



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO**

Factores de riesgo en mujeres con embarazo ectópico en un Hospital Privado de la Ciudad de México.

**TESIS DE POSTGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICÍA

**PRESENTA:**

**DRA. OLGA LIDIA MELÉNDEZ LÓPEZ**

ASESOR METODOLÓGICO:  
DR. FRANCISCO JAVIER BORRAJO CARBAJAL



CDMX

2017

---



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICÍA**

Factores de riesgo en mujeres con embarazo  
ectópico en un Hospital Privado de la Ciudad de  
México.

**PRESENTA:**

**DRA. OLGA LIDIA MELÉNDEZ LÓPEZ**

ASESOR METODOLÓGICO:  
DR. FRANCISCO JAVIER BORRAJO CARBAJAL



# TESIS DE POSTGRADO:

Factores de riesgo en mujeres con embarazo ectópico en un Hospital Privado de la Ciudad de México.

---

Dra. María del Pilar Velázquez Sánchez  
Jefa de División de Educación Médica

---

Dr. Claudio Francisco Serviere Zaragoza  
Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia

---

Dr. Francisco Javier Borrajo Carbajal  
Profesor Adjunto del Curso de Ginecología y Obstetricia  
ASESOR METODOLÓGICO

## **Dedicatoria**

A mis padres, Olga y Gustavo , por todas las enseñanzas a lo largo de estos años, por la paciencia brindada, por su apoyo y comprensión en todo momento pero sobretodo por ser el impulso para seguir adelante en este camino, motivándome día a día a lograr este sueño.

A mis hermanas Ixel y Claudia, por estar siempre ahí, por saber que no hubo momento en que se apartaran de mi, por hacerme más llevaderos todos estos años, por enseñarme a crecer junto con ellas, por entender que su hermana no estaba físicamente presente , pero sobretodo por esa admiración que me motivaba a ser mejor cada día.

A todos mis maestros que contribuyeron en mi formación.

Al Dr .Borrajo, por ser mi asesor, mi tutor, mi guía, y sobretodo por ser el único que a lo largo de estos cuatro años siempre ha estado ahí.

A mis compañeros de residencia, a todas y cada una de esas personas que hicieron esto posible.

A ti, que estas leyendo este trabajo.

Muchas gracias.

## Tabla de contenido

ANTECEDENTES TEÓRICOS .....	6
Factores de riesgo y principales etiologías .....	6
Fisiopatología y sitios de implantación .....	13
Otros sitios de implantación .....	13
Cuadro clínico .....	16
Diagnóstico .....	17
Ultrasonido .....	19
Tratamiento .....	20
Tratamiento médico .....	21
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN .....	22
METODOLOGIA .....	23
Definiciones operacionales .....	24
ASPECTOS ÉTICOS .....	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	28
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	29
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	29
RECURSOS .....	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	30
RESULTADOS Y GRÁFICAS .....	30
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....	41
CONCLUSIONES .....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	57
ANEXOS .....	

## **ANTECEDENTES TEÓRICOS**

Se define gestación ectópica como cualquier embarazo que ocurre fuera de la cavidad endometrial<sup>1</sup>, el término ectópico deriva de la palabra griega *ek topos* que significa fuera de lugar<sup>2</sup>. Ocurre cerca del 2% en todas las gestaciones.<sup>3</sup>

Descrito por primera vez en la literatura en el siglo X por el médico árabe Abulcasis. En Europa Occidental el primer caso se reportó en 1693 por Busiere durante el exámen del cuerpo de una prisionera de una cárcel de Paris.

Gifford , en 1731, realizó un informe más completo describiendo la condición del óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina.

En condiciones normales el oocito y el espermatozoide se encuentran en la porción ampular de la tuba uterina, donde se lleva a cabo la fecundación, la mórula en crecimiento se desplaza lentamente hacia la cavidad uterina donde 6-7 días posteriores ocurre la implantación.

### **Factores de riesgo y principales etiologías**

Cualquier impedimento en la migración del cigoto hacia la cavidad endometrial puede predisponer a la mujer al desarrollo de una gestación ectópica , secundario a defectos anatómicos intrínsecos en el epitelio de la tuba , factores hormonales que interfieran con el transporte normal del oocito fecundado o condiciones patológicas que afecten la función normal de la tuba uterina.

La acción hormonal se ve reflejada como los diferentes efectos que tienen los niveles de estrógenos y progesterona en el crecimiento y motilidad del epitelio

---

ciliar .los estrógenos estimulan el crecimiento y la diferenciación de la salpinge incluyendo el desarrollo del epitelio ciliado, la progesterona por su parte inhibe estos cambios e induce la perdida y la atrofia del epitelio ciliar, actuando ambos de forma antagónica sobre la salpinge <sup>4</sup>

Podemos dividir a los factores de riesgo para la gestación ectópica en aquellos que confieren riesgo alto, moderado y bajo , sin embargo es fundamental entender que las características que confieren riesgo no son independientes entre ellas.<sup>56</sup>

### Alto riesgo

<b>Gestación ectópica previa</b>	Aquellas mujeres con tratamiento conservador secundario a embarazo ectópico previo tienen el 15% más de riesgo de presentar recurrencia
<b>Patología tubárica y cirugía tubárica previa</b>	Principal causa de embarazo ectópico por la alteración de la anatomía tubárica normal por factores como infección, cirugía, anomalías congénitas y tumores . La distorsión de la anatomía funcional secundario al daño de la actividad ciliar. El daño en la estructura tubárica es uno de los principales factores de riesgo ,la lesión localizada en la luz de la salpinge favorece la destrucción del epitelio y la formación de microadherencias. Los índices de gestación ectópica observados tras cirugía tubaria dependen del tipo de intervención : 2a 6% después de adherenciólisis,4.4%



---

después de re permeabilidad tubaria y 3% posterior a plastia proximal.

Cuando la cirugía se realiza como tratamiento de embarazo ectópico , el riesgo de recidiva oscila entre el 10 y el 27%, la cirugía pélvica o abdominal que no afecta las trompas de falopio (cirugía ovárica, cesárea, apendicetomía sin ruptura)no aumenta el riesgo.

### **Tabaquismo**

El periodo peri concepcional incrementa el con la cantidad consumida de manera dosis-dependiente por lo tanto es un factor de riesgo bajo o moderado dependiendo de los hábitos de la paciente .

Acorde a un estudio , el riesgo relativo aumenta con la cantidad consumida: 1.3 para uno a diez cigarros al día, 2.0 para 11 a 20 cigarros al día y 2.5 para mas de 20 cigarros al día.

### **Esterilización**

La falla estimada dentro del primer año posterior a la cirugía se encuentra entre 0.1 a 0.8%aproximadamente un tercio de estos embarazos ectópico .

En un estudio prospectivo multicéntrico se encontró que el riesgo es mayor si el procedimiento se realiza antes de los 30 años, la coagulación bipolar favorece esta patología y puede ser secundario a la formación e fístulas tubo-peritoneales en el segmento

	coagulado de la salpinge que permite el paso de los espermatozoides .
<b>Exposición a dietilelbestrol</b>	Aquellas pacientes con este antecedente presentan un incremento del riesgo nueve veces secundario a morfología tubárica anormal y posiblemente a anomalías en la función de las fimbrias.
<b>Otros factores de riesgo</b>	
<b>Infecciones genitales</b>	Infección pélvica (salpingitis inespecífica, clamidia ,gonorrea),específicamente las recurrentes son una causa importante de patología tubárica y por lo tanto de gestación ectópica
<b>Dispositivo intrauterino(DIU)</b>	El índice de embarazos ectópicos en mujeres portadoras de dispositivo tienen mayor riesgo de presentar gestación ectópica si el embarazo ocurre( 1 de cada 2 con dispositivo medicado con levonorgestrel , 1 de cada 16 embarazos con dispositivos de cobre , comparado con 1 de cada 50 sin uso de método de planificación familiar
<b>Infertilidad</b>	La incidencia es mayor en la población infértil , algunos han sugerido la relación entre los medicamentos usados como tratamiento para la infertilidad y la gestación ectópica que puede estar en relación con la

	fluctuación hormonal resultante de su uso
<b>Fertilización in vitro</b>	<p>El primer tratamiento de fertilización in vitro en 1976 resultó en gestación ectópica , el índice de embarazo extrauterino posterior a la fertilización in vitro es alta aproximadamente de 2 al 5%</p> <p>El ambiente endocrino alterado como consecuencia de la hiperestimulación ovárica controlada puede afectar la función tubaría y el transporte embrionaria</p>
<b>Múltiples parejas sexuales</b>	El numero total de parejas sexuales mayor a 1 incrementa de forma moderada el riesgo de embarazo ectópico debido a que las mujeres con este antecedente presentan mayor riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria
<b>Edad</b>	La edad menor a 18 años al momento de iniciar vida sexual activa aumenta el riesgo en forma mínima , las mujeres mayores a 35 años también presentan incremento en la incidencia

El estudio “Risk factors for ectopic pregnancy: a comparison between adults and adolescent Women realizado por Seema Menon y colaboradores en el año 2007 y publicado el Journal de North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology señala que el embarazo ectópico es una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre de gestación , realizaron un estudio

retrospectivo en donde se incluyeron a 2721 pacientes ,de las cuales 649 fueron adolescentes(menores de 20 años) y 2072 mujeres adultas (mayores de 20 años) de las cuales se confirmaron 63 y 446 casos de embarazos ectópicos lo cual corresponde al 9.7% y 21.7%. Concluyendo los autores que el embarazo ectópico es mas frecuente en mujeres en edad adulta, donde la cirugía tubaria previa es el principal factor de riesgo para padecer la patología, sin embargo llama la atención que las pacientes adolescentes con enfermedad pélvica inflamatoria el porcentaje de presentación de la gestación ectópica es mayor que al de la mujer adulta<sup>7</sup>

En el artículo titulado “Risk factor for ectopic pregnancy in women with planned pregnancy: a case-control study, realizado por Cheng Li y colaboradores en el año 2014 y publicado en el European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology concluyen que el 49.56% de embarazos ectópicos ocurren en pacientes en edad reproductiva de los 20-29 años ,pacientes con nivel socioeconómico bajo tienen un 1.54 mas riesgo de padecer un embarazo ectópico que una mujer con mayores ingresos anuales, la exposición al tabaco demostró una correlación dosis-dependiente ya que mujeres con tabaquismo poseían 2.79 mas riesgo de padecer una gestación extrauterina.

Mujeres con antecedente de abortos previos, enfermedad pélvica inflamatoria , cirugía tubárica y ovárica previa poseen un 10% mas de riesgo de tener una gestación extrauterina, a diferencia de aquellas que no han estado expuestas a lo anterior. El uso de dispositivo intrauterino aumenta el riesgo en 1.65 , sin embargo es el factor tubárico el que aumenta 8.81 veces el riesgo. Se estimó una incidencia de embarazos ectópicos secundarios a técnicas de reproducción asistida en un 2.1% al 8.6%de los casos.<sup>8</sup>

En el año 2015 se publica en el Middle East Fertility Society Journal el artículo titulado “Predictors of ectopic pregnancy in nulliparous women : A case –control

---

study de los autores Ahmed Ragab y colaboradores señalan que los principales factores de riesgo asociados para la presentación de un embarazo ectópico son ,enfermedad pélvica inflamatoria, patología tubaria previa, endometriosis, oclusión tubaria ,adherencias secundario o procesos quirúrgicos , infertilidad ,embarazo ectópico previo ,dispositivo intrauterino, edad materna y tabaquismo.

Encontraron que de del total de 108 pacientes , 36 de ellas eran nulíparas , la edad promedio de presentación de embarazo ectópico fue de 26.19+- 3.17 años , la media de infertilidad fue de 4.17 +-1.46. Los principales hallazgos del estudio fueron que existe una asociación entre la enfermedad pélvica inflamatoria y la gestación extrauterina aumentando el riesgo 10 veces mas probablemente secundario al daño tubario secundario a infecciones ascendentes , la edad materna avanzada no se asoció con el incremento del riesgo al contrario se ha visto un aumento en la población joven .sin embargo encontraron que la presencia de cirugías abdominales previas aumenta 4 veces el riesgo de padecer la patología.<sup>9</sup>

Sabira Sultana y colaboradores publican en el año del 2015 en el Asian Pacific Journal of Tropical Disease, el articulo de revisión titulado “Incidence rate and prevalence of major risk factors for ectopic pregnancy in the Pakistani population:mini-review, estudiaron los principales factores de riesgo encontrando que el 16.1% de las pacientes estudiadas tenían antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria,16.1 % con antecedente de legrado uterino ,6.4% antecedente de cirugía abdominal previa ,4.8% con colocación de dispositivo intrauterino y 1.6%con embarazo ectopico previo.

Qazi y colaboradores , realizaron un estudio descriptivo de 50 casos de embarazo ectópico tubario , dentro de los principales factores de riesgo destacaron enfermedad pélvica inflamatoria en el 14%, embarazo ectópico previo en el 4% ,inducción de la ovulación en el 4% y presencia de dispositivo intrauterino en el 2%.

Hassan y colaboradores se dedicaron a estudiar factores de riesgo encontrando que el 35.4 % contaba con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía abdominal previa en el 26% , embarazo ectópico previo en el 6.4% de los casos e infertilidad en el 35.4%.

Afroza y Akram señalan que el embarazo ectópico es mas frecuente en mujeres, jóvenes, nulíparas secundario a enfermedad pélvica inflamatoria.

