspiración para seguir adelante en mi vida profesional.

Con mucho amor y cariño a mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida diaria, a mis queridas hermanas y gente que me apoyo mucho durante todo este tiempo de sacrificio y dedicación, en darme ánimo cuando parecía que recaía en el intento.

AGRADECIMIENTOS:

En primer Lugar a “Dios” todo poderoso por ayudarme a sobrellevar todos estos años de sacrificios para cumplir esta Meta planeada desde que era muy Joven, obteniéndola con agrado y satisfacción.

A la prestigiosa “Universidad Cesar Vallejo”, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina institución tan significativa, que me permitió adquirir los conocimientos elementales muy importantes en mi formación profesional, en especial al Doctor: **Edgar Bazán Palomino** Profesor/Director del área de Tesis. Además, a todos mis Maestros por la transmisión de valiosos conocimientos y experiencias, así como grandes principios éticos.

Al Hospital II-2 Santa Rosa de la ciudad de Piura, que me abrió sus puertas para la realización de la presente investigación.

DECLARACION DE AUTENTICIDAD:

Yo Carlos Augusto Vara Acevedo con DNI N° 72919480, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana, 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 lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Piura, 27 de diciembre del 2017

CARLOS AUGUSTO VARA ACEVEDO

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA – PIURA, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO 2015”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de MÉDICO CIRUJANO.

CARLOS AUGUSTO VARA ACEVEDO

INDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DEL JURADO:	ii
DEDICATORIA:	iii
AGRADECIMIENTOS:.....	iv
DECLARACION DE AUTENTICIDAD:.....	1
INDICE DE CONTENIDOS.....	3
RESUMEN:	4
ABSTRACT:	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN:.....	6
I. MARCO TEORICO:.....	8
II. REALIDAD PROBLEMÁTICA:	15
2.1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA:	17
III. MARCO METODOLOGICO:	18
INDEPENDIENTES.....	¡Error! Marcador no definido.
3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	22
III.- RESULTADOS:.....	25
IV. DISCUSIÓN:	34
V. CONCLUSIONES:.....	36
VI. RECOMENDACIONES:	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	38

RESUMEN:

Título: Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, en el servicio emergencia de Gineco – obstetricia del hospital II-2 santa rosa – Piura, en el periodo enero - agosto 2015.

Fundamento: El embarazo ectópico se ha duplicado en la mayor parte de los países industrializados y representa una de las principales causas de muerte materna.

Estudio: Clínico longitudinal de tipo no experimental, descriptivo de recolección de datos.

Resultados: Se infiere que durante 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).

Conclusiones: El embarazo ectópico es una anomalía que incrementa la mortalidad materna en 10 a 15% de los casos; existen múltiples factores de riesgo que predisponen un (E.E), muchos de los cuales suelen ser modificados desde la atención primaria de salud.

Palabras clave: Embarazo ectópico (E.E), Anticonceptivos orales (ACO), Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)

SUMMARY:

Title: Risk factors associated with ectopic pregnancy, in the gynecology and obstetrics emergency service of the Il-2 santa rosa - Piura hospital, in the period January - August 2015. That will determine the incidence of the main risk factors associated with E.E. It is a longitudinal clinical study of a non-experimental, descriptive type of data collection.

Results: It is inferred that during the period of January - August 2015 were found (2885) patients attended in the Obstetrics Obstetrics emergency service and therefore (23) new cases of patients with diagnosis of ectopic pregnancy were found, where it is achieved identify the cumulative incidence of the new cases of (EE), taking the population attended during the time that the study was determined, yields as a result (0.79%); being the global incidence in the last 10 years one (0.89%) and the largest number of cases of (EE) were between the ages of 20-24 years with a relative risk of (39.13%), the (34.78%) of the cases of (EE), were Nulíparas and Multíparas, followed by one (30.43%) represented by Primíparas. The antecedents of induced abortion previous inferred a relative risk of (47.89%) of 15 patients, as a consequence to the use of (ACO) of emergency by continuous use of (Pills of the following day or Levonorgestrel).

Conclusions: Ectopic pregnancy is an anomaly that increases maternal mortality in 10 to 15% of cases; where E.E is the most frequent. The nulliparous and multiparous women had a higher risk of ectopic pregnancy, as well as the use of OAC, or a history of AQV, pelvic abomine surgery and previous spontaneous abortions; resulting in increased risk.

Key words: Ectopic pregnancy (E.E), Oral contraceptives (OAC), Voluntary surgical contraception (AQV)

I. INTRODUCCIÓN:

El embarazo ectópico ocurre cuando el saco gestacional en vías de desarrollo se implanta en un sitio diferente al endometrio de la cavidad uterina ¹⁶. Siendo una de las emergencias que se presenta comúnmente en el primer trimestre del embarazo; de tal gravedad que compromete la vida del paciente¹.

Actualmente se registra un estimado de 19.7 casos por cada 1000 embarazos ⁸. Su número se ha incrementado 6 veces en las últimas 2 décadas¹⁷. “Los embarazos en la trompa de Falopio coinciden con el 97% de los embarazos ectópicos, 55% en el ampulla, 25% en el istmo, 17% en la fimbria y 3% en la cavidad abdominal, ovario y cérvix”¹⁶.

Según Gonzales L⁷, Los primeros síntomas de embarazo ectópico aparecen alrededor de la 6 – 8 semana de gestación, en la que frecuentemente se presenta con una triada de dolor abdominal 90% de tipo constante y que se localiza en alguna de las fosas iliacas, retraso menstrual 75%, metrorragias irregulares 50% . Sin embargo; puede resultar en rotura de la trompa de Falopio acompañado por hemorragia intra-abdominal masiva que frecuentemente origina abdomen agudo gineco-obstétrico y sigue siendo una de las principales causas 13% de muerte materna en el primer trimestre².

Se encuentran múltiples factores de riesgo relacionados al EE, entre ellos: edad materna entre 20 y 24 años^{10,11}, el número de hijos¹⁰, consumo de tabaco ^{13,14}, inicio precoz de la actividad coital y el número de parejas sexuales^{6,12,15}; como también los antecedentes de EE previo^{1,17}, abortos⁶, proceso inflamatorio pélvico ¹⁰ e infertilidad⁶, cirugías pélvicas y abdominales^{1,3,6,12}, uso de dispositivos intrauterinos⁶ .

La patogenia del embarazo ectópico se asocia a factores de riesgos mecánicos y funcionales, que impiden o retardan la implantación del huevo en la cavidad uterina y a través del tiempo ⁶.

“El ultrasonido vaginal así como determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica humana β (β -hCG) son actualmente, los métodos más usados para el diagnóstico de embarazo ectópico, brindando en conjunto una sensibilidad de 96.5% y una especificidad de 98% para realizar el diagnóstico “^{12,13}

Según el Dr Sotero Rio ⁸, Santiago de Chile, a pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico sigue representando, un problema en morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo , ocasionando que en los países desarrollados aumentara tres a cuatro veces la incidencia y muchos más en países en vías de desarrollo como Latinoamérica.

I. MARCO TEORICO:

Fue descrito por primera vez en siglo X por el Albucasis , pero fue reconocida por primera vez en 1693 por Busiere en Paris. Gifford, de Inglaterra, realizo un informe más completo en 1731 cuando describió la condición de un óvulo fertilizado implantado fuera de la cavidad uterina¹. *Zenteno*²⁰ señala que en el siglo XX y XXI se describen los factores de riesgo, conductas terapéuticas radicales y conservadoras¹⁴.

El embarazo ectópico se define como la implantación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina ¹:19. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa¹. Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario².

El embarazo ectópico es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación, siendo responsable del 9% de las muertes durante este periodo. *Novak*¹¹ destaca en 1970, una frecuencia de EE de 1:300-200 gestaciones. En el libro de Patología estructural de *Robbins*¹² se señala en 1983 que se eleva la frecuencia de EE a 1:100-150 gestaciones, con una mortalidad de 1:400 casos, mientras que en el 2004, *Rigo*¹³ expone que la frecuencia del EE, representa un 2,2 % del número total de los nacimientos y el 1,7 % de las gestaciones conocidas.

En el Reino Unido, durante los años 1997-1999, se diagnosticaron unos 32.000 al año, sucediendo en total 13 fallecimientos³. La frecuencia de la entidad ha aumentado en los últimos 30 años desde un 0,5% en los años 70 al 1,1% en la actualidad ^{1,16}.

