

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN
MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA AREQUIPA
2014-2015”**

**Tesis presentada por las
bachilleres:**

Cynthia Lissette Herrera Aragón

Nelly Andrea Cáceres Gonzales

**Para optar el Título Profesional
de:**

Licenciadas en Enfermería

AREQUIPA – PERÚ
2016

PRESENTACION

**SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE
LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

S.D.

De conformidad con lo establecido con la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **“FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTOPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2014-2015”**, requisito necesario para optar el título profesional de Licenciadas en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis
"FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2014 – 2015."

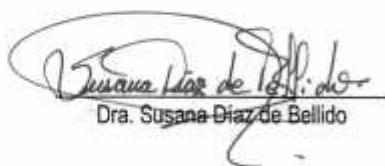
AUTORAS : Bach. Nelly Andrea Cáceres Gonzales
Bach. Cynthia Lissette Herrera Aragón

FECHA : Arequipa, 19 de Abril del 2016

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador el Borrador de Tesis queda APTO para la SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Delta Cecilia Villanueva


Dra. Susana Díaz de Bellido


Mgter. Mirta Cardena Valverde

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Núñez Chavéz**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Gloria Núñez de Pinto**
Asesora de Tesis Titulada:
"FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTOPICO EN
MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA. AREQUIPA 2014-2015"

INVESTIGADORAS : CACERES GONZALES, NELLY ANDREA
HERRERA ARAGON, CYNTHIA LISSETTE

ANTECEDENTES: Aprobado el Proyecto de Tesis se inicia la asesoría del mismo para la ejecución entre los meses de Enero a Marzo del 2016, se va asesorando el avance del trabajo con la finalidad de hacer los reajustes necesarios.

En el mes de Marzo se revisa el vaciamiento de datos, análisis e interpretación de resultados, para llegar a conclusiones y recomendaciones del mismo.

APRECIACION PERSONAL: La investigación cumple con los requisitos del método científico.
Las Autoras demostraron dedicación, esfuerzo y responsabilidad durante la ejecución del trabajo.

El trabajo de Investigación aportara aspectos importantes en el conocimiento y actitudes durante el proceso del embarazo.

Arequipa, 18 de Marzo del 2016



Dra. Gloria Núñez de Pinto



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
"FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2014-2015"

AUTORAS : Cynthia Lissette Herrera Aragón
Nelly Andrea Cáceres Gonzales

FECHA : Arequipa, 29 de marzo de 2016

Reunido el Jurado Dictaminador, revisado el Proyecto de Tesis y subsanadas las observaciones realizadas de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Facultad, el presente proyecto puede ser ejecutado.

Atentamente,

Atentamente,


Dra. Delta Ocola Villanueva
Jurado Dictaminador


Mgter. Mirta Cardeña Valverde
Jurado Dictaminador

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater la Universidad Católica de Santa María y a la Facultad de Enfermería por toda la formación profesional y personal.

A todas las docentes que fueron parte de este proceso, quienes nos brindaron toda su dedicación, repartiendo sabiduría y cariño; por todo ello nuestra infinita gratitud.

DEDICATORIA

A mis padres Hermelinda y Ramiro quienes estuvieron siempre para brindarme todo su amor y apoyo incondicional, sus consejos, comprensión, ejemplos de perseverancia y constancia que me ha permitido ser una persona de bien y quienes hicieron todo en la vida para que pudiera cumplir mis sueños.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

Nelly.

A mis padres Teodocio y Nilda por su amor, sus consejos, su apoyo incondicional, ejemplo de superación y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes por ser los promotores de mis sueños, permitirme llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un privilegio ser su hija.

Gracias a Dios por cuidar de mi camino y concederme estos maravillosos padres.

Cynthia.

INDICE

	Páginas
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
INDICE	VIII
INDICE DE TABLAS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCION.....	XII
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEORICO	14
ENUNCIADO DEL PROBLEMA	15
DESCRIPCION DEL PROBLEMA	15
ANALISIS U OPERALIZACION DE VARIABLES.....	16
INTERROGANTES DE INVESTIGACION	17
JUSTIFICACION.....	17
OBJETIVOS	18
MARCO TEORICO	19
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	33
HIPOTESIS	34
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	35
TECNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACION.....	36
ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO	36
CAMPO DE VERIFICACION	36
ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS	37
CAPITULO III. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	38
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACION.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	63

INDICE DE ILUSTRACIONES

	Páginas
TABLA N°1 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN EDAD	39
TABLA N°2 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL	40
TABLA N°3 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN	41
TABLA N°4 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN.....	42
TABLA N°5 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN PARIDAD	43
TABLA N°6 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN EMBARAZOS ECTOPICOS ANTERIORES	44
TABLA N°7 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR.....	45
TABLA N°8 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN NÚMERO DE ABORTOS ANTERIORES	46
TABLA N°9 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	47
TABLA N°10 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	48
TABLA N°11 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA ANTERIOR.....	49
TABLA N°12 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL	50
TABLA N°13 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN LIGADURA DE TROMPAS.....	51
TABLA N°14 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CIRUGIA	52
TABLA N°15 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL EMBARAZO ECTOPICO	53
TABLA N°16 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO.....	54
TABLA N°17 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN LADO MÁS AFECTADO	55
TABLA N°18 UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN HÁBITOS NOCIVOS	56
TABLA N°19 CUADRO RESUMEN DE FACTORES DE RIESGO PREDISONENTES PARA EL EMBARAZO ECTOPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS DE MAYOR PREDOMINANCIA.....	57

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2014-2015

Los objetivos propuestos son precisar los factores de riesgo del embarazo ectópico e identificar el factor de riesgo de mayor predominancia en mujeres de 35 a 45 años; la investigación corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo explicativo de corte transversal, tomando información de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico entre noviembre del 2014 a noviembre del 2015. La técnica que se usó fue la observación y como instrumento la ficha de observación estructurada para la recolección de datos tomando en cuenta el marco teórico como base para su elaboración. La información fue organizada, tabulada y sistematizada en base de datos para su análisis e interpretación. Las conclusiones fueron que la mayoría de la población de estudio está entre 35 a 45 años, son convivientes, secundaria completa y la mayoría son amas de casa. El factor Biológico de mayor riesgo fueron los Embarazos Ectópicos anteriores, multíparas, número de abortos, número de parejas sexuales, presencia de Enfermedad pélvica inflamatoria, tipo de cirugía tubárica y los hábitos nocivos de consumo de tabaco, alcohol, café o té. El factor de riesgo de mayor predisponencia es el tipo de cirugía tubárica de Embarazo Ectópico anterior seguido de complicaciones en el embarazo ectópico, número de embarazos ectópicos anteriores, multíparas y abortos anteriores.

Palabras claves: embarazo, ectópico, factores de riesgo.

ABSTRACT

RISK FACTORS OF ECTOPIC PREGNANCY IN WOMEN 35 TO 45 YEARS IN THE OBSTETRIC SERVICE AT HONORIO DELGADO ESPINOZA HOSPITAL AREQUIPA 2014-2015

The proposed objectives were to clarify the risk factors of ectopic pregnancy, identify the risk factor in ectopic pregnancy most predominant in women 35 to 45 years; an explanatory descriptive-retrospective cross-sectional study was conducted, taking information from the medical records of patients diagnosed with ectopic pregnancy from November 2014 to November 2015. The technique that we have used was the observation and as a instrument was a form in order to collect the data, taking into account the theoretical framework as a basis for processing. The information was organized, tabulated and systematized in a database for analysis and interpretation. The conclusions were that most study population is between 35 to 45 years are cohabiting, have completed secondary and most are housewives. Biological major risk factor was Ectopic pregnancies earlier , being multiparous , number of abortions , many more affected sexual partners, presence of pelvic inflammatory disease , type of tubal surgery and habits harmful drinking smoking, coffee or tea. The biggest risk factor is the type of predisponencia Tubal Ectopic Pregnancy surgery followed by complications in previous ectopic pregnancy, number of previous ectopic pregnancy , previous abortions and multiparous .

Key Words: pregnancy, ectopic, risks factors.

INTRODUCCION

El embarazo es un periodo el cual transcurre desde el momento de la concepción hasta el momento conocido como parto.

Los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico están aumentando y contribuyen a la mayor prevalencia del proceso patológico. Estudios previos reportaron que las causas de su aumento podrían deberse al antecedente de cirugía tubárica (29.17%), antecedente de embarazo ectópico previo (47.22%), antecedente de aborto (41.67%), antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (23.61%) y consumo de hábitos nocivos.¹

En parte la disminución de la incidencia del embarazo ectópico también estaría dado por el diagnóstico temprano asociado con pruebas sensibles para la detección de gonadotropina coriónica y ecografía transvaginal.

Las manifestaciones clínicas clásicas ocurren generalmente entre 6 a 8 semanas después de la fecha de la última menstruación. Los síntomas clásicos del embarazo ectópico son el dolor abdominal (98.6%), la amenorrea (74.1%) y sangrado vaginal (56.4%). Estos síntomas se presentan en ambos casos; exista o no rotura siendo la tasa de complicación 92%.²

(1) Erika Arohunaca Garate, Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche. Arequipa 2004, pag 47.

(2) Alsuleiman SA, Grimes EM From July 1, 1972, to June 30, 1979

La mujer con embarazo ectópico está en riesgo de mortalidad causada por hemorragia (rotura de la trompa de Falopio acompañada por hemorragia intraperitoneal masiva que frecuentemente origina abdomen agudo ginecoobsterico).

En el Perú según el boletín epidemiológico el 4.6% de las muertes maternas directas son causadas por embarazo ectópico³.

El trabajo consta de dos capítulos, en el primero va el planteamiento teórico y en el segundo el planteamiento operacional.



(3)Dirección General Epidemiológico, "Boletín Epidemiológico", Volumen 24, Semana Epidemiológica N° 36, pág. 724, Lima -2015



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO

TEORICO

PLANTEAMIENTO TEORICO

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

Factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años en el servicio de Obstetricia en el Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa 2014-2015

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

CAMPO:

Ciencias de la salud

AREA:

Salud de la mujer

LINEA:

Gestación

TIPO:

Investigación de campo

NIVEL:

Descriptivo retrospectivo explicativo de corte transversal

ANALISIS U OPERALIZACION DE VARIABLES

Variable independiente

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>FACTORES DE RIESGO</p>	<p>FACTOR BIOLOGICO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Estado civil 3. Grado de instrucción 4. Ocupación 5. Paridad: Nulípara, Multípara 6. Números de Embarazos ectópicos anteriores 7. Complicaciones en el embarazo ectópico 8. Número de Abortos 9. Número de parejas sexuales 10. Dispositivo Intrauterino 11. Enfermedad pélvica inflamatoria 12. Infecciones de transmisión sexual 13. Ligadura de trompas 14. Intervención quirúrgica abdominal o tubárica
	<p>FACTOR AMBIENTAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Consumo de sustancias psicoactivas: Alcohol 16. Hábitos perniciosos: Consumo de café, Té, Tabaco

INTERROGANTES DE INVESTIGACION

- ¿Cuáles son los factores de riesgo que causan un embarazo ectópico en las mujeres de 35 a 45 años de edad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2014-2015?
- ¿Cuál es el factor de riesgo predisponente de mayor predominancia en mujeres de 35 a 45 años de edad en el servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2014-2015?

