

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

**“FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTES DEL
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO 2001
A DICIEMBRE 2004”**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTERICIA**

PRESENTA:

DR. JOSE JESUS CASTAÑEDA MANZANO

TUTOR DE TESIS:

DR. MARCOS JESUS RODOLFO HERNANDEZ FIERRO

MEXICO DF

FEBRERO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACION DE TESIS

DR. LUIS DELGADO REYES
JEFE DE ENSEÑANZA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS
JEFE DE DIVISION DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTERICIA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
REVISOR DE TESIS

DR. MARCOS JESUS RODOLFO HERNANDEZ FIERRO
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
TUTOR DE TESIS

INDICE

ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
CUADROS Y GRAFICAS.....	10
CONCLUSIONES.....	29
ANEXO.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31

RESUMEN

Factores de riesgo para embarazo ectópico en pacientes del Hospital Juárez de México, en el periodo comprendido de enero 2001 a diciembre 2004

Objetivo Conocer los factores de riesgo para embarazo ectópico en pacientes del Hospital Juárez de México, en el periodo comprendido de enero 2001 a diciembre del 2004.

Diseño de estudio El tipo de estudio fue retrospectivo, transversal, comparativo no experimental. Se estudiaron 152 pacientes del Hospital Juárez de México con diagnóstico de embarazo ectópico y antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, cirugía pélvica previa, problemas de fertilidad, dispositivo intrauterino, tratamiento de estimulación ovárica, anticonceptivos orales, obstrucción tubaria bilateral, tabaquismo, embarazo ectópico previo, e infecciones vaginales. Se utilizaron medidas de tendencia central y riesgo relativo.

Resultados Los principales factores de riesgo encontrados de manera significativa en nuestras pacientes fueron en primera instancia la cirugía pélvica previa (42.1%) con un riesgo relativo (RR) de 1.5237, seguido de dispositivo intrauterino (35.5%) con un RR de 1.6361 y por último el tabaquismo (36.2%) con un RR de 0.7970.

Conclusiones Los factores de riesgo de nuestras pacientes no concuerdan con lo reportado en la literatura mundial, ni en porcentaje ni en frecuencia, así también, los riesgos relativos encontrados en este estudio se encuentran por debajo del rango establecido en otros estudios.

ABSTRACT

Risk factors for ectopic pregnancy in patients of the Hospital Juarez of Mexico in the period from January 2001 to December 2004

Objective To known risk factors for ectopic pregnancy in patients of the Hospital Juarez of Mexico in the period from January 2001 to December 2004.

Study design The kind of study was retrospective, cross comparative not experimental. We studied 152 patients Juarez Hospital in Mexico with a diagnosis of ectopic pregnancy and a history of pelvic inflammatory disease, endometriosis, after pelvic surgery, fertility problems, intrauterine device, treatment of ovarian stimulation, oral contraceptives, bilateral tubal obstruction, smoking, ectopic pregnancy Prior, and vaginal infections. We used measures of central tendency and relative risk

Results The main risk factors found significantly in our patients were in the first instance after pelvic surgery (42.1%) with a relative risk (RR) of 1.5237, followed by intrauterine device (35.5%) with a RR of 1.6361 and Finally smoking (36.2%) with a RR of 0.7970.

Conclusions Risk factors for our patients do not match those reported in world literature, or percentage or frequency, well, relative risks found in this study are below the range established in other studies

ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

El embarazo ectópico, es cualquier embarazo implantado fuera de la cavidad uterina.

EPIDEMIOLOGÍA

Es la principal causa de muerte relacionada con el embarazo del primer-trimestre entre las mujeres en los Estados Unidos.

Los embarazos ectópicos representan el aproximadamente 2% de todos los embarazos. [1, 2].

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el embarazo ectópico están fuertemente asociados a condiciones que causen alteraciones al mecanismo normal del transporte tubario. Este se postula como el que más daño hace a la trompa y aumenta el riesgo para desarrollar un embarazo ectópico. Estos daños pueden resultar de un número de factores, tales como infección, cirugía, anomalías congénitas, o tumores. Muchos factores de riesgo potenciales se han reportado en la literatura, algunos con buena evidencia y otras con menos datos convincentes.

Existe buena evidencia para apoyar los siguientes como factores de riesgo desencadenantes de un embarazo ectópico: historia de embarazo ectópico anterior, cirugía tubaria previa, ligadura tubaria, patología tubaria, exposición al dietilstilbestrol in útero y uso actual de un dispositivo intrauterino (DIU)

En un meta-análisis en 1996, realizado por Ankum y colegas, reportaron un cociente de las probabilidades de 6.6 (CI del 95%, 5.2-8.4) con una historia de un embarazo ectópico anterior. [3]

Barnhart y colegas, en el 2006 [4] confirmaron los informes anteriores que una historia de embarazo ectópico previa era el factor de riesgo más fuerte asociado a embarazo ectópico y encontraron que un embarazo ectópico anterior confirió un cociente de las probabilidades de 2.98 (CI del 95%, 1.88-4.73) y una historia de dos embarazos ectópicos aumentó el riesgo hasta el 16% total (el cociente 16.04 de las probabilidades; CI del 95%, 5.39- 47.72).

La cirugía tubaria reconstructiva también se ha demostrado como un factor del alto riesgo para el embarazo ectópico con un cociente de las probabilidades de 4.7 [3].

La complejidad quirúrgica en la restauración del tubo dañado se correlaciona con riesgos subsecuentes de convertirse en un embarazo ectópico [5]. Los factores de riesgo subyacentes, y no la cirugía sí misma, son los principales probables factores que contribuyen en estos casos. Pacientes quienes han experimentado reanastomosis tubaria están también en riesgo para presentar embarazo ectópico. En un estudio realizado el 6.6% de pacientes fueron diagnosticados con un embarazo ectópico después de experimentar reanastomosis tubaria. El mismo estudio también encontró que las pacientes que tenían una historia de obstrucción tubaria con cauterio aumentaba el riesgo que los que tenían revocaciones con los métodos sin cauterio. [6]. Las fallas de la ligadura de tubaria también confieren un alto riesgo para el embarazo ectópico.

El seguimiento de una revisión prospectiva de 10.863 mujeres con esterilización tubaria electiva se reportan 143 embarazos de los cuales 47 fueron embarazos ectópicos (33%).

El riesgo aumentó en las pacientes que tenían una ligadura tubaria usando cauterio bipolar, y en mujeres esterilizadas con edad menor de 30 años.

El riesgo del embarazo ectópico en estas pacientes fue de 31.9 por 1000 procedimientos comparado con 1.2 por 1000 procedimientos en los pacientes que tenían salpingectomía posparto [7]. El riesgo creciente con cauterio bipolar se asocia muy probablemente con la formación de una fístula tubaria que conduce a la falla subsecuente. Actualmente no hay datos sobre el riesgo del embarazo ectópico después de la esterilización histeroscópica. El uso de métodos anticonceptivos hormonales confiere protección contra el embarazo ectópico [8].

Sin embargo, si una paciente consigue embarazarse mientras usa un dispositivo intrauterino (DIU), su riesgo de un embarazo ectópico se eleva dramáticamente, con cocientes de las probabilidades de 4.2 a 45 [8, 9]. Algunos estudios han reportado potenciales riesgos de embarazo ectópico en usuarias de DIU, pero una investigación más actual, indica que no hay riesgo creciente con el uso de DIU. [4, 8].

La infección previa del tracto genital es la causa principal del daño tubario e infertilidad. Una historia de infección cervical previa con *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamidia trachomatis* y enfermedad pélvica inflamatoria se han ligado a un aumento de riesgo para el embarazo ectópico [3, 10]. Un estudio reciente encontró que una historia previa de enfermedad pélvica inflamatoria tenía un cociente de las probabilidades de 1.5 (CI del 95%, 1.11-2.05) para el embarazo ectópico [4]. Este estudio específicamente enfocado en las pacientes tratados para *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis* en pacientes ambulatorias contra las que requieren el tratamiento hospitalario para la enfermedad pélvica inflamatoria.

Los investigadores encontraron que los pacientes que recibieron el tratamiento ambulatorio para *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis* no tenía un riesgo elevado para embarazo ectópico (cociente 1.22 de las probabilidades; CI del 95%, 0.6-2.6). Estos resultados sugieren que el daño al mecanismo de transporte normal tubario puede ser mayor cuando las pacientes presentan síntomas o que requieren hospitalización. Hillis y colaboradores [10] reportaron que las infecciones repetidas por *Chlamidia* aumentó el riesgo para el embarazo ectópico. El cociente de las probabilidades después de dos infecciones eran 2.1 y se elevaron a 4.5 después de tres infecciones. Una historia de cirugía pélvica no tubaria se ha reportado que confiere un riesgo potencial elevado para el embarazo ectópico [11-12].

Barnhart y los cols [4] en 2006 no encontraron ninguna asociación fuerte para la cirugía no tubaria (incluyendo cesárea) y embarazo ectópico. Además, no había ninguna asociación entre una historia de la interrupción voluntaria del embarazo (aborto terapéutico), sin importar número, y embarazo ectópico. Este estudio no mencionó apendicectomía como factor de riesgo, en otro estudio, una historia de apendicectomía fue reportado frecuentemente en casos de embarazo ectópico [13].