El embarazo ectópico es debido a un obstáculo para la migración del huevo fecundado hacia la cavidad uterina, donde vemos que el ovario libera un ovulo que circula por una de las trompas de Falopio que es impulsado por cilios similares a vellosidades que transportan al ovocito hacia el útero, hecho que ocurre durante 2 a 5 días aproximadamente, ya que el ovocito se mueve de 1.22 mm por minuto^{3,5,8}. Entonces si la trompa se cierra por factores mecánicos o funcionales, el ovocito se puede fecundar o quedar obstruido dentro de la trompa motivo por lo cual no llega a la cavidad uterina para su implantación normal y se adhiere a la mucosa del revestimiento de las trompas de Falopio invadiendo vasos sanguíneos^{4,6}, causando sangrado intratubarico que suele expulsar la implantación fuera de las trompas de Falopio en su porción proximal provocando una activación de la cascada de inflamación, liberando PGE2 Y PGE, Factor de necrosis tumoral y interferón alfa, produciendo sangrado a nivel de la cavidad peritoneal de manera retrograda, causando así un embarazo ectópico^{6,12,15}.

➤ **Existen factores que predisponen al E.E:**

N°	FACTORES MECANICOS	MECANISMOS
1	Enfermedad inflamatoria pélvica (salpingitis)	Aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubárica. Reducción del número de cilios de la mucosa tubárica para su movilización.
2	Adherencias paratubaricas	Estrechamiento de la luz y retorcimiento de la trompa de Falopio
3	Alteraciones del desarrollo de la trompa de Falopio	Presencia de divertículos y hipoplasias tubáricas.
4	Cesárea previa	Reacción cicatrizar

N°	FACTORES FUNCIONALES	MECANISMOS
1	Migración externa del huevo	Desarrollo anormal de los conductos de Müller.
2	Tabaquismo	Alteración de la motilidad tubárica, ciliar e implantación del blastocito.
3	Anormalidad de la movilidad tubárica	Cambios de los niveles séricos de hormonas como: (estrógenos y progesterona)
4	Anticonceptivos	DIU, altas dosis de estrógenos solo posovulatorios.

El aumento del número de casos de embarazo ectópico es debido a las herramientas para el diagnóstico precoz, así como el incremento de factores de riesgo^{2,5}. Existiendo factores mecánicos y funcionales:

El empleo de los DIU, es un cuerpo extraño puesto en la cavidad uterina esto produce una cadena inflamatoria a nivel del endometrio, que puede extenderse a órganos genitales contiguos, con el consiguiente cambio en la morfo fisiología, esta infección generalmente se propaga o asciende en el momento de la inserción del DIU y casi siempre hay asociada infecciones cervicovaginales o de transmisión sexual no diagnosticada^{1,7,10}. “Además constituye un obstáculo que se opone al transporte del huevo y a la nidación en el útero sin impedir la ovulación y la fecundación, pudiendo conllevar a la nidación ectópica”³. La duración del DIU incrementa 2,6 veces más el riesgo de sufrir EE sobre todo cuando su uso es mayor de 2 años^{3,4}.

La esterilización quirúrgica es factor de riesgo para embarazo ectópico, encontrándose hasta un 18% de pacientes con esterilización quirúrgica del total de embarazos ectópicos de ingresos en hospital con una frecuencia aumentada dentro de los 2 años subsiguientes al procedimiento^{10,14}.

El antecedente de embarazo ectópico es factor de riesgo en la aparición de un nuevo embarazo ectópico, en promedio un 12% a 16% ¹².

La enfermedad inflamatoria pélvica principalmente por Chlamydia Trachomatis y Nisseria Gonorrhoeae, genera un depósito de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio, lo que causa daños a los cilios, “generalmente esta alteración estructural bilateral y de diferente magnitud entre ambas trompas donde la hemorragia por vía vaginal ocurre porque la implantación extrauterina no produce cantidades suficientes de gonadotropina coriónica para mantener la función normal del cuerpo lúteo y la elaboración de progesterona”^{7,9}. Los niveles bajos de progesterona llevan a la involución de la decidua uterina y aparece la hemorragia. ¹³ Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce, y esto representaría una protección contra un embarazo ectópico ^{16, 17}.

Según GALARZA 2010 ⁸, la cirugía de trompas por tubos dañados puede quitar esta protección y aumentar el riesgo de la aparición de un embarazo ectópico.” La incidencia de daño tubárico aumenta después de los episodios sucesivos de EPI, es decir, un 13 por ciento después de 1 episodio, 35 por ciento después de 2 episodios y 75 por ciento después de 3 episodios”⁴. Pacientes con cirugía abdominal previas principalmente la tubárica incrementa el riesgo hasta en cinco veces. Cuando se efectúa cirugía por una gestación ectópica, el riesgo de recidiva oscila entre 10 y 27%, hasta 10 veces más que en la población general ^{3,4}.

Cualquier mujer en sus años reproductivos está en riesgo de presentar dicha patología, la mayoría de los embarazos ectópicos se presentan en mujeres de edades comprendidas entre los 35 y 45 años.⁸

Los factores funcionales se presentan como una motilidad tubárica alterada puede producir cambios en los niveles séricos de estrógenos y progesterona, quizás por una regulación en más de los

receptores adrenérgicos en el músculo liso⁸. Se ha comunicado un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos con el uso de anticonceptivos orales con progestágenos como único componente, con el uso de dispositivo intrauterino con progesterona y sin ésta, después del uso en el período post-ovulatorio de estrógenos en dosis altas para prevenir el embarazo (píldora del día siguiente) y después de una inducción de la ovulación.¹²

Según Gonzales L⁷, Los primeros síntomas de embarazo ectópico aparecen alrededor de la 6 – 8 semana de gestación, en la que frecuentemente se presenta con una triada de dolor abdominal, retraso menstrual, metrorragias irregulares.

El dolor abdominal es el resultado de la ruptura tubárica, que suele ser de tipo cólico constante y de gran intensidad que se localiza en fosas iliacas e hipogastrio¹³⁻¹⁴. El dolor abdominal es el síntoma más común Le sigue la amenorrea con algún grado de sangrado vaginal⁷. Sin embargo, sólo el 40-50% de las pacientes con un embarazo ectópico presentan sangrado vaginal, el 50% tienen una masa palpable de anexos, y el 75% pueden tener dolor abdominal¹⁴. Aproximadamente el 20% de las pacientes con embarazos ectópicos están hemodinámicamente comprometidas en la presentación inicial, que es altamente sugestiva de rotura¹³. Afortunadamente, con el uso de las técnicas modernas de diagnóstico, la mayor parte de los embarazos ectópicos pueden ser diagnosticados precozmente^{9,14}.

Para el diagnóstico es importante una adecuada anamnesis, antecedentes de la paciente, un correcto y exhaustivo examen físico en busca de los signos de la enfermedad y combinarlos con los métodos diagnósticos que estén disponibles, así como un adecuado diagnóstico diferencial⁸.

La ecografía vaginal y las determinaciones seriadas de gonadotropina coriónica humana β (β -hCG) son actualmente, los métodos más usados para el diagnóstico de embarazo ectópico¹⁶.

“Esta combinación brinda una sensibilidad de 96% y una especificidad de 97% para realizar el diagnóstico”¹⁰.

El diagnóstico mediante USTV se realiza al visualizar un saco gestacional extrauterino que contenga el saco vitelino o al embrión, sin embargo, estos hallazgos solamente se presentan en una proporción menor de EE⁵.

Los criterios incluyen la identificación de un saco gestacional mayor o igual a 1 o 3mm, situado excéntricamente en el útero y rodeado por una reacción decidua coriónica⁷. Un polo fetal dentro del saco es diagnóstico; la ecografía transvaginal puede usarse sola para el diagnóstico del embarazo ectópico en más del 90% de los casos^{8,9}. “El diagnóstico clínico preciso está basado en la identificación del embarazo uterino y presencia de útero vacío y un embarazo ectópico visto como masa anexial separada de 2 ovarios identificados”^{5,6,8}. La masa debe ser compleja o contener un anillo anexial similar a un saco gestacional con un polo fetal o sin él⁶.

Por lo tanto, la ecografía Doppler color y pulsado transvaginal consiste en la identificación del sitio uterino o extrauterino del color vascular en una forma placentaria característica ⁷. El también llamado patrón en anillo de fuego, y un patrón de flujo de alta velocidad y baja impedancia compatible con perfusión placentaria; si este patrón se visualiza fuera de la cavidad uterina, el cual también se denomina “Frío” con respecto al flujo sanguíneo, el diagnóstico de embarazo ectópico es evidente^{13,15,16}. Subunidad B-hCG cuantitativa sérica más ecografía: cuando se diagnostica un Cuando los valores de B-hCG son menores de 1500 mUI/ml y hay un útero vacío con la ecografía transvaginal^{8,11,13}.