JUSTIFICACION

La incidencia de los factores de riesgo del embarazo ectópico ha aumentado en los últimos 30 años, y aunque ha disminuido su morbimortalidad, es la primera causa actual de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. ⁴

En las últimas estadísticas el 76.39% el ser nulípara incrementa 18 veces el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico, cirugía pélvica aumenta el riesgo 5 veces, embarazo ectópico previo, antecedente de EPI tiene un porcentaje de 23.61%, incrementando a 5 veces este riesgo. ⁵

El embarazo que ocurre por fuera de la matriz (útero), es una afección potencialmente mortal para la madre.

(4) P.R. López-Luque*, G.J. Bergal-Mateo y M.C. López-Olivares "El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud" Semergen 40(4):211-217. España 2014.

(5) Aronhuanca Garate. "Factores de riesgo de embarazo ectópico Hospital Goyeneche" Pág.21. 2006

En la mayoría de los embarazos, el óvulo fecundado viaja a través de las trompas de Falopio hacia la matriz (útero). Si el movimiento de este óvulo a través de las trompas se bloquea o se retrasa puede llevar a que se presente un embarazo ectópico.

Con este trabajo de investigación se pretende conocer la magnitud real del problema para proporcionar datos fiables para un análisis epidemiológico en el servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado, identificando los factores de riesgo que podrían ayudar en un futuro a la identificación de estrategia de prevención para evitar dicho problema.

La investigación tiene relevancia científica porque aportara nuevas estrategias y conocimientos que permitan disminuir las estadísticas del embarazo ectópico incidiendo en las medidas de prevención a través de la educación para la salud. Es viable porque se tiene la receptividad del ámbito donde se realizara dicho trabajo. En el Perú su tasa de incidencia es de 3 embarazos ectópicos por cada 1000 partos, según el Instituto Materno Perinatal (2001).⁶

OBJETIVOS

- Precisar los factores de riesgo de embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años Arequipa 2014-2015
- Identificar el factor de riesgo de embarazo ectópico de mayor predominancia en mujeres de 35 a 45 años Arequipa 2014-2015

(6) Quispe Chura, Yenny P. "Prevalencia y características clínico epidemiológicas del Embarazo Ectópico en el Hospital Honorio Delgado Espinoza". Pág. 6. 2013.

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGIA DEL EMBARAZO ECTOPICO

Se denomina embarazo ectópico aquel donde la implantación del blastocito se encuentra fuera de la cavidad uterina.

El óvulo fecundado desciende por la trompa de Falopio en dirección hacia el útero. Si la trompa se encuentra dañada u obstruida y no permite que el óvulo se dirija hacia el útero, el cual puede implantarse en la trompa y continuar desarrollándose.

El embarazo ectópico se trata de una de las gestorragias de la primera mitad del embarazo cuya expresión clínica habitual es la tríada clásica de dolor abdominal, sangrado y amenorrea.

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL EMBARAZO ECTOPICO

La triada clásica es dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal, lo cual hace sospechar que esta frente a un caso de embarazo ectópico pero este puede variar significativamente según su localización y evolución del mismo.

Según el estudio de Alsuleiman que incluye 147 casos de embarazo ectópico, los pacientes presentaron dolor abdominal (98.6%), amenorrea (74.1%) y sangrado vaginal irregular (56.4%).²

(2)Alsuleiman SA, Grimes EM From July 1, 1972, to June 30, 1979.

Las pacientes pueden presentar otros síntomas comunes a los embarazos precoces, incluyendo náuseas, plenitud, fatiga, dolor abdominal bajo, cólicos fuertes, dolor en el hombro, entre otros.

El Embarazo ectópico puede simular otros cuadros como aborto espontáneo, gestación intrauterina no evolutivo e infección.

INCIDENCIA

El embarazo ectópico ocurre en el 1,3-2% de todos los embarazos.⁷

En general, se estima que la tasa de incidencia del embarazo ectópico del mundo está entre 5 y 20 embarazos ectópicos por 1000 partos y constituye un importante problema de salud pública.⁸

En el Perú su tasa de incidencia es de 3 embarazos ectópicos por 1000 partos según el Instituto Materno Perinatal (2001)⁹, cifra compartida por otros estudios nacionales, menor a lo reportado por Estados Unidos y otros países industrializados.

Entre los años 2006 y 2007 en el Hospital Regional Honorio Delgado, su frecuencia en relación a los 12 206 partos atendidos fue de 1:81, con una tasa de incidencia de 12.29 embarazos ectópicos por 1000 partos.⁸

(7) Virginia Sanchez Millan, Prog Obstet Ginecol. 2010; 53(10): pag. 416-418

(8)Córdova Lazo Jessica K. Características epidemiológicas del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado Enero 2006-2007. Optar título de bachiller de medicina Humana-Arequipa 2008.

(9)De la Cruz Pacheco G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con Embarazo Ectópico en el Instituto Materno – Perinatal, Enero – Diciembre 2001. Tesis para optar título de especialista. 2002. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Las mujeres con un antecedente de embarazo ectópico multiplican por ocho la probabilidad de presentar un nuevo episodio en el futuro.¹⁰

Mientras que la tasa de mortalidad debido a embarazo ectópico ha presentado un descenso importante debido a las técnicas diagnósticas y al tratamiento precoz, así cuando se expresa la mortalidad por embarazo ectópico aporta aproximadamente el 9 % de todas las muertes maternas y desafortunadamente esta mortalidad es 3,5 veces más alta en mujeres mayores de 35 años.¹¹

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

El conocimiento de los factores de riesgo permite conocer pacientes con mayor probabilidad de padecerlo, para realizar un tratamiento que preserve la fertilidad.

El 50% de los pacientes con embarazo ectópico pueden presentar uno o más de los siguientes factores. ¹²

- ✓ Edad mayor a 35 años

Las mujeres están en mayor riesgo de embarazo ectópico con la edad avanzada. La mayor tasa de embarazos ectópicos se produce en las mujeres de 35-45 años, quienes tienen un riesgo 3-4 veces mayor de desarrollar un embarazo ectópico, en comparación con las mujeres de 15-24 años.¹³ Una explicación propuesta implica que el envejecimiento puede generar una pérdida progresiva de la actividad eléctrica a lo largo de la trompa de Falopio.

(10) Mukul.L; teal Sthepanie. Current Management of Ectopic Pregnancy, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, N Am 34 (2007) 403:409.

(11) Marion L, Meeks G, Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors, Clinical Obstetrics and Gynecology vol 55, Nov 2 , 376-386, 2012, Lippincott Williamms and Wilkins.

(12) Gala , Bakken. Centers for de disease control and prevention, Estados Unidos, 2008

(13) Alfonso Velasteguí López, Hospital Luis Vernaza. Revista Médica de Nuestros Hospitales, Vol. 17. N° 2, Guayaquil. Ecuador 2012.

✓ Embarazos ectópicos anteriores:

El mejor método para el diagnóstico de la presente es hacer una ecografía. En general, una paciente con previo embarazo ectópico tiene una probabilidad entre 50-80% de tener un futuro embarazo tubárico, y un 10-25% de probabilidad de un embarazo intrauterino.¹⁴

✓ Uso de hormonas

Específicamente estrógenos y progesterona: puede hacer más lento el movimiento normal del óvulo fecundado a través de las trompas de Falopio y llevar a un embarazo ectópico.

✓ Dispositivo intrauterino (DIU)

El uso del dispositivo intrauterino tienen mayor riesgo de padecer un embarazo ectópico, ya que causa una inflamación en las trompas de falopio, y este hace que el óvulo se quede atascado en esta zona, y no continúe su trayecto al útero, aumentando los riesgos de contraer el embarazo ectopico.

✓ Fecundación in vitro

Las mujeres con dificultad para quedar embarazadas tienen mayor riesgo de contraer un embarazo ectópico. Esto ocurre cuando un embrión se desvía a las trompas de Falopio o la cavidad abdominal debido a un funcionamiento anormal de la trompas y se implanta allí en vez del útero.

Al evaluar más de 100.000 ciclos de fecundación in vitro, realizados en Estados Unidos entre los años 2008-2011, se concluye que del total de estos ciclos 1,38% fueron embarazos ectópicos, debido a que el riesgo es mayor cuando se transfieren embriones frescos frente a embriones congelados; lo que lleva a cambios del medio ambiente de la trompa y útero y esto aumenta el riesgo de esta complicación.¹⁵

(14) Roger P. Smith; Frank Netter (2004). Netter Obstetricia, Ginecología y salud de la mujer. España: Elsevier. p. 247.

(15) Dr. Rafael Bernabeu, Revista " Fertility and Sterility", EE.UU agosto 2015.

✓ Enfermedad pélvica inflamatoria

Los pacientes con infección por clamidias tienen una gama de presentaciones clínicas, como una enfermedad inflamatoria pélvica. Esto genera una acumulación de tejido cicatrizal en las trompas de Falopio, lo que causa daños a los cilios.

Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la enfermedad inflamatoria de la pelvis, el embarazo no se produce, y esto representaría una protección contra un embarazo ectópico.

✓ Infección de transmisión sexual

- **Gonorrea:** Es causada por la *Neisseria gonorrhoeae*, una bacteria que crece y se multiplica fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio y en la uretra. Lo cual puede causar daños a las trompas de Falopio y producir la enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad o aumentar el riesgo de un embarazo ectópico.
- **Clamidia:** Es una bacteria que puede causar problemas de reproducción en las mujeres que la contraen antes del embarazo o durante su desarrollo. Por lo general no produce síntomas, puede propagarse al tracto genital superior (útero, trompas de Falopio y ovarios) y producir enfermedad inflamatoria pélvica. La EPI puede dañar las trompas de Falopio y llevar a la infertilidad o a un embarazo ectópico.

✓ Ligadura de trompas

Es un método anticonceptivo permanente en el que las trompas de Falopio de una mujer se cortan quirúrgicamente, atadas, quemadas o ligadas. Los tubos cortados o bloqueados impiden que los espermatozoides lleguen a los óvulos de una mujer.

El 6% corre el riesgo de tener embarazos ectópicos. Suele ocurrir dos o tres años después de la esterilización.¹⁶

Si bien es muy poco probable, es posible que se llegue a recanalizar la trompa y produzca un embarazo después de una ligadura de trompas.

✓ Tabaquismo

Se ha señalado que el tabaquismo está asociado con riesgo de embarazo ectópico. Algunos estudios han demostrado alto riesgo, 1.6-3.5 veces mayor en las pacientes fumadoras.¹⁷

El riesgo de sufrir un embarazo ectópico se incrementa paulatinamente con el número de cigarrillos fumados al día. Se ha relacionado el riesgo de sufrir un embarazo ectópico ya que las células de la trompa de Falopio expuestas a la cotinina¹⁸ causan un retraso en la ovulación, alteración de la motilidad uterina y las trompas.

(16) Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. "Obstetricia" 6ta edición, Ed. El Ateneo; 2006: 215-220

(17) Solano Sánchez, Salvador Rafael; Patricia Maldonado Miranda y Eduardo Ibarrola Buen Abad. «Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles en el Centro Médico ABC». MG An Med Asoc Med Hosp ABC 50 (2): 58–61. 2005.

(18) Cotinina: Producto de degradación de la nicotina.

- ✓ Ser nulíparas
- ✓ Ser multíparas
- ✓ Haber tenido número de Abortos
- ✓ Haber tenido múltiples parejas sexuales
- ✓ Antecedente de intervención quirúrgica abdominal o tubárica
- ✓ Consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Defecto congénito en las trompas de Falopio.