### **Fisiopatología y sitios de implantación**

La ausencia de una capa de mucosa dentro de la trompa de falopio facilita el acceso del ovulo fertilizado al epitelio y permite su implantación dentro de la pared muscular , conforme el trofoblasto erosiona la capa muscular subyacente, la sangre materna se derrama en los espacios dentro del trofoblasto o en el tejido adyacente, la falta de resistencia permite que el trofoblasto pase a través del tejido.<sup>10</sup>

La mayoría de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa de falopio (98%) y se distribuyen anatómicamente de la forma siguiente:

- Ampular 70%
- Ístmico 12%
- Fimbria 11.1%

Sin importar la localización el endometrio responde a las hormonas ováricas y placentarias , el endometrio encontrado en este tipo de gestaciones es reacción decidual 42%, endometrio secretor 22% y endometrio proliferativo en 12%

### **Otros sitios de implantación**

#### **Embarazo tubario**

**Existen varios factores relacionados en el origen de las gestaciones ectópicas pero generalmente resultan de condiciones que**

---

**cumplen con las siguientes situaciones**

- **Retrasan o evitan el paso del oocito fertilizado en la cavidad uterina**
- **Factores inherentes al embrión que conllevan una implantación prematura**

**Embarazo cervical**

Raro ,ocurre en menos del 1 % de los casos , se lleva la implantación del trofoblasto en el canal endocervical , dentro de los principales factores de riesgo antecedente de legrado , síndrome de asherman secundario , miomatosis uterina , presencia de dispositivo intrauterino, exposición a dietilestilbestrol

**Embarazo ovárico**

Se presenta en 1 de 7000 gestaciones contrario al ectópico tubario el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria o el uso de dispositivo intrauterino no aumenta el riesgo , se cree que es un evento al azar que no se relaciona con antecedentes previos

**Embarazo intersticial**

Es el segmento proximal de la misma , se ha utilizado también el termino cornual aunque antiguamente se utilizaba solamente para úteros con malformaciones mullerianas, comprende el 2% de los embarazos ectópicos

---

**Embarazo abdominal**

Controversial es su patogénesis , un verdadero embarazo abdominal debe de cumplir los siguientes criterios

- Criterios de stiddiford
  1. Salpinges normales sin evidencia de lesión previa o reciente
  2. Ausencia de cualquier fistula uteroperitoneal
  3. Presencia de gestación relaconada exclusivamente a la superficie peritoneal y suficientemente pequeño para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria a una nidación primaria dentro de la salpinge

Se considera el fondo de saco posterior como el sitio mas frecuente en un 55%, mesosalpinx 27%, omento 9%, fondo de saco anterior, aunque se puede dar la implantación en cualquier lugar de la cavidad abdominal .normalmente se suele realizar un diagnostico tardío en este tipo de gestación

**Embarazo en cicatriz uterina previa**

Antiguamente de difícil presentación , sin embargo en los últimos años ha aumentado la presentación del mismo ,presuntamente al incremento en el numero de cesáreas , la implantación en la cicatriz previa



ultrasonográficamente de observa completamente redondeada de miometrio y de tejido fibroso de la cicatriz separado de la cavidad endometrial y salpínges

### **Cuadro clínico**

Al hablar de cuadro clínico nos referimos a una serie de manifestaciones las cuales son variadas, aparecen típicamente de 6 a 8 semanas después del último periodo menstrual.<sup>11</sup>

La triada clásica del embarazo ectópico se ha descrito como dolor abdominal de predominio hacia alguna fosa iliaca, lo anterior por la localización del anexo, retraso menstrual y sangrado transvaginal oscuro , irregular, intermitente y en escasa cantidad, algunas otras literaturas mencionan que es posible encontrar una masa en fondo de saco posterior a la exploración.

Pueden encontrarse tanto en gestaciones ectópicas íntegras así como rotas, debe de sospecharse en mujeres en edad reproductiva con cualquiera de uno de estos síntomas , especialmente en aquellas con factores de riesgo para gestaciones de localización extrauterina.

El dolor tipo cólico es generalmente el principal manifestación clínica, se cree que secundariamente a la distensión de la tuba uterina ,puede percibirse en cualquier parte del abdomen pero generalmente suele localizarse en el hipogastrio con irradiación y/o mayor intensidad en el lado donde se localiza la gestación ,puede incluso llegar a haber dolor irradiado hacia hombro en caso de hemoperitoneo secundario a irritación diafragmática.

Aun cuando la paciente no tenga ausencia de menstruación esto no excluye la presencia de una gestación ectópica , las perdidas transvaginales se producen cuando el soporte endocrino del endometrio decae dando lugar a un ligero sangrado rojo oscuro tanto intermitente como continuo , la decidua uterina se expulsa en el 5 al 10 % de los casos y conlleva contracciones uterinas similares a las de un aborto .

A la exploración física según el momento evolutivo se pueden encontrar diferentes datos en la exploración abdominal desde discreta hipersensibilidad hasta abdomen agudo franco , el dolor abdominal es generalizado en el 45% de los casos , se localiza bilateralmente en los cuadrantes inferiores del abdomen en un 25% y unilateralmente en un cuadrante inferior en un 30%.

Ginecológicamente los hallazgos son variados desde leve aumento en el tamaño del útero , sangrado transvaginal de las características ya referidas , fondo de saco ocupado, dolor a la manipulación anexial .

Se ha encontrado que las pacientes con embarazo ectópico : el 30% de ellos no tendrán sangrado transvaginal, el 10% presentara masa anexial , el 10% no presentara datos anormales a la exploración pélvica.

La localización mas frecuente del embarazo ectópico es la tuba uterina , manifestándose con dolor y sangrado , sin evidencia de embarazo intrauterino y en ocasiones la presencia de una masa anexial , la triada clásica se encontrara únicamente en el 45% de los casos por lo que es indispensable un alto grado de sospecha para el diagnóstico oportuno .

## **Diagnóstico**

Toda paciente en edad reproductiva, sexualmente activa que presenta retraso menstrual dolor abdominal y sangrado esta obligado descartar la presencia de un embarazo ectópico a través de la clínica apoyándonos en estudios de imagen y de gabinete .

Al contar con una prueba de embarazo sérica positiva así como hallazgos a la exploración física que sugieran un embarazo ectópico es de suma importancia descartar esta patología.

Usualmente los síntomas iniciales se manifiesta a las seis semanas después del último período menstrual, las pacientes con este tipo de presentación pueden mostrar todos los síntomas de un embarazo normal aunado de los síntomas sugerentes de un embarazo ectópico, así mismo es importante considerar los factores de riesgo de la paciente para la sospechar la presencia de una gestación extrauterina.

Hasta un 30 por ciento de las mujeres en las que se sospecha una gestación ectópica la evaluación ultrasonografica inicial no mostrará datos de gestación intrauterina o presencia de la misma en los anexos lo que hoy en día se le denomina gestación de localización desconocida o de origen a determinar, hasta un 50% de las pacientes con gestación extrauterina se diagnosticaron inicialmente cómo embarazos de localización desconocida y finalmente hasta un 7% de las mismas se diagnosticaron como un embarazo ectópico ,tener presente que ante la duda diagnóstica de un embarazo tubario indicada la laparoscopia diagnóstica.<sup>12</sup>

La fracción beta de la hormona se vuelve positiva aproximadamente de siete a nueve días después de la concepción, en la gestación que se desarrolla conforme a los límites normales de la hormona comienza su secreción dentro de los días cinco a ocho días. Al hablar de gestaciones ectópicas se ha evidenciado que solo el 30% de estas muestran curvas normales de HGC-b.

En el 70% de los embarazos de este tipo la hormona aumenta de forma paulatina para posteriormente permanecer en estado de meseta y descender gradualmente. Se ha demostrado que los niveles de progesterona no son confiables ,el nivel de progesterona sérica tiene una sensibilidad del 15% para detectar falla del embarazo temprano , como marcador estable del primer trimestre ,los niveles

---

mayores de 22 ng/ml hablan de un embarazo intrauterino viable mientras que valores menores de 5 ng/ml son indicativos de un embarazo no viable .

## Ultrasonido

El reconocer los hallazgos ultrasonográficos característicos de una gestación temprana normal y anormal facilita el reconocimiento de un embarazo ectópico. La sensibilidad del ultrasonido transvaginal para realizar el diagnóstico de gestación ectópica varia del 73 al 93%y es dependiente de la edad gestacional y de la habilidad del ultrasonografista<sup>13</sup>

<b>Edad gestacional</b>	<b>Hallazgos ultrasonográficos</b>	<b>Comentario</b>
<b>Gestación intrauterina normal</b>		
<b>Menor de 5 semanas después del ultimo periodo menstrual</b>	Saco gestacional localizado de forma excéntrica, diámetro de 0.2 a 0.5 cm se puede visualizar dentro de una capa de endometrio	
<b>5 semanas después del ultimo periodo menstrual</b>	Signo de la doble decidua: dos anillos ecogénicos rodeados por liquido intrauterino	Se debe de diferenciar el pseudo saco ; algunas veces se asocia con gestación ectópica
<b>5.5 semanas después del ultimo periodo menstrual</b>	Se observa saco de yolk dentro del saco gestacional	Se considera que es una prueba de confirmación definitiva de una gestación intrauterina
<b>6 semanas después del ultimo periodo</b>	Polo embrionario	

**menstrual**

**6.5 semanas después del último periodo menstrual** Actividad cardíaca visible

**Gestación intrauterina no viable**

**Gestación anembrionica** Saco gestacional con diámetro promedio mayor a 2 cm sin evidencia de polo embrionario El saco gestacional, la mayoría de las veces es asimétrico

**Muerte embrionaria fetal** o LCC >0.5 cm sin actividad cardíaca

**Gestación ectópica (tubario)**

**Gestación extrauterina viable** Saco gestacional extrauterino con polo embrionario y actividad cardíaca

**Gestación extrauterina no viable** Saco gestacional extrauterino con polo embrionario sin actividad cardíaca

**Signo del anillo** Masa anexial con anillo hiperecogénico alrededor del saco gestacional

**Masa no homogénea** Masa anexial separada del ovario Se observa en un 60% de las gestaciones ectópicas diagnosticadas por ultrasonido, tiene un valor predictivo positivo de 80 a 90%

---

**Tratamiento**

El objetivo primario del diagnóstico oportuno y temprano de la gestación ectópica es limitar la morbilidad y evitar la mortalidad resultante de esta patología.

El tratamiento quirúrgico puede consistir en la resección de la salpíngex afectada (salpingectomía) o disecar la gestación ectópica y preservar la salpíngex (salpingostomía).

### **Tratamiento médico**

Se introdujo por primera vez en 1982 el objetivo del tratamiento médico con metotrexato es la muerte selectiva del citotrofoblasto del sitio de implantación en la tuba, es un antagonista del ácido fólico, inhibe la síntesis del ADN y la replicación celular a través de la reducción de la enzima dihidrofolato reductasa.<sup>14</sup>

Las candidatas óptimas para el tratamiento con metotrexato son aquellas pacientes que :

- Hemodinámicamente estables
- Dispuestas y capaces de un seguimiento posterior al tratamiento
- Niveles de HCG-β menores o iguales a 5000
- Sin actividad cardioembrionaria
- Masa ectópica con un diámetro menor de 3 a 4 cm

Pacientes que deben de ser candidatas a recibir tratamiento quirúrgico

- Paciente Hemodinámicamente inestable
- Signos de ruptura inminente o en evolución
- Alteración importante de los resultados de la biometría hemática, pruebas de función hepática o renal
- Inmunodeficiencia
- Enfermedad pulmonar activa
- Úlcera péptica
- Hipersensibilidad al tratamiento
- Gestación intrauterina viable coexistente

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

**TITULO:** Factores de riesgo en mujeres con embarazo ectópico en un Hospital Privado de la Ciudad de México.

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Cuáles son los factores de riesgo sociales, demográficos, sexuales y reproductivos para presentar un embarazo ectópico en pacientes de un Hospital Privado?

**OBJETIVO:** Identificar los factores de riesgo sociales, demográficos , sexuales y reproductivos en pacientes que desarrollan embarazo ectopico y compararlos con la literatura mundial.

**HIPÓTESIS:** El aumento en la presentación del embarazo ectópico esta asociado a factores sociales, demográficos, sexuales y reproductivos actuales.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** La incidencia de la gestación ectópica varia de 1:40 a 1:100 gestaciones, ocurre en el 0.5 al 2%de todos los embarazos y su recurrencia es de 15 a 20%<sup>15</sup>.

La estadística mexicana reporta que en el 2013 , del total de egresos hospitalarios de mujeres de 15 a 49 años por padecimientos que condicionaron una emergencia obstétrica el 15% se debió a gestaciones extrauterina<sup>16</sup>

**JUSTIFICACIÓN:** El identificar los factores de riesgo para desarrollar un embarazo ectópico en la población ayudará a la institución a detectar y tratar de manera oportuna a las pacientes con dicha patología.

---

Permitirá tomar medidas preventivas para diagnosticar de manera rápida a nuestras pacientes.

El determinar los principales factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en nuestra población nos permitirá actualizar las estadísticas del Hospital Ángeles México y con ello entender mejor la patología.

A nivel personal es requisito por parte de la Universidad para concluir satisfactoriamente el curso de alta especialidad.

## **METODOLOGIA**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Se pretende realizar un estudio de tipo retrospectivo ,transversal, descriptivo y observacional que incluya a las pacientes que ingresaron al área de labor del Hospital Ángeles México con el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico atendidas en el período comprendido de enero del 2014 a enero del 2017

- Retrospectivo: Ya que nuestro diseño de estudio está planeado realizarse posterior a los hechos estudiados y la obtención de datos será a través de los expedientes clínicos proporcionados.
- Transversal: Ya que examinaremos la relación de una patología y una serie de variables en nuestra población determinada en un solo momento del tiempo.
- Descriptivo: Ya que los datos serán utilizados con finalidad narrativa, se describirán los factores de riesgo en la población de estudio.
- Observacional, puesto que a lo largo del protocolo nos limitaremos a observar, medir y analizar determinadas variables sin ejercer un control directo de la intervención .
- Del período comprendido de enero del 2014 a enero del 2017

En donde se acudirá al archivo del Hospital para tener acceso a la revisión de los expedientes clínicos y tomar de ellos las diferentes variables a estudiar



previamente seleccionadas con una revisión bibliográfica del tema elegido, para posteriormente con la información recopilada realizar la estadística descriptiva para el análisis de las variables usando programas estadísticos electrónicos en este caso el SPSS versión 21.

Para la obtención de la información se hará un formato especial el cual nos facilitará la recolección de las variables a estudiar.(Anexo 1)

Delimitaremos las variables a estudiar con el fin de evitar sesgos, las cuáles a continuación se detallan.