La exposición del dietilstilbestrol in útero se ha demostrado que aumenta 9 veces el riesgo de embarazo ectópico [14]. Otros factores de riesgo potenciales incluyen el tabaquismo inicio de vida sexual activa a edades tempranas, múltiples parejas sexuales, duchas vaginales, e infertilidad. Muchos de estos factores de riesgo actúan probablemente a través de una vía común por daño tubario, infecciones o agentes ambientales. [3.15].

LOCALIZACIÓN

La localización más frecuente para un embarazo ectópico está en la trompa de falopio. Otros sitios menos comunes incluyen el abdomen, ovario, cérvix.

CUADRO CLINICO

La tríada clásica de dolor abdominal, amenorrea, y sangrado transvaginal, siempre alertan al clínico para evaluar un embarazo ectópico. Desafortunadamente el diagnóstico puede ser muy desafiante porque la presentación de un embarazo ectópico es muy variable. Los resultados de la exploración física pueden también revelar un cambio en los signos vitales como son taquicardia, hipersensibilidad a la movilización cervical, hipersensibilidad anexial/uterina, datos de irritación peritoneal o una masa palpable.

DIAGNOSTICO

Después de la historia clínica y del examen físico existen dos pruebas de diagnóstico más importantes para la evaluación de un embarazo ectópico; el ultrasonido transvaginal (USTV) y niveles de gonadotropina coriónica humana en suero (hCG).

TRATAMIENTO

Después de que se haga el diagnóstico, la influencia de varios factores para la decisión a tratar un embarazo ectópico médicamente o quirúrgicamente. Si la paciente es inestable, entonces el tratamiento quirúrgico inmediato vía laparotomía o laparoscopia es necesario. En el pasado, la laparotomía con la salpingectomía era considerado el estándar de oro, pero con la disponibilidad y el aumento de la tecnología mínima invasiva la habilidad del médico, laparoscopia ahora es el tratamiento de primera elección. Laparoscopia se asocia a una recuperación más rápida, una hospitalización más corta, reducción de costos totales, y menos dolor, sangrado, y formación de adherencias.

Salpingectomía contra salpingostomía

Una vez que la decisión se tome para proceder a la sala quirúrgica, el cirujano debe decidir sobre la técnica quirúrgica apropiada. Esta decisión debe a menudo hacerse en el quirófano. Así, el asesoramiento preoperatorio apropiado es importante. Tomando en consideración los factores de riesgo, el deseo de fertilidad de la paciente para el futuro y la condición del paciente también ayuda a la guía de decisión intraoperatoria. La salpingectomía es el retiro segmentario o entero de la trompa de falopio. Las indicaciones para quitar la salpíngex incluyen embarazo ectópico recurrente en la misma trompa, una salpíngex seriamente dañado, sangrado incontrolable (antes o después de salpingostomía), de embarazo heterotópico, y de la carencia del deseo de un embarazo futuro.

Salpingostomía es el método de opción en las mujeres en edad reproductiva de deseo para preservar su fertilidad. La salpingostomía es realizada típicamente haciendo una incisión en la frontera antemesentérica tubaria en el punto de la distensión máxima. El uso de vasopresina antes de que se haya realizado la incisión para reducir sangrado y tiempo operativo esto reportado en algunos estudios, pero también se ha encontrado no ser significativo en otros [16.17.18]. Remover el producto de la concepción por hidrodissección es recomendable, además de evitar el uso excesivo del cauterio para prevenir potencializar los daños a la salpíngex. El índice del embarazo intrauterino se mejora en los pacientes que tienen salpingostomía lineal contra salpingectomía, aunque la tasa recurrente del embarazo ectópico es también más alta [19-20].

Tratamiento médico

A principios de los ochentas, el tratamiento para el embarazo ectópico era exclusivamente quirúrgico. El primer informe de un caso manejado con metotrexate para el tratamiento del embarazo ectópico fue en 1982 [21]. Muchos otros agentes se han utilizado con índices variables de éxito como son las prostaglandinas, dactinomicina, etopósido, glucosa hiperosmolar, anticuerpos anti-hCG, cloruro del potasio, y mifepristone todos se han descrito en la literatura [22]. El metotrexate ha sido el método más acertado en el tratamiento médico para el embarazo ectópico y es actualmente el tratamiento médico de elección. El metotrexate para el embarazo ectópico fue propuesto después de observar que la actividad de replicación trofoblástica disminuía cuando era manejada con metotrexate en enfermedades gestacionales trofoblásticas [23]. El metotrexate es un ácido folínico que inhibe la síntesis de purinas y pirimidinas, interfiere en la síntesis de DNA y la replicación celular [24] [25].

Las pacientes hemodinámicamente estables son candidatas para el tratamiento médico con metotrexate.

Los regímenes de tratamiento iniciales para el embarazo ectópico con dosis múltiples consisten en metotrexate con factor citrovorum de rescate. Stovall y cols [26] en 1989 demostraron con éxito una tasa del 96% con su régimen de varias dosis. Su protocolo consistió en aplicar metotrexate intramuscular, 1 mg/kg de peso corporal alternado con 0.1 mg/kg de factor de rescate citrovorum. El Metotrexate fue continuado solo al presentar un descenso del 15% en el nivel de hCG. Estos investigadores observaron que la mayoría de sus pacientes tratadas con el régimen multidosis presentaban niveles de hCG que disminuían antes de recibir la segunda y/o tercera dosis de metotrexate [27]. Esto condujo a la publicación del desarrollo del régimen single-dose sin el rescate del citrovorum [28]. El protocolo single-dose utiliza 50 mg/m² del área superficial del cuerpo, administrado intramuscularmente. Lipscomb [29] reportó una experiencia realizada en la universidad de Tennessee con sus primeros 315 pacientes manejados con la single-dosis de metotrexate y reportaron una tasa de éxito del 91.1%.

Dosis única contra multidosis

Actualmente no hay consenso en cuanto a cual protocolo del metotrexate debe utilizarse [25]. La tasa total del éxito reportada en la literatura para ambos protocolos es el aproximadamente del 90% [30]. En un ensayo reciente seleccionado al azar de 108 pacientes, la tasa de éxito con una sola dosis fue del 88.9% comparada con 92.6% para las pacientes manejadas con multidosis [31].

Tratamiento expectante

El tratamiento expectante del embarazo ectópico se ha empleado con tasas reportadas en un rango de 48% a 100%. [32]. En un estudio, el tratamiento expectante fue más exitoso (32 de 33) de mujeres con niveles de hCG menores de 175 mIU/mL. En pacientes con hCG mayor de 175 mIU/mL, solamente 41 de 74 fueron manejados con éxito. [33].

MATERIAL Y METODOS

TAMAÑO DE MUESTRA

Todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, comprendidas en el periodo de enero 2001 a diciembre 2004

DISEÑO DE ESTUDIO

No experimental, retrospectivo, transversal y comparativo

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico comprobado por clínica, ultrasonido, quirúrgicamente o con estudio histopatológico

Pacientes con expediente clínico completo

Pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Juárez de México

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes en las que no se corroboró el diagnóstico de embarazo ectópico

Pacientes con tratamiento médico

METODOLOGIA

1.- Se acudió al departamento de estadística para obtener el número de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el periodo comprendido de enero 2001 a diciembre 2004.

2.-Se localizaron los expedientes clínicos de estas pacientes, de donde se obtuvieron los datos que fueron anotados en la hoja de recolección de datos, de acuerdo a los criterios de inclusión y eliminación.

3.- Se realizó análisis estadístico de los mismos.

PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Riesgo relativo

Medidas de tendencia central

RESULTADOS

Durante el periodo de enero del 2001 a diciembre del 2004, se admitieron en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Juárez de México un total de 194 embarazos ectópicos, de los cuales solamente 152 reunieron los criterios de inclusión de este estudio.