LOCALIZACION

Alrededor del 90 a 95% de los embarazos ectópicos se implantan en los distintos segmentos de la trompa de Falopio, De ellas el 75% en la ampollar (ampolla), 12% en el istmo (ístmica) y 5% el infundíbular (fimbria) y 2 % intersticial. Los restantes lugares de localización son ovárico (2.5%), abdominal (1%) y cervical (0.7 a 0.15 %).¹⁹

La mayoría de los embarazos ectópicos son unilaterales, siendo bilaterales de menor porcentaje.

(19) Juan Aller. Gustavo Pagés. Obstetricia Moderna. Ed. McGRAW- HILL INTERAMERICANA, 3ra edición.Pag.215.

- **Embarazo Tubárico**

Es la implantación más común (90 a 95% de los casos), el óvulo fecundado se puede alojar en cualquier porción de la trompa y originar un embarazo tubárico ampular, ístmico, infundibular o intersticial.

El más frecuente es la zona ampular seguido del istmo e infundibular, mientras que el intersticial se compone del 2%.

Puede evolucionar hacia:

a) ROTURA TUBARICA:

Las vellosidades son suficientes y enérgicas, pero el aumento de la presión intratubárica llega a dificultar el riego sanguíneo de la trompa, lo que produce necrosis tisular que conduce a la ruptura por corrosión vascular (no por estallido). Esta rotura casi siempre se acompaña de síntomas y con frecuencia signos de hipovolemia.

La rotura tubárica se da con más frecuencia en la implantación ístmica en las primeras semanas; y en la porción intersticial de la trompa, la rotura sucede más tarde.

b) ABORTO TUBARICO:

El huevo carece de vellosidades suficientes y está implantado en el segmento distal de la trompa. Se atrofia y se desprende, y es expulsado por el orificio peritoneal de la trompa. Esta expulsión suele ir acompañada de hemorragia moderada, que ocupa el fondo de saco de Douglas formando hematocele en ocasiones cesa y los síntomas desaparecen.

En raras ocasiones puede convertirse secundariamente, en embarazo abdominal. El aborto tubárico se da con más frecuencia en la implantación ampular y fímbrica, si este se obstruye la salpinge se distiende de manera gradual con sangre y forma un hematosalpinge.

Según la porción de la trompa que ocupe el huevo, se subdivide en:

-Ampular: en el tercio externo de la trompa: es la más frecuente de todas (75%).

-Istmica: en la porción media y más estrecha de la trompa (12%).

-Infundibular o fimbria: en las franjas del pabellón de la trompa(5%).

-Intersticial: en la porción de la trompa que recorre la pared del útero, menos frecuente (2%).

- **Embarazo Ovárico**

Ocurre en 2.5% de los casos y su tratamiento es la resección parcial o total del ovario.

La gestación ovárica es poco habitual del embarazo ectópico. El diagnóstico preoperatorio es difícil; algunos se diagnostican durante la intervención pero la mayoría necesita confirmación histopatológica. El tratamiento de elección es intentar la preservación de tejido ovárico para mantener la fertilidad mediante la enucleación del saco gestacional o la resección en cuña del ovario, preferiblemente por vía laparoscópica.

- **Embarazo Abdominal**

Ya sea por un aborto tubárico o una rotura intraperitoneal, el producto completo de la concepción sale de la salpinge o, si el desgarro es pequeño, aparece hemorragia abundante sin expulsión de los productos de la concepción. Cuando el producto se expulsa completo hacia la cavidad peritoneal, algunas veces conserva su unión placentaria y otras se reimplanta casi en cualquier sitio como en las vísceras abdominales, intestino, vejiga, hígado y crece en forma de embarazo abdominal.

Su frecuencia asciende al 1% de todos los embarazos ectópicos.

- **Embarazo Cervical**

El embarazo cervical es aquel que se implanta en el cuello del útero. Generalmente no alcanza su completa evolución y finaliza en aborto; se expulsa entonces en forma espontánea o requiere la intervención debido a que a veces la placenta se encuentra fuertemente adherida al endocérvix.

Frecuencia es mayor en las multíparas que en las primíparas.

Patología extremadamente rara, representa el 0,7-0,15% del total de los embarazos ectópicos.

DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico precoz reduce la mortalidad y morbilidad asociada con el embarazo ectópico.

Después de la historia clínica y el examen físico, se encuentran diferentes pruebas diagnósticas para evaluar un probable embarazo ectópico.

- Pruebas de laboratorio:
 - a) Gonadotropina corionica humana (HCG)
 - b) Progesterona sérica
- Ultrasonografía
 - a) Ecografía transvaginal

La ecografía transvaginal se realiza en el primer trimestre del embarazo para examinar los órganos genitales de una mujer incluyendo útero, ovarios, cuello uterino, vagina para descartar diferentes complicaciones, incluyendo un embarazo ectópico.

b) Ecografía abdominal

La ecografía transvaginal antecede en una semana a la ecografía abdominal en la detección de la gestación intrauterina. En la ecografía abdominal el 20% de los embarazos ectópicos pueden ser normales.

c) Diagnostico laparoscópico

La observación directa de las salpinges y la pelvis a través de laparoscopia ofrece un diagnóstico confiable en la mayor parte de casos de embarazos ectópicos, permite también cambiar con facilidad el tratamiento quirúrgico definitivo.

TRATAMIENTO

Existen dos tratamientos posibles para un embarazo ectópico:

- Administración de medicamentos (metotrexato)
- Cirugía

El diagnóstico oportuno permite llevar a cabo el tratamiento quirúrgico o médico definitivo de un embarazo ectópico íntegro.

a) Tratamiento médico:

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis espontánea de las purinas y piridinas, el cual interfiere con la síntesis de ADN y la multiplicación celular. Este tratamiento puede ser administrado en forma sistémica o directamente en el saco gestacional.

Si el médico cree que no existe riesgo de ruptura y el embrión es pequeño (menor de 4 centímetros) puede administrar a la mujer metotrexato, que sirve para detener el crecimiento celular; el embrión muere y es absorbido por el cuerpo en unas semanas.²⁰

b) Tratamiento quirúrgico

Tratamiento quirúrgico de elección es la laparoscopia cuando la masa ectópica no está rota pero mide más de 4 centímetros, se puede realizar una salpingostomia lineal laparoscópica mediante una incisión sobre el borde anti mesentérico de la trompa para extraer el tejido embrionario sin extirpar la trompa. Una vez realizado e introducido los trocares y pinzas de laparoscopia se procede a la aspiración del hemoperitoneo y así identificar el sitio de la hemorragia activa.

c) Salpingostomia

Se utiliza para extraer en un embarazo pequeño que mide menos de 2 cm de longitud y se ubica en el tercio distal de la trompa.

Las hemorragias pequeñas se detiene por medio de electrocoagulación o laser y la incisión se deja sin sutura para que cicatrice.

d) Salpingectomia

Se utiliza en embarazos ectópicos tanto rotos como íntegros, al extraer la trompa es importante extirpar una cuña del tercio externo de la porción intersticial de la trompa, se lleva a cabo con el fin de reducir al mínimo con la posibilidad de que se implante un nuevo embarazo ectópico.

(20)Casanova C.Epidemiología de embarazo ectópico en un hospital ginecoobstetrico. Revista Cubana de Enfermería. Setiembre 2003,vol 19, n° 3.

e) Laparotomía

En casos donde el paciente se presente con compromiso hemodinámico o abdomen agudo.

Se debe practicar una laparotomía de emergencia para realizar una hemostasia rápida mediante la salpinguectomía total o parcial. Si la paciente se estabiliza y se ha realizado la laparotomía, se puede practicar una salpingostomía o una salpinguectomía parcial o total lo cual se puede extraer el producto de la concepción a través de la fimbria en los embarazos ectópicos distales.

Las técnicas de salpingectomía y salpingostomía son similares al de la laparoscopia.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL EMBARAZO ECTÓPICO ⁽²¹⁾

a) PREVENCIÓN PRIMARIA

- Informar sobre el cuidado que se debe tener para no contraer enfermedades de transmisión sexual.
- Informar sobre complicaciones que traen las edades polares.
- Informar sobre hábitos saludables
- Informar sobre efectos negativos del alcohol, sustancias psicoactivas y el riesgo que esto implica.
- Informar sobre la importancia de llevar un control sobre su ciclo menstrual.
- Informar acerca del uso de los tampones, ya que puede producir infecciones.
- Informar sobre el uso excesivo de anticonceptivos mecánicos u hormonales.
- Informar sobre el uso de DIU ya que existe mayor probabilidad de presentar un embarazo ectópico.
- Informar sobre los riesgos de realizarse una fecundación in vitro.

- Informar sobre los riesgos de realizarse una ligadura de trompas fallida.
- Motivar a la realización de un diagnóstico y tratamiento oportunos de las enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica.

b) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- Identificar signos y síntomas de peligro, así como factores asociados para una sospecha clínica como retraso menstrual, sangrado vaginal escaso, dolor pélvico, desmayo o desvanecimiento.
- Manejo de emergencia para hospitalización, buscar signos de hipovolemia
- Pruebas de laboratorio: grupo Rh, hemograma, hematocrito seriado, hemoglobina, dosaje B-HCG
- Valorar y registrar los signos vitales, el estado de conciencia.
- Realización del balance hídrico.
- Realizar la valoración de la cantidad de hemorragia, es primordial cohibir la hemorragia con el mínimo daño a los órganos reproductivos ante la expectativa de nuevos embarazos
- Colocar a la paciente en posición de decúbito supino.
- Canalizar vía periférica de grueso calibre que garantice la perfusión rápida de líquidos
- Iniciar el tratamiento con líquidos intravenosos o la transfusión de sangre según prescripción médica.
- Administrar oxígeno según la necesidad del paciente.
- Administrar antibióticos y otros medicamentos según las indicaciones médicas.
- Brindar tranquilidad dando explicaciones sencillas y proporcionando soporte emocional para disminuir la ansiedad.

(21) Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima; 2007.pag.27-31.

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

AMBITO LOCAL

- Erika Arohuanca Garate. “Factores de Riesgo de Embarazo ectópico en pacientes que acudieron al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Goyeneche 1995-2004”, UNSA. Arequipa, 2006.

Se concluye que los factores más asociados fueron: antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, uso de dispositivo intrauterino, embarazo ectópico previo, aborto que luego fueron sometidas a curetaje. Localización más frecuente fue en la región tubárica-ampular.

- Víctor Hugo Quispe Montesinos. Arequipa 2004. “Incidencia y factores asociados a Embarazo Ectópico Hospital III Essalud Yanahuara”.

Se concluye que los factores asociados fueron cesáreas, legrados uterinos y uso de DIU. Dentro de los antecedentes de enfermedad ginecológica se encontró vaginitis y Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Dentro de las complicaciones inmediatas se encontraron casos de anemia aguda.

- Javier Gonzalo Gamero Jurado. “Evaluación de los parámetros diagnósticos y frecuencia del embarazo ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 1991-1995”.

Se concluye que los factores de riesgo por orden de frecuencia fueron antecedentes de cirugía abdomino-pelvica, antecedente de embarazo ectópico previo, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de infertilidad.

No se registró mortalidad en las pacientes atendidas.

AMBITO NACIONAL

- Luis Alberto Pérez De Miguel. “Factores de riesgo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo Enero-Diciembre 2010”.

Se concluye que se presenta en mayor porcentaje en mujeres de 20 a 35 años de edad, con antecedentes de nulíparas, multíparas, cirugía tubárica, cirugía abdominal o pélvica, EPI. En dichos pacientes el cuadro clínico más frecuente estuvo conformado por hemorragias, infección y dolor.

HIPOTESIS

Dado que el embarazo ectópico se produce fuera de la cavidad uterina por múltiples factores de riesgo.