Así también mediante la cuantificación urinaria o sérica de la β -hCG, sin embargo, una sola medición de la concentración de β -hCG no puede determinar si el saco gestacional se encuentra en el útero o fuera de él ⁹. “Se sospecha de un embarazo anormal cuando las cuantificaciones séricas de β -hCG caen o no aumentan adecuadamente”^{12,9}. No existe una relación exacta entre la cuantificación de β -hCG y el riesgo de ruptura tubárica¹⁶.

Los diagnósticos quirúrgicos se inician con el legrado se recomienda en casos sospechosos de aborto incompleto o ectópico cuando la progesterona sérica es menor de 5 ngr/ml, los niveles de B-hCG están elevándose anormalmente (menos de 2000 mUI/ml) y un embarazo uterino no se visualiza con ecografía transvaginal; si se identifica un embrión, feto o placenta, el diagnóstico es evidente, al no identificarlos el embarazo ectópico es una probabilidad y se realiza seguimiento usando los niveles séricos de B-hCG y la ecografía ^{4,14,8} La laparoscopia tiene las ventajas de poder hacer un diagnóstico definitivo; camino alternativo para eliminar la masa ectópica por laparoscopia operatoria, camino directo para inyectar agentes quimioterápicos dentro de la masa ectópica^{14,16,17}.

La laparotomía se prefiere cuando la mujer está hemodinámicamente inestable o cuando no es posible realizar una laparoscopia^{12,17}. Los avances técnicos del tratamiento con un diagnóstico temprano y tratamiento de una mujer de alto riesgo han permitido un manejo definitivo de un embarazo ectópico no roto incluso antes de que aparezcan los síntomas clínicos^{11,13}.

El tratamiento quirúrgico incluye salpingostomía, salpingotomía, salpingectomía y resección segmentaria y anastomosis¹². El manejo médico es a base de metotrexato, fármaco antineoplásico, que actúa como un antagonista del ácido fólico y es muy efectivo contra un trofoblasto en rápida proliferación, siendo los esquemas de tratamiento: Dosis simple: metotrexato, 50mg/m²IM por una vez y puede repetirse hasta 3 veces dependiendo de la respuesta y Dosis Variable: metotrexato, 1mg/Kg IM, días 1,3,5,7 más Leucovorina, 0,1 mg/Kg IM, días 2,4,6,8 ^{13,14}.

II. REALIDAD PROBLEMÁTICA:

El (E.E) es una enfermedad que se cataloga hemorrágica dentro el 1ºere. Trimestre que pone en peligro la vida. Ya que el riesgo de muerte por una gestación ectópica es mayor que un parto vaginal o a un aborto provocado; además el pronóstico exitoso es menor en estas mujeres. Cualquier mujer en edad fértil presentan un porcentaje de riesgo en desarrollar dicho (E.E) por lo que mayormente oscilan en edades de 35 a 45 años; hay muchos factores implicados en la reproducción humana, cuya modificación puede repercutir sobre la tasa de embarazos ectópicos, lo que es indiscutible es que la incidencia varía mucho de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país, lo cual se atribuye a la distinta prevalencia de los factores etiológicos de unas a otras poblaciones Encontramos que, según la OMS, lo clasifica:

- En factores de riesgo mecánicos que comprende: cirugía previa, esterilización quirúrgica, embarazo ectópico previo, enfermedad inflamatoria pélvica, adherencias post aborto, cirugía abdominal, endometriosis e infecciones ginecológicas.
- En factores de riesgos funcionales que incluyen: uso de DIU, hábito de fumar, uso de duchas vaginales, consumo de ACO, fertilización in Vitro, sexarquia, número de parejas sexuales e infertilidad.

Son muchas las causas implicadas en el aumento de las tasas de embarazo ectópico, entre ellas: uso de DIU, alteración de la motilidad tubárica, actividad ciliar e implantación del blastocito en relación a la ingestión de nicotina, diagnóstico temprano con detección de B-hcg y ecografía transvaginal, popularidad de la anticoncepción, esterilización tubárica no exitosa y cirugías tubáricas.

El (E.E) es una de las causas de muerte materna en el 1ºer trimestre de la gestación en el mundo; su incidencia aumentado en 1 a 3% de todas las gestaciones. Este incremento ha sido observado en países en desarrollo como el nuestro.

Un factor independiente vemos la historia de abortos, antecedente de uso de ACO de emergencias y uso de progestágenos, cirugía abdomino - pélvica y las edades oscilaban entre un 20 – 24 años con una media de 22 años, y 30.8% ingresó por emergencia. El grupo etario de Nulíparas era 34,78%, seguido de 34.78% multíparas y el 30,43% eran primíparas, la mayoría con una sexarquia entre los 16 y 18 años con un 76,92% y el 24,08% refirieron dos parejas sexuales.

El 13,04% de 3 pacientes, refirió consumo de cigarrillos. El 34,78% de 8 pacientes refirieron el uso de ACO como método anticonceptivo principal la (Píldora del día siguiente). En relación al uso de duchas vaginales solo 5% refirió su uso por lo menos una vez al mes. 15% de las pacientes refirieron infección ginecológica como (ITU recurrentes). El 39,13% de las pacientes tenían antecedente de cirugía abdominal - pélvica.

En cuanto a la edad gestacional en las pacientes estudiadas el 76,66% se presentó entre las 4-8 semanas y el 90% ubicado en las Trompas de Falopio; ninguna paciente tenía antecedente de infertilidad, fertilización in vítreo. Similares en 1 al 2 % de tasa de mortalidad a nivel mundial.

2.1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA:

- **Pregunta de Investigación:**

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO ECTOPICO, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA, DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LL-2 SANTA ROSA – PIURA, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO 2015?

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. Objetivo General:

Determinar los 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.

2.2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar factores de riesgo mecánicos en las pacientes con embarazo ectópico.
 - Que causen un problema para que el ovulo sea fecundado en la cavidad uterina.
- Identificar factores de riesgo funcionales en las pacientes con embarazo ectópico.
 - Por desarrollo anormal impiden que el ovulo se fertilice dentro de la cavidad uterina.

IV. MARCO METODOLOGICO:

4.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

4.1.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Edad
2. N° de parejas sexuales
3. Tabaquismo
4. Historia de abortos
5. Antecedente de cirugía abdomino-pélvica
6. Anticonceptivo previo
7. Enfermedad inflamatoria pélvica.

4.1.2.- VARIABLE DEPENDIENTE:

1. Embarazo ectópico

4.2.1.-_OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Defunción operacional	Indicadores	Escala de medición
Edad	Pacientes que oscilan edades predisponentes a dicha enfermedad	Valores de un promedio estándar	Promedio desviación estándar	De Razón
Número de parejas sexuales	La práctica de relaciones sexuales con varias parejas y sobre todo más cinco parejas sexuales en la vida.	Valores de un promedio estándar	Promedio desviación estándar	De Razón
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el tabaco y fumar mayor de 20 cigarrillos al día, que se predispone como un factor de riesgo para la alteración de la motilidad tubárica, ciliar e implantación del blastocito.	Grado de promedio de consumo	Frecuencia Porcentaje	Nominal
Historia de abortos	Es la pérdida del feto o embrión antes de las 20 semanas por causas provocadas o no provocadas, causara una aglutinación de los pliegues absorbentes de la mucosa tubárica.	Recolección de datos por porcentaje de historias clínicas.	Frecuencia Porcentaje	Nominal
Enfermedad inflamatoria pélvica	Infección localizada en la zona tubárica que producirá una disminución del movimiento ciliar de la mucosa tubárica.	Recolección de datos por porcentaje de historias clínicas.	Frecuencia Porcentaje	Nominal
Antecedentes de cirugía abomino pélvica	Cirugías que comprometen la zona peritoneal y tubárica. Que causan adherencias peritoneales y paratubaricas provocando un retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.	Recolección de datos por porcentaje de historias clínicas.	Frecuencia Porcentaje	Nominal
Anticonceptivos previas	Por concentración excesiva de estrógenos y progesterona posovulatorios + uso de DIU previo.	Recolección de datos por porcentaje de historias clínicas.	Frecuencia Porcentaje	De Razón

4.2.2.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEPENDIENTES:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala Mediación
Embarazo Ectópico	Implantación del huevo fuera de la cavidad endometrial.	Presencia o ausencia de gestación para considerar un embarazo ectópico.	Cuadro Clínico	Dolor abdominal bajo, punzante desgarrante; sensibilidad a la palpación abdominal, dolor a la movilización cervical, fónix vaginal posterior abombado, masa parauterina palpable, irritación diafragmática, couldocentesis positiva.
			Niveles de HCG	HCG cuantificable, fracción beta positiva con concentraciones muy reducidas comparación con un embarazo normal
			Econosonografías	Ausencia de embarazo uterino, liquido de fondo de saco de Douglas, masa pelviana anormal, latido cardiaco fetal fuera de cavidad uterina.
			Laparotomía	Presencia de embarazo fuera de cavidad uterina.