El grupo de edad que con mayor frecuencia se presentó es de 25 a 30 años con 60 pacientes (39.5%). (Ver cuadro 1, gráfica 1)

Se presentó la menarca con mayor frecuencia a los 13 años con un total de 45 pacientes (29.6%), además de una media de 12.6316, moda de 13, mediana de 13, desviación estándar de ± 1.58086 , con una edad máxima de 18 años y una edad mínima de 9 años. (Ver cuadro 2)

El ritmo menstrual regular se observó en 140 pacientes (92.1%) y el irregular en 12 (7.9%) (Ver cuadro 3, gráfica 2)

En relación a la dismenorrea, esta se presentó en 33 pacientes (21.7%) y se ausentó en 119 pacientes (78.3%) (Ver cuadro 4, gráfica 3)

La edad de inicio de vida sexual activa que se presentó con mayor frecuencia fué a los 17 años con 26 pacientes (16.8%). Con una media de 17.9, una mediana de 17, una moda de 17, una desviación estándar de ± 3.282244 , con un inicio máximo a los 33 años y un inicio mínimo a los 13 años. (Ver cuadro 5)

Con respecto al número de parejas sexuales, la más frecuente fué una pareja sexual en 78 pacientes (50.3%). La media fué de 1.6, mediana de 1, moda de 1, desviación estándar de ± 0.97133 , con un número de parejas sexuales máximo de 7 y mínima de 1. (Ver cuadro 6)

En relación a la edad gestacional, el embarazo ectópico se observó más frecuentemente en las semanas 6 y 7 de gestación con 10 pacientes cada una, con una media de 6.8, mediana de 6.4, moda de 6, desviación estándar de ± 1.96307 , con una edad gestacional máxima de 13 y una mínima de 4. (Ver cuadro 7)

Dentro de los factores de riesgo, los más significativos fueron las cirugías pélvicas previas en 64 pacientes (42.1%), tabaquismo en 55 pacientes (36.2%) y dispositivo intrauterino en 54 pacientes (35.5%), el de menor frecuencia fue las infecciones vaginales presentándose en 1 paciente (0.7%) (Ver cuadro 8)

El diagnóstico de ingreso más importante fué embarazo ectópico roto derecho, en total 71 pacientes (46.71%). (Ver cuadro 9, gráfica 4)

El diagnóstico de egreso más frecuente fué posoperada de salpingectomía derecha en 64 pacientes (42.1%). (Ver cuadro 10, gráfica 5)

Las cirugías que más se realizan en nuestro hospital son la salpingectomía derecha y salpingectomía izquierda en 64 y 43 pacientes con un porcentaje de (42.1%) y (28.28%)

respectivamente, la cirugía menos realizada fue la ooforectomía izquierda en 2 pacientes (1.31%) (Ver cuadro 11, gráfica 6)

El número de días de estancia intrahospitalaria fue en promedio de 2 días, en 110 pacientes.
(Ver cuadro 12, gráfica 7)

Se presentó embarazo ectópico roto en 121 pacientes (80%), y no roto en 31 pacientes (20%). (Ver cuadro 13, gráfica 8)

El sitio de localización más frecuente del embarazo ectópico fue el lado derecho en 92 pacientes (60.5%) y del lado izquierdo en 60 pacientes (39.5%). (Ver cuadro 14, gráfica 9)

El sitio de implantación más común del embarazo ectópico se presentó a nivel ampular en 119 pacientes (78.2%) el sitio menos frecuente fue en ovario con un total de 6 pacientes (3.94%). (Ver cuadro 15, gráfica 10)

En relación al hemoperitoneo se encontró una mediana de 300cc, media 241.7cc, moda de 100cc, desviación estándar de ± 496.733264 , con una cantidad mínima de 50cc y una cantidad máxima de 2000cc. (Ver cuadro 16)

El tipo de anestesia más utilizado fue el bloqueo peridural en 72 pacientes (51.3%), (ver cuadro 17, gráfica 11)

El diagnóstico más frecuente por ultrasonido fue embarazo ectópico roto derecho en 41 pacientes (26.97%). (Cuadro 18, gráfica 12)

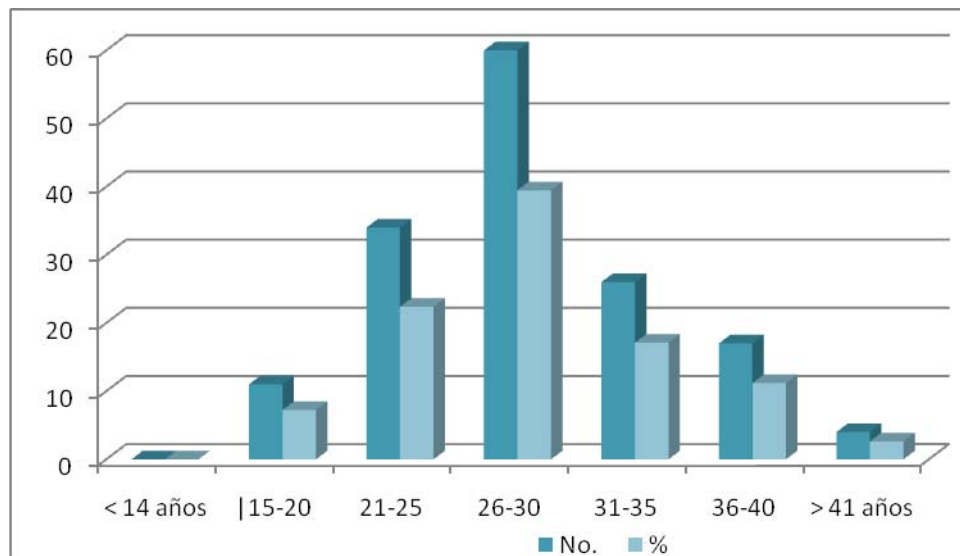
Los resultados histopatológicos compatibles con embarazo ectópico fueron 126 (82.9%) y sin embarazo ectópico se presentaron en 26 pacientes (17.1%). (Cuadro 19, gráfica 13)

CUADRO No. 1
EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

EDAD	No.	%
< 14 años	0	0
15-20	11	7.2
21-25	34	22.4
26-30	60	39.5
31-35	26	17.1
36-40	17	11.2
> 41 años	4	2.6
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 1
EDAD DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



FUENTE: CUADRO No. 1

CUADRO No. 2
MENARCA DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

MENARCA	
MEDIA	12.6316
MEDIANA	13
MODA	13
DESVIACION ESTANDAR	1.58086
EDAD MINIMA	9
EDAD MAXIMA	18

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
 Programa estadístico: SPSS

EDAD	FRECUENCIA	%	% VALIDO	% ACUMULADO
9	6	3.9	3.9	3.9
10	5	3.3	3.3	7.2
11	21	13.8	13.8	21.1
12	37	24.3	24.3	45.4
13	45	29.6	29.6	75.0
14	22	14.5	14.5	89.5
15	12	7.9	7.9	97.4
16	1	.7	.7	98.0
17	2	1.3	1.3	99.3
18	1	.7	.7	100.0
Total	152	100.0	100.0	

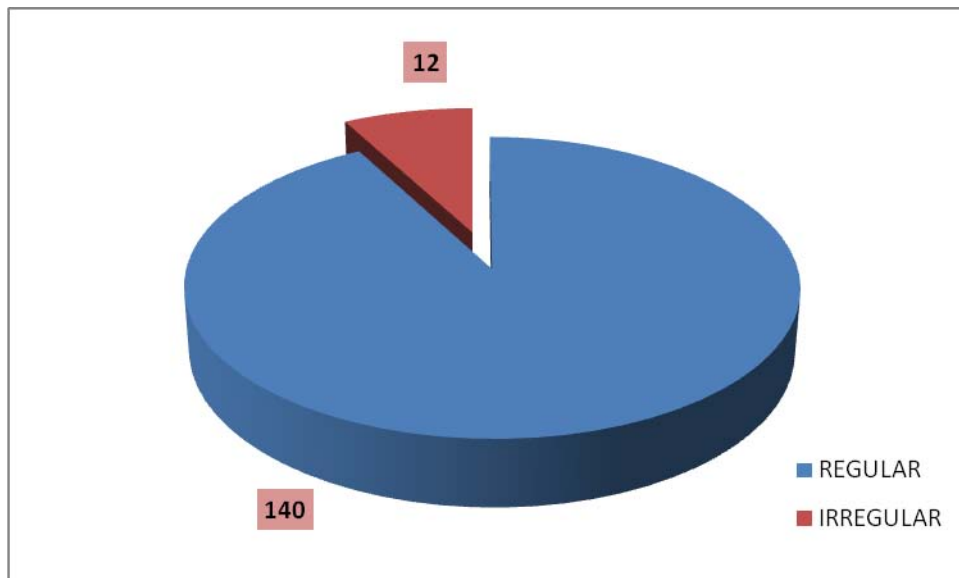
FUENTE: ARCHIVO CLINICO
 Programa estadístico: SPSS

CUADRO No. 3
RITMO MENSTRUAL EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

RITMO	No.	%
REGULAR	140	92.1
IRREGULAR	12	7.9
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 2
RITMO MENSTRUAL DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO



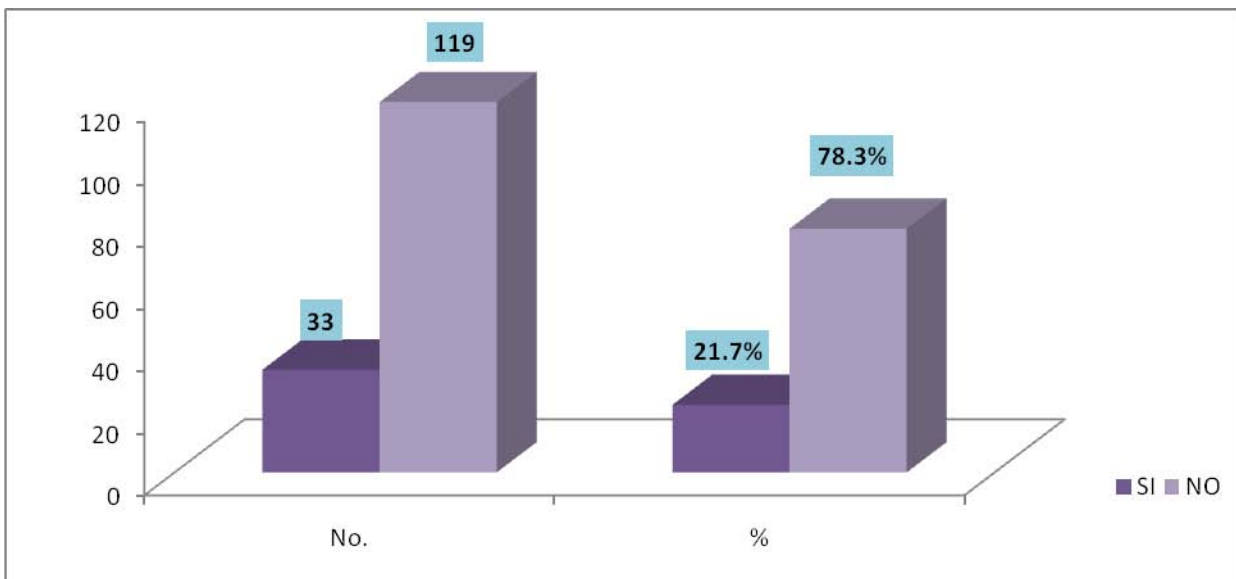
FUENTE: CUADRO No. 3

CUADRO No. 4
DISMENORREA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

DISMENORREA	No.	%
SI	33	21.7
NO	119	78.3
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 3
DISMENORREA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO



FUENTE: CUADRO No. 4

CUADRO No. 5
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA
EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	
MEDIA	17.9
MEDIANA	17
MODA	17
DESVIACION ESTANDAR	3.28244
DURACION MINIMA	13
DURACION MAXIMA	33

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
Programa estadístico: SPSS

	FRECUENCIA	%	% VALIDO	% ACUMULADO
13.00	1	.6	.7	.7
14.00	9	5.8	5.9	6.6
15.00	23	14.8	15.1	21.7
16.00	24	15.5	15.8	37.5
17.00	26	16.8	17.1	54.6
18.00	19	12.3	12.5	67.1
19.00	21	13.5	13.8	80.9
20.00	4	2.6	2.6	83.6
21.00	3	1.9	2.0	85.5
22.00	4	2.6	2.6	88.2
23.00	7	4.5	4.6	92.8
25.00	5	3.2	3.3	96.1
26.00	4	2.6	2.6	98.7
28.00	1	.6	.7	99.3
33.00	1	.6	.7	100.0
Total	152	98.1	100.0	
	3	1.9		
Total	155	100.0		

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
Programa estadístico: SPSS

CUADRO No. 6

**NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO**

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	
MEDIA	1.6
MEDIANA	1
MODA	1
DESVIACION ESTANDAR	.97133
MINIMA	1
MAXIMA	7

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
Programa estadístico: SPSS

	FRECUENCIA	%	% VALIDO	% ACUMULADO
1.00	78	50.3	51.3	51.3
2.00	54	34.8	35.5	86.8
3.00	16	10.3	10.5	97.4
4.00	1	.6	.7	98.0
5.00	1	.6	.7	98.7
7.00	2	1.3	1.3	100.0
Total	152	98.1	100.0	
perdido	3	1.9		
Total	155	100.0		

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
Programa estadístico: SPSS

CUADRO No. 7

SEMANAS DE GESTACIÓN EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

EDAD GESTACIONAL	
MEDIA	6.8
MEDIANA	6.4
MODA	6
DESVIACION ESTANDAR	1.96307
EDAD MINIMA	4
EDAD MAXIMA	13

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
Programa estadístico: SPSS

	FRECUENCIA	%	% VALIDO	% ACUMULADO
4.00	5	3.2	3.3	3.3
4.10	2	1.3	1.3	4.6
4.20	6	3.9	3.9	8.6
4.40	2	1.3	1.3	9.9
4.50	1	.6	.7	10.5
4.60	6	3.9	3.9	14.5
4.70	1	.6	.7	15.1
5.00	8	5.2	5.3	20.4
5.10	2	1.3	1.3	21.7
5.20	4	2.6	2.6	24.3
5.30	2	1.3	1.3	25.7
5.40	1	.6	.7	26.3
5.50	3	1.9	2.0	28.3
5.60	5	3.2	3.3	31.6
5.70	1	.6	.7	32.2
5.80	2	1.3	1.3	33.6
6.00	10	6.5	6.6	40.1
6.10	7	4.5	4.6	44.7
6.20	5	3.2	3.3	48.0
6.40	3	1.9	2.0	50.0
6.50	4	2.6	2.6	52.6
6.60	2	1.3	1.3	53.9
6.80	2	1.3	1.3	55.3
7.00	10	6.5	6.6	61.8
7.10	5	3.2	3.3	65.1
7.20	3	1.9	2.0	67.1
7.30	1	.6	.7	67.8
7.40	3	1.9	2.0	69.7
7.50	1	.6	.7	70.4
7.60	1	.6	.7	71.1
8.00	8	5.2	5.3	76.3
8.10	1	.6	.7	77.0
8.20	1	.6	.7	77.6
8.30	2	1.3	1.3	78.9
8.40	3	1.9	2.0	80.9
8.50	2	1.3	1.3	82.2
8.60	4	2.6	2.6	84.9
9.00	1	.6	.7	85.5
9.10	3	1.9	2.0	87.5
9.20	4	2.6	2.6	90.1
9.30	1	.6	.7	90.8
9.40	1	.6	.7	91.4
9.60	3	1.9	2.0	93.4
10.40	1	.6	.7	94.1
11.20	2	1.3	1.3	95.4
11.40	3	1.9	2.0	97.4
11.60	1	.6	.7	98.0
12.00	2	1.3	1.3	99.3
13.00	1	.6	.7	100.0
Total	152	98.1	100.0	
SISTEMA PERDIDO	3	1.9		
Total	155	100.0		

FUENTE: ARCHIVO CLINICO
Programa estadístico: SPSS

CUADRO No. 8
FACTORES DE RIESGO EN LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO

FACTORES DE RIESGO	No.	%
ENDOMETRIOSIS	0	0
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	0	0
CIRUGIA PELVICA	64	42.1
PROBLEMAS DE FERTILIDAD	2	1.3
TRATAMIENTO ESTIMULACION OVARICA	5	3.3
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	54	35.5
ANTICONCEPTIVOS ORALES	15	9.9
ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES	6	3.9
OBSTRUCCION TUBARIA BILATERAL	22	14.5
TABAQUISMO	55	36.2
EMBARAZO ECTOPICO PREVIO	10	6.6
INFECCIONES VAGINALES	1	0.7

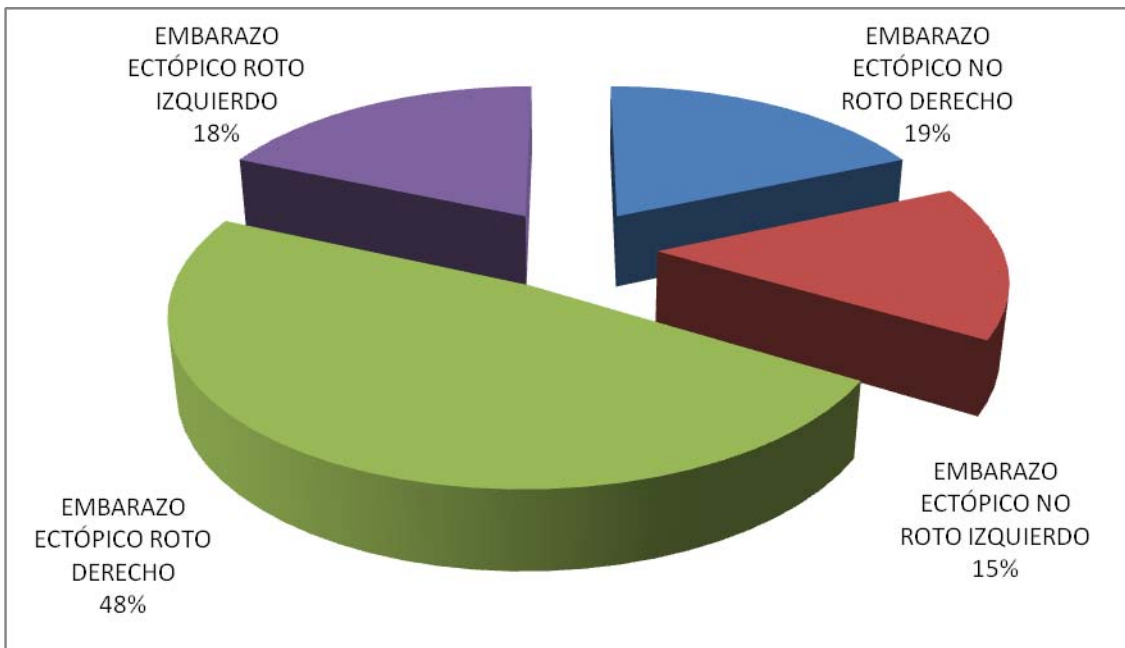
FUENTE: ARCHIVO CLINICO

**CUADRO No. 9
DIAGNOSTICO DE INGRESO EN LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO**

DIAGNOSTICO DE INGRESO	No	%
EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO DERECHO	28	18.42%
EMBARAZO ECTOPICO NO ROTO IZQUIERDO	23	15.13%
EMBARAZO ECTOPICO ROTO DERECHO	71	48.02%
EMBARAZO ECTOPICO ROTO IZQUIERDO	28	18.42%
TOTAL	152	100%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