### Definiciones operacionales

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala de Medición</b>
Embarazo ectópico previo	Implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina	SI NO	Cualitativa	Dicotomica
Localización de embarazo ectopico previo	Lugar de implantación de la gestación extrauterina previa	Salpinge Intersticial Ovario Abdominal Cervical	Cualitativa	Nominal
Tipo de embarazo ectopico actual	Lugar de implantación de la gestación extrauterina actual	Salpinge Intersticial Ovario Abdominal Cervical	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años	Cuantitativa	Ordinal
Estado civil	Condición de una persona en relación	Soltera Casada	Cualitativa	Nominal

	con su filiación que se hace constar en el registro civil	Unión Libre Viuda Divorciada Separada Otro		
Inicio de vida sexual activa	Edad en la que se tiene la primera relación coital	Años	Cuantitativa	Ordinal
Método de planificación familiar	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales	Preservativo (Condón) Hormonal Transdérmico (Parche) SIU de levonorgestrel (DIU con hormonas) DIU de cobre Implante subdérmico de Etonorgestrel (Implante en el brazo) Salpingoclasia (Ligadura de trompas) Coito interrumpido Ritmo Hormonal oral (Pastillas)	Cualitativa	Nominal

		Hormonal Inyectable (Inyectable) Otro		
Antecedente de infección de transmisión sexual	Presencia de alguna Infección de Transmisión Sexual en el historial clínico de un individuo	Si No	Cualitativa	Nominal
Patología tubaria previa	Cualquier condición que altere la trompa de Falopio que condiciona inflamación	Si No	Cualitativa	Dicotómica
Cirugía tubaria previa	Cirugía previa a nivel de las salpinges	Si No	Cualitativa	Dicotómica
Endometriosis	Aparición y crecimiento de tejido endometrial fuera del útero	Si No	Cualitativa	Dicotómica
Enfermedad pélvica inflamatoria	Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix	SI NO	Cualitativa	Dicotómica

Técnica de reproducción asistida	Todas aquellas técnicas mediante las cuales se trata de aproximar en forma artificial a los gametos femeninos y masculinos con objeto de favorecer el embarazo	Si NO	Cualitativa	Dicotómica
Tabaquismo	Consumo de derivados del tabaco	Si No	Cualitativa	Dicotómica
Parejas sexuales	Numero de parejas con las que ha mantenido relaciones coitales	1 2 3 4 Mas de 5	Cuantitativa	Ordinal

Para la realización de la base de datos se utiliza el siguiente formato de recolección y se muestra una captura de pantalla de la base de datos en el programa de SPSS

Recolección de datos.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Folio	Numérico	8	0	Folio	Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Escala	Entrada
2	Edad	Numérico	8	0	Edad	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Desconocido	Entrada
3	Estadocivil	Numérico	8	0	Estado civil	{1, Soltera}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
4	IVSA	Numérico	8	0	Inicio de vida sexual activa	Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Escala	Entrada
5	ParejasSexuales	Numérico	8	0	Parejas sexuales	Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Escala	Entrada
6	MetodoPlanificaciónFamiliar	Numérico	8	0	Metodo de planificación familiar	{1, Preserva}...	Ninguna	8	Izquierda	Escala	Entrada
7	Embarazosprevios	Numérico	8	0	Numero de embarazos	Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Escala	Entrada
8	Resolucióndebarazoprevio	Numérico	8	0	Resolución de embarazos previos	{1, Cesárea}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
9	Embarazoectopicoprevio	Numérico	8	0	Embarazo ectópico previo	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
10	Localizacióndebarazoprevio	Numérico	8	0	Localización del embarazo ectópico previo	{1, Salpinge}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
11	Tabaquismo	Numérico	8	0	Tabaquismo	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
12	Numerodecigarros	Numérico	8	0	Numero de cigarrillos al día	Ninguna	Ninguna	8	Izquierda	Escala	Entrada
13	AntecedenteETS	Numérico	8	0	Antecedente de enfermedad de transmisión s...	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
14	TipoETS	Numérico	8	0	Enfermedad de transmisión sexual presentada	{1, Infecció}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
15	Patologiatubariaprevia	Numérico	8	0	Patología tubaria previa	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
16	Cirurgiatubariaprevia	Numérico	8	0	Cirugía tubaria previa	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
17	AntecedenteEPI	Numérico	8	0	Antecedente de Enfermedad Pelvica Inflamat...	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
18	AntecedenteEndo	Numérico	8	0	Antecedente de Endometriosis	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
19	Tecnicasdereproduccionasistida	Numérico	8	0	Embarazo bajo técnica de reproducción asistida	{1, SI}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
20	Localizacionectopicoactual	Numérico	8	0	Localización del embarazo ectópico actual	{1, Salpinge}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
21	Estadodelbarazoprevio	Numérico	8	0	Estado del embarazo ectópico actual	{1, Roto}...	Ninguna	8	Izquierda	Nominal	Entrada
22											
23											

Vista de datos    Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Variabes en el programa de SPSS, para el vaciado de la información recopilada con las hojas de recolección de datos , lo anterior para empezar a construir la base.

## ASPECTOS ÉTICOS

Por cuestiones éticas, se cuenta con un contrato de confidencialidad para la protección de datos de la información recopilada.

Se trata de una investigación sin riesgo solamente abarca la revisión del expediente clínico , no se revela nada de información confidencial del estudiado

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujer en edad reproductiva
- Sexualmente activa
- Con retraso menstrual

- Presencia HGC (hormona gonadotrofina coriónica humana) positiva en sangre
- Que cuente con cuadro clínico sugestivo de gestación extrauterina y esta se confirme por clínica, laboratorios y estudios de gabinete
- Expediente clínico completo

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tras la realización de estudios de gabinete, encontrar datos sugestivos de embarazo intrauterino
- Datos de gestación heterotópica
- No contar con expediente completo
- No contar con el reporte definitivo de histopatología

### POBLACIÓN Y MUESTRA

Se calculo el tamaño de la n <sup>17</sup>

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

En donde:

- N: 77
- k: 1.96
- e: 5%
- p: 0.5
- q: 0.5

n= 64

## RECURSOS

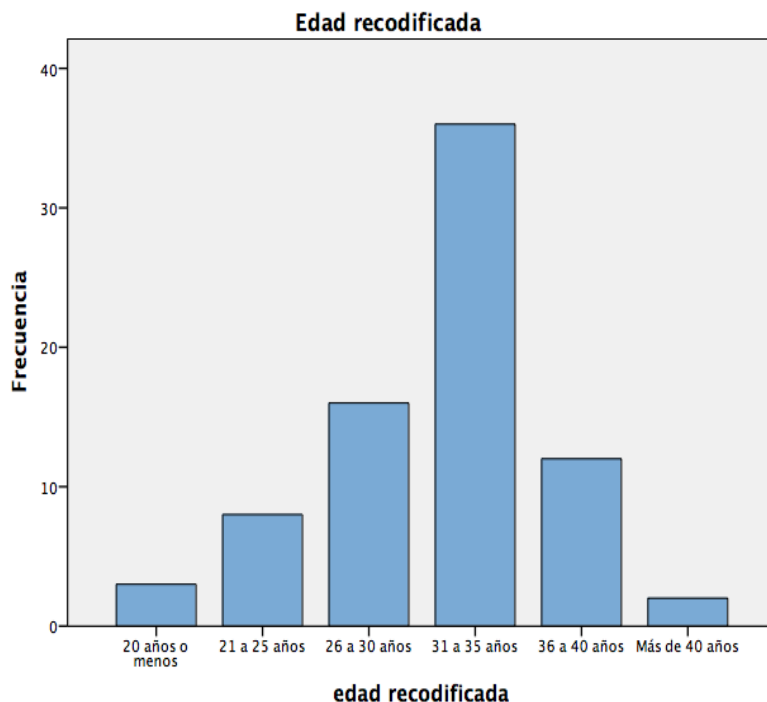
- Humanos: Tesista, asesor experto, asesor metodológico.
- Materiales: Computadora con programa de análisis de datos (SPSS), hojas de recolección de datos y contrato de confidencialidad, impresora para al término del protocolo imprimir en varios juegos el trabajo a presentar.
- Financieros: Se necesitará para la impresión y fotocopias de las hojas de recolección ,posteriormente impresión del trabajo final y la encuadernación del mismo, todos los gastos serán absorbidos por el tesista,

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ver en anexos

## RESULTADOS Y GRÁFICAS

Se revisaron 78 expedientes, de los cuáles se eliminó uno (1) ya que no se corroboró el diagnóstico histopatológico.



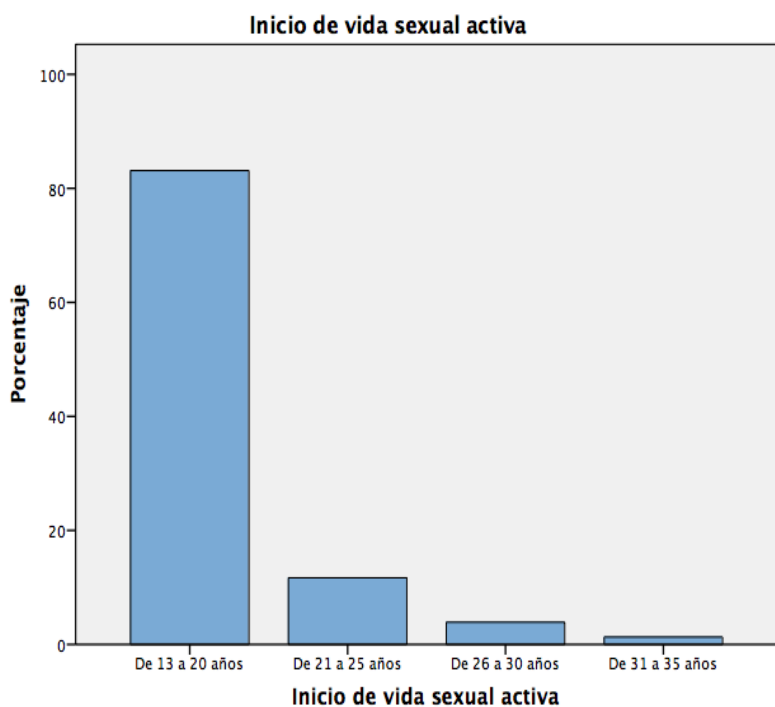
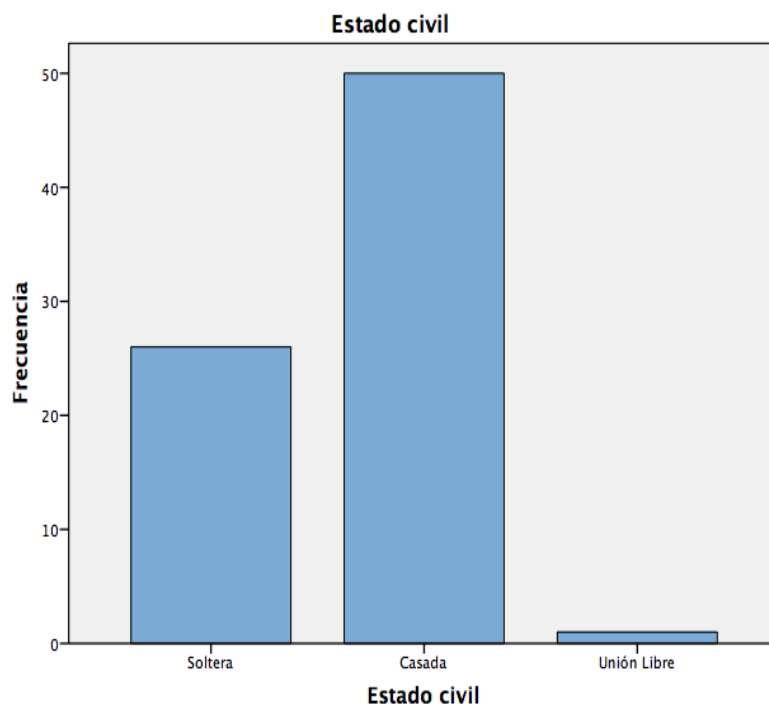
### Edad

La edad mínima de las pacientes fue de 17 años siendo 43 la máxima , se hicieron diversos grupos de edad, el primero de ellos correspondió a pacientes menores de 20 años encontrando tres en este, el cuál corresponde al 3.9%, en el grupo de 21 a 25 años

se encontraron 8 pacientes (10.4%), el tercer grupo comprendió pacientes de 25-30 años con 16 en este (20.8%), el grupo más grande correspondió al de pacientes de 31 a 35 años con 36 pacientes(46.8%),en el grupo de 36 a 40 años se encontraron 12 pacientes(15.6%) y finalmente únicamente dos pacientes mayores de 40 años (2.6)%.

### Estado civil

El 33.8%(26) de la población correspondió a pacientes solteras, el 64.9%(50) de casadas y el 1.3% (1)pacientes en unión libre.



### Inicio de vida sexual

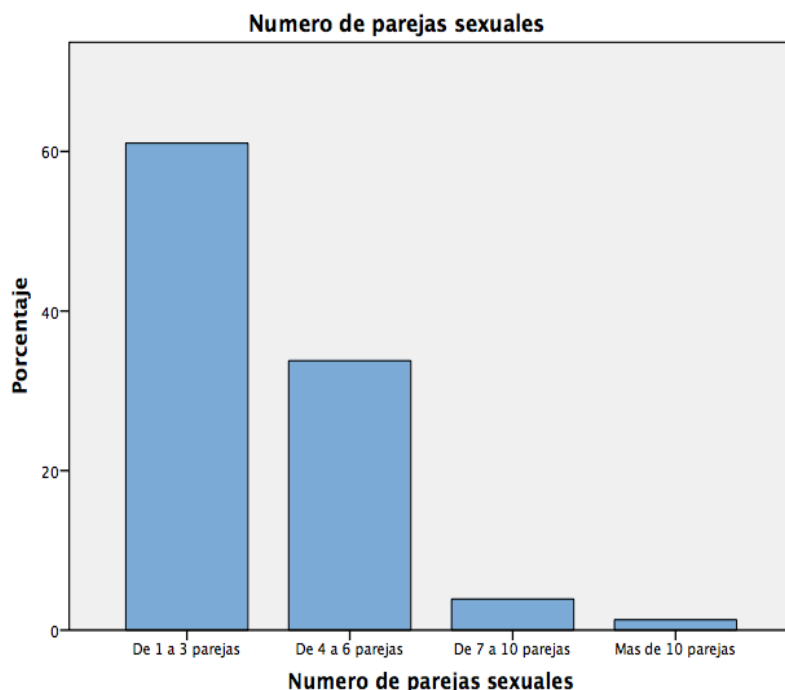
La edad mínima de inicio de vida sexual activa fue de 17 años , la máxima de 32 , siendo la media 18.47, la mediana de 18 y la moda 18 años.  
De las mismas edades se



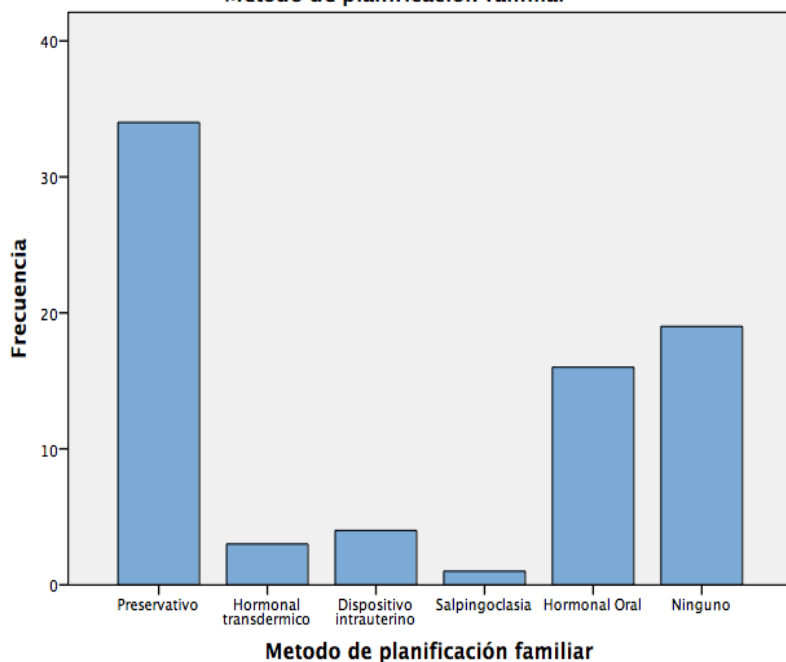
realizaron grupos; el primero de ellos de 13 a 20 años con 64 pacientes (83.1%), de 21 a 25 años el 11.7%(9 pacientes) , de 26 a 30 años 3 pacientes(3.9%), de 31 a 35 años 1 paciente (1.3%).

### Número de parejas sexuales

La media de parejas sexuales fue de 3.35 , la mediana de 3 y la moda de 2 ,la mínima 1, siendo 18 la máxima, de los mismos se realizaron grupos de edad encontrando que el 61% de las pacientes (47) correspondían al grupo de 1 a 3 parejas sexuales, el 33.8% (26 pacientes) con 4 a 6 parejas sexuales, tres pacientes con 7 a 10 parejas sexuales que correspondió al 3.9%, una paciente en el grupo de mas de 10 parejas sexuales .