Es probable que los factores biológicos como el número de embarazos ectópicos anteriores los cuales pueden tener mayor predominancia que los factores ambientales como sustancias psicoactivas, producen un embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Arequipa 2014-2015.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO

OPERACIONAL

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN

Se utilizó como técnica la observación y como instrumento la ficha de observación documental (historia clínica) el cual consta de 18 ítems.

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

TECNICA	INSTRUMENTOS
OBSERVACION	Ficha de observación
	Historia clínica

CAMPO DE VERIFICACIÓN

- Ubicación Espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza en el servicio de Obstetricia el cual cuenta con 80 camas.
- Ubicación Temporal:** El estudio se realizó del mes de Noviembre del 2014 a Noviembre del 2015, es coyuntural para el año 2016
- Unidades de estudio:** Las unidades de estudio estuvieron conformadas por Historias Clínicas de los pacientes que se atendieron en los meses de Noviembre del 2014 a Noviembre del 2015 en el Servicio de Obstetricia del Hospital General Honorio Delgado Espinoza en número de 50 que corresponden al 100%.

- **Criterios de inclusión**
 - Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
 - Pacientes que acepten participar en el estudio.
 - Pacientes con embarazo ectópico de 35 a 45 años.

- **Criterios de exclusión**
 - Pacientes con gestación normal.
 - Pacientes que no deseen participar en el estudio.
 - Pacientes de otras edades.

ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del estudio se hizo los trámites administrativos correspondientes.

- A nivel de la facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María se realizó las coordinaciones con el decanato de la facultad de enfermería para pedir carta de presentación y realizar la investigación.

- A nivel del servicio de Obstetricia del Hospital General Honorio Delgado Espinoza Arequipa a través de sus autoridades del hospital, del servicio y unidad de capacitación.

Los datos se obtuvieron a través de la historia clínica (ficha estructurada)

Se trabajó en horario de mañana y tarde

Al terminar la recolección de datos estos se analizaron y sistematizaron en tablas estadísticas.



CAPITULO III RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION

TABLA 1

UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN EDAD COMO FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZO ECTOPICO

EDAD	FR	%
35 AÑOS A 40 AÑOS	44	88 %
41 AÑOS A 45 AÑOS	6	12 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa en relación a la edad de la población de estudio que el mayor porcentaje de 88% corresponde al grupo etareo de 35 a 40 años y un mínimo porcentaje de 12% en las edades de 41 a 45 años.

De lo que deducimos que más de las 3/4 partes de la población están entre las edades de 35 a 40 años, según el estudio de Velastegui¹⁰ es un factor de riesgo debido al envejecimiento progresivo de las trompas de Falopio.

GRAFICO 1
EDAD

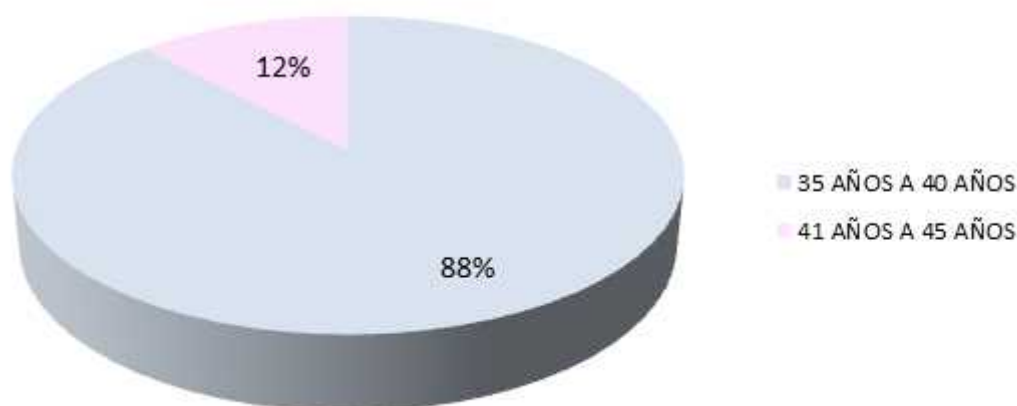


TABLA 2
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FR	%
CASADA	16	32 %
SOLTERA	8	16 %
CONVIVIENTE	26	52 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 2 se observa en relación al estado civil que el mayor porcentaje de 52% corresponde al estado civil convivientes y en menor porcentaje del 16% en el estado civil soltera.

De lo que deducimos, que más de la mitad de la población tienen como estado civil conviviente seguido de los casados y solteros.

GRAFICO 2
ESTADO CIVIL

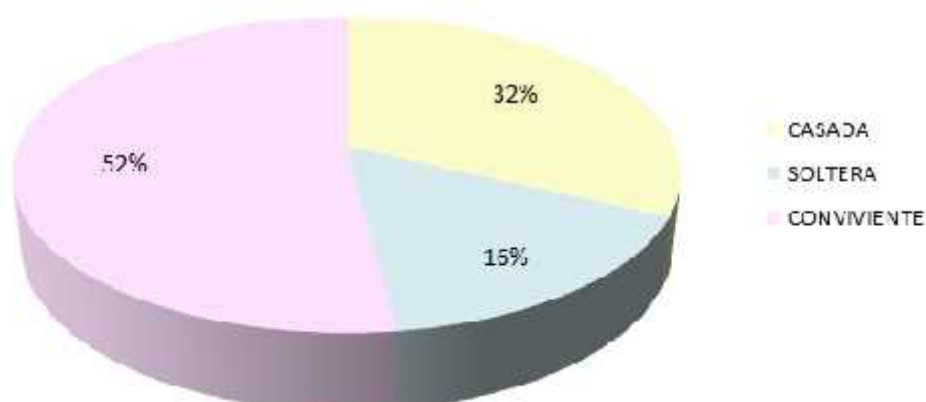


TABLA 3

UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FR	%
PRIMARIA COMPLETA	7	14 %
PRIMARIA INCOMPLETA	1	2 %
SECUNDARIA COMPLETA	25	50 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	10 %
SUPERIOR COMPLETA	6	12 %
SUPERIOR INCOMPLETA	6	12 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 3 en relación al grado de instrucción, observamos que el mayor porcentaje de 50% corresponde al grado de instrucción secundaria completa y un mínimo porcentaje del 2% con el grado de instrucción primaria incompleta.

De lo que deducimos que la mitad de la población tiene un grado de instrucción secundaria completa.

Observamos que la mayoría de la población tiene grado de instrucción secundaria completa que permite llegar a tener un grado de conocimiento sobre factores de riesgo del embarazo ectópico.

GRAFICO 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN

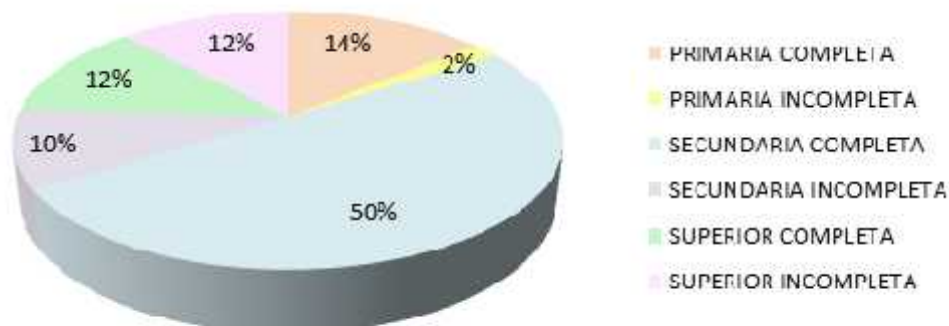


TABLA 4
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN OCUPACION

OCUPACION	FR	%
AMA DE CASA	35	70 %
INDEPENDIENTE	7	14 %
DEPENDIENTE	7	14 %
OTROS	1	2 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla se observa en relación a ocupación que el mayor porcentaje del 70% corresponde a la ocupación de ama de casa y un mínimo porcentaje de 2% corresponde a otros.

De lo que deducimos que casi las 3/4 partes de la población tiene ocupación de ama de casa.

GRAFICO 4
OCUPACION

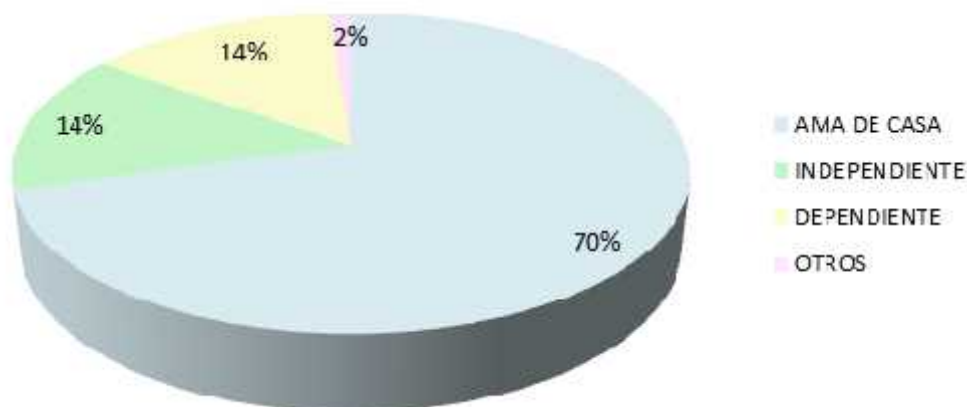


TABLA 5
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN PARIDAD

PARIDAD	FR	%
MULTÍPARA	43	86 %
NULÍPARA	7	14 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a paridad, observamos que el mayor porcentaje de 86% son multíparas y en un menor porcentaje de 14% son nulíparas.

De lo que deducimos que más de las 3/4 partes de la población son multíparas, según Mercado menciona que las mujeres multíparas tienen mayor riesgo de embarazo ectópico probablemente debido a antecedentes de aborto y legrado uterino, los cuales provocan cambios anatómo-fisiológicos a nivel de la trompa de Falopio.

GRAFICO 5
PARIDAD

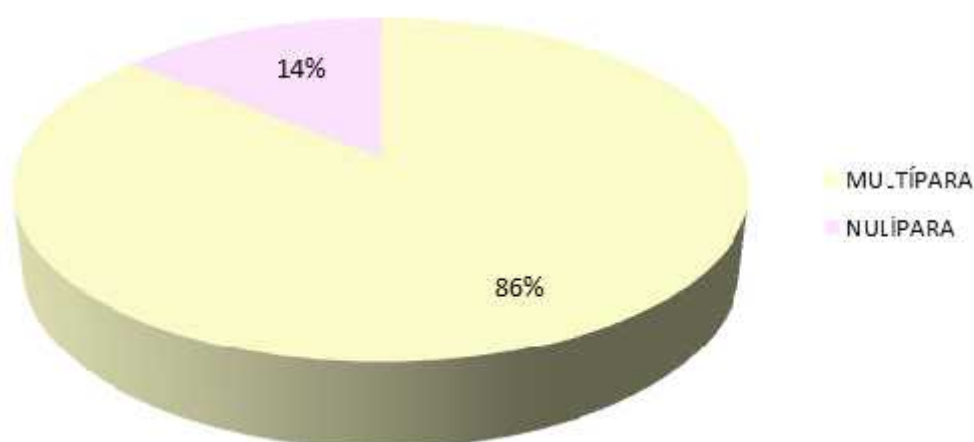


TABLA 6

UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN EMBARAZOS ECTOPICOS ANTERIORES COMO FACTOR BIOLÓGICO

Nº DE EMBARAZO ECTOPICOS ANTERIORES	FR	%
1 A 2 EMBARAZOS ECTOPICOS ANTERIORES	48	96 %
NINGUNO	2	4 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla presente tabla en relación al número de embarazo ectópicos anteriores, se observa que el mayor porcentaje de 96% corresponde de 1 a 2 embarazos ectópicos y el 4% corresponde a ninguno.