**GRAFICA No. 4
DIAGNOSTICO DE INGRESO EN LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO**



FUENTE: CUADRO No. 9

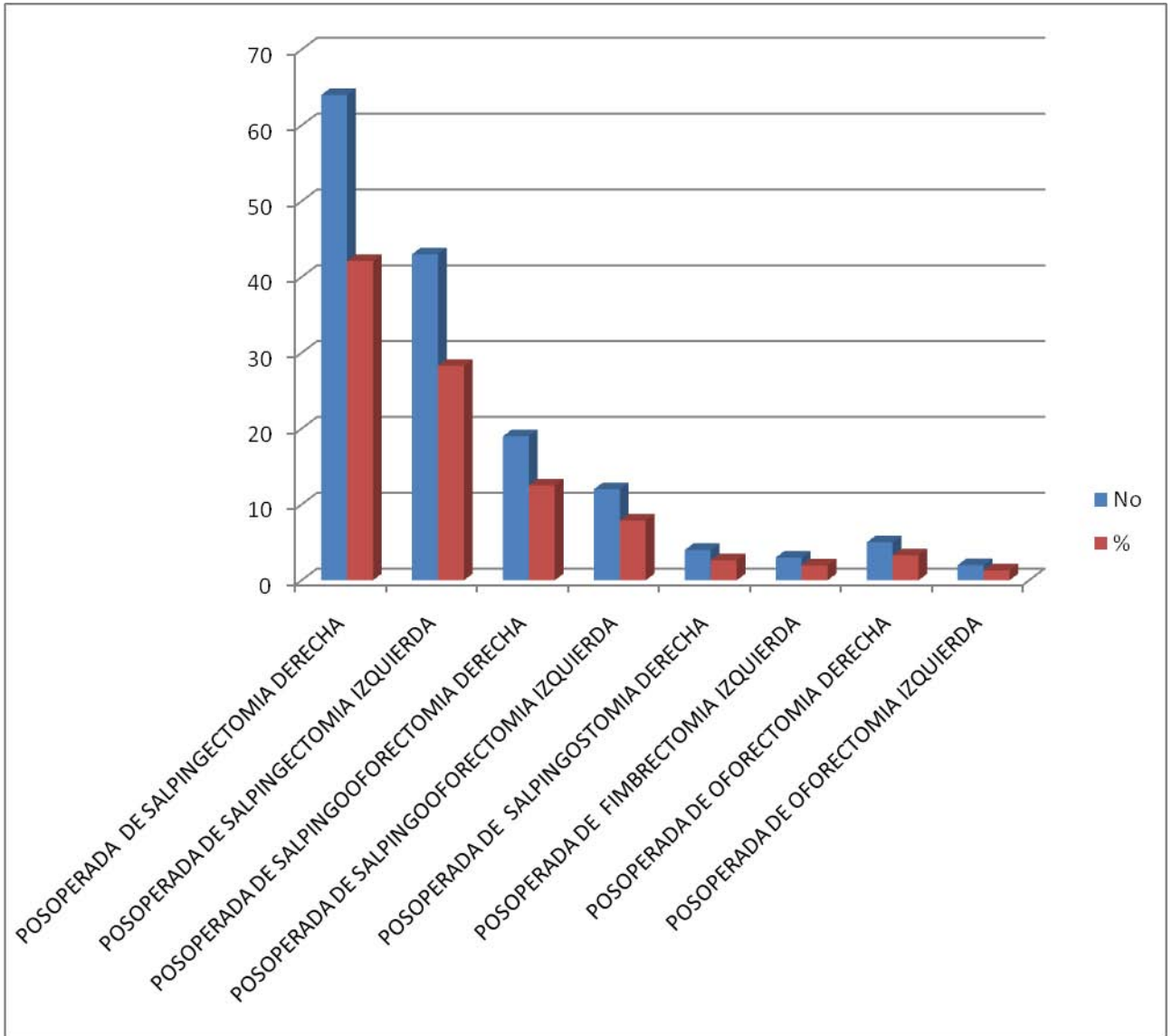
CUADRO No. 10
DIAGNOSTICO DE EGRESO EN LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO

DIAGNOSTICO DE EGRESO	No	%
POSOPERADA DE SALPINGECTOMIA DERECHA	64	42.1
POSOPERADA DE SALPINGECTOMIA IZQUIERDA	43	28.28
POSOPERADA DE SALPINGOOFORRECTOMIA DERECHA	19	12.5
POSOPERADA DE SALPINGOOFORRECTOMIA IZQUIERDA	12	7.89
POSOPERADA DE SALPINGOSTOMIA DERECHA	4	2.63
POSOPERADA DE FIMBRECTOMIA IZQUIERDA	3	1.97
POSOPERADA DE OFORRECTOMIA DERECHA	5	3.28
POSOPERADA DE OFORRECTOMIA IZQUIERDA	2	1.31

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 5

DIAGNÓSTICO DE EGRESO EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO



FUENTE: CUADRO No. 10

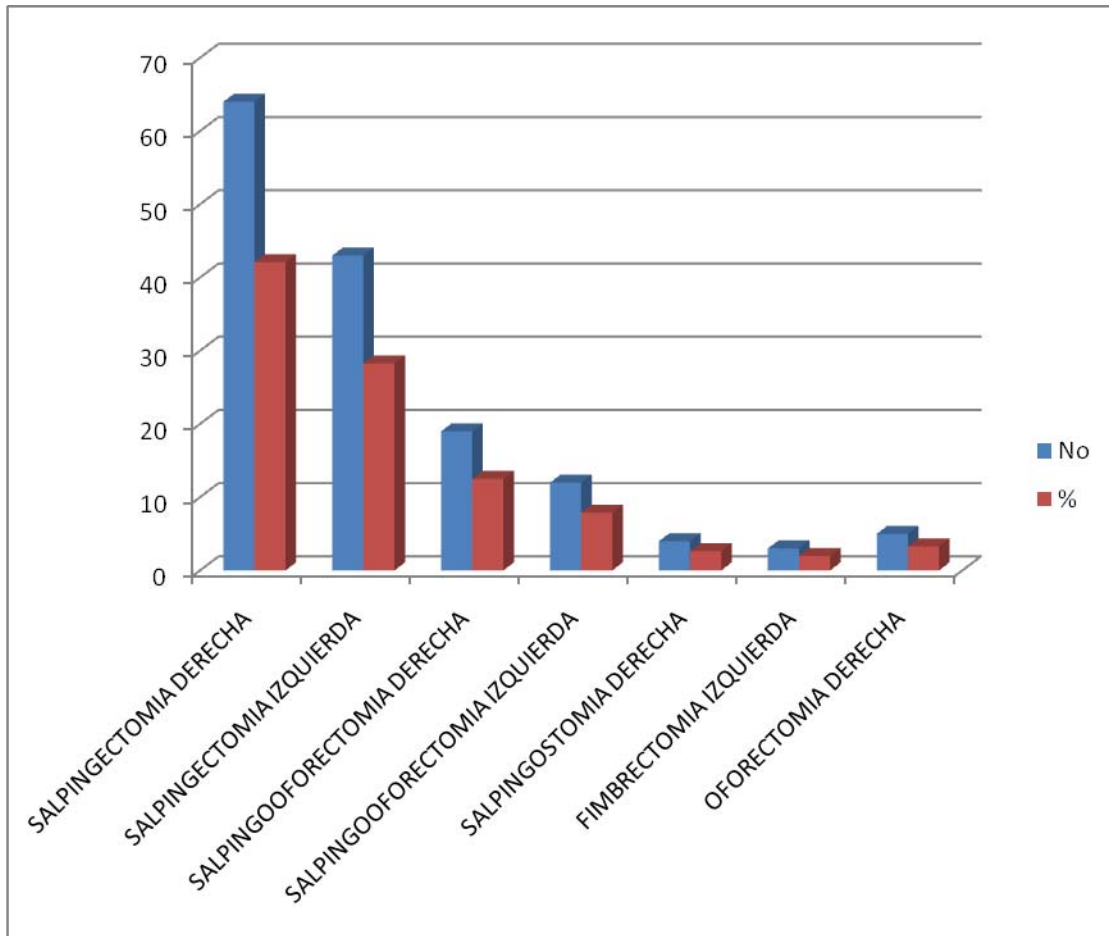
CUADRO No. 11 CIRUGIA REALIZADA EN LAS PACIENTES

CON EMBARAZO ECTOPICO

CIRUGIA REALIZADA	No	%
SALPINGECTOMIA DERECHA	64	42.1
SALPINGECTOMIA IZQUIERDA	43	28.28
SALPINGOOFORRECTOMIA DERECHA	19	12.5
SALPINGOOFORRECTOMIA IZQUIERDA	12	7.89
SALPINGOSTOMIA DERECHA	4	2.63
FIMBRECTOMIA IZQUIERDA	3	1.97
OFORECTOMIA DERECHA	5	3.28
OFORECTOMIA IZQUIERDA	2	1.31