Metodo de planificación familiar



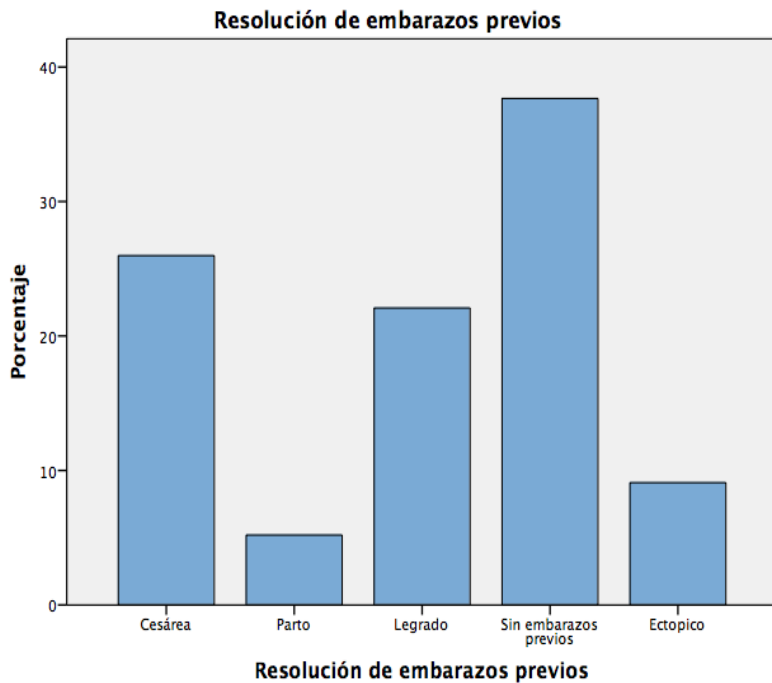
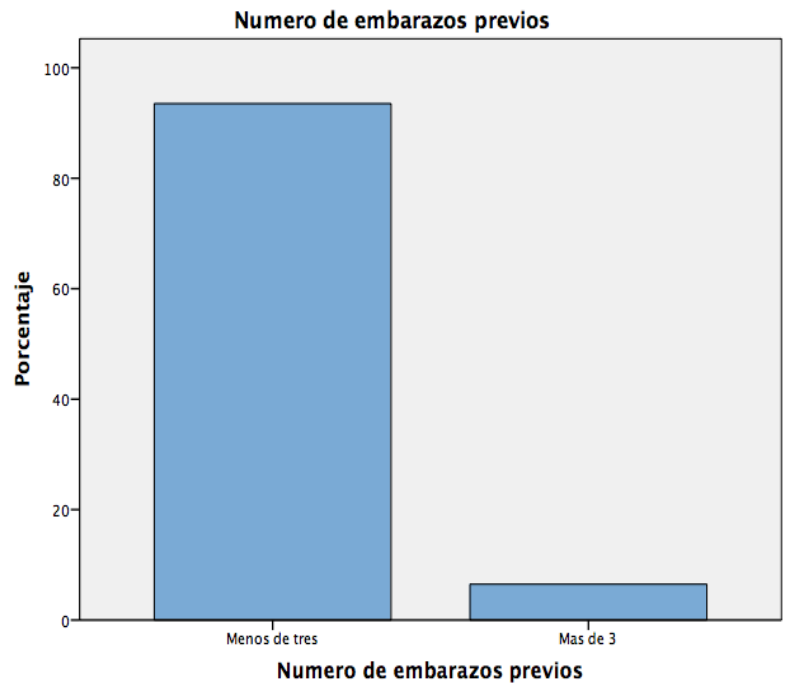
### Método de planificación familiar

El método de planificación familiar más utilizado fue el preservativo con 34 usuarias (44.2%), 3 con hormonal transdérmico (3.9%), 4 con Dispositivo intrauterino (5.2%) sin especificar el tipo de este,

1 con salpingoclasia (1.3%), 16 pacientes bajo uso de hormonales orales (20.8%) y 19 de las estudiadas sin utilización de método actual al momento del ingreso (27.4%).

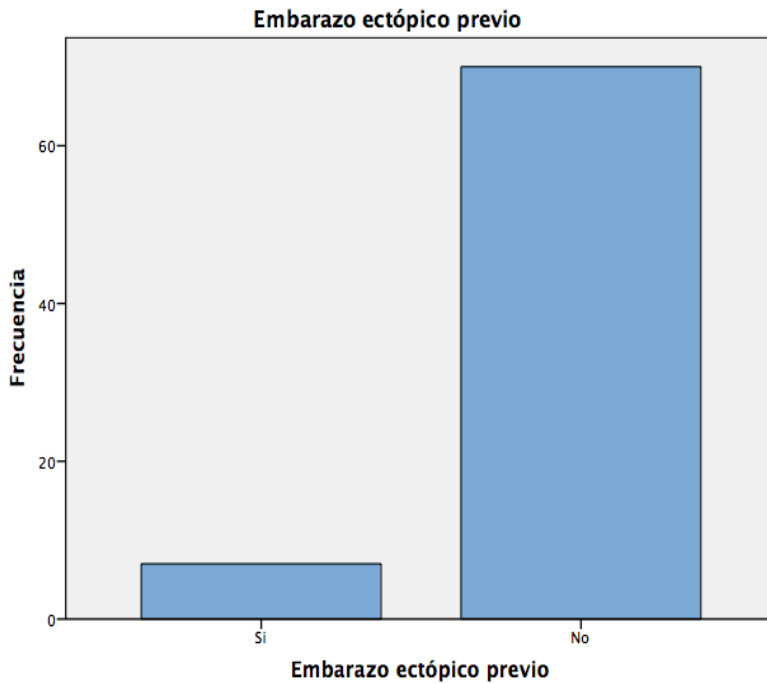
### Número y vía de resolución de embarazos previos

El 6.5% de la población estudiada fueron multigestas ( 5 pacientes). Se realizaron grupos ya que para fines estadísticos se requería separar a las pacientes con mas de 3 embarazos.



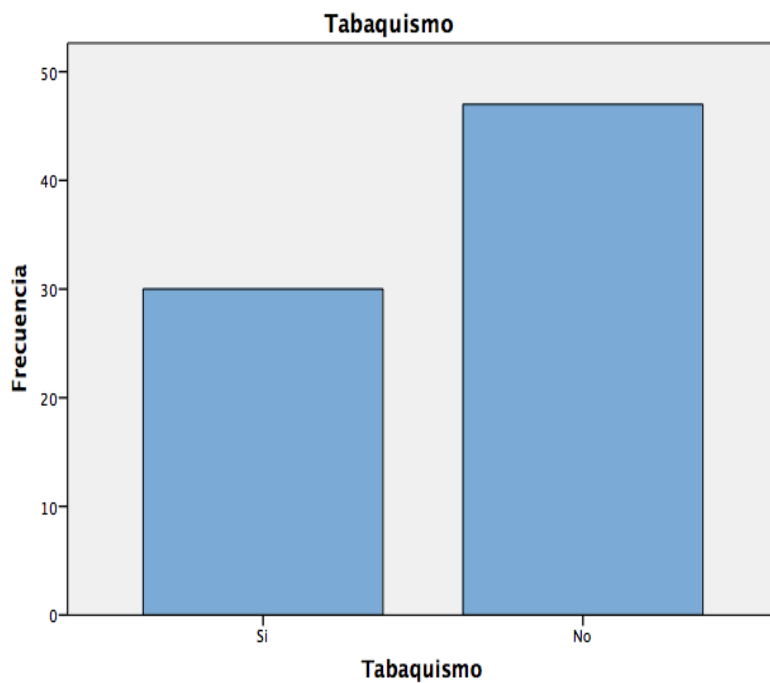
Encontrando que , 29 de las 77 pacientes eran primigestas (37.7%), 20 del total contaban con el antecedente de una cesárea previa (26%), 4 pacientes refirieron parto previo (5.2%), 17 con aborto previo (22.1%), y 7 pacientes con antecedente de embarazo ectópico (9.1%)

## Embarazo ectópico previo



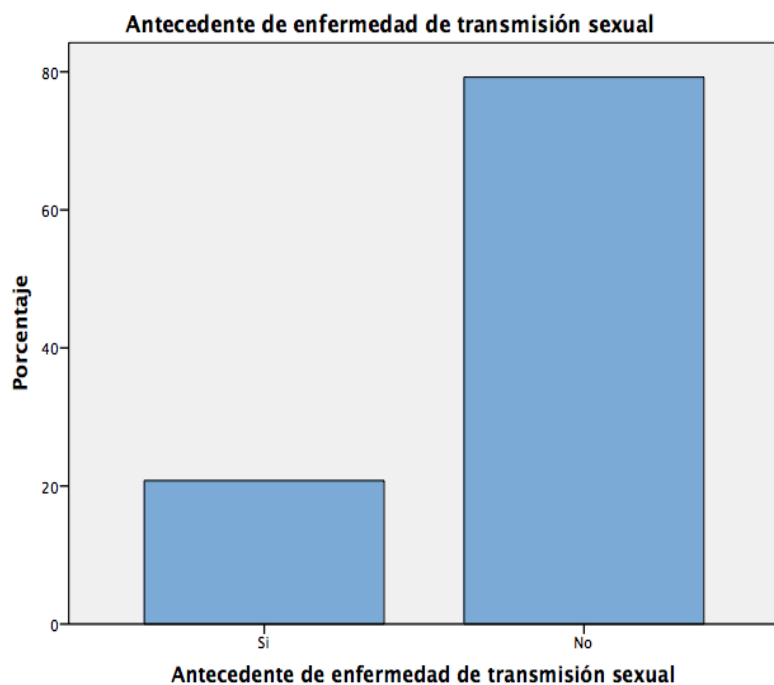
7 de las 77 pacientes contaron con antecedente de embarazo ectópico previo lo cual correspondió al 9.1% de la población referidos todos de localización tubaria .

## Tabaquismo



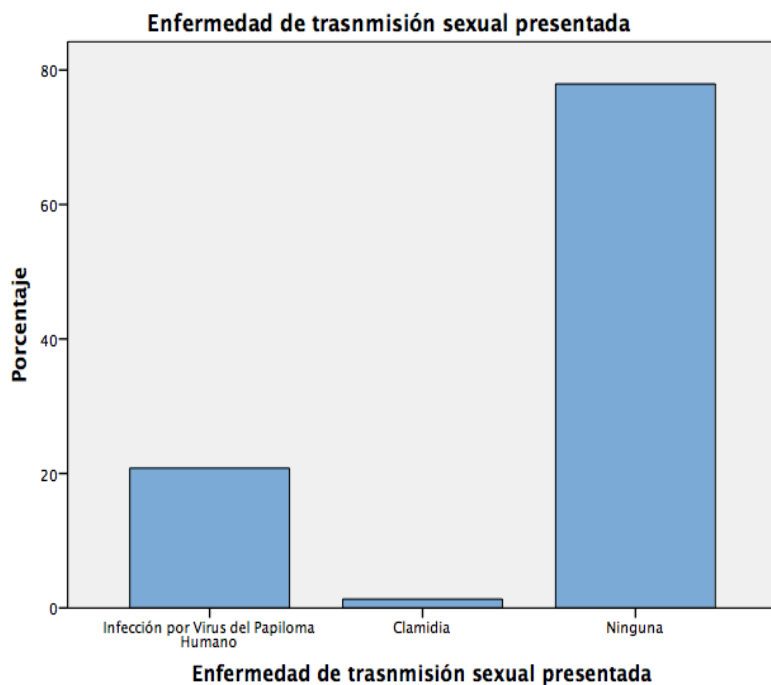
El 39% de las pacientes contaban con tabaquismo positivo (30 pacientes del total), no se incluyeron a las fumadoras pasivas.

## Antecedente de enfermedad de transmisión sexual



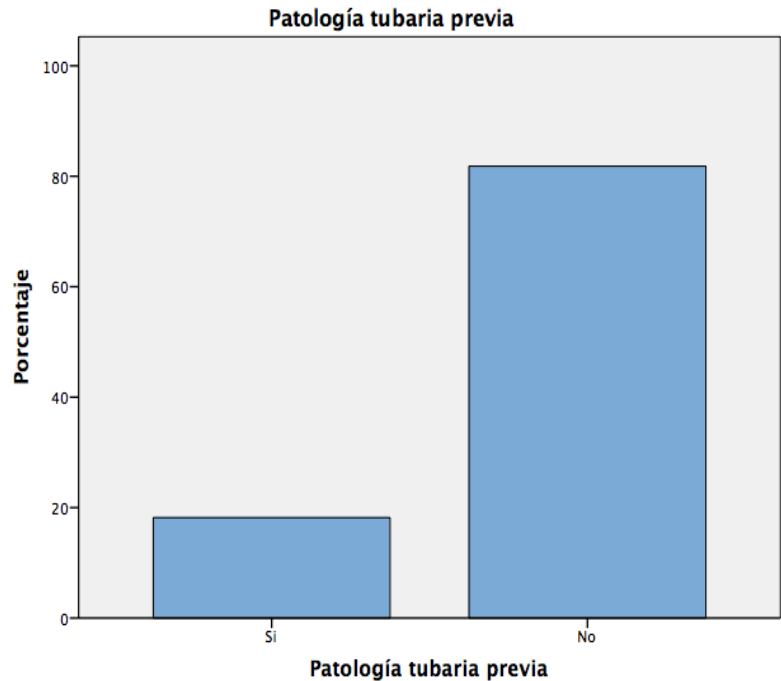
17 pacientes refirieron contar con antecedente de enfermedad de transmisión sexual(22.3%) siendo infección por virus del papiloma humano la más común(16 pacientes), una mas refirió haber padecido clamidia, se preguntaron intencionadamente enfermedad secundaria a gonorrea, herpes,

linfogranuloma, sífilis y VIH.



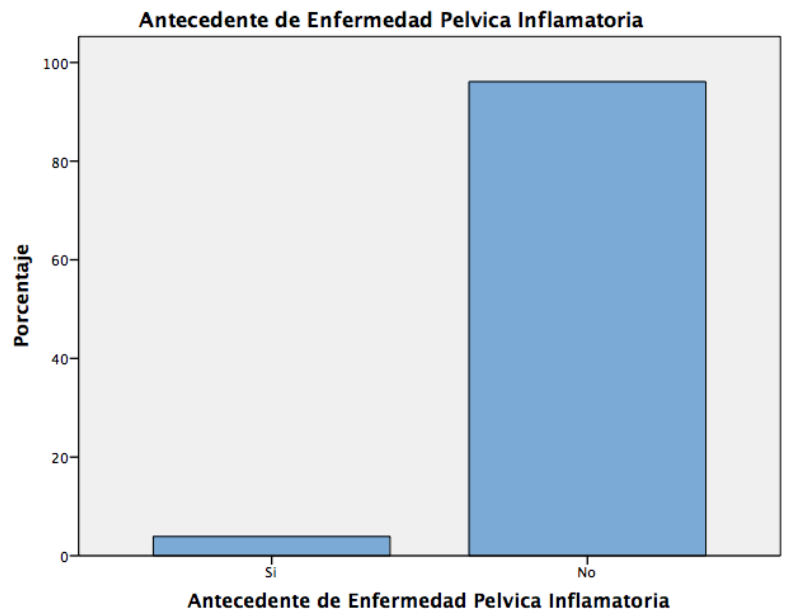
## Alteraciones tubarias

El 18.2% de la población (14 de las 77 pacientes ) refirieron antecedente de alteraciones tubarias, entre las que se englobaron a las 7 pacientes que mencionaron antecedente de cirugía por embarazo ectópico, una (1) mas por realización de oclusión tubaria blilateral, una (1) con recanalización tubaria tubaria , 3 refirieron antecedente de salpingooforectomia por alteraciones ováricas y 2 mas con antecedente de cirugía de las cuales no se especificaron detalles en la historia clínica revisada.