De lo que deducimos que casi el 100% de la población tuvo 1 a 2 embarazos ectópicos anteriores la cual tiene similitud con la bibliografía de Smith¹⁴.

GRAFICO 6

EMBARAZOS ECTOPICOS ANTERIORES

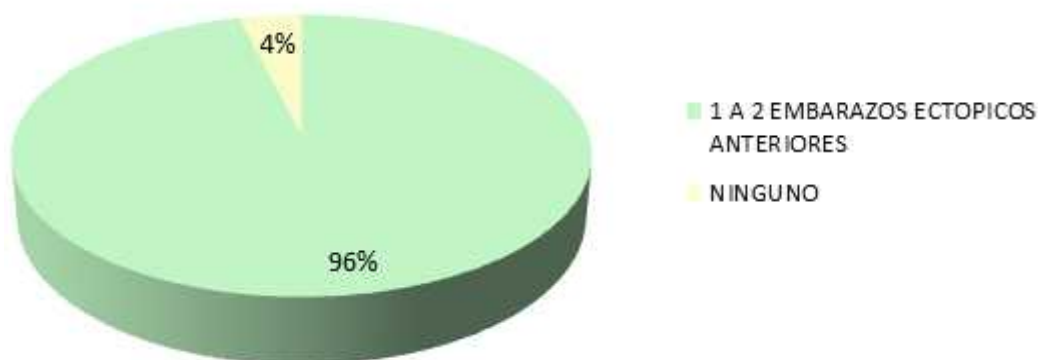


TABLA 7

**UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES DEL
EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR**

COMPLICACIONES	FR	%
SI	46	92 %
NO	4	8 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a complicaciones del embarazo ectópico anterior, observamos que el mayor porcentaje de 92% tiene complicación en el embarazo ectópico y un mínimo porcentaje de 8% no tiene un embarazo ectópico complicado.

De lo que deducimos que casi el 100% de la población de estudio presentaron complicaciones: aborto y rotura tubárica que produce dicha afección, la cual tiene similitud con la bibliografía de Schwarcz¹⁶.

GRAFICO 7

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
ECTOPICO ANTERIOR**

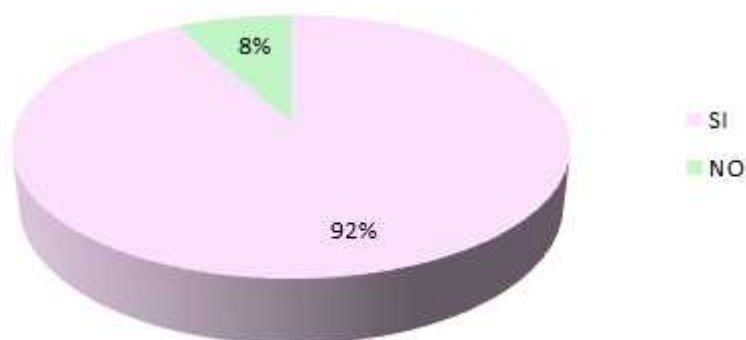


TABLA 8
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN NUMERO DE ABORTOS ANTERIORES

N° DE ABORTOS ANTERIORES	FR	%
1 A 2 ABORTOS ANTERIORES	43	86 %
3 A 4 ABORTOS ANTERIORES	7	14 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 8 se observa en relación al número de abortos anteriores, que el mayor porcentaje de 86% tuvo de 1 a 2 abortos y un mínimo porcentaje de 14% de 3 a 4 abortos.

De lo que deducimos que más de las 3/4 partes de la población tuvo hasta 2 abortos, a causa de aborto inducido y la posibilidad de infección post-aborto, lo cual favorece un embarazo ectópico a futuro según Coste.

GRAFICO 8
ABORTOS ANTERIORES

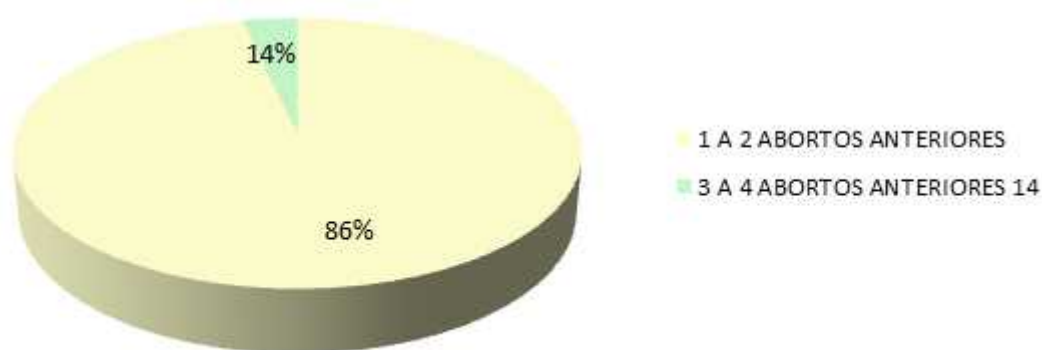


TABLA 9
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN NUMERO PAREJAS SEXUALES

Nº DE PAREJAS SEXUALES	FR	%
1 A 2 PAREJAS SEXUALES	48	96 %
3 A 4 PAREJAS SEXUALES	2	4 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a número de parejas sexuales, observamos que el mayor porcentaje de 96% tuvo de 1 a 2 parejas sexuales y un mínimo porcentaje de 4% de 3 a 4 parejas sexuales.

De lo que deducimos que más de las 3/4 partes de la población tuvo de 1 a 2 parejas sexuales, considerándose factor de riesgo según Urrutia, ya que hay mayor posibilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual responsables de la enfermedad inflamatoria pélvica y afección estructural en la anatomía y función de las trompas de Falopio.

GRAFICO 9
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

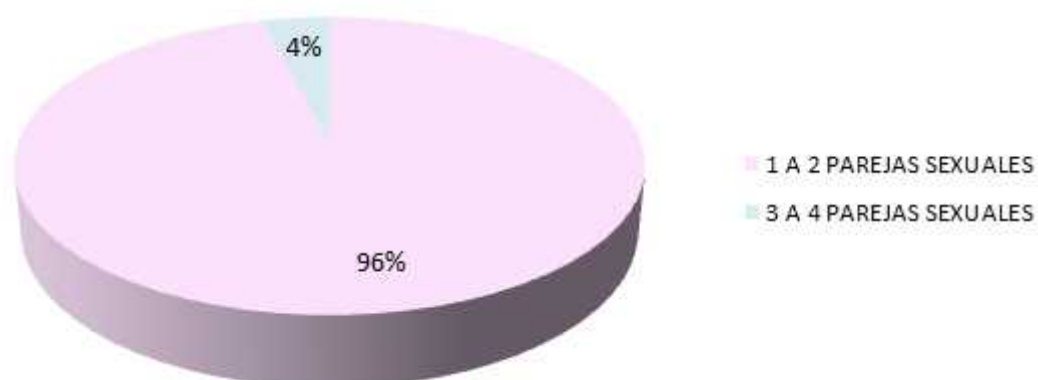


TABLA 10
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN USO DISPOSITIVO
INTRAUTERINO

USO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO	FR	%
SI	6	12 %
NO	44	88 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 10 en relación al uso de dispositivo intrauterino, observamos que el mayor porcentaje de 88% no utilizaron el dispositivo intrauterino y un bajo porcentaje de 12% si utilizo el dispositivo intrauterino.

De lo que deducimos que más de las 3/4 partes de las personas no utilizo el dispositivo intrauterino.

La literatura considera el uso de dispositivo intrauterino como factor de riesgo, debido a que causa inflamación en las trompas de Falopio y enlentecimiento de la motilidad tubárica según Hernández; sin embargo en los resultados observamos que el 88% no usaron dispositivo intrauterino.

GRAFICO 10
DISPOSITIVO INTRAUTERINO

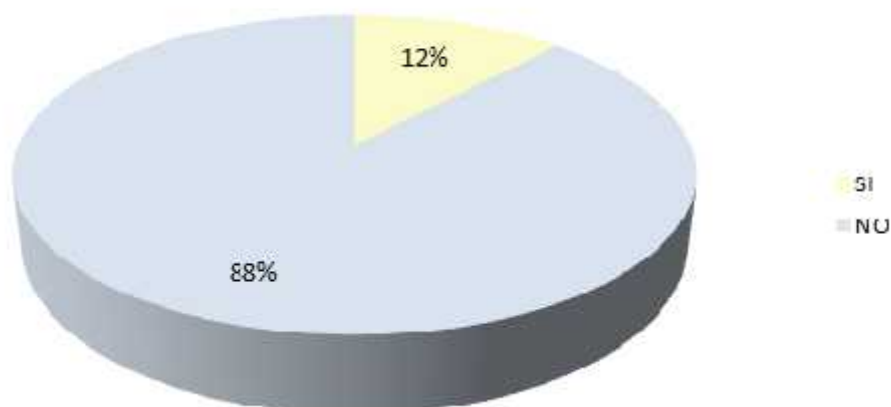


TABLA 11

**UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN ENFERMEDAD PELVICA
INFLAMATORIA ANTERIOR**

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA ANTERIOR	FR	%
SI	27	54 %
NO	23	46 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a enfermedad pélvica inflamatoria anterior, observamos que el mayor porcentaje de 54% si tuvo enfermedad pélvica inflamatoria y un porcentaje de 46% no tuvo enfermedad pélvica inflamatoria.

De lo que deducimos que más de la mitad de las personas si tuvo enfermedad pélvica inflamatoria.

Según Carson considera la enfermedad pélvica inflamatoria como factor de riesgo a causa de infecciones; sin embargo en los resultados de esta tabla el porcentaje es casi el mismo.

GRAFICO 11

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

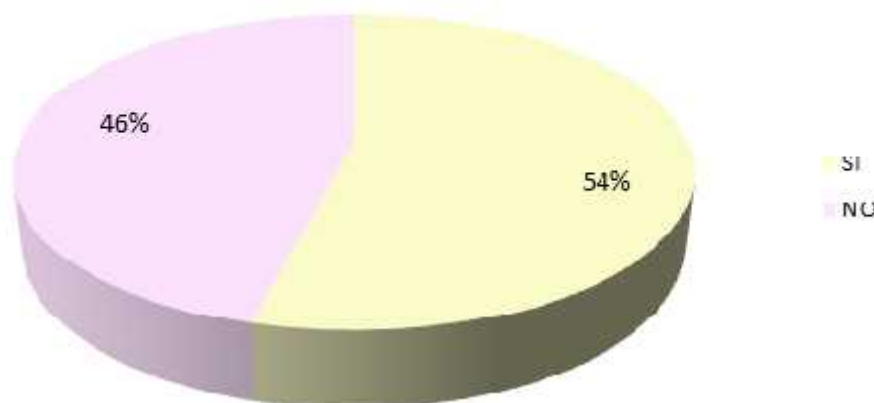


TABLA 12

UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN INFECCIÓN DE TRANSMISION SEXUAL

INFECCION DE TRASMISION SEXUAL	FR	%
SI	5	10 %
NO	45	90 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 12 en relación a infección de transmisión sexual observamos que el mayor porcentaje de 90% de las personas no tuvo enfermedad de transmisión de sexual y un mínimo porcentaje de 10% si tuvo infección de transmisión sexual.