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 6
CIRUGIA REALIZADA EN LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO



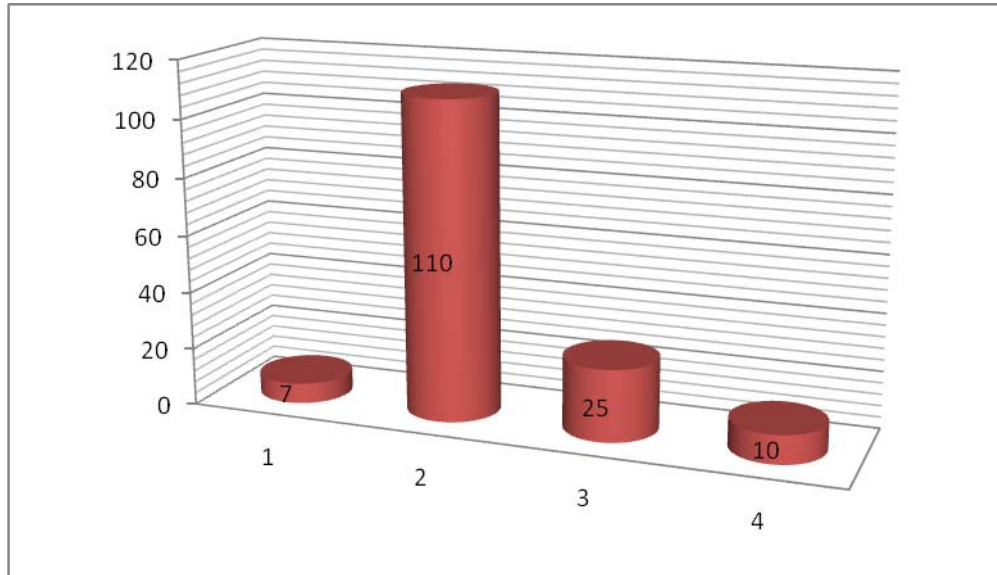
FUENTE: CUADRO No. 11

CUADRO No. 12
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN LAS PACIENTES
CON EMBARAZO ECTOPICO

DIAS ESTANCIA	No
1	7
2	110
3	25
4	10
TOTAL	152

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 7
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA EN LAS PACIENTES CON EMBARAZO
ECTOPICO



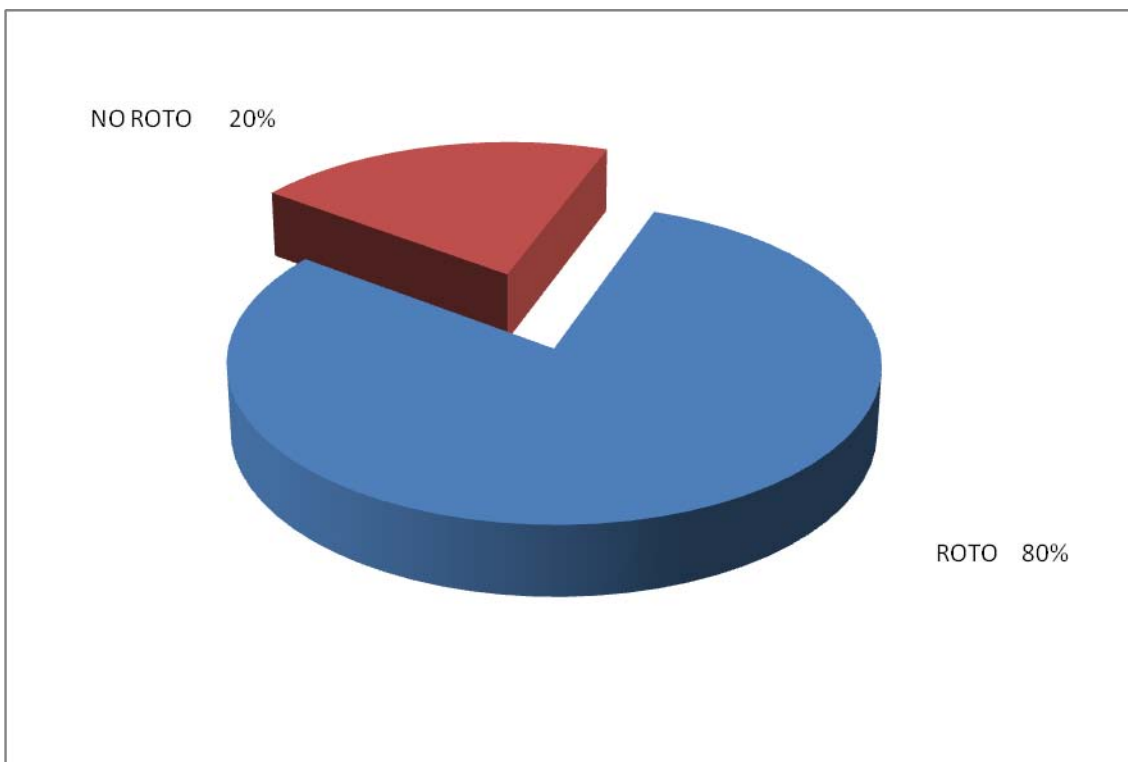
FUENTE: CUADRO No.12

CUADRO No. 13
ESTADO DEL EMBARAZO ECTOPICO AL MOMENTO DE LA CIRUGIA

EMBARAZO ROTO	No	%
SI	121	80
NO	31	20
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 8
ESTADO DEL EMBARAZO ECTOPICO AL MOMENTO DE LA CIRUGIA



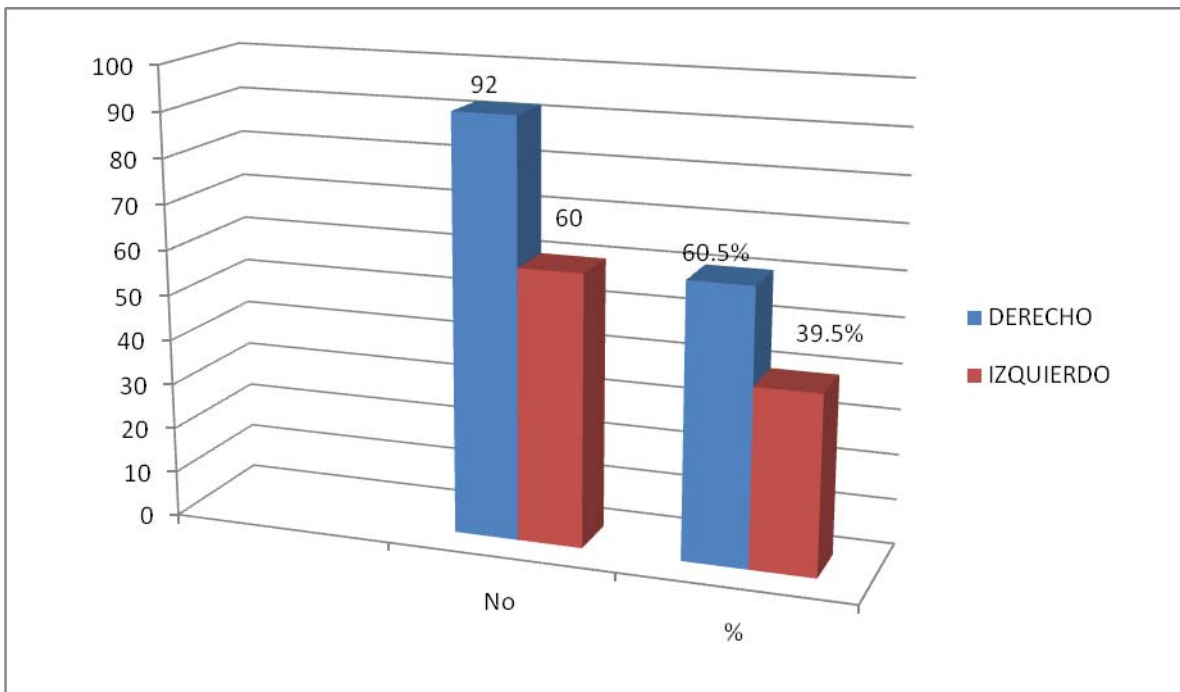
FUENTE: CUADRO No.13

CUADRO No. 14
SITIO DE LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

LOCALIZACION	No	%
DERECHO	92	60.5
IZQUIERDO	60	39.5
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 9
SITIO DE LOCALIZACION DEL EMBARAZO ECTOPICO