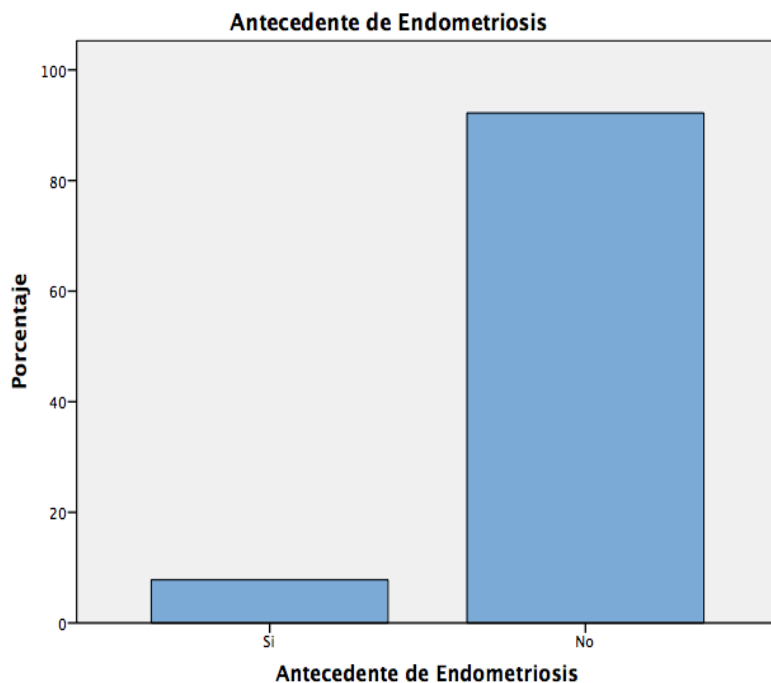
## Antecedente de enfermedad pélvica

3 de las 77 pacientes refirieron antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, sin embargo solamente se encontró en las historias clínicas una paciente con microorganismos compatibles con la misma.



## Endometriosis

6 de las 77 pacientes refirieron en su interrogatorio tener diagnóstico de endometriosis (7.6%).



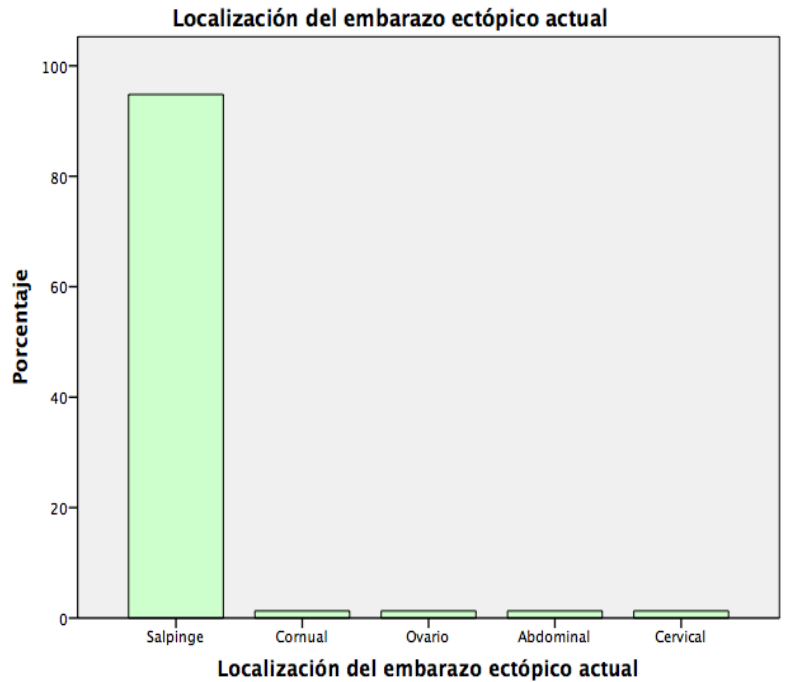
## Embarazo bajo técnica de reproducción asistida

1 de las 77 pacientes refirió que el embarazo actual había sido producto de técnica de reproducción asistida, lo cual correspondió al 1.3% del total.

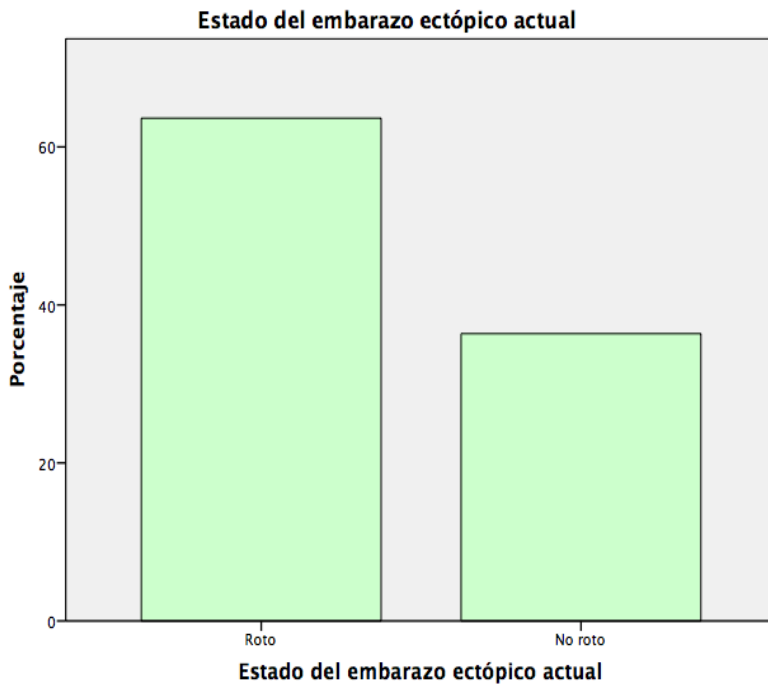
Todos los datos anteriormente descritos corresponden a antecedentes referidos por la paciente al momento de su ingreso al área de urgencias de la institución, los datos que a continuación se presentan, corresponden a la evolución, presentación y vía de resolución del embarazo ectópico actual por el cual la paciente acudió a búsqueda de atención médica, los cuales nos sirven para conocer la epidemiología de nuestro Hospital.

## Localización

La principal localización del embarazo ectópico en la población estudiada fue en la salpínges corroborando 74 casos correspondiendo al 96.3%, se presentó un caso ovárico uno abdominal y uno cervical con el 1.3% cada uno de ellos.



## Estado del embarazo ectópico



49 de los 77 embarazos ectópicos se encontraron rotos al momento de la intervención quirúrgica lo cual correspondió al 63.6% del total de la población estudiada, mientras que en el 36.4% restante no se corroboró ruptura.

### Semanas de retraso menstrual

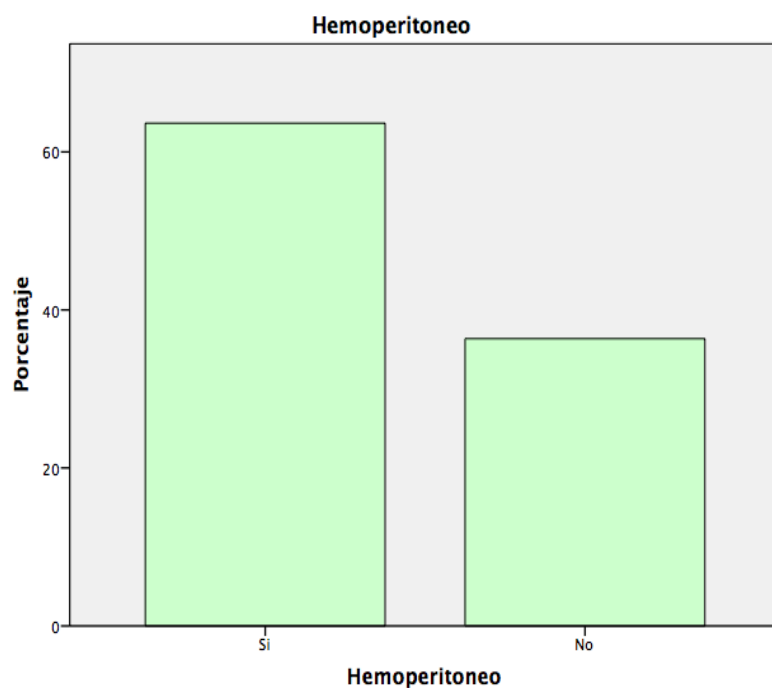
Se tomaron las semanas de retraso menstrual a partir de la Fecha de ultima menstruación referida por la paciente y la fecha del ingreso al servicio de urgencias encontrando que la semana mínima referida fue 4 y la máxima 12, siendo 6.43 la media, 6 la mediana y 6 la moda ocupando 6 semanas el 40.3 % del total

	Frecuencia	Porcentaje
4	3	3.9
5	15	19.5
6	31	40.3
7	13	16.9
8	7	9.1
9	7	9.1
12	1	1.3
Total	77	100.0

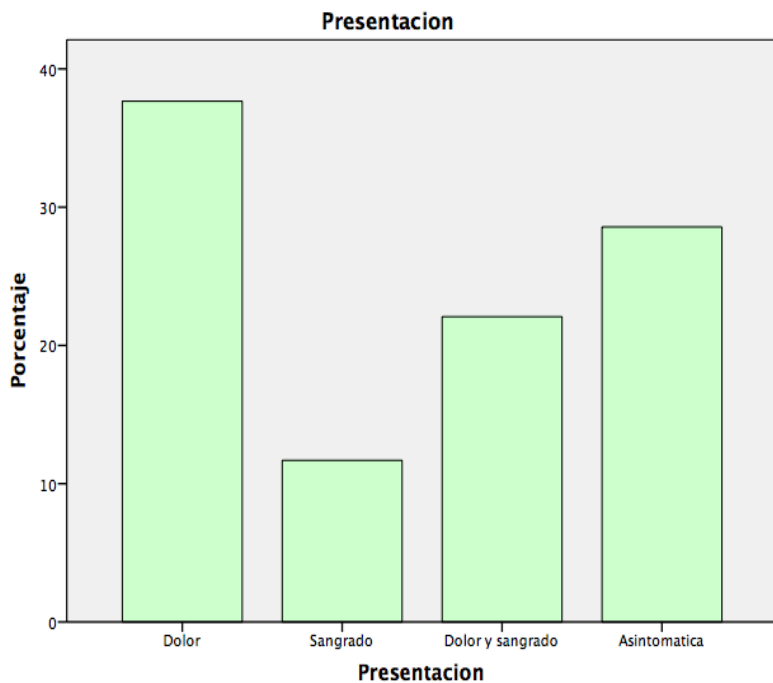
### Hemoperitoneo

En el 63.6 % de las pacientes se corrobora hemoperitoneo (49 de los 77).

El hemoperitoneo minimo referido fue de 50 ml , la moda de 200 ml y el máximo reportado de 2400 .







### Presentación clínica

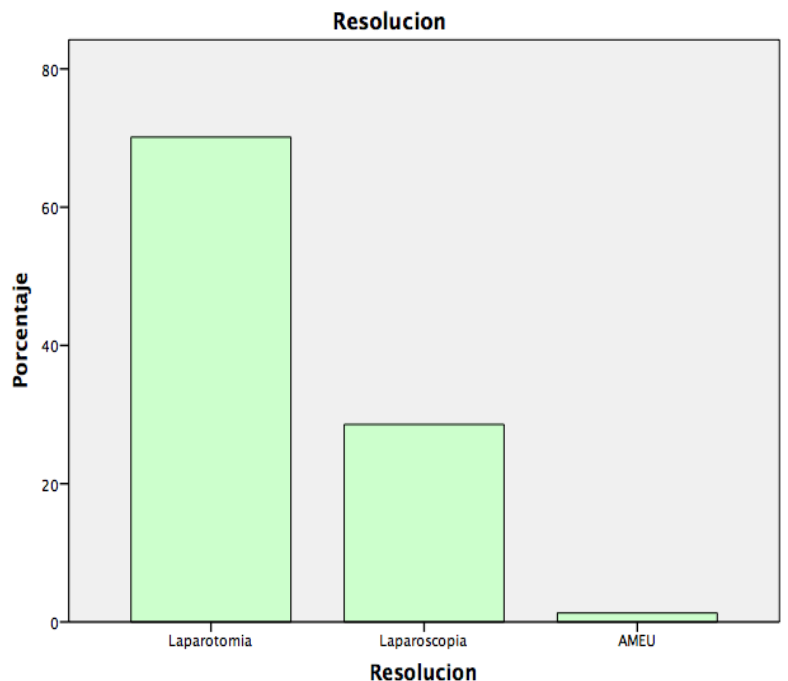
El 37.7% (29/77 casos) presentaron dolor abdominal exclusivo como cuadro clínico, 9 cursaron solamente con sangrado, que correspondió al 11.7%, la triada clásica del embarazo ectopico se presento en el 22.1 % de las pacientes, el 28.6% cursó asintomática.

### Días de estancia intrahospitalaria

El 61% de los casos cursaron con dos días de estancia intrahospitalaria.

### Tratamiento

Todos los tratamientos fueron quirúrgicos, el 70.1%(54 pacientes) fueron sometidas a laparotomía exploradora, 22 de ellas a laparoscopia (28.6%) y una de ellas a aspiración manual endouterina (siendo el embarazo



que se cuantificó como cervical).

### **Salpingectomia VS salpingostomía**

61 de las 74 pacientes fueron sometidas a salpingectomía(82.4%), 13 de ellas a salpingostomía (17.6%). No se consideran el embarazo cervical, abdominal y el ovárico encontrado.

### **Lado de localización**

El 51.3% de los embarazos ectópicos se localizaron del lado derecho lo cual correspondió a 38 de los 74 casos presentadas, mientras que el 48.6% tuvo localización del lado izquierdo.

### **Legrado uterino instrumentado**

En 10 de los 77 casos se realizó legrado uterino instrumentado ,posterior a la realización, sin contar la aspiración manual endouterina como una mas.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Con los resultados obtenidos se realizaron asociaciones entre las variables con la finalidad e encontrar relaciones y significancia estadística, las cuales se presentan a continuación y se sustentan con la literatura actual.