De lo que deducimos que más de las 3/4 partes de la población no tuvo una infección de transmisión sexual.

Según Hernández considera que hay mayor probabilidad de padecer infecciones de transmisión sexual que dejan secuelas tubáricas de forma permanente; sin embargo en los resultados, las unidades de estudio no presentan este factor de riesgo.

GRAFICO 12

INFECCIÓN DE TRANSMISION SEXUAL

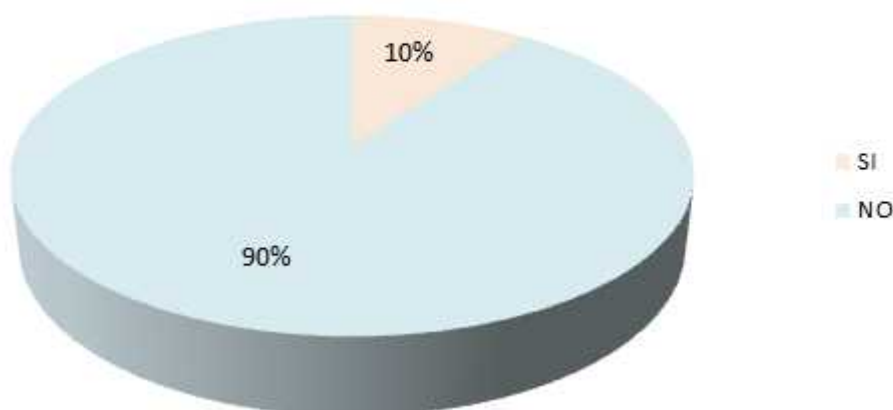


TABLA 13

UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN LIGADURA DE TROMPAS

LIGADURA DE TROMPAS	FR	%
SI	20	40 %
NO	30	60 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a ligadura de trompas, observamos que el mayor porcentaje de 60% no utilizó el método anticonceptivo de ligadura de trompas y un porcentaje de 40% si se hizo ligadura de trompas.

De lo que deducimos que más de la mitad de las personas no utilizó el método anticonceptivo de ligadura de trompas, a pesar que en las fuentes bibliográficas según Schwarcz¹⁶ demuestran ser un factor de riesgo debido a la obstrucción del ovulo fecundado hacia el útero.

GRAFICO 13
LIGADURA DE TROMPAS

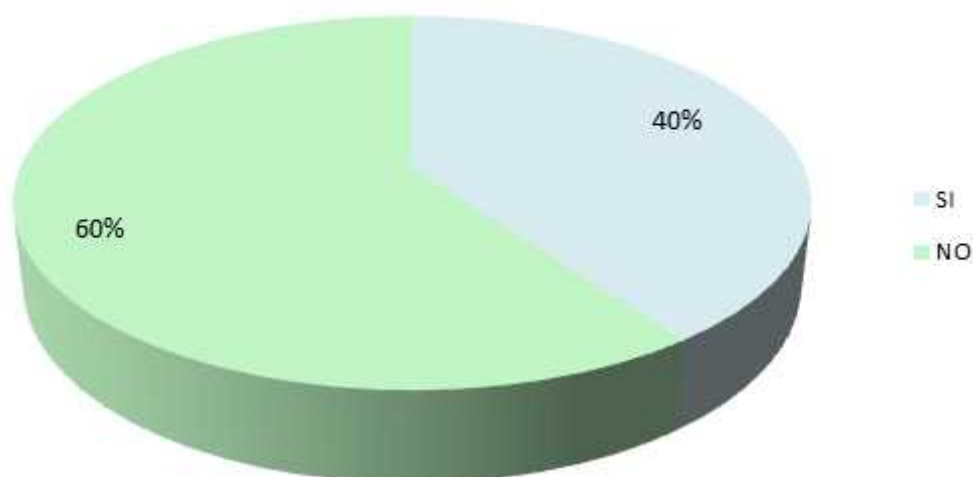


TABLA 14
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE CIRUGIA

TIPO DE CIRUGIA	FR	%
TUBÁRICA	49	98 %
ABDOMINAL	1	2 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 14 en relación a tipo de cirugía realizada, se observa que el mayor porcentaje con el 98% fue tipo de cirugía tubárica y en un menor porcentaje con el 2% tuvo un tipo de cirugía abdominal.

De lo que deducimos que casi el total de la población tuvo una cirugía tubárica y va de acuerdo a las fuentes bibliográficas de Schwarcz¹⁶ que demuestran la relación entre cirugía tubárica y embarazo ectópico dependiendo de la condición de la trompa y el tipo de cirugía.

GRAFICO 14
TIPO DE CIRUGIA

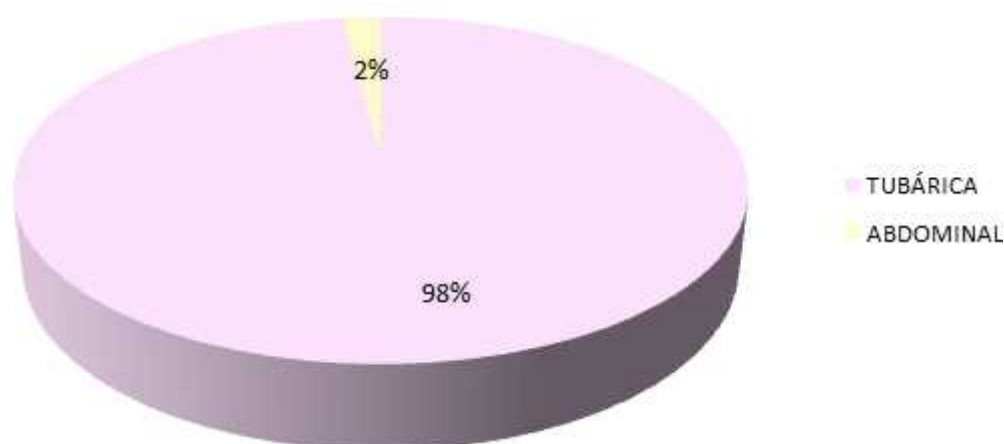


TABLA 15
UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO	FR	%
TUBÁRICO	47	94 %
OVÁRICO	2	4 %
ABDOMINAL	1	2 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a la localización del embarazo ectópico, observamos que el mayor porcentaje de 94% su localización es tubárico y un mínimo porcentaje de 2% su localización es abdominal.

De lo que deducimos que casi la mayoría de la población, la localización fue tubárico el cual tiene similitud con la literatura de Schwarcz.

GRAFICO 15
LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

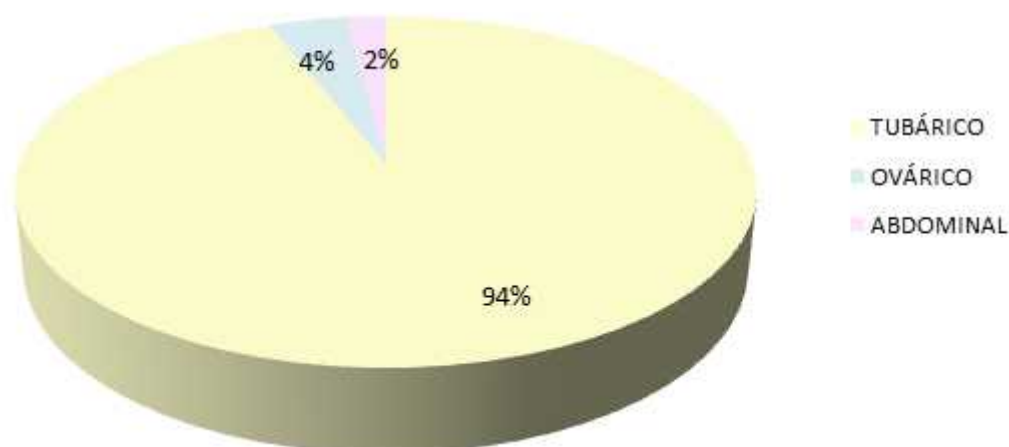


TABLA 16
**UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN EMBARAZO ECTOPICO
TUBARICO**

EMBARAZO ECTOPICO TUBARICO	FR	%
AMPULAR	47	94 %
INFUNDIBULAR	1	2 %
ISTMICO	2	4 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación a embarazo ectópico tubárico, observamos que el mayor porcentaje de 94% corresponde al embarazo ectópico ampular, 4% embarazo ectópico tubárico ístmico y un mínimo porcentaje de 2% de embarazo ectópico tubárico infundibular.

De lo que deducimos que casi el total de la población tuvieron un embarazo ectópico tubárico ampular, siguiendo el ístmico y el infundibular, estos resultados tienen similitud con la literatura de Schwarcz.

GRAFICO 16
EMBARAZO ECTOPICO TUBÁRICO

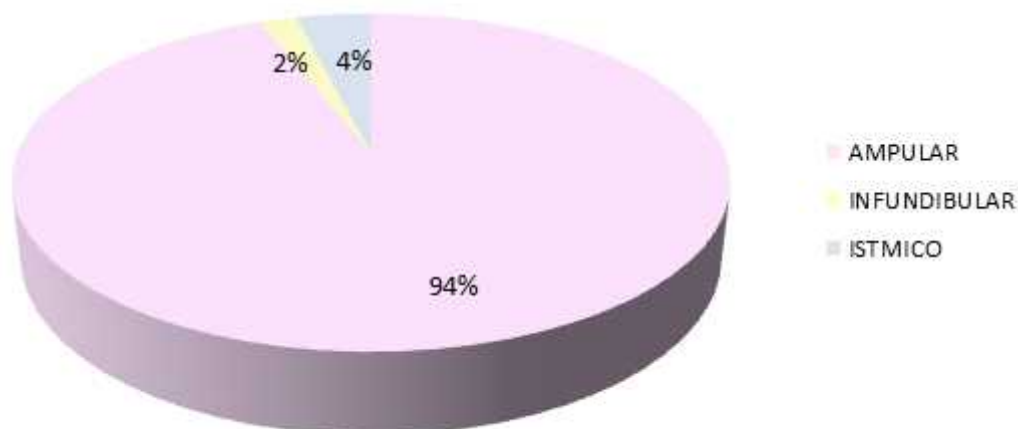


TABLA 17

UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN LADO MÁS AFECTADO

LADO MAS AFECTADO	FR	%
DERECHA	33	66 %
IZQUIERDA	17	34 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la presente tabla en relación al lado más afectado, observamos que el mayor porcentaje de 66% tuvieron el lado más afectado en la trompa derecha y un porcentaje de 34% tuvieron el lado más afectado en la trompa izquierda.

De lo que deducimos que más de la mitad de la población tuvo el lado más afectado en la trompa derecha.