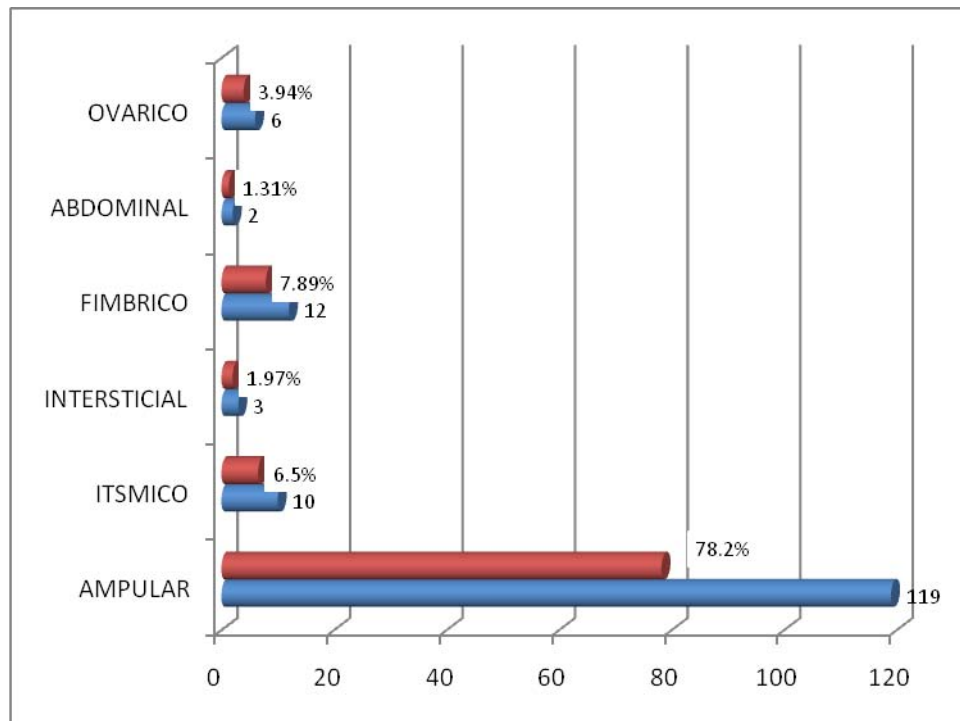
FUENTE: CUADRO No.14

CUADRO No. 15
SITIO DE IMPLANTACION DEL EMBARAZO ECTOPICO

SITIO	No	%
AMPULAR	119	78.2
ITSMICO	10	6.5
INTERSTICIAL	3	1.97
FIMBRICO	12	7.89
ABDOMINAL	2	1.31
OVARICO	6	3.94
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 10
SITIO DE IMPLANTACION DEL EMBARAZO ECTOPICO



FUENTE: CUADRO No.15

CUADRO No. 16

HEMOPERITONEO DEL EMBARAZO ECTOPICO

HEMOPERITONEO	
MEDIA	241.7
MEDIANA	300
MODA	100
DESVIACION ESTANDAR	496.733264
CANTIDAD MINIMA	50
CANTIDAD MAXIMA	2000

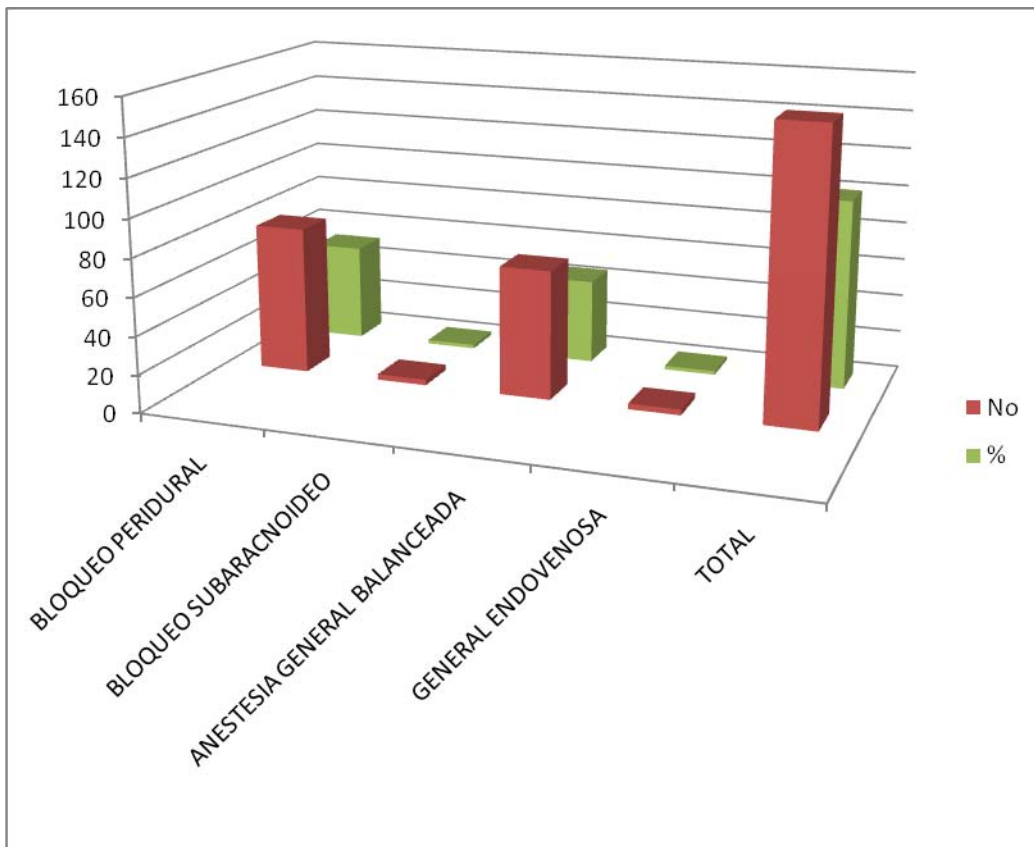
FUENTE: ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 17
TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA CIRUGIA

TIPO DE ANESTESIA	No	%
BLOQUEO PERIDURAL	78	51.3
BLOQUEO SUB ARACNOIDEO	3	1.97
ANESTESIA GENERAL BALANCEADA	68	44.7
GENERAL ENDOVENOSA	3	1.97
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

GRAFICA No. 11
TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA DURANTE LA CIRUGIA



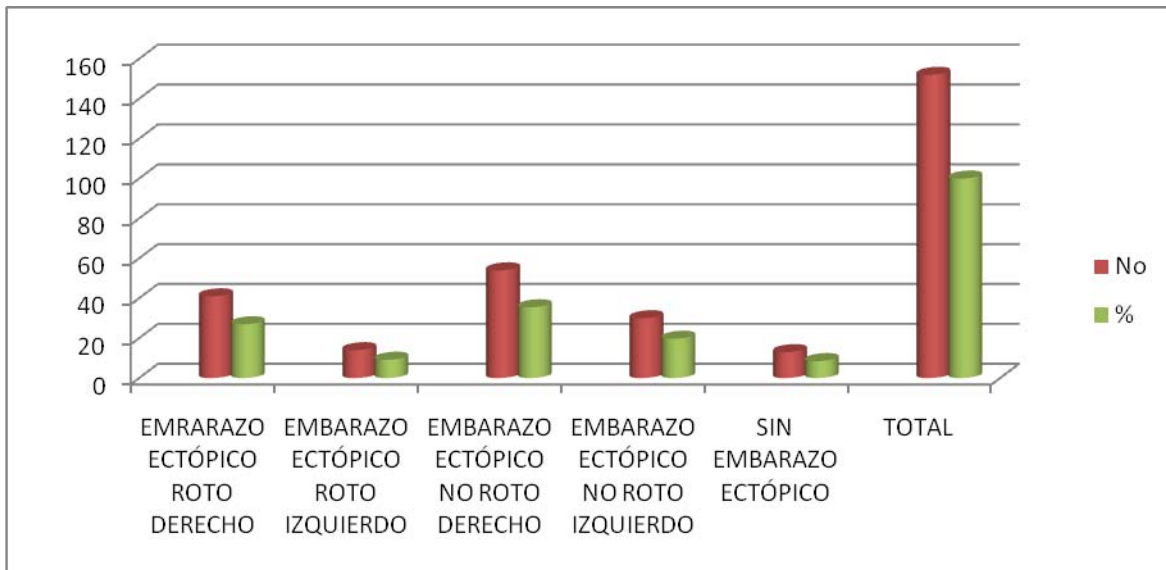
FUENTE: CUADRO No.17

**CUADRO No. 18
DIAGNÓSTICO POR ULTRASONIDO**

RESULTADO DE ULTRASONIDO	No	%
EMBARAZO ECTÓPICO ROTO DERECHO	41	26.97
EMBARAZO ECTÓPICO ROTO IZQUIERDO	14	9.21
EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO DERECHO	54	35.52
EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO IZQUIERDO	30	19.73
SIN EMBARAZO ECTÓPICO	13	8.55
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