<b>Asociación</b>	<b>Chi cuadrada</b>
<b>Embarazo ectopico y localización</b>	0.001
<b>Grupo de edad y lado de localización</b>	0.001
<b>Estado del embarazo y lado de presentación</b>	0.163
<b>Estado del embarazo y semanas de presentación</b>	0.173

<b>Embarazo ectópico y ruptura</b>	0.163
<b>Embarazo ectópico y numero de parejas sexuales</b>	0.830
<b>Embarazo ectópico e inicio de vida sexual</b>	0.000
<b>Embarazo ectópico y tabaquismo</b>	0.405
<b>Edad y estado del embarazo</b>	0.946
<b>Estado del embarazo y hemoperitoneo</b>	0.000
<b>Embarazo ectopico y alteración tubaria</b>	0.003
<b>Triada clásica y lado de localización</b>	0.161
<b>Triada clásica localización</b>	0.213
<b>Embarazo ectópico y método de planificación familiar</b>	0.714
<b>Embarazo ectópico y numero de gestas</b>	0.795
<b>Embarazo ectópico y vía de resolución del embarazo previo</b>	0.048
<b>Embarazo ectópico y enfermedad de transmisión sexual</b>	0.460
<b>Embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria</b>	0.757
<b>Embarazo ectópico previo y edad</b>	0.002
<b>Embarazo ectópico previo y enfermedad de transmisión sexual</b>	0.002
<b>Embarazo ectopico previo y alteración tubaria</b>	0.003
<b>Embarazo ectopico previo y antecedente de enfermedad pélvica</b>	0.748
<b>Embarazo ectopico y endometriosis</b>	0.553
<b>Embarazo ectopico previo y semanas de presentación de ectópico actual</b>	0.328
<b>Embarazo ectopico previo y hemoperitoneo en el actual</b>	0.341
<b>Embarazo ectopico previo y triada clásica en el actual</b>	0.161
<b>Embarazo ectopico previo y tabaquismo</b>	0.004
<b>Embarazo ectopico previo y localización del actual</b>	0.981
<b>Embarazo ectopico previo y método de planificación familiar</b>	0.053
<b>Semanas de retraso menstrual y legrado uterino</b>	0.498
<b>Triada clásica y semanas de retraso menstrual</b>	0.189

## **Embarazo ectópico y localización**

En nuestros resultados la principal localización del embarazo ectópico fue en la salpinge corroborando 74 casos correspondiendo al 96.3%, se presentó un caso ovárico, uno abdominal y uno cervical, con el 1.3% cada uno de ellos, como lo sustenta la literatura la mayor parte de los embarazos extrauterinos se llevan a cabo en la salpinge, en nuestra revisión se encontró significancia estadística al correlacionar la edad con la localización, encontrando una  $p < 0.001$  todo esto sustentado en que la localización mas común se da en la salpinge.<sup>18</sup>

## **Embarazo ectópico por edad y lado de localización**

Como se mencionó en los resultados anteriores el grupo de edad con mayor cantidad de embarazo ectópico se englobó entre los 31 y 35 años de edad , se encontró significancia estadística en el lado de localización y la edad de la paciente, encontrando que los extremos de la vida en este caso nuestros dos grupos tanto el mas pequeño como el más grande (menores de 20 años y mayores de 40) se caracterizaron por presentar una gestación anidada del lado izquierdo contrario a los grupos de en medio quienes se anidaron principalmente del lado derecho.

## **Estado del embarazo y lado de presentación**

Si bien es cierto se evidencio relación estadística entre el grupo de edad y el lado del embarazo, no hubo significancia entre el estado del embarazo y el lado implicado.

## **Embarazo ectópico y semanas de presentación**

---

No se encontró significancia entre las semanas de presentación del cuadro y el estado del embarazo , la literatura sustenta que la mayoría de los embarazos se rompen en la semana 6 <sup>19</sup>

### **Embarazo ectópico y número de parejas sexuales**

No se encuentra significancia estadística al correlacionar el número de parejas sexuales con respecto a la edad de presentación del embarazo ectópico, ni tomando todas las edades obtenidas ni agrupándolas, las p calculadas respectivamente fueron de 0.722 y 0.830.

### **Embarazo ectópico y ruptura**

Si bien es cierto la mayor cantidad de embarazos ectópicos se presentó en la semana 6, la mayoría de los mismos rotos ocurrieron en la semana 10, sin significancia estadística entre esto.

### **Embarazo ectopico e inicio de vida sexual**

No se evidencio significancia estadística con respecto al número de parejas sexuales, si se evidenció significancia en el estudio realizado con la edad de primera relación sexual, teniendo como media los 18 años de edad para la primera relación.

La literatura sustenta que el inicio de la actividad sexual antes de los 18 años aumenta el riesgo de presentar un embarazo ectopico en un 1.1 a 2.5 veces. <sup>20</sup>

### **Embarazo ectopico y tabaquismo**

No se evidencia significancia estadística entre la presentación de embarazo

---

ectópico y el tabaquismo, se obtiene p 0.405

### **Estado del embarazo y hemoperitoneo**

Lógicamente al encontrarse roto el embarazo ectópico se evidencio hemoperitoneo en cavidad

### **Embarazo ectópico y alteración tubaria**

Se evidenció significancia estadística en aquellas pacientes con antecedente de alteración tubaria y la presencia de un embarazo ectópico actual , encontrando p 0.003, recalcando nuevamente que el principal grupo de presentación del mismo radico en el de la edad de 31 a 35 años.

Sabiendo y apoyándonos en la literatura que el antecedente de cirugía tubaria previa aumenta el riesgo de 6 a 11 veces.<sup>21</sup>

### **Lado y lugar de localización del embarazo ectópico y triada clásica**

No se evidencio significancia estadística en ninguna de las condiciones

### **Embarazo ectópico y método de planificación familiar**

Durante la realización de la revisión llama la atención que la mayoría de las pacientes utilizaban preservativo como método de planificación familiar siendo el grupo de 31 a 35 años las principales usuarias del mismo que coincidentemente es el grupo de edad con mayor cantidad de embarazos ectópicos, sin embargo no se encontró significancia estadística entre su uso y la presentación del embarazo extrauterino, así mismo sin significancia estadística con el uso del dispositivo intrauterino como lo comenta la literatura ,ya que esta descrito que aumenta el riesgo de 1.5 a 4.5 veces, llama la atención que el segundo método mas utilizado

con los hormonales orales , en donde no se encuentra relación entre su uso y la gestación ectópica.<sup>22</sup>

### **Embarazo ectópico y número de gestaciones previas**

Si bien es cierto la mayor parte de las pacientes estudiadas tenían menos de tres embarazos , no se encuentra significancia estadística entre la presentación de un embarazo ectópico y en número de gestaciones previas, llama la atención que el 37.9% de las pacientes cursaban en su primer embarazo, lo cual no influyo en el resultado ya que la p obtenida fue de 0.795.

### **Embarazo ectópico y vía de resolución del embarazo previo**

No se encuentra significancia estadística entre la presentación de un embarazo ectópico y la resolución del embarazo previo, llama la atención que el 37.9% de las pacientes eran primigestas, sin embargo se observa que el 35.1% cursaba ya con manipulación abdominal puesto que ya habían sido sometidas a una laparotomía exploradora, ya sea para resolución del embarazo vía abdominal por cesarea o por el antecedente de un embarazo ectopico previo, 17 pacientes habían sido sometidas a un legrado uterino instrumentado, sin embargo no se encuentra significancia entre lo anterior comentado .

### **Embarazo ectópico y enfermedad de transmisión sexual**

De acuerdo con los resultados obtenidos durante el estudio, coincidió que 17 de las 77 pacientes estudiadas habían tenido antecedente de infección de transmisión sexual, siendo el virus del papiloma humano el mas frecuente correspondiendo al 20.8%, que muestra significancia estadística al obtener una p de 0.002 , lo cual se apoya con lo reportado en la literatura actual que concluye que cuando las lesiones propias de la infección que requieren tratamiento local y/o

---

quirúrgico, si son extensas y tratadas se puede llegar a comprometer la adecuada producción del moco cervical tan necesario para que migren correctamente los espermatozoides hacia el útero y alcancen el óvulo en las trompas. Aun cuando se encuentra descrito que el riesgo es mayor si la paciente cuenta con antecedente de clamidia , por la relación que guarda con la enfermedad pélvica inflamatoria.<sup>23</sup>

### **Embarazo ectópico y enfermedad pélvica inflamatoria**

No se encontró significancia estadística con el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y el embarazo ectópico encontrando p de 0.757 en la revisión realizada.

### **Embarazo ectópico previo y edad**

Se recodificaron las variables para realizar grupos de edad encontrando que la mayor cantidad de embarazos ectópicos se encuentran en el grupo de 31 a 35 años.

Se encontró significancia estadística al obtener p 0.002 al realizar el análisis de embarazo ectópico previo como antecedente, por lo tanto se apoya a la literatura el considerar una gestación extrauterina como factor de riesgo para presentar nuevamente un embarazo ectópico.<sup>24</sup>

De los 7 embarazos ectópicos previos referidos en las pacientes con embarazo ectópico actual , llama la atención que la mayor cantidad de ellas no se encuentran en el grupo de 31 a 35 años sino que ese localizan en el rubro de mayores de 36 años o pacientes que hoy en día se consideran como edad materna avanzada. Mientras que las pacientes con el primer embarazo la mayor cantidad de ellas caen en el rubro de los 31 a 35 años, sin embargo seguimos teniendo una cantidad de pacientes en los extremos de la vida es decir la

---



adolescente y la mujer añosa , la literatura reporta que a mayor edad mayor riesgo de presentar embarazo ectópico ya que sugieren que existe una acumulación de los riesgos ya conocidos.<sup>25</sup>

### **Embarazo ectópico previo y enfermedad de transmisión sexual**

Se encontró significancia estadística entre el antecedente de embarazo ectópico previo y el antecedente de enfermedad de transmisión sexual con una  $p < 0.004$ , tal cual lo sustenta la literatura ,toda condición o procedimiento que altere la anatomía normal de la salpinge o interfiera con el transporte del ovulo a la cavidad uterina contribuye al incremento del riesgo de presentar una gestación extrauterina. 8 <sup>26</sup>

### **Embarazo ectópico previo y enfermedad pélvica inflamatoria**

Si bien es cierto la literatura actual sustenta la relación que existe entre la enfermedad pélvica inflamatoria y el embarazo ectopico, en nuestra revisión no mostró significancia estadística .9<sup>27</sup>

### **Embarazo ectópico y endometriosis**

La literatura actual sustenta la relación existente entre el embarazo ectópico y la endometriosis todo lo anterior apoyado en que dicha patología resulta en alteraciones anatómicas de los órganos pélvicos. Sin embargo en nuestro estudio no hubo significancia estadística con lo anterior. 10 <sup>28</sup>

### **Embarazo ectópico previo y semanas de retraso menstrual en la presentación actual**

Si bien es cierto en nuestra población revisada y de acuerdo al interrogatorio inicial , las semanas de retraso que presentaban las pacientes al momento de ingresar a urgencias fue de 6 semanas, no se correlacionó significancia estadística entre el antecedente de la gestación extrauterina previa y las semanas de presentación al hospital

### **Embarazo ectópico previo y hemoperitoneo en el actual**

La literatura actual reporta que el riesgo de recurrencia en las mujeres con antecedente de embarazo ectópico y tratamiento conservador de una trompa por embarazo extrauterino es del 15%. Por eso se podría llegar a pensar que el riesgo de ruptura del mismo en caso de una nueva aparición es mayor al de la población general que normalmente se rompe en la semana 6-10 de gestación , en nuestra revisión no se encontró significancia entre el antecedente de gestación previa y la presencia de hemoperitoneo por ruptura del nuevo embarazo. <sup>29</sup>

### **Embarazo ectópico y triada clásica en el actual**

La guía de practica clínica para diagnostico y tratamiento del embarazo ectópico señala que la triada clásica(dolor, retraso menstrual y sangrado) se presenta en el 45% de la población, se encontró que en la población estudiada únicamente apareció en el 22.1% que equivalen a 17 de los 77 casos, se realizaron os diferentes análisis sin encontrar relación entre el antecedente de embarazo ectopico previo y triada clásica de presentación.

Sin embargo llama la atención que ninguna de las pacientes con embarazo ectópico previo presento triada clásica.

### **Embarazo ectópico previo y tabaquismo (calculado en número de cigarros al día)**

De acuerdo a la literatura el tabaquismo es considerado un factor de riesgo mayor para la presentación de un embarazo ectópico. Según Waylen el tabaquismo aumenta la probabilidad de un embarazo ectópico debido a la disminución de la motilidad tubaria, se señala como un factor de riesgo importante por inhibición inmunológica, alteraciones de la motilidad tubaria y predisposición al proceso inflamatorio crónico.

En nuestro estudio realizado se encontró significancia estadística entre el tabaquismo y la presentación de la patología con una p de 0.04.

### **Embarazo ectópico previo y localización del embarazo ectópico actual**

No se encontró significancia estadística, sin embargo se corroboró que la localización más frecuente del embarazo ectópico es en la salpínx. El lugar de implantación más frecuente es la trompa (98%): Ampular: 80%. Ístmico: 12%. Cornual (intersticial): 2,2%. Fimbrias: 6%, Otras localizaciones más raras son el ovario (0,15%), el cérvix (0,15%) y el abdomen (1,4%). 13<sup>30</sup>

### **Embarazo ectópico previo e inicio de vida sexual**

No se encontró significancia estadística entre el antecedente de embarazo ectópico previo y el inicio de vida sexual activa, la literatura reporta que pacientes que inician vida sexual a menor edad tienen mayor riesgo de presentar embarazo ectópico a lo largo de su vida ya que aumenta el riesgo 1.1 a 2.5 veces.<sup>31</sup>

### **Embarazo ectópico previo y mililitros de hemoperitoneo**

---

Al realizar los cruces correspondientes no se encontró significancia estadística, llama la atención que únicamente 3 de los 7 embarazos ectópicos previos presentaron hemoperitoneo 2 de ellas cayendo en el grupo de 251 a 500 ml y otra mas en el grupo de 1001 a 1250 ml.

### **Embarazo ectópico previo y método de planificación familiar**

No se encontró significancia estadística con el antecedente de utilización de algún método anticonceptivo, llama la atención que de las 7 paciente únicamente 1 de ellas utilizaba dispositivo intrauterino y una mas contaba con antecedente de oclusión tubaria bilateral, que corresponde al 14.3% cada una.

### **Embarazo ectópico previo y estado del embarazo actual**

No se encontró significancia estadística sin embarazo llama la atención que 5 de las 7 pacientes con antecedente de embarazo ectopico previo se presentaron al área de urgencias con ruptura del embarazo ectopico actual.

### **Embarazo ectópico previo y lado de localización del embarazo ectópico actual**

No se encontró significancia estadística entre el lado de presentación del embarazo ectópico , sin embargo como se menciona e las líneas previas si hubo significancia en el lado de presentación y la edad ya que los extremos de la vida presentaron embarazos del lado izquierdo.