4.3. METODOLOGIA:

El estudio de tipo descriptivo observacional, el cual empezó con una investigación científica para la recolección de datos reales que ayuden a la comprobación del estudio; sin ejercer un control sobre las variables dependientes o independientes, ayudando a la verificación experimental de los datos, que se utilizó parámetros para medir las diferentes tipas de variables durante el desarrollo de la investigación por medio de técnicas de registro.

4.4. TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es un estudio clínico longitudinal de tipo no experimental, descriptivo de recolección de datos.

4.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Diseño no experimental de tipo descriptivo simple de recolección de datos, utilizando parámetros de medición de las variables descritas en el estudio.

4.6. POBLACIÓN Y MUESTRA:

4.6.1.- POBLACIÓN:

La totalidad de pacientes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco Obstetricia, durante el periodo de enero a agosto del año 2015, en el Hospital II-2 Santa Rosa – Piura.

4.6.2.- MUESTRA DEL ESTUDIO:

Pacientes que cursaban con el cuadro clínico de una gestación ectópica en el servicio de emergencia de Gineco – Obstétrica del Hospital II-2 Santa Rosa – Piura, durante el periodo comprendido entre Enero – agosto 2015. Obteniendo como resultado un total de 100 casos revisados, se encontró 23 casos registrados con dichos factores de riesgo y 77 casos registrados de pacientes sin embarazo ectópico.

4.6.3- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes entre 15- 45 años atendidas en el servicio de emergencia del Hospital II-1 Santa Rosa – Piura con diagnóstico de embarazo ectópico ya que se tendrá en cuenta el cuadro clínico con comparación a los exámenes diagnósticos y medidas de la hormona BHCG en el periodo comprendido de enero 2015, agosto 2015.

4.6.4- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes que asistieron con diferente cuadro clínico que no causaba con una gestación ectópica.

4.7.- TÉCNICA:

Para inicio del desarrollo de la investigación se solicitó la autorización del Jefe de servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital II-2 Santa Rosa – Piura, ya que se inició la búsqueda de historias clínicas de pacientes que ingresaron con diagnóstico de (E.E) durante el periodo de estudio, utilizando el libro de registros del área de emergencia conjunto con el de hospitalización para corroborar destino del paciente, ya que así se logró ordenar aquellas historias clínicas por medio de una lista detallada para su uso, desarrollo y así obtener los datos para el análisis respectivo de la investigación.

Los datos fueron recolectados en función de las variables de la investigación realizada, en fichas elaboradas y pre-codificadas para la obtención de información según los objetivos de la investigación. Las fichas de datos se llenaron por el investigador y la recolección de datos se planificó por medio de la autorización del jefe del servicio de gineco – obstetricia de la institución donde se realizó el estudio

Por ende, la duración de la recolección de la información para cada historia fue de 10 a 20 minutos aproximadamente. La recolección de la información ya que esta se llevó acabo en el periodo de enero a agosto del año 2015.

4.7.1.- INSTRUMENTO

Fueron fichas técnicas de recolección de Datos (Ver anexo 1).

4.8.- METODO DE ANÁLISIS DE DATOS

Toda la información recolectada se logró ordenar y procesaron en una computadora personal, valiéndonos de los programas (Microsoft Word 2010 y Microsoft Excel 2010). Esta investigación se analizó por medio de parámetros estadísticos de frecuencias, medidas de tendencia central y variabilidad. Se realizó una comparación de datos específicos y sus variables que predisponen el estudio, ya que esto nos ayudara en la validación de la información recopilada y sus respectivos gráficos estadísticos.

4.9. - CRONOGRAMA DE PROGRAMACION DE ESTUDIO

FECHA 2015	ACTIVIDADES	RECURSOS
Enero	Selección y delimitación del título.	Presentación a Asesor de tesis
Febrero	Formación y esquema del proyecto de tesis	Sala de informática
Marzo	investigación del marco teórico mas problemática.	Internet y revistas medicas
	identificación de variables dependientes e independientes.	
Abril	Aplicación de metodología de estudio.	Internet y guías medicas
Mayo	Recolección de fuentes bibliograficas	Internet
Junio-	ejecución de tesis: recolección de datos por historias clínicas	Revisión por Asesor
Julio	ejecución de tesis: uso de herramientas de encuestas didacticas	Revisión por Asesor
Agosto	ejecución de tesis y termino de tesis	Revisión por Asesor

III. - RESULTADOS:

Para el estudio se incluyeron el total de gestantes atendidas en el año 2015, que dio como resultado de (4334); se infiere que durante el periodo de Enero – Agosto del 2015 se encontraron (2885) de pacientes atendidas en el servicio emergencia de Gineco Obstetricia y por lo tanto se encontró (23) casos nuevos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.

N° DIAS	TOTAL, DE EMBARAZOS EN EL PERIODO DE ENERO - AGOSTO 2015	TOTAL, DE EMBARAZO EN EL AÑO 2015
243	N° 2885	--
365	--	N° 4334

Datos estadísticos recolectados del Hospital II-2 Santa Rosa – Piura

Se logra identificar la Incidencia acumulada de los nuevos casos de embarazo ectópico, tomando la población atendida durante el tiempo que se determinó el estudio, arrojando como resultado un (0.79%) del total de atendidas de Enero – Agosto del 2015 (**ver anexo, figura 1**)

N°	CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL PERIODO DE ENERO - AGOSTO 2015	TOTAL, DE EMBARAZOS EN EL PERIODO DE ENERO - AGOSTO 2015	INCIDENCIA ACUMULADA
Personas relativas	N° 23	N° 2885	0,79 %

La incidencia acumulada se calculó con la siguiente formula:

$$(IA) = \frac{N^{\circ} \text{ (Nuevos Casos)}}{N^{\circ} \text{ (Poblacion de Riesgo)}} = \frac{23 \text{ (Casos de Embarazo ectopico)}}{2885 \text{ (Poblacion de Riesgo)}} = 0.0079 \times 100\% = 0.79\%$$

N°	CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO EN EL PERIODO DE ENERO - AGOSTO 2015	TOTAL, DE EMBARAZOS EN EL AÑO 2015	INCIDENCIA ACUMULADA
Personas relativas	N° 23	N° 4334	0,53 %

La incidencia acumulada se calculó con la siguiente formula:

$$(IA) = \frac{\text{N° (Nuevos Casos)}}{\text{N° (Poblacion de Riesgo)}} = \frac{23 \text{ (Casos de Embarazo ectopico)}}{4334 \text{ (Poblacion de Riesgo)}} = 0.0053 \times 100\% = 0.53\%$$

La diferencia entre la (IA) de casos registrados según el primer periodo investigado determina como resultado un 0.79% y la incidencia acumulada de los casos registrados del periodo 2015, determino como resultado 0.53%, refiriendo como resultados finales de diferencia un 0.26% a comparación de la incidencia total varía entre el 1 y 2 % a nivel nacional.

RESULTADO #1:

La edad del grupo de embarazo ectópico presento una desviación estándar de (12.89%), (**ver anexo, figura 2**) y del grupo pacientes con gestación normal presento una desviación estándar de (6.67%), (**ver anexo, figura 3**) y la media de ambos grupos obtuvo (18%) con una desviación estándar de (2%).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO ETAREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

EDADES DE PACIENTES GRUPO ETAREO	EMBARAZO ECTOPICO
Menores de 20	N°4 (17.49%)
20 - 24	N°9 (39.13%)
25 -29	N°6 (26.09%)
30 - 34	N°2 (8.7%)
35 - 40	N°2 (8.7%)
Total	N°23 (100%)

Fuente: (Historias Clínicas). Se identificaron que entre las edades de 20-24 (39,13%) existía mayor porcentaje de (E.E). Con una Desviación Estándar de (12.89%) y una media de (17%) en el grupo etareo de Embarazo ectópico.

RESULTADO #2:

Existen pacientes nulíparas y multíparas que arrojan porcentaje de riesgo a realizar un (E.E), dando como resultado 8 pacientes (34.78%) de nulíparas y 8 pacientes (34.78%) de multíparas, que coincide con el antecedente de abortos espontáneos y legrados uterinos de cada paciente, donde medimos la desviación estándar en ambos grupos etaréo de pacientes multíparas con embarazo ectópico y gestación normal dio como resultado (18%) y una media de (46%) de ambos grupos. **(Ver, figura 4).**

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

Paridad	EMBARAZO ECTOPICO
Nulíparas	N°8 (34.78%)
Primíparas	N°7 (30.43%)
Multíparas	N°8 (34.78%)
Total, general	N°23 (100%)

FUENTE INFORMATIVA: (Fichas de datos e historias clínicas).