GRAFICO 17
LADO MÁS AFECTADO

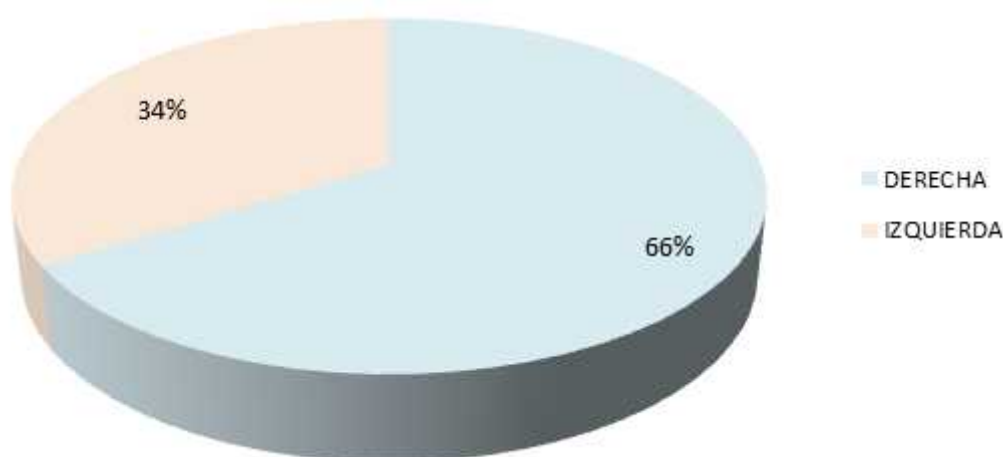


TABLA 18
**UNIDADES DE ESTUDIO SEGÚN HABITOS NOCIVOS COMO
FACTOR AMBIENTAL**

HÁBITOS NOCIVOS	FR	%
CAFÉ O TÉ	10	20 %
TABACO	21	42 %
ALCOHOL	16	32 %
NINGUNO	3	6 %
TOTAL	50	100 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla número 18 en relación a uso de hábitos nocivos, observamos que el mayor porcentaje de 42% corresponde al hábito de tabaco, 32% corresponde al hábito de alcohol, 20% corresponde a café o té y un mínimo porcentaje de 6% a ninguno.

De lo que deducimos que casi la mitad de la población de estudio tiene el hábito de fumar, el cual es un factor de riesgo debido a que la nicotina causa un retraso en la ovulación y alteración de la motilidad uterina según Solano¹⁷.

GRAFICO 18
HÁBITOS NOCIVOS

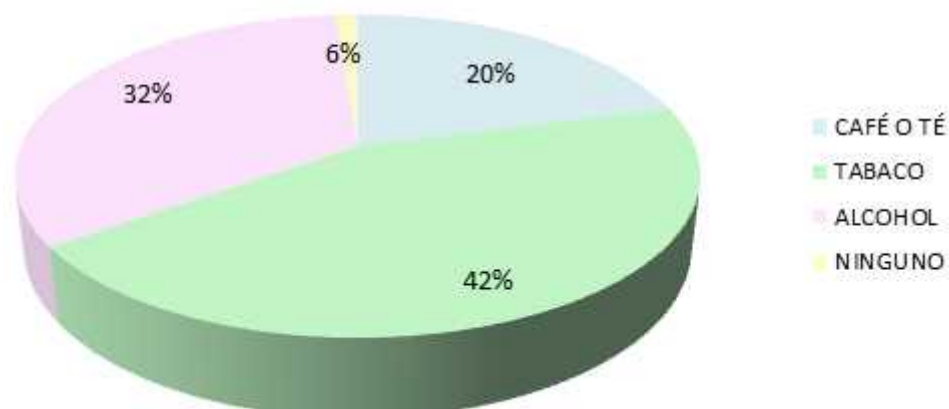


TABLA 19

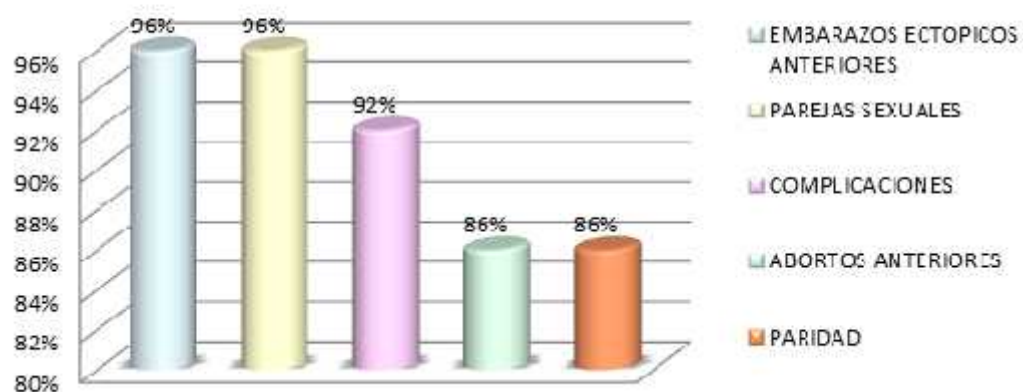
**CUADRO RESUMEN DE FACTORES DE RIESGO
PREDISONENTES PARA EL EMBARAZO ECTÓPICO EN
MUJERES DE 35 A 45 AÑOS DE MAYOR PREDOMINANCIA**

MAYOR PREDOMINANCIA	FR	%
NUMERO DE EMBARAZOS ECTOPICOS ANTERIORES	48	96 %
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	48	96 %
COMPLICACIONES	46	92 %
NUMERO DE ABORTOS ANTERIORES	43	86 %
PARIDAD	43	86 %

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras

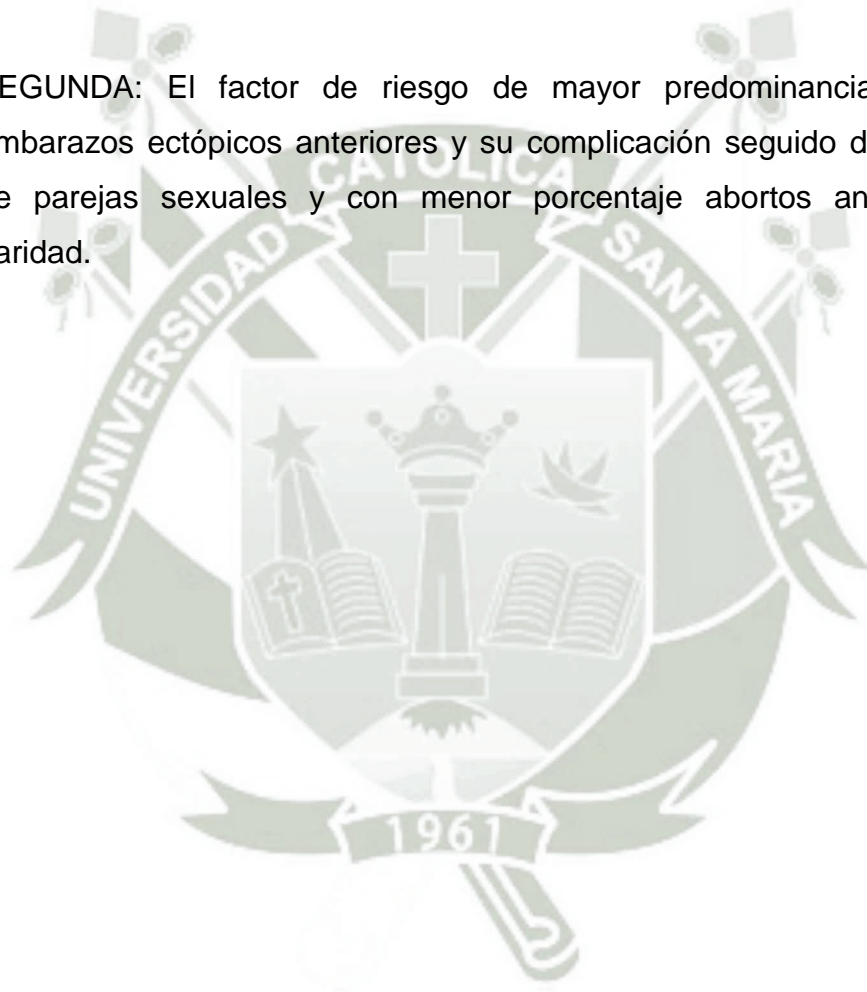
En la tabla número 19 en relación a factores de riesgo predisponentes para el embarazo ectópico en mujeres de 35 a 45 años de mayor predominancia, observamos que el mayor porcentaje con el 96% corresponde a: número de embarazos ectópicos anteriores, número de parejas sexuales; seguido de complicaciones con un 92% y con un menor porcentaje de 86% número de abortos anteriores y paridad.

**GRAFICO 19
FACTORES DE RIESGO DE MAYOR
PREDOMINANCIA**



CONCLUSIONES

- PRIMERA: Los resultados de la investigación muestra que los factores de riesgo son: Embarazos Ectópicos anteriores y sus complicaciones, número de parejas sexuales, abortos anteriores, paridad, tipo de cirugía tubárica ampular y hábitos nocivos, mientras que la población de estudio está entre 35 a 45 años son convivientes, tienen secundaria completa y la mayoría son amas de casa.
- SEGUNDA: El factor de riesgo de mayor predominancia son los embarazos ectópicos anteriores y su complicación seguido del número de parejas sexuales y con menor porcentaje abortos anteriores y paridad.



RECOMENDACION

- Se recomienda capacitación a las madres mediante la coordinación con el personal profesional de salud sobre los factores de riesgo encontrados en el trabajo de investigación así como controles prenatales periódicos.



BIBLIOGRAFIA

- ALLER, JUAN GUSTAVO PAGÉS. Obstetricia Moderna. 3ra edición. Ed. McGRAW- Hill Interamericana; 1999. Pág.215-220.
- AROHUANCA GARATE ERIKA. “Factores de Riesgo de Embarazo ectópico en pacientes que acudieron al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Goyeneche 1995-2004”, UNSA. Arequipa, 2006.
- CARSON, SANDRA ANN. “Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico”. Vol. 1. Clínicas Obst. y Gine; 2003.
- CÓRDOVA LAZO JESSICA K. Características epidemiológicas del Embarazo Ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado Enero 2006-2007. Optar título de bachiller de medicina Humana-Arequipa 2008.
- CUNNINGHAM F. LEVENO. “Williams Obstetric”. 21 ediciones. Buenos Aires: Ed. Panamericana;2005: 757-780.
- DE LA CRUZ PACHECO G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con Embarazo Ectópico en el Instituto Materno – Perinatal, Enero – Diciembre 2001. Tesis para optar título de especialista. 2002. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- GAMERO JURADO, JAVIER G. “Evaluación de los parámetro diagnósticos y frecuencia del embarazo ectópico en el Hospital Regional Honorio Delgado. 1991- 1995”. [Bachiller en Medicina]. Arequipa: UNSA; 1996.
- GORI JL, LORUSSO A. “Ginecología de Gori”. 2da edición. Buenos Aires: Ed. El Ateneo; 2001: 256-264.
- MERCADO MEDRANO W. “Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital PNP”. Lima: Luis N. Saenz; 2013.
- PEREZ DE MIGUEL, LUIS A. Factores de Riesgo de Embarazo Ectópico en el hospital nacional Alcides Carrión. Periodo Enero a Diciembre. Lima; 2010.

- QUISPE MONTESINOS, VICTOR H. “Incidencia y factores asociados a embarazo ectópico. Hospital III Essalud- Yanahuara”. [Bachiller en Medicina]. Arequipa: UNSA; 2004.
- QUISPE CHURA, JENNY P. “Prevalencia y características clínico epidemiológicas del embarazo ectópico en el Hospital Honorio Delgado Espinoza- Enero 2011 a Diciembre 2012. [Título Profesional Médico- Cirujano]. Arequipa; 2013.
- SCHWARCZ R, FESCINA R, DUVERGES C. “Obstetricia” 6ta edición, Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2006: 215-220.
- SMITH, ROGER P; FRANK NETTER. Netter Obstetricia, Ginecología y salud de la mujer. España: Elsevier; 2004:p. 247.