### **Semanas de retraso menstrual y legrado uterino**

Se realizó legrado uterino instrumentado en 10 pacientes de las 77 estudiadas , estando 6 de estas dentro de las 10 semanas de retraso menstrual referido , dicho procedimiento se sustenta en la reacción de Arias Stella la cual se define como la

modificación que ocurre en el endometrio hipersecretor que afecta fundamentalmente a los núcleos. Se observa en el endometrio del embarazo extrauterino y en la retención de restos ovulares. 15<sup>32</sup>

### **Triada clásica y semanas de retraso**

No se encontró relación entre las semanas de atención medica y el cuadro clínico presentado.

### **Cruces adicionales**

Se realizaron cruces para encontrar relación entre la escolaridad de la paciente y el método de planificación familiar , inicio de vida sexual activa, parejas sexuales, tabaquismo, antecedente de enfermedad de transmisión sexual , patología tubaria previa , cirugía tubaria previa, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria , endometriosis y embarazo bajo técnica de reproducción asistida sin encontrar relación entre ellas.

## **CONCLUSIONES**

- La gestación ectópica ocurre en el 1.8% de las gestaciones que ingresan al Hospital Ángeles México.
- La tasa de embarazo ectópico para los años estudiados fue de 25.895%,17.845% y 13. 067% respectivamente.
- Se revisaron 78 expedientes de los cuales se excluyó uno ya que no se corroboró el diagnóstico histopatológicamente.

- El grupo de edad con mayor cantidad de ectópicos fue el de 31 a 35 años donde se registraron 36 pacientes correspondiendo al 46.8% del total de las estudiadas.
- El 64.9 de las pacientes afirmaron ser casadas.
- La edad mínima de inicio de vida sexual activa se registro a los 17 años , la máxima a los 32 , el 83.1% de las pacientes inicio su vida sexual entre los 13 y 20 años , la media para el número de parejas sexuales fue de 3.35.
- Solamente el 5.2% de la población tenia como antecedente el uso de Dispositivo intrauterino, siendo el preservativo el más referido con un porcentaje de 44.2%
- El 37.7% de las pacientes eran primigestas ,llama la atención que el 26% del total contaban con el antecedente de una cesárea previa.
- Solamente el 6.5% de las pacientes eran multigestas.
- 7 de las 77 pacientes contaban con el antecedente de un embarazo ectópico previo que corresponde al 9.1% todos referidos de localización en salpíngex.
- El 39% de las pacientes contaban con tabaquismo positivo
- 17 de las 77 pacientes refirieron el antecedente de padecer una infección de transmisión sexual , 16 de ellas secundaria a infección por virus del papiloma humano.
- 3 pacientes contaban con antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria correspondiendo al 3.9%.

- Seis pacientes refirieron haber padecido endometriosis (7.8%)sin especificar más detalles.
- Uno de los 7 embarazos fue bajo técnica de reproducción asistida.
- Si bien es cierto la principal finalidad del presente trabajo fue estudiar factores de riesgo, al realizar la base de datos recabamos más información la cual es de utilidad para conocer mas a la población de nuestro hospital
- El 96.1% de los embarazos fueron de localización en salpínge ,uno mas ovárico, otro abdominal y uno cervical que corresponden al 1.3% cada uno.
- El 63.6% de los ingresos fueron de una gestación ectópica rota (49/77)
- El 40.3 de las rupturas se dio en la semana 6 de gestación.
- El 63.6% de las pacientes presentaron hemoperitoneo siendo el máximo de 2400 cc.
- La triada clásica del embarazo ectópico únicamente se presento en el 22.1 % del total, llama la atención que 28.6%(22 pacientes) cursaron asintomáticas.
- El promedio de días de estancia intrahospitalaria fue de 2.
- La vía de resolución fue el 70.1%(54 pacientes)se sometieron a laparotomía exploradora, 22 pacientes(28.6%)entraron a laparoscopia y a una de ellas se le realizo aspiración manual endouterina por embarazo ectópico cervical.
- Al 82.4 % se le realizó salpingectomia, el 51.3 % los embarazos se

anidaron del lado derecho, 48.6% del lado izquierdo, se excluye el cervical, ovárico y abdominal.

- 10 de las pacientes(13%) fueron sometidas a legrado uterino instrumentado.
- En nuestros resultados la principal localización del embarazo ectópico fue en la salpíngex corroborando 74 casos correspondiendo al 96.3%, se presentó un caso ovárico, uno abdominal y uno cervical con el 1.3% cada uno de ellos, como lo sustenta la literatura la mayor parte de los embarazos extrauterinos se llevan a cabo en la salpíngex, en nuestra revisión se encontró significancia estadística al correlacionar la edad con la localización, encontrando una  $p < 0.001$  todo esto sustentado en que la localización mas común se da en la salpíngex.
- El grupo de edad con mayor cantidad de embarazo ectópico se englobó entre los 31 y 35 años de edad , se encontró significancia estadística en el lado de localización y la edad de la paciente, encontrando que los extremos de la vida en este caso nuestros dos grupos tanto el mas pequeño como el mas grande (menores de 20 años y mayores de 40) se caracterizaron por presentar una gestación anidada del lado izquierdo contrario a los grupos de en medio quienes se anidaron principalmente del lado derecho.
- No se evidenció significancia estadística con respecto al número de parejas sexuales si se evidenció significancia en el estudio realizado con la edad de primera relación sexual, teniendo como media los 18 años de edad para la primera relación. La literatura sustenta que el inicio de la actividad sexual antes de los 18 años aumenta el riesgo de embarazo ectópico.
- No se evidencia significancia estadística entre la presentación de embarazo ectópico y el factor tabaquismo.



- Se evidenció significancia estadística en aquellas pacientes con antecedente de alteración tubaria previa y la presencia de un embarazo ectopico actual.
- Durante la realización de la revisión llama la atención que la mayoría de las pacientes utilizaban preservativo como método de planificación familiar siendo el grupo de 31 a 35 años las principales usuarias del mismo que coincidentemente es el grupo de edad con mayor cantidad de embarazos ectópicos, sin embargo no se encontró significancia estadística entre su uso y la presentación del embarazo extrauterino, así mismo sin significancia estadística con el uso del dispositivo intrauterino como lo comenta la literatura ,ya que esta descrito que aumenta el riesgo de 1.5 a 4.5 veces, llama la atención que el segundo método mas utilizado con los hormonales orales , en donde no se encuentra relación entre su uso y la gestación ectópica.
- No se encuentra significancia estadística entre la presentación de un embarazo ectópico y en número de gestaciones previas, llama la atención que el 36.4% de las pacientes cursaban en su primer embarazo
- Se encontró significancia estadística al obtener  $p = 0.002$  al realizar el análisis de embarazo ectopico previo como antecedente, por lo tanto se apoya a la literatura el considerar una gestación extrauterina como factor de riesgo para presentar nuevamente un embarazo ectópico
- Se encontró significancia estadística entre el antecedente de embarazo ectópico previo y el antecedente de enfermedad de transmisión sexual con una  $p = 0.004$ .
-

- De acuerdo a la literatura el tabaquismo es considerado un factor de riesgo mayor para la presentación de un embarazo ectópico contrario a lo encontrado.
- No se encontró significancia estadística con el antecedente de utilización de algún método anticonceptivo, llama la atención que de las 7 pacientes únicamente 1 de ellas utilizaba dispositivo intrauterino y una más contaba con antecedente de oclusión tubaria bilateral, que corresponde al 14.3% cada una.
- Todos los embarazos fueron resueltos bajo tratamiento quirúrgico ninguno de ellos con ,manejo conservador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Addi M. Embarazo ectópico, Manual de urgencias médicas <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>

2.- Embarazo tubario, diagnóstico y tratamiento ,guía de practica clínica tomada [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/182\\_GPC\\_EMBARAZO\\_TUBARIO/IMSS\\_182\\_09\\_EyR\\_Embarazo\\_tubario.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/182_GPC_EMBARAZO_TUBARIO/IMSS_182_09_EyR_Embarazo_tubario.pdf)

3.- Madhra M, Horne A.(2014). Ectopic pregnancy. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 24(7), pp.215-220

4.- Perkins K, Boulet S, Kissin D, Jamieson D.(2014) Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology (ART),United States, 2001-2011.Fertility and Sterility, 102(3),pp.e38-e 39.

5, 7.- Menon S, Sammel M, Vichnin M, Barnhart K. (2007). Risk Factors for Ectopic Pregnancy; A comparison Between Adults and Adolescent Women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* , 20(3),pp.181-185.

6.- Bu Z, Xiong Y., Wang K., Sun Y.(2016). Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproductive technology : a 6 –year , single-centerstudy. *Fertility and Sterility* , 106(1),pp. 90-94

8, 15, 16.- Li C., Meng C, Zhao W, Lu H, Shi , Zhang J.(2014). Risk factors for ectopic pregnancy in women with planned pregnancy: a case –control study . *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* , 181, pp. 176-182.

9.- Ragab A, Mesbah Y , El – Bahlol I, Fawzy M, Alsammani M.(2016). Predictors of ectopic pregnancy in nulliparus women: A case control study. *Middle East Fertility Society Journal*, 21 (1), pp. 27-30

10.- Sultana S , Asif H, Akhtar N (2015). Incidence rate and prevalence of major risk factors for ectopic pregnancy in the Pekistani population,mini review . *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*, 5(3), pp. 246-250

11,17.- Cai Y, Xiao E, Shang Q, Xiao L, Ectopic pregnancy in the liver incidentally diagnosed by imaging: A case report. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2017

12.- Srisajjakul S , Prapaisilp P, Bangchokdee S. Magnetic resonance imaging in tubal and non tubal ectopic pregnancy. *European Journal of Radiology*, 2017; 93: 76-79.

13.- Bobdiwala S, Al-Memar M, Farren J, Bourne T. Factors to consider in pregnancy of unknown location. *Women´s Health* . 2017.

14.- Alalade A, Smith F, Kendall C, Odejinmi F. Evidence – based management of non- tubal ectopic pregnancies . Journal of Obstetrics and Gynaecology , 2017

18.- **Embarazo ectópico** Prog Obstet Ginecol 2007;50:377-85 - DOI: 10.1016/S0304-5013(07)73202-8

19.- Farquhar C.M.: Ectopic pregnancy. Lancet 2005; 366: pp. 583

20.- Anon, Ectopic pregnancy (2017). *Elsevier*. [online] Available at: [https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/medical\\_topic/21-s2.0-1014321?scrollTo=%23heading41](https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/medical_topic/21-s2.0-1014321?scrollTo=%23heading41) [Accessed 13 Jul. 2017

21, 22 Cunningham, F. and Williams, J. (2017). *Obstetricia de Williams*. 24th ed. México: McGraw-Hill Interamericana, p.Capitulo 19 Embarazo ectópico

23.- Gynee, N., Marquez, G., Artega, C., Aranda, C. and Olaya, J. (2015). Virus del papiloma humano en el embarazo

24, 25 Tulandi, T. (2017). *Ectopic pregnancy: Incidence, risk factors, and pathology*. Up to date

26, 31 32 Tulandi, T. (2017). *Ectopic pregnancy: Incidence, risk factors, and pathology*. Up to date

27.- Callejo Olmos, J. and Laila Vicens, J. (2017). *Embarazo ectópico*. pp.Capitulo 24, 331-345.

28.- First consult Elsevier. (2014). *Ectopic pregnancy*

29.- Creanga AA, Shapiro-Mendoza CK, Bish CL, et al. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980-2007. Obstet Gynecol 2011; 117:837.

30.- Embarazo ectópico Prog Obstet Ginecol 2007;50:377-85 - DOI:  
10.1016/S0304-5013(07)73202-8

31.- C. Salvador AlarcónJ Callejo Olmos , embarazo ectópico Capítulo 24, 331-345  
2013

**“El éxito es la suma de pequeños esfuerzos repetidos día tras día “  
Anónimo**

## Cronograma

ACTIVIDAD A REALIZAR	2015	Junio 2016.	Julio 2016.	Julio 2017.
Escoger el tema a estudiar				
Revisión bibliográfica actual				
Plantear la línea de investigación				
Concluir el marco teórico				
Revisión por el comité				
Recolectar información				
Crear base de datos y analizar la información				
Redacción del trabajo				
Revisión final con el comité				
Impresión del trabajo				
Entrega y presentación del protocolo				

**Embarazo ectópico y localización**

**Tabla de contingencia Localización del embarazo ectópico actual \* edad recodificada**

			edad recodificada					Total	
			20 años o menos	21 a 25 años	26 a 30 años	31 a 35 años	36 a 40 años		Más de 40 años
Localización del embarazo ectópico actual	Salpíngex	Recuento	3	8	15	34	12	1	73
		% dentro de edad recodificada	100.0%	100.0%	93.8%	94.4%	100.0%	50.0%	94.8%
	Cornual	Recuento	0	0	1	0	0	0	1
		% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%
	Ovario	Recuento	0	0	0	1	0	0	1
		% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	1.3%
	Abdominal	Recuento	0	0	0	1	0	0	1
		% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	1.3%
	Cervical	Recuento	0	0	0	0	0	1	1
		% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	1.3%
	Total	Recuento	3	8	16	36	12	2	77
		% dentro de edad recodificada	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44.082 <sup>a</sup>	20	.001
Razón de verosimilitudes	14.064	20	.827
Asociación lineal por lineal	3.200	1	.074
N de casos válidos	77		

a. 26 casillas (86.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.



**Grupo de edad y lado de localización**

**Tabla de contingencia Lado de localización \* edad recodificada**

		edad recodificada						Total
		20 años o menos	21 a 25 años	26 a 30 años	31 a 35 años	36 a 40 años	Más de 40 años	
Lado de localización	Derecho	Recuento 0	4	10	21	3	0	38
		% dentro de edad recodificada 0.0%	50.0%	62.5%	61.1%	25.0%	0.0%	50.6%
	Izquierdo	Recuento 3	4	6	14	8	1	36
		% dentro de edad recodificada 100.0%	50.0%	37.5%	38.9%	75.0%	50.0%	48.1%
	No aplica	Recuento 0	0	0	0	0	1	1
		% dentro de edad recodificada 0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	1.3%
Total	Recuento 3	8	16	36	12	2	74	
	% dentro de edad recodificada 100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47.319 <sup>a</sup>	10	.001
Razón de verosimilitudes	19.337	10	.036
Asociación lineal por lineal	.895	1	.344
N de casos válidos	77		

a. 12 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

**Estado del embarazo y lado de presentación**

**Tabla de contingencia Estado del embarazo ectópico actual \* Lado de localización**

		Lado de localización			Total	
		Derecho	Izquierdo	No aplica		
Estado del embarazo ectópico actual	Roto	Recuento	28	21	0	47
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual	57.1%	42.9%	0.0%	100.0%
	No roto	Recuento	11	16	1	27
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual	39.3%	57.1%	3.6%	100.0%
Total		Recuento	39	37	1	74
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual	50.6%	48.1%	1.3%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.629 <sup>a</sup>	2	.163
Razón de verosimilitudes	3.928	2	.140
Asociación lineal por lineal	2.927	1	.087
N de casos válidos	77		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .36.