Arrojan un (34.78%) de casos de Embarazo Ectópico, predisponiendo la nuliparidad y multiparidad, seguido de un (30.43%) representado por Primíparas.

RESULTADO #3:

Dentro de los factores de riesgo, el (76.92%) de 20 pacientes refirieron solo tener una pareja sexual más el (23.07%) de 3 pacientes refieren tener más de 2 parejas sexuales, lo cual no contribuye un alto índice factor de riesgo; el tabaquismo dentro del grupo etaréo de las pacientes con embarazo ectópico el (13.04%) de 3 pacientes refirieron ser fumadoras espontaneas, más el otro (86.96%) refirieron no fumar ni ocasionalmente, por lo tanto no se consideraría un factor de riesgo de alta gravedad (**ver anexo, figura 5**); el (4.35%) de 1 paciente refirió presentar dentro de sus antecedentes una Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) y el otro (95.65%) no presento, por lo que dentro de nuestro grupo etaréo no se consideraría un factor de riesgo de gravedad para el desarrollo de dicha patología, teniendo en cuenta que en nuestra población existe mayor incidencia de antecedentes de abortos espontáneos en este caso un (47.83%) de 11 pacientes presentaron en algún momento de su vida este antecedente que pudo tener una incidencia con el desarrollo de dicha patología por lo que se tomaría en cuenta este factor de riesgo para evitar alguna mortalidad materna (**ver anexo, figura 6**); el (39.13%) de 9 pacientes presentaron algún antecedente de cirugía abdomino – pélvica entre (Apendicitis, Legrados Uterinos, Cesáreas, entre otras) por lo que se tomaría en cuenta como factor de riesgo importante para evitar alguna mortalidad materna (**ver anexo, figura 7**) y por último los antecedentes de anticonceptivo previos dio como resultado un (34.78%) de 8 pacientes que usaba (Píldoras del día siguiente, Ampollas Trimestrales y AQV) por lo que se tomaría en cuenta por tener un índice elevado dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de dicho embarazo ectópico teniendo en cuenta, sus posibles consecuencias de uso (**ver anexo, figura 8**). Cabe resaltar que ningún paciente reporto antecedes de ETS, ni de infertilidad en estos casos.

TABLA 3. COMPARACION DE DATOS POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

		EMBARAZO ECTOPICO (%)	
N°	Factores de Riesgo	SI (1)	NO (≥ 2)
1	N° de parejas sexuales	N° 20 (76.92%)	N°3 (23.07%)
2	Tabaquismo	N°3 (13.04%)	N° 20 (86.96%)
4	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	N°1 (4.35%)	N°22 (95.65%)
5	Historia de abortos	N° 11 (47.83%)	N°12 (52.17%)
6	Antecedente de cirugía abdomino-pélvica	N°9 (39.13%)	N°14 (60.87%)
7	Anticonceptivo previo	N°8 (34.78%)	N°15 (65.22%)

FUENTE:

De acuerdo a las historias clínicas recolectadas el (47.78%) de pacientes presento una alta tendencia de presentar historias de abortos en alguna etapa de su vida gestacional que este puede ser consecuente al uso de anticonceptivos usados de emergencia como (Píldoras del día siguiente o “LEVONORGESTREL”); que se refleja un (34.78%) de los casos de dichos pacientes, el siguiente de los rangos predictores encontramos el antecedente de cirugía abdomino – pélvica con un (39.13%) entre estos (Apendicitis Complicada, Cesáreas previas, AQV en otras).

RESULTADO #4:

Los factores de riesgo (tabla 4): el N° "10" (10.1%) tuvieron tabaquismo, N° "3" (13.04%) gestaciones ectópicas encontradas, N° "7" (7,5%) en casos detectados con (E.E); el N° "26" (42.66%) tuvieron antecedentes de historias de abortos, N° "11" (47.82%) con gestaciones ectópicas encontradas, el N° "15" (37.5%); el N° "24" (24.89%) con antecedentes de cirugías abdomino.pelvicas, N° "8" (34.78%) gestaciones ectópicas encontradas y N° "10" (25%) con controles; el N° "24" (24.89%) presentan antecedente de anticoncepción previa, 8 (34.78%) gestaciones ectópicas encontradas y 16 (15%) en los controles y el 1 (4.55%) presentaron antecedente de EPI solo en el grupo de gestaciones ectópicas encontradas.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 " SANTA ROSA", PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

N°	Factores de Riesgo	CASOS
1	N° de parejas sexuales	N°20 (76.92%)
2	Tabaquismo	N°3 (13.04%)
4	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	N°1 (4.35%)
5	Historia de abortos	N°11 (47.82%)
6	Antecedente de cirugía abdomino-pélvica	N°9 (39.13%)
7	Anticonceptivo previo	N°8 (34.78%)

RESULTADO #5:

Para calcular el parámetro poblacional, con probabilidad de riesgo de estimación se calculó el intervalo de confianza de pacientes que presentaron Embarazos ectópicos, con el factor de riesgo de tabaquismo resulto un (59%) de los casos probados; antecedente de embarazo ectópico resulto un (50%); pacientes con antecedente de anticonceptivo previo resulto un (50%); antecedente de aborto espontaneo resulto un (50%); antecedente de DIU resulto un (50%); antecedentes de ETS resulto un (27%); antecedente de cirugía abdomino pélvica resulto un (43%) y finalmente se encontré un alto índice de Parejas sexuales resulto un (50%). Ninguna paciente reporto antecedentes altos de índice de infertilidad.

- Pacientes que acuden al servicio de emergencia por presentar un cuadro diferente de una gestación ectópica que curso que oscilan las edades aproximadamente en:
 - Edades: menores de 15 años y mayores de 45 años.
 - Pacientes que brindan o dan su consentimiento escrito
 - Pacientes hemodinámicamente estables.
 - Pacientes con múltiples factores de riesgo.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

N°	Factores de Riesgo	EMBARAZO ECTOPICO (%)			GESTACION NORMAL (%)		
		MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
1	N° de parejas sexuales	42%	38%	75%	42%	38%	80%
2	Tabaquismo	34%	52%	65%	25%	53%	78%
3	Infecciones urinarias recurrentes	—	—	—	46%	28%	74%
4	Enfermedad Inflamatoria Pelvica	20%	65%	67%	—	—	—
5	Abortos provocados o espontaneos	50%	34%	85%	48%	18%	66%
6	Antecedente de cirugía abdomino-pélvica	49%	15%	64%	43%	35%	79%
7	Anticonceptivo previo	48%	22%	69%	36%	49%	85%

Fuente:

Se realizó un estudio donde se detalla la desviación estándar y el intervalo de confianza en el grupo etario de embarazo ectópico, donde el INTERVALO DE CONFIANZA 95% (IC) DONDE EL ANTECEDENTE DE ABORTO ESPONTANEO PREVIO dio como resultado un 85% de pacientes, causado por la utilización de productos de anticoncepción como (Píldoras del día siguiente “LEVONORGESTREL” o sometidos por AQV) lo cual se expresa como un factor de alto riesgo para el desarrollo de dicha patología.

IV. DISCUSIÓN:

Se determino 23 casos de embarazos ectópicos; de 2885 pacientes atendidas en el periodo de Enero – Agosto del 2015, lo que hace una frecuencia de aproximadamente 1 en cada 130 gestantes; no hubo mortalidad. En el estudio no se encontró datos que detallen factores sociodemográficos. La incidencia acumulada más alta de producir (E.E) ocurrió en el grupo etaréo de edades, en una media de 20 a 24 años, por lo que es identificada como un factor de riesgo para producir una gestación ectópica.

Autores estadounidenses infieren que mujeres de más alta edad suelen producir mayor veces gestaciones ectópicas, ya que se relacionarían con otros factores predisponentes. Mas otros investigadores expresan que más alta edad la función tubárica sufre alteraciones anatomopatológicas o hormonales que sería un indicativo para causar que el ovulo no se transporte adecuadamente hacia la cavidad uterina produciendo una gestación ectópica, ya que existen muchas especulaciones sobre el tema aún no se prueba nada para tener un concepto exacto, entonces vemos que el tiempo de amenorrea en mujeres jóvenes y adultas se presentaron entre la 4 y 7 semana con un promedio en porcentaje de 84.94%.

El (90%) de los casos fueron localizados en la región tubárica, según los 23 casos encontrados en el tiempo predefinido. Lo que se explicaría de presentar una historia de abortos, ya sea espontáneos o provocados, al a ver cambio hormonales o mecánicos por raspado uterino causaran procesos inflamatorios y hormonales producir alteración en su movilización o cambios anatomo – fisiológicos a nivel de esta, por ende, al pasar el tiempo sería un indicativo muy importante para producir gestaciones ectópicas.