**GRAFICA No. 12
DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO**



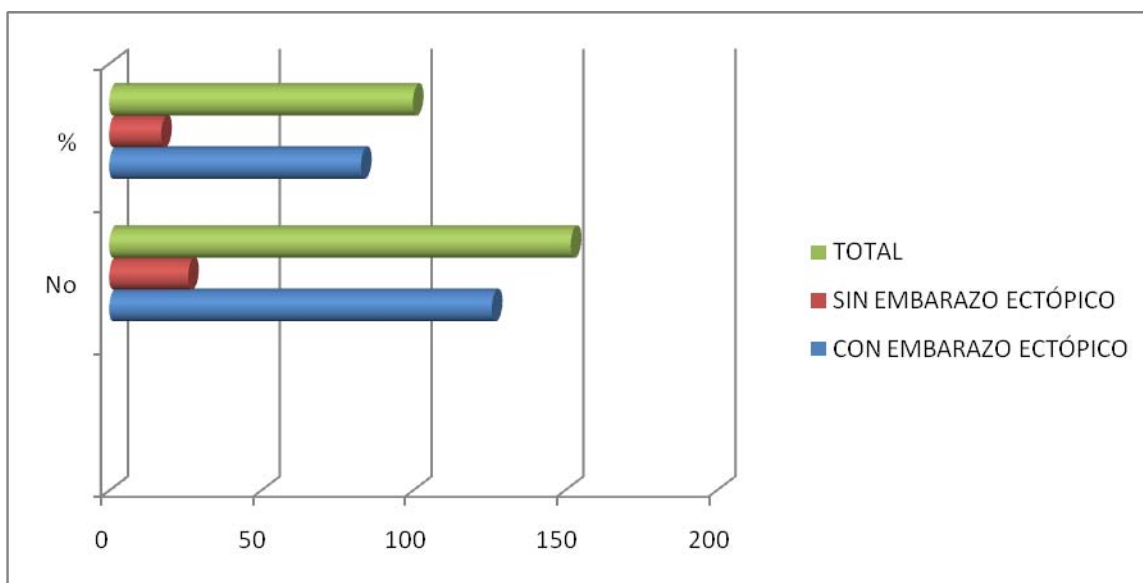
FUENTE: CUADRO No.18

**CUADRO No. 19
RESULTADO HISTOPATOLÓGICO**

RESULTADO DE PATOLOGÍA	No	%
CON EMBARAZO ECTOPICO	126	82.9
SIN EMBARAZO ECTOPICO	26	17.1
TOTAL	152	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

**GRAFICA No. 13
RESULTADO HISTOPATOLÓGICO**



FUENTE: CUADRO No.19

FACTORES DE RIESGO

VARIABLE	GRUPO	CONTROL	TOTAL
CIRUGIA PREVIA	64	42	106
	88	110	198
	152	152	304
VALOR ESTADISTICO			RR: 1.5237

VARIABLE	GRUPO	CONTROL	TOTAL
DIU	54	33	87
	98	119	217
	152	152	304
VALOR ESTADISTICO			RR: 1.6361

VARIABLE	GRUPO	CONTROL	TOTAL
TABAQUISMO	55	69	124
	97	83	180
	152	152	304
VALOR ESTADISTICO			RR: 0.7970

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación y después del análisis estadístico de los mismos, podemos concluir lo siguiente:

1.- Los tres principales factores de riesgo encontrados de manera significativa en nuestras pacientes fueron en primera instancia la cirugía pélvica previa (42.1%) con un riesgo relativo (RR) de 1.5237, seguido de dispositivo intrauterino (35.5%) con un RR 1.6361 y por último el tabaquismo (36.2%) con un RR de 0.7970.

Los factores de riesgo de nuestras pacientes no concuerdan con lo reportado en la literatura mundial, ni en porcentaje ni en frecuencia, así también, los riesgos relativos encontrados en este estudio se encuentra por debajo del rango establecido en otros estudios.

En nuestras pacientes no se encontró relación con las patologías tubarias (como son antecedente de cirugía tubaria, infección pelviana o endometriosis) como lo demuestran otros estudios, tal vez porque en nuestras pacientes no esta bien documentado por una mala anamnesis en la historia clínica.

2.- De acuerdo al grupo de edad, la mayoría de los embarazos ectópicos en nuestro estudio se presentaron entre los 26 y 30 años, relacionado con uno de los periodos más alto de fertilidad en la mujer, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura.

3.-El sitio de localización más frecuente de presentar un embarazo ectópico en nuestras pacientes fue del lado derecho en un 60.5% y 39.5% del lado izquierdo, no hay información en nuestro medio ni en literatura mundial actual con respecto a estos datos.

4.-Con respecto al sitio de implantación más frecuente, se obtuvieron resultados similares a lo reportado en la literatura mundial, siendo el más frecuente el ampular en un 78.2% (literatura mundial 70%) y el de menor frecuencia el abdominal 1.31% (literatura mundial 1.3%).

5.- El promedio de días estancia intrahospitalaria es de 2, considerando que es un tiempo acorde para la recuperación de la paciente, disminuyendo las posibles complicaciones posquirúrgicas, además de los costos para la paciente y para la institución.

6.- En cuanto al tratamiento que se realizó en nuestro hospital, el más frecuente fué la Salpingectomía y esto se debe probablemente a que las pacientes llegan a nuestro servicio con un cuadro avanzado, por lo que no es posible ofrecer un tratamiento médico o quirúrgico conservador, ya que la mayoría (80%) presenta un embarazo ectópico roto.

El advenimiento de modalidades de diagnóstico y terapéuticas modernas ha cambiado el panorama clínico del embarazo ectópico disminuyendo la morbimortalidad en el primer trimestre del embarazo. Es importante recordar que el realizar un buen diagnóstico temprano, aumenta las posibilidades de ofertar un manejo menos invasivo, preservando las trompas de falopio, y así aumentar grandemente las probabilidades de conservar la fertilidad.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ectopic pregnancy United States, 1990–1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44(3):46–8.
- [2] Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still risky business. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(5 Pt 2):1489–94.
- [3] Ankum WM, Mol BW, Van Der Veen F, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a metaanalysis. *Fertil Steril* 1996;65(6):1093–9.
- [4] Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril* 2006;86(1):36–43.
- [5] Lavy G, Diamond MP, DeCherney AH. Ectopic pregnancy: its relationship to tubal reconstructive surgery. *Fertil Steril* 1987;47(4):543–56.
- [6] Seiler JC. Factors influencing the outcome of microsurgical tubal ligation reversals. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146(3):292–8.
- [7] Peterson HB, Xia Z, Hughes JM, et al. The risk of ectopic pregnancy after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *N Engl J Med* 1997;336(11):762–7.
- [8] Mol BW, Ankum WM, Bossuyt PM, et al. Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Contraception* 1995;52(6):337–41.
- [9] Rossing MA, Daling JR, Voigt LF, et al. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology* 1993;4(3):252–8.
- [10] Hillis SD, Owens LM, Marchbanks PA, et al. Recurrent chlamydial infections increase the risks of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176(1 Pt 1):103–7.
- [11] Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, et al. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 1988;259(12):1823–7.
- [12] Parazzini F, Tozzi L, Ferraroni M, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: an Italian case-control study. *Obstet Gynecol* 1992;80(5):821–6.
- [13] Nordenskjold F, Ahlgren M. Risk factors in ectopic pregnancy. Results of a population based case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70(7–8):575–9.
- [14] Goldberg JM, Falcone T. Effect of diethylstilbestrol on reproductive function. *Fertil Steril* 1999;72(1):1–7.
- [15] Tulandi T, Sammour A. Evidence-based management of ectopic pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12(4):289–92.
- [16] Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, et al. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000324.
- [17] Vermesh M, Silva PD, Rosen GF, et al. Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy: a prospective, randomized clinical trial of laparoscopy versus laparotomy. *Obstet Gynecol* 1989;73(3 Pt 1):400–4.
- [18] Ugur M, Yesilyurt H, Soysal S, et al. Prophylactic vasopressin during laparoscopic salpingotomy for ectopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3(3):365–8.
- [19] Mol BW, Matthijsse HC, Tinga DJ, et al. Fertility after conservative and radical surgery for tubal pregnancy. *Hum Reprod* 1998;13(7):1804–9.
- [20] Job-Spira N, Bouyer J, Pouly JL, et al. Fertility after ectopic pregnancy: first results of a population-based cohort study in France. *Hum Reprod* 1996;11(1):99–104.
- [21] Tanaka T, Hayashi H, Kutsuzawa T, et al. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. *Fertil Steril* 1982;37(6):8512.
- [22] Carson SA, Buster JE. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 1993;329(16):1174–81.

- [23] Sand PK, Stubblefield PA, Ory SJ. Methotrexate inhibition of normal trophoblasts in vitro. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155(2):324–9.
- [24] Barnhart K, Coutifaris C, Esposito M. The pharmacology of methotrexate. *Expert Opin Pharmacother* 2001;2(3):409–17.
- [25] ACOG. Medical management of tubal pregnancy. 2007 Compendium of Selected Publication,1998.
- [26] Stovall TG, Ling FW, Buster JE. Outpatient chemotherapy of unruptured ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1989;51(3):435–8.
- [27] Lipscomb GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):93–8.
- [28] Stovall TG, Ling FW, Gray LA. Single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1991;77(5):754–7.
- [29] Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, et al. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178(6):1354–8.
- [30] Lipscomb GH, Givens VM, Meyer NL, et al. Comparison of multidose and single-dose methotrexate protocols for the treatment of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(6):1844–7 [discussion: 1847–8].
- [31] Alleyassin A, Khademi A, Aghahosseini M, et al. Comparison of success rates in the medical management of ectopic pregnancy with single-dose and multiple-dose administration of methotrexate: a prospective, randomized clinical trial. *Fertil Steril* 2006;85(6):1661–6.
- [32] Stovall TG, Ling FW. Expectant management of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991;18(1):135–44.
- [33] Elson J, Tailor A, Banerjee S, et al. Expectant management of tubal ectopic pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(6):552–6.