**Estado del embarazo y semanas de retraso**

**Tabla de contingencia Estado del embarazo ectópico actual \* Semanas de retraso**

		Semanas de retraso						Total	
		8	9	10	7	8	9		12
Estado del embarazo ectópico actual	Roto	Recuento 2	7	22	6	7	4	1	49
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual 4.1%	14.3%	44.9%	12.2%	14.3%	8.2%	2.0%	100.0%
Estado del embarazo ectópico actual	No roto	Recuento 1	8	9	7	0	3	0	28
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual 3.6%	28.6%	32.1%	25.0%	0.0%	10.7%	0.0%	100.0%
Total		Recuento 3	15	31	13	7	7	1	77
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual 3.9%	19.5%	40.3%	16.9%	9.1%	9.1%	1.3%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.015 <sup>a</sup>	6	.173
Razón de verosimilitudes	11.541	6	.073
Asociación lineal por lineal	1.005	1	.316
N de casos válidos	77		

a. 9 casillas (64.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .36.

**Embarazo ectópico y numero de parejas sexuales**

**Tabla de contingencia edad recodificada \* Parejas sexuales**

		Parejas sexuales									Total	
		1	2	3	4	5	6	8	10	18		
edad recodificada	20 años o menos	Recuento	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
		% dentro de edad recodificada	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	21 a 25 años	Recuento	1	3	1	0	2	1	0	0	0	8
		% dentro de edad recodificada	12.5%	37.5%	12.5%	0.0%	25.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	26 a 30 años	Recuento	4	5	3	3	0	1	0	0	0	16
		% dentro de edad recodificada	25.0%	31.3%	18.8%	18.8%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	31 a 35 años	Recuento	4	6	7	8	6	1	2	1	1	36
		% dentro de edad recodificada	11.1%	16.7%	19.4%	22.2%	16.7%	2.8%	5.6%	2.8%	2.8%	100.0%
	36 a 40 años	Recuento	2	4	2	3	1	0	0	0	0	12
		% dentro de edad recodificada	16.7%	33.3%	16.7%	25.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Más de 40 años	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		% dentro de edad recodificada	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	Recuento	14	18	15	14	9	3	2	1	1	77
		% dentro de edad recodificada	18.2%	23.4%	19.5%	18.2%	11.7%	3.9%	2.6%	1.3%	1.3%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31.472 <sup>a</sup>	40	.830
Razón de verosimilitudes	33.824	40	.743
Asociación lineal por lineal	.086	1	.769
N de casos válidos	77		

a. 50 casillas (92.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

**Embarazo ectópico e inicio de vida sexual**

**Tabla de contingencia edad recodificada \* Inicio de vida sexual activa**

			Inicio de vida sexual activa															Total	
			13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	28	29		32
edad recodificada	20 años o menos	Recuento	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
		% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	21 a 25 años	Recuento	1	0	1	1	0	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8
		% dentro de edad recodificada	12.5%	0.0%	12.5%	12.5%	0.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	26 a 30 años	Recuento	0	1	3	1	4	2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	16
		% dentro de edad recodificada	0.0%	6.3%	18.8%	6.3%	25.0%	12.5%	6.3%	6.3%	6.3%	0.0%	6.3%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	31 a	Recuento	0	0	5	3	7	10	2	6	1	1	0	0	0	1	0	0	36

	35 años	% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	13.9%	8.3%	19.4%	27.8%	5.6%	16.7%	2.8%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	100.0%
		Recuento	0	0	1	1	1	3	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	12
	36 a 40 años	% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	8.3%	8.3%	8.3%	25.0%	16.7%	0.0%	16.7%	8.3%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
	Más de 40 años	% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		Recuento	1	1	10	6	13	19	7	7	4	3	1	1	1	1	1	1	77
Total		% dentro de edad recodificada	1.3%	1.3%	13.0%	7.8%	16.9%	24.7%	9.1%	9.1%	5.2%	3.9%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	126.756 <sup>a</sup>	75	.000
Razón de verosimilitudes	62.802	75	.841
Asociación lineal por lineal	7.784	1	.005
N de casos válidos	77		

a. 94 casillas (97.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

**Embarazo ectópico y tabaquismo**

**Tabla de contingencia edad recodificada \* Cigarros al día**

			Cigarros al día				Total
			No fuma	De 1 a 5 cigarros al día	De 6 a 10 cigarros al día	De 11 a 15 cigarros al día	
edad recodificada	20 años o menos	Recuento	2	0	0	1	3
		% dentro de edad recodificada	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%
	21 a 25 años	Recuento	6	1	0	1	8
		% dentro de edad recodificada	75.0%	12.5%	0.0%	12.5%	100.0%
	26 a 30 años	Recuento	10	2	4	0	16
		% dentro de edad recodificada	62.5%	12.5%	25.0%	0.0%	100.0%
	31 a 35 años	Recuento	21	10	4	1	36
		% dentro de edad recodificada	58.3%	27.8%	11.1%	2.8%	100.0%
	36 a 40 años	Recuento	5	3	2	2	12
		% dentro de edad recodificada	41.7%	25.0%	16.7%	16.7%	100.0%
	Más de 40 años	Recuento	2	0	0	0	2
		% dentro de edad recodificada	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Total	Recuento	46	16	10	5	77
		% dentro de edad recodificada	59.7%	20.8%	13.0%	6.5%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.657 <sup>a</sup>	15	.405
Razón de verosimilitudes	17.037	15	.317
Asociación lineal por lineal	.085	1	.770

N de casos válidos	77
--------------------	----

a. 20 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .13.

### Estado del embarazo y hemoperitoneo

Tabla de contingencia Estado del embarazo ectópico actual \* Hemoperitoneo

			Hemoperitoneo		Total
			Si	No	
Estado del embarazo ectópico actual	Roto	Recuento	47	2	49
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual	95.9%	4.1%	100.0%
	No roto	Recuento	2	26	28
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual	7.1%	92.9%	100.0%
Total		Recuento	49	28	77
		% dentro de Estado del embarazo ectópico actual	63.6%	36.4%	100.0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60.684 <sup>a</sup>	1	.000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	56.909	1	.000		
Razón de verosimilitudes	69.822	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	59.896	1	.000		
N de casos válidos	77				

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10.18.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.



**Embarazo ectópico y método de planificación familiar**

**Tabla de contingencia edad recodificada \* Método de planificación familiar**

			Método de planificación familiar						Total
			Preservativo	Hormonal Transdérmico	Dispositivo intrauterino	Salpingoclasia	Hormonal Oral	Ninguno	
edad recodificada	20 años o menos	Recuento	1	0	0	0	0	2	3
		% dentro de edad recodificada	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	100.0%
	21 a 25 años	Recuento	4	0	0	0	2	2	8
		% dentro de edad recodificada	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	25.0%	100.0%
	26 a 30 años	Recuento	10	0	2	0	1	3	16
		% dentro de edad recodificada	62.5%	0.0%	12.5%	0.0%	6.3%	18.8%	100.0%
	31 a 35 años	Recuento	15	3	2	1	7	8	36
		% dentro de edad recodificada	41.7%	8.3%	5.6%	2.8%	19.4%	22.2%	100.0%
	36 a 40 años	Recuento	3	0	0	0	6	3	12
		% dentro de edad recodificada	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	100.0%
	Más de 40 años	Recuento	1	0	0	0	0	1	2
	% dentro de edad recodificada	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	100.0%	
	Recuento	34	3	4	1	16	19	77	
Total	% dentro de edad recodificada	44.2%	3.9%	5.2%	1.3%	20.8%	24.7%	100.0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20.606 <sup>a</sup>	25	.714
Razón de verosimilitudes	22.479	25	.608
Asociación lineal por lineal	.364	1	.546
N de casos válidos	77		

a. 31 casillas (86.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

### Embarazo ectópico y número de gestas

**Tabla de contingencia edad recodificada \* Numero de embarazos**

			Numero de embarazos					Total	
			0	1	2	3	4		5
edad recodificada	20 años o menos	Recuento	1	0	2	0	0	0	3
		% dentro de edad recodificada	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	21 a 25 años	Recuento	4	0	4	0	0	0	8
		% dentro de edad recodificada	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	26 a 30 años	Recuento	6	2	7	1	0	0	16
		% dentro de edad recodificada	37.5%	12.5%	43.8%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	31 a 35 años	Recuento	13	3	12	5	2	1	36
		% dentro de edad recodificada	36.1%	8.3%	33.3%	13.9%	5.6%	2.8%	100.0%
	36 a 40 años	Recuento	4	1	3	2	2	0	12
		% dentro de edad recodificada	33.3%	8.3%	25.0%	16.7%	16.7%	0.0%	100.0%

	Más de 40 años	Recuento	0	1	0	1	0	0	2
		% dentro de edad recodificada	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		Recuento	28	7	28	9	4	1	77
		% dentro de edad recodificada	36.4%	9.1%	36.4%	11.7%	5.2%	1.3%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19.048 <sup>a</sup>	25	.795
Razón de verosimilitudes	20.329	25	.729
Asociación lineal por lineal	2.207	1	.137
N de casos válidos	77		

a. 32 casillas (88.9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

#### Embarazo ectopico y via de resolución de la gesta previa

Tabla de contingencia edad recodificada \* Resolución de embarazos previos

		Resolución de embarazos previos					Total
		Cesárea	Parto	Aborto	Sin embarazos previos	Ectopico	
20 años o menos	Recuento	0	0	0	1	2	3
	% dentro de edad recodificada	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
21 a 25 años	Recuento	1	0	3	4	0	8
	% dentro de edad recodificada	12.5%	0.0%	37.5%	50.0%	0.0%	100.0%
26 a 30 años	Recuento	7	0	3	6	0	16
	% dentro de edad recodificada	43.8%	0.0%	18.8%	37.5%	0.0%	100.0%
31 a 35 años	Recuento	10	4	6	14	2	36
	% dentro de edad recodificada	27.8%	11.1%	16.7%	38.9%	5.6%	100.0%
36 a 40 años	Recuento	1	0	4	4	3	12
	% dentro de edad recodificada	8.3%	0.0%	33.3%	33.3%	25.0%	100.0%

	Más de 40 años	Recuento	1	0	1	0	0	2
		% dentro de edad recodificada	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		Recuento	20	4	17	29	7	77
		% dentro de edad recodificada	26.0%	5.2%	22.1%	37.7%	9.1%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31.549 <sup>a</sup>	20	.048
Razón de verosimilitudes	30.014	20	.070
Asociación lineal por lineal	.333	1	.564
N de casos válidos	77		

a. 26 casillas (86.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

#### Embarazo ectopico y enfermedad de transmisión sexual

Tabla de contingencia edad recodificada \* Antecedente de enfermedad de transmisión sexual

		Antecedente de enfermedad de transmisión sexual		Total		
		Si	No			
edad recodificada	20 años o menos	Recuento	2	1	3	
		% dentro de edad recodificada	66.7%	33.3%	100.0%	
	21 a 25 años	Recuento	2	6	8	
		% dentro de edad recodificada	25.0%	75.0%	100.0%	
	26 a 30 años	Recuento	3	13	16	
		% dentro de edad recodificada	18.8%	81.3%	100.0%	
	31 a 35 años	Recuento	7	29	36	
		% dentro de edad recodificada	19.4%	80.6%	100.0%	
	36 a 40 años	Recuento	2	10	12	
		% dentro de edad recodificada	16.7%	83.3%	100.0%	
	Más de 40 años	Recuento	0	2	2	
		% dentro de edad recodificada	0.0%	100.0%	100.0%	
	Total		Recuento	17	60	77

% dentro de edad recodificada

20.8%

79.2% | 100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.651 <sup>a</sup>	5	.460
Razón de verosimilitudes	4.157	5	.527
Asociación lineal por lineal	2.326	1	.127
N de casos válidos	77		

a. 7 casillas (58.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .42.

**Embarazo ectopico y enfermedad pélvica inflamatoria**

**Tabla de contingencia edad recodificada \* Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria**

			Antecedente de Enfermedad Pélvica Inflamatoria		Total
			Si	No	
edad recodificada		Recuento	0	3	3
	20 años o menos	% dentro de edad recodificada	0.0%	100.0%	100.0%
		Recuento	1	7	8
	21 a 25 años	% dentro de edad recodificada	12.5%	87.5%	100.0%
		Recuento	1	15	16
	26 a 30 años	% dentro de edad recodificada	6.3%	93.8%	100.0%
	Recuento	1	35	36	
31 a 35 años	% dentro de edad recodificada	2.8%	97.2%	100.0%	
	Recuento	0	12	12	
36 a 40 años	% dentro de edad recodificada				

	años	% dentro de edad recodificada	0.0%	100.0%	100.0%
		Recuento	0	2	2
	Más de 40 años	% dentro de edad recodificada	0.0%	100.0%	100.0%
		Recuento	3	74	77
Total		% dentro de edad recodificada	3.9%	96.1%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.628 <sup>a</sup>	5	.757
Razón de verosimilitudes	2.704	5	.745
Asociación lineal por lineal	1.245	1	.264
N de casos válidos	77		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

#### Embarazo ectópico previo y edad

Tabla de contingencia Embarazo ectópico previo \* edad recodificada

		edad recodificada						Total	
		20 años o menos	21 a 25 años	26 a 30 años	31 a 35 años	36 a 40 años	Más de 40 años		
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	2	0	0	2	3	0	7
		% dentro de edad recodificada	66.7%	0.0%	0.0%	5.6%	25.0%	0.0%	9.1%
	No	Recuento	1	8	16	34	9	2	70
		% dentro de edad recodificada	33.3%	100.0%	100.0%	94.4%	75.0%	100.0%	90.9%
Total	Recuento	3	8	16	36	12	2	77	

% dentro de edad recodificada	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
-------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.853 <sup>a</sup>	5	.002
Razón de verosimilitudes	14.151	5	.015
Asociación lineal por lineal	.073	1	.787
N de casos válidos	77		

a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .18.

**Embarazo ectópico previo y enfermedad de transmisión sexual**

**Tabla de contingencia**

			Antecedente de enfermedad de transmisión sexual		Total
			Si	No	
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	5	2	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo	71.4%	28.6%	100.0%
	No	Recuento	11	59	70
		% dentro de Embarazo ectópico previo	15.7%	84.3%	100.0%
Total		Recuento	16	61	77
		% dentro de Embarazo ectópico previo	20.8%	79.2%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.000 <sup>a</sup>	1	.001		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	8.854	1	.003		
Razón de verosimilitudes	9.435	1	.002		

Estadístico exacto de Fisher				.004	.004
Asociación lineal por lineal	11.844	1	.001		
N de casos válidos	77				

- a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.45.  
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

### Embarazo ectopico previo y tipo de enfermedad de transmisión sexual

Tabla de contingencia

		Enfermedad de transmisión sexual presentada			Total	
		Infección por Virus del Papiloma Humano	Clamidia	Ninguna		
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	5	0	2	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo	71.4%	0.0%	28.6%	100.0%
	No	Recuento	11	1	58	70
		% dentro de Embarazo ectópico previo	15.7%	1.4%	82.9%	100.0%
Total		Recuento	16	1	60	77
		% dentro de Embarazo ectópico previo	20.8%	1.3%	77.9%	100.0%

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12.013 <sup>a</sup>	2	.002
Razón de verosimilitudes	9.502	2	.009
Asociación lineal por lineal	11.706	1	.001
N de casos válidos	77		

- a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