Existirán procesos infecciosos que causan alteraciones a nivel de la mucosa tubárica para la movilización normal del ovocito, donde interviniera los factores de riesgo mayor número de parejas sexuales que son mayor de 5 parejas sexuales durante el transcurso de su vida y antecedentes de cirugías previas abdomino- pélvicas ya que esto causaría un retorcimiento de la trompa y un estrechamiento de la luz intraluminal.

El tabaquismo se considera un factor de riesgo del (E.E) donde este causaría en la mujer gestante una alteración de la motilidad tubárica y la nicotina la tiene un efecto adverso en la motilidad ciliar. Se realizó un estudio que la nicotina retrasaba la entrada del ovulo al útero, así como la formación del blastocito y su implantación. Aparte se ha comprobado que el tabaquismo reduce la inmunidad celular y humoral ya que esta manera causara un incremento en la frecuencia de las infecciones tubárica y posibles enfermedades inflamatorias pélvicas. Por lo que algunos autores infirieron que más de 20 cigarrillos al día se consideraría un factor de riesgo notable para la producción de (E.E),

Otro punto importante dentro de la investigación se encuentra la asociación de historia de abortos en la vida de las mujeres con factores de riesgo que, en una etapa de su vida, cursan con una gestación ectópica. Ya que diversos estudios lograron describir que mayor de 3 abortos espontáneos o provocados, tendrían relación con procesos especialmente infecciosos, por lo que en su contexto se describe factores hormonales como causas de este problema y alteraciones cromosómicas.

Existen factores que tienen un mayor peso para la producción de un embarazo ectópico, lo cual sería presentar uno previo dentro de su vida fértil de la mujer, ya que este factor de riesgo oscilaría entre un valor de 7 a 9 veces, de producir un (E.E). Ya que diversos autores describen aquellas mujeres con alteraciones anatomo – patológicas con (trompas de Falopio) dañadas o diversos factores intrínsecos que con lleve la producción de un (E.E).

V. CONCLUSIONES:

En el presente estudio los factores de riesgo del (E.E) realizado en dicho periodo, se relacionan y coinciden con estudios de factores de riesgo a nivel mundial. Ya que se ha convertido en una causa importante de morbilidad materna a nivel mundial.

Dentro del estudio notamos que existía mayor frecuencia de mujeres que cursaban con una gestación ectópica, dentro del grupo etaréo de 20 a 24 años con un porcentaje de 39.13%, teniendo un promedio de 22 años y con una desviación estándar de 12.89%.

Las pacientes de la categoría de nulíparas y multíparas que arrojaron un resultado de riesgo relativo del 38.78% a tener un alto riesgo de producción de (E.E).

Pacientes con historias de abortos presentaron valores de 48% de casos registrados, con lo consiguiente el antecedente de cirugías previas abdomino – pélvicas con un valor resultado del 39% y uso de anticonceptivos previo de emergencia o de larga data con un 27.8%, mientras las gestantes que presentaban antecedentes de enfermedades inflamatorias pélvicas refirieron tener mayor de 5 parejas sexuales durante toda su vida y una historias de abortos de mayor de 3 espontáneamente lo cual esto sería un factor de riesgo y presentaban un riesgo relativo elevado para la producción de embarazo ectópico.

Este trabajo llevo al estudio del embarazo ectópico a otro nivel para identificación de los múltiples factores de riesgo que presenta dicha enfermedad, ya que esta afecta a toda mujer de edad fértil y mujeres con antecedentes de gestaciones múltiples durante su vida, por lo que representa un problema de salud pública y un daño social.

VI. RECOMENDACIONES:

1. Fabricar fichas técnicas donde expliquen los factores de riesgos que con llevan a un embarazo ectópico, conjunto con esquemas de evaluación para nuestra población, para ser utilizados en la consulta de preconcepción.
2. Charlas sobre la planificación familiar y educación sexual, para tener en cuenta los principales riesgos que con llevan cada decisión a realizar y así disminuir incidencia de producción de gestaciones ectópicas.
3. Capacitación de personal de salud para orientación al paciente sobre higiene ginecológica y usos de métodos anticonceptivos para ayuda a la salud pública.
4. Explicar a la población sobre el riesgo de adquirir dicha enfermedad y que complicaciones lleva a largo de su vida y sobre las causas que con llevan a poder presentar enfermedades de transmisión sexual como complicación ginecológica.
5. Campañas médicas, para captación de mujeres en edad reproductiva, y así dar asesoría sobre métodos anticonceptivos y prevenir infecciones genitales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 55 / NUMBER 2 / JUNE 2012
2. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY / VOLUME 55 / NUMBER 2 / JUNE 2012.
3. Ectopic Pregnancy Hospital JAMES JOHNSTON WALKER, MD, FRCPS (Glas),FRCP volume 7, year 2013 (Edin), ACOG.
4. Department of Obstetrics and Gynaecology, St James University Hospital, Leeds, UK LS97TL, UCA. 2013 north america.
5. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.Callao, Perú. 2008-2010
6. Diagnosis of Ectopic Pregnancy VANESSA M. GIVENS, MD* and GARY H. LIPSCOMB, MDw *Departments of Obstetrics and Gynecology of Medicine, University of Tennessee Health Science Center, Memphis, Tennessee CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Volume 55, Number 2, 387–394 r 2012, Lippincott Williams & Wilkins
7. González L. y cols. 2012. Embarazo Ectópico Ovárico con DIU in situ. Hospital la Maternidad Concepción Palacios. Rev. Obstet Ginecol 65:(4) 203-206.
8. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location E. Kirk^{1,2,*}, C. Bottomley³, and T. Bourne^{2,4}Submitted on April 10, 2013; resubmitted on July 31, 2013; accepted on August 15, 2013
9. Biomarkers for ectopic pregnancy of unknown location Suneeta Senapati, M.D.M.S.C.E 2013. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Pennsylvania, Philadelphia, ennsylvania
10. Expectant Management of Ectopic pregnancy latasha b. craig, md* and sana khan, mdw clinical obstetrics and gynecologyvolume 55, Number 2, 461–470r 2012, Lippincott Williams & Wilkins.
11. Treatment of ectopic pregnancies in 2014: new answers to some old questions Perrine Capmas, M.D.,^{a,b,c} Jean Bouyer, Ph.D.,^b and Herve Fernandez, M.D., PhD.
12. Medical treatment of ectopicpregnancy: a committee opinión The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama VOLUME 3 JULY 23 of 2012
13. Methotrexate: The Pharmacology Behind Medical Treatment for Ectopic Pregnancy CATHERINE S. STIKA, MD Department of Obstetrics & Gynecology, Northwest CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGYVolume 55, Number 2, 433–439r 2012, Lippincott Williams & Wilkins
14. Surgical Management of Ectopic Pregnancy LAURA STOCK, MD and MAGDY MILAD, MD, MS Northwestern Prentice Women's Hospital, Chicago, Illinois
15. Medical treatment of ectopicpregnancy: a committee opinión The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine american Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama 2012 . UCA. ACOG.

ANEXO N° 01:

3.7 PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de H°CL:.....

I.- FILIACION:

Nombre:..... Edad:.....años.

II.- EMBARAZO ECTÓPICO: SI () NO ()

III.- FACTORES DE RIESGO:

1) Edad gestacional: Semanas.

2) Paridad:

- a. Nulípara
- b. Primipara
- c. Multipara

4) N° parejas sexuales

- a) 1
- b) mayor de 1

5) Tabaquismo

- a. Sí
- b. No

7) Antecedente de cirugía abdomino-pélvica

- a. Sí
- b. No

8) Antecedente de uso DIU:

- a. Sí
- b. No

9) Anticoncepción previa

- a. Sí
- b. No

14) Historia abortos

- a. Sí
- b. No

3.9.2. FIGURAS DE DATOS ESTADISTICOS:

FIGURA 1. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

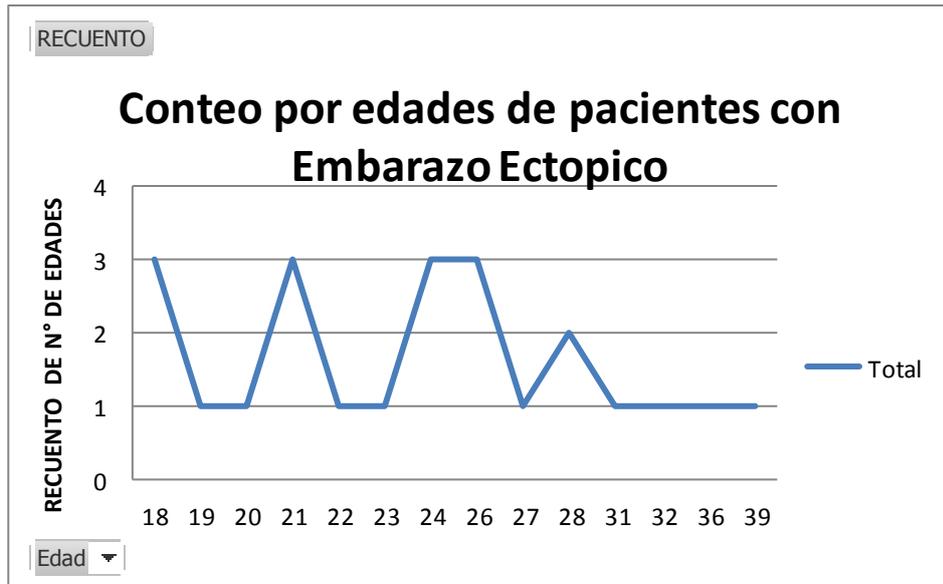
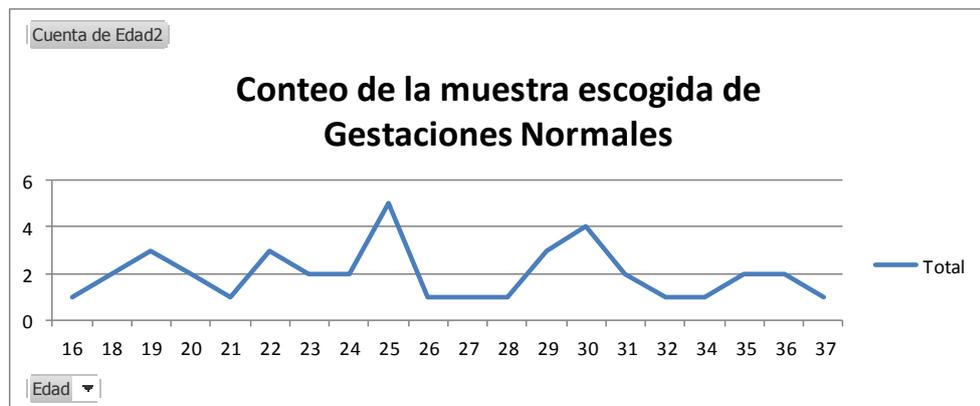
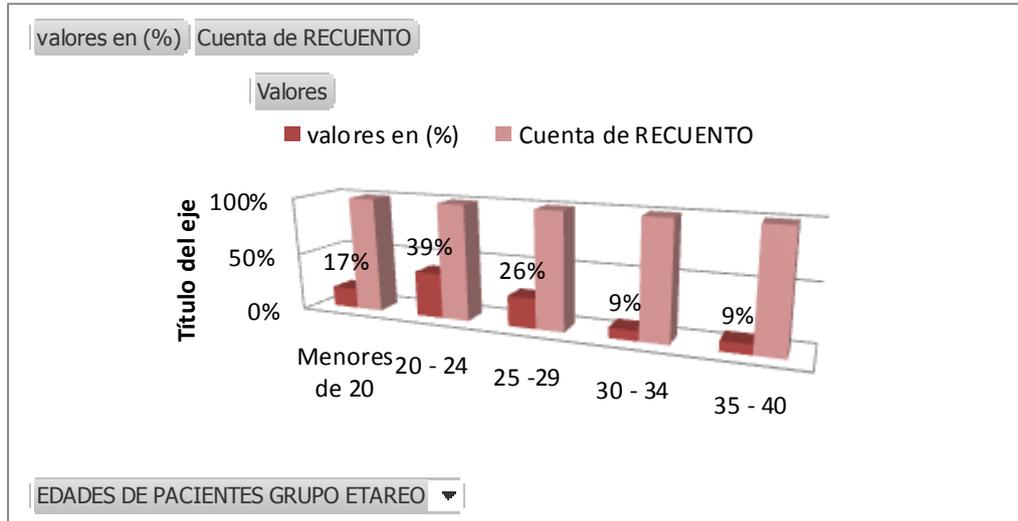


FIGURA 1.1. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015

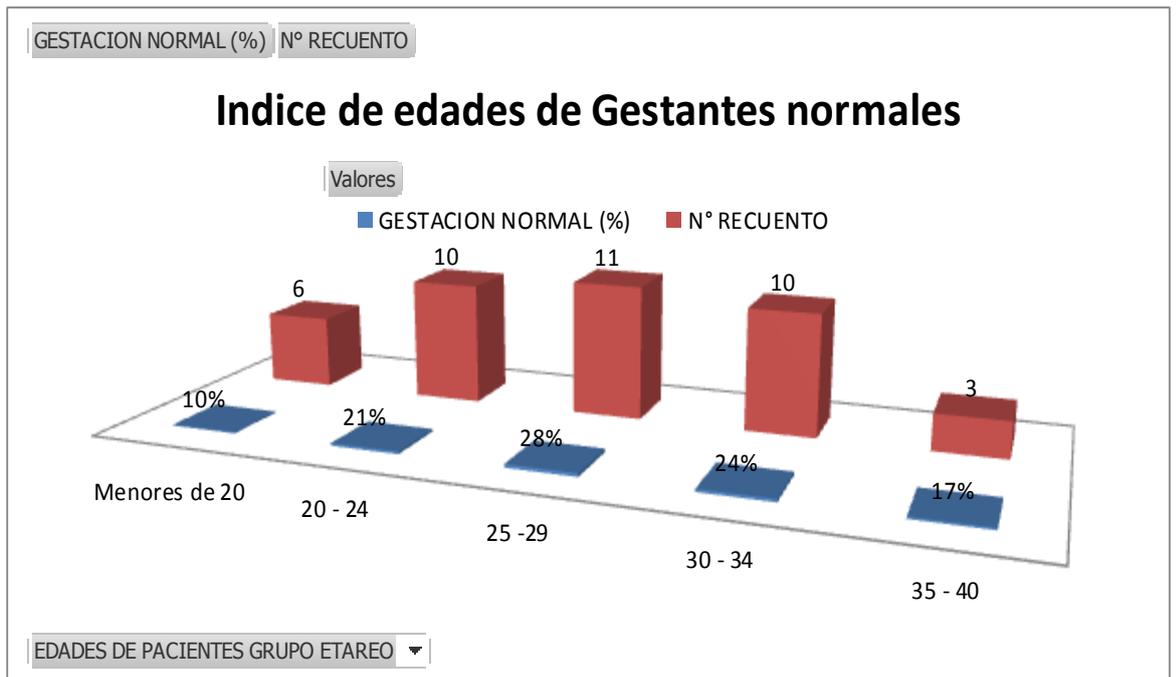


**FIGURA 2. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO
POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA.
ENERO- AGOSTO DEL 2015**



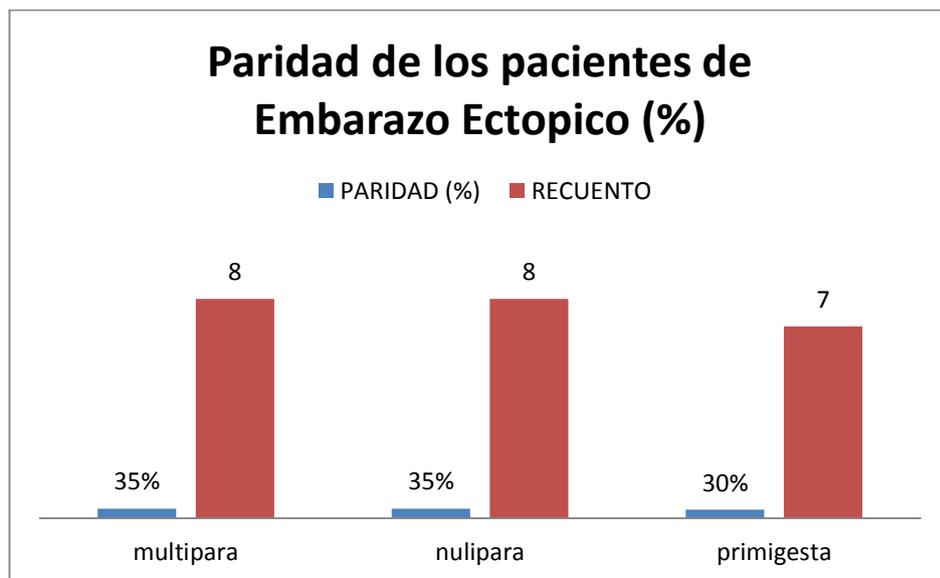
Desviación estándar: (12.89%)

**FIGURA 3. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO
POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA.
ENERO- AGOSTO DEL 2015**



Desviación estándar de (6.67%)