INFOGRAFIA

- JHOAN A, JOEL S, DULY T, EDUARDO R. “Embarazo ectopico primario en epiplón”. Reporte de caso. Prog Obstet Ginecol. 2010; 57(1): 30-32.
- LÓPEZ-LUQUE P.R., G.J. BERGAL-MATEO Y M.C. LÓPEZ-OLIVARES. “El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud”. Semerg. 2014; 639:2-7.
- MÓNICA P, LUCIA C, ELENA B, JOSÉ A. “Embarazo Ectopico Ovarico”. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56(5): 266-269.
- MUKUL L, TEAL STHEPANIE. Current Management of Ectopic Pregnancy, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, N Am 34. 2007; 403:409.
- MARION L, MEEKS G. Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors, Clinical Obstetrics and Gynecology vol 55, Nov 2 , 376-386, 2012, Lippincott Williamms and Wilkins.
- SOLANO SÁNCHEZ, SALVADOR RAFAEL; PATRICIA MALDONADO MIRANDA Y EDUARDO IBARROLA BUEN ABAD. «Tabaquismo como factor de riesgo para embarazo ectópico. Estudio de casos y controles

en el Centro Médico ABC». *MG An Med Asoc Med Hosp ABC* 50 (2): 2005; 58–61.

HEMEROGRAFIA

- BERNABEU RAFAEL, Revista " Fertility and Sterility", EE.UU agosto 2015.
- CASANOVA Epidemiología de Embarazo Ectópico en un hospital ginecoobstetrico. *Revista cubana de Enfermería*. Setiembre 2003,vol 19, n° 3.
- COSTE J. JOB-SPIRA. N. FERNANDEZ H. "Riesgo en el Embarazo Ectópico y aborto inducido previo". *AmJ Public Health*. 2006; 88:401.
- HERNÁNDEZ J, VALDÉS M. YONG. Artículo. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *Medisur*. 2013; vol.11. n°6.
- GALA, BAKKEN. Centers for de disease control and prevention, Estados Unidos, 2008.
- SANCHEZ MILLAN VIRGINIA, *Prog Obstet Ginecol*. 2010; 53(10): pag. 416-418
- SILVA G, MARÍA CAROLINA ET AL. "Pronóstico reproductivo posterior a un embarazo ectópico según modalidad de tratamiento". *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2014; vol.79. n°4.
- URRUTIA S, MARÍA TERESA ET AL. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2007; vol.72:154-159.
- VELASTEGUÍ LÓPEZ ALFONSO, Hospital Luis Vernaza. *Revista Médica de Nuestros Hospitales*, Vol. 17. N° 2, Guayaquil. Ecuador 2012.



ANEXOS

PRIMER ANEXO

FICHA ESTRUCTURADA



FICHA ESTRUCTURADA

Fecha :

Nº Historia clínica:

I DATOS GENERALES

1. Edad 35 a 40 años () 41 a 45 años ()
2. Estado civil Casada () Soltera () Conviviente () Viuda ()
Otro ()
3. Grado de instrucción Analfabeto ()
Primaria completa ()
Primaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Superior completa ()
Superior incompleta ()
4. Ocupación Ama de casa ()
Independiente ()
Dependiente ()
Otros ()

II ANTECEDENTES

5. Paridad Multípara () Nulípara ()
6. Número de embarazo ectópicos 1 a 2 () 3 a 4 () Ninguno ()
7. Embarazo ectópico complicado Si () No ()
8. Número de abortos: 1 a 2 () 3 a 4 () Ninguno ()

9. Número de parejas sexuales: 1 a 2 () 3 a 4 () Ninguno ()

10. Dispositivo Intrauterino Si () No ()

11. Enfermedad Pélvica Inflamatoria Si () No ()

12. Enfermedad de transmisión sexual Si () No ()

13. Ligadura de trompas Si () No ()

14. Cirugía Tubárica () Abdominal ()

15. Localización del embarazo ectópico Tubárico () Ovárico ()
Abdominal () Cervical ()

16. Embarazo ectópico tubárico: Ampular () Ístmico ()
Infundíbular ()

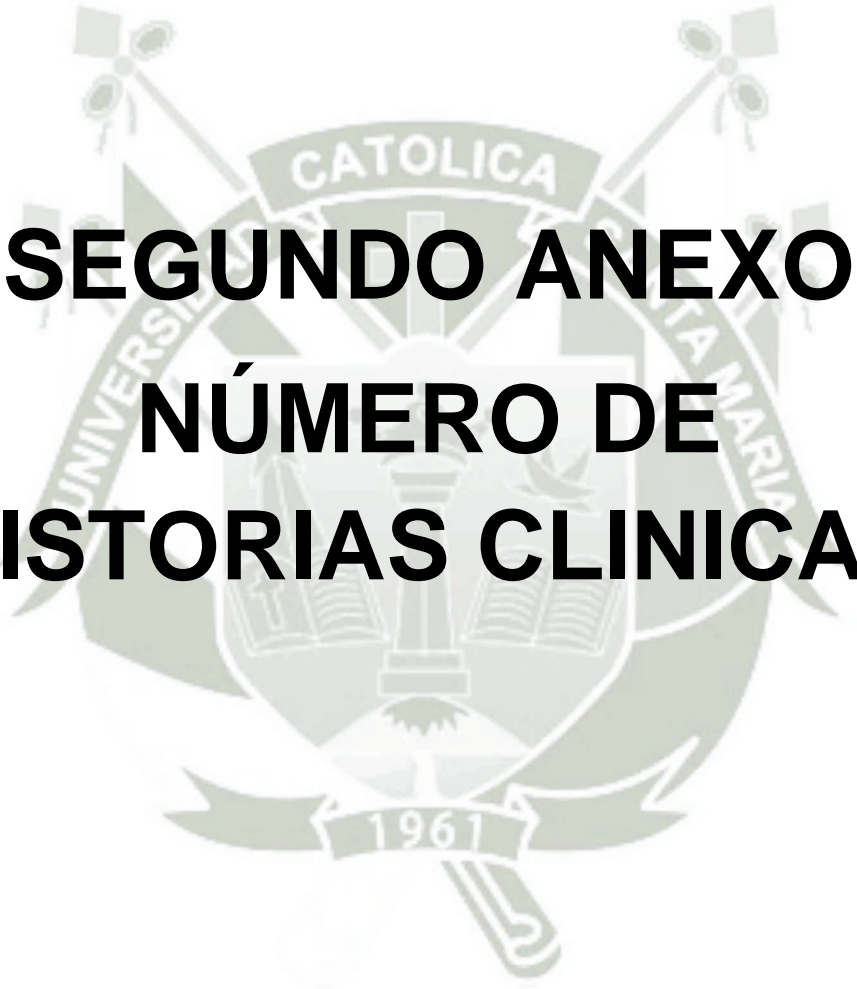
17. Lado más afectado Izquierdo () Derecho ()

III. Hábitos

18. Consumo de sustancias psicoactivas Si () No ()

Alcohol () Tabaco () Café () Té ()

Ninguno ()



SEGUNDO ANEXO

NÚMERO DE

HISTORIAS CLINICAS

NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS SELECCIONADAS PARA EL ESTUDIO

- 1332100
- 34701
- 911604
- 845512
- 1359813
- 1383713
- 1205714
- 1385714
- 1314016
- 1350919
- 438920
- 932022
- 879127
- 1347727
- 442030
- 818433
- 1061635
- 836143
- 1243444
- 936046
- 997648
- 1346948
- 1391055
- 1177960
- 1026464
- 1046671
- 578976
- 1071477
- 743978
- 919178
- 1370883
- 614984
- 1316984
- 974385
- 1380089
- 898690
- 1346991
- 1384792
- 1371095
- 1018697
- 1346498
- 1388215
- 122986
- 124220
- 126143
- 141257
- 119513
- 1353946
- 1378767
- 127007



TERCER ANEXO CRONOGRAMA DE TRABAJO

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Fecha en que se inició: 14 de Setiembre 2015

Fecha en que probablemente se concluya el estudio: 25 de
Abril 2016

Tareas	Duración	Fechas	
		Inicio	Final
Revisión Bibliográfica	4 semanas	14/09/2015	12/10/2015
Diseño del Proyecto de Investigación	2 semanas	12/10/2015	26/10/2015
Aprobación del Proyecto de Investigación	2 semanas	26/10/2015	09/11/2015
Ejecución y Recolección de la Información	8 semanas	09/11/2015	04/01/2016
Procesamiento de los datos	2 semanas	04/01/2016	18/01/2016
Análisis de datos	2 semanas	18/01/2016	01/02/2016
Interpretación de los resultados	2 semanas	01/02/2016	15/02/2016
Redacción preliminar de la tesis	4 semanas	15/02/2016	14/03/2016
Revisión y crítica por los jurados	6 semanas	14/03/2016	25/04/2016
Sustentación	1 semana	25/04/2016	03/05/2016
TOTAL	33 semanas	14 de Setiembre del 2015	03 de Mayo del 2016



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350
AREQUIPA - PERÚ

IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe esta Nuestra Fuerza)

FACULTAD DE ENFERMERIA

Arequipa, 29 de diciembre del 2015

Oficio N° 0554 -DFenf-2015

Señor:

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

Presente.-

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presento a usted a las Señoritas:

**NELLY ANDREA CACERES GONZALES
CYNTHIA LISSETTE HERRERA ARAGON**

Quienes están elaborando el Proyecto de Investigación titulado: **"FACTORES DE RIESGOS DE EMBARAZO ECTOPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA 2014 - 2015"**.

En tal sentido, solicito a usted se sirva autorizar para que las señoritas Tesisistas puedan aplicar el instrumento de estudio que les permitirá completar su estudio para optar el Título Profesional de **LICENCIADAS EN ENFERMERIA**, cumpliendo con la función de Investigación Universitaria que demanda la Ley y el propio Estatuto de nuestra Universidad.

Agradeciéndole anticipadamente su valiosa colaboración, aprovecho la oportunidad para testimoniarle los sentimientos de mi estima personal.

Atentamente,


Dra. JOSEFINA SONIA NÚÑEZ CHÁVEZ
Decana de la Facultad de Enfermería
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

SNCH/DFENF
jqm.



Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa
Dirección General

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

Arequipa 21 de enero del 2016

Oficio N° 92 - 2016- GRA/GRS/GR-HRHD/DG/OCDI

Señora.
Lic. Enf. Narda Berrios Manrique
Jefe del Dpto. de Enfermería

Presente.-

Ref. : Oficio 219 - 2016- GRA/GRS/GR-HRHD/DG

Es grato dirigirme a usted para saludarla muy cordialmente y en relación a los expedientes de la referencia, presentar a las Srtas. Cynthia Herrera Aragón y Nelly Cáceres Gonzales, a quienes en coordinación con el Departamento a su cargo se les acepto la realización de su proyecto de tesis Titulado Tesis" **FACTORES DE EMBARAZO ECTOPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2014-2015**"

Sírvase brindarles las facilidades del caso y al término de dicho trabajo a los señores interesadas deberán hacernos llegar un ejemplar del informe final del mismo a esta oficina a mi cargo, en medio físico y magnético (CD).

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

DPO JULIA GUILLE PASCUAL
Dirección Oficina de
Capacitación e Investigación

JCP/Ita

Av. Daniel Alcides Carrón N° 505 – Cercado
Teléfonos: 054-233812 Dirección General
054-231818 – 054- 219702



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME N° 0192 -CB- 2016

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2016-0192

Fecha : 16 de marzo de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO ECTOPICO EN MUJERES DE 35 A 45 AÑOS EL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2014-2015

Autor(es):

CACERES GONZALES NELLY ANDREA/HERRERA ARAGON CYNTHIA LISSETTE

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **19 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Américo Herrera Vera
PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