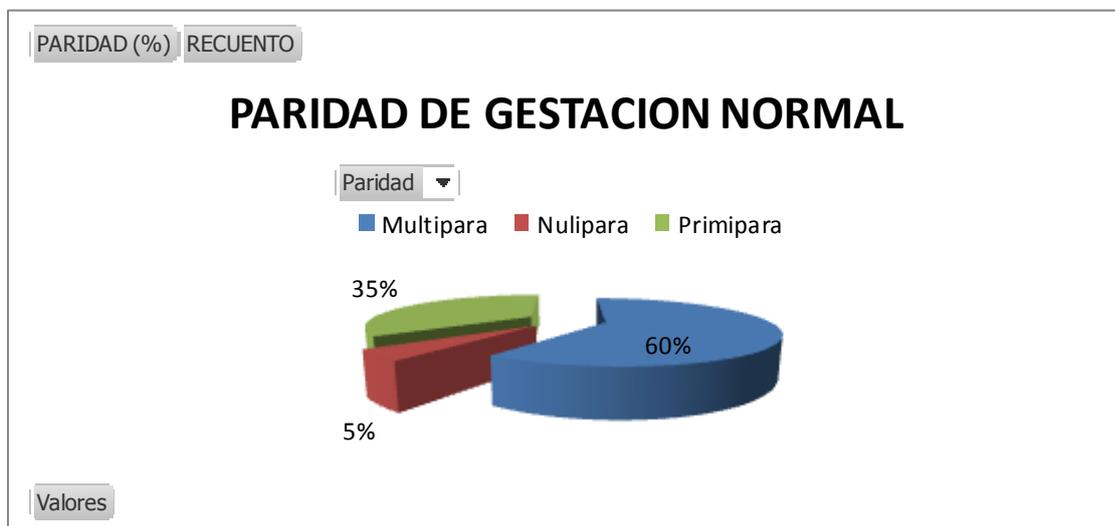
FIGURA 4. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 "SANTA ROSA", PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015



Desviación estándar (18%)

Riesgo relativo (27%)

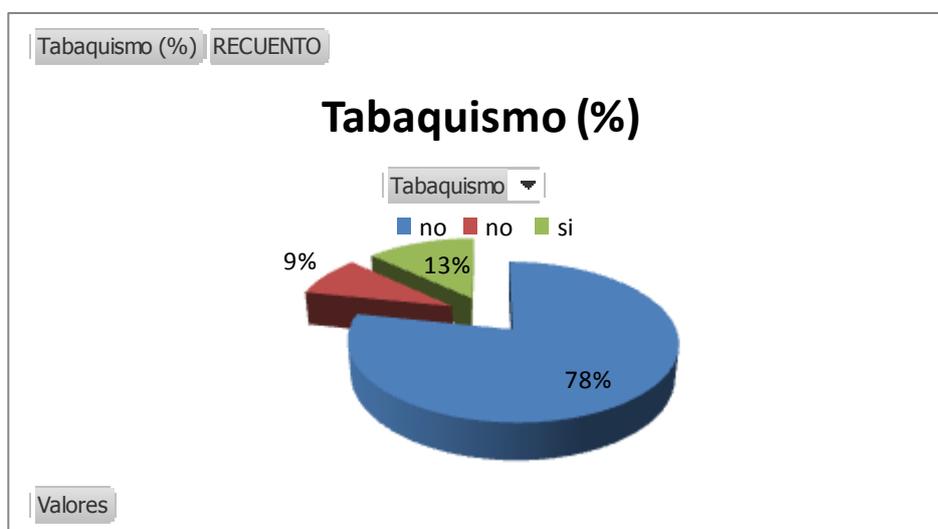
FIGURA 4.1 HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015



MEDIA DE (46%)

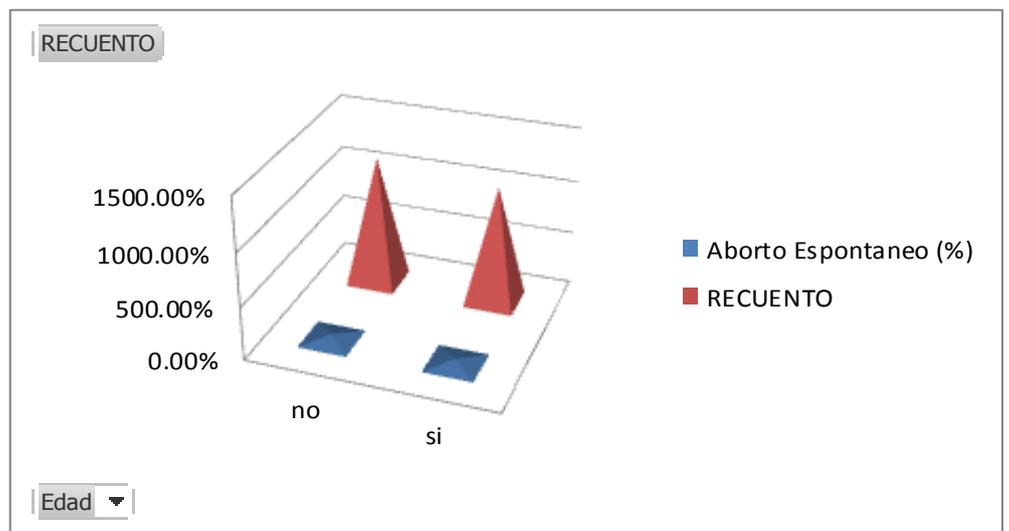
RIESGO RELATIVO DE (35%)

FIGURA 5. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA. ENERO- AGOSTO DEL 2015



**FIGURA 6. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO
POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 "SANTA ROSA", PIURA.
ENERO- AGOSTO DEL 2015**

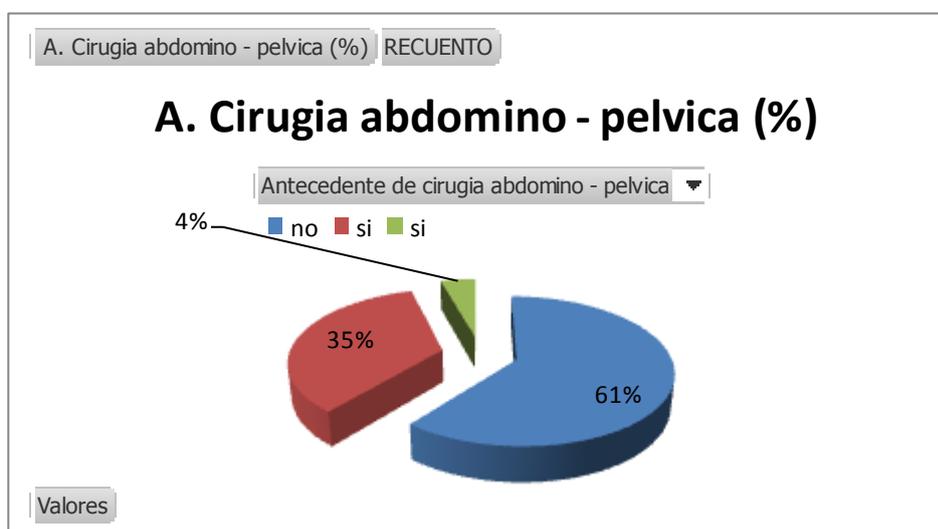
Grupo etario de Embarazo Ectópico:



RIESGO RELATIVO DE PACIENTES CON 48% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA DE 88%

**FIGURA 7. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO
POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA.
ENERO- AGOSTO DEL 2015**

Grupo etario de Embarazo Ectópico:



FUENTE:

Se encontró un 35% de pacientes que presentaron como antecedente tener una cirugía pélvica previa, desde patologías adherenciales por complicaciones peritoneales hasta embarazos ectópicos previos.

Manejando un Riesgo relativo del 28.5% de Mujeres en edad fértil.

**FIGURA 8. HISTOGRAMA DE EDADES DE PACIENTES DEL ESTUDIO
POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL II-2 “SANTA ROSA”, PIURA.
ENERO- AGOSTO DEL 2015**

Grupo etario de Embarazo Ectópico:



**MAYOR INCIDENCIA DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL
EMBARAZO ECTOPICO.**

FUENTE:

Se encontró 23 casos de embarazos ectópicos; de un total de pacientes atendidas durante el periodo predeterminado de Enero – agosto 2015, lo que hace una frecuencia de 1 cada 130 gestaciones y no se reportó mortalidad, se evidencio una alta frecuencia de (E.E) en edades de 20-24 años (39.13%) y se desarrollaron más en pacientes nulíparas y multíparas (34.78%) lo se relaciona con el factor de riesgo de la sexarquia que su intervalo oscila de 16 - 18 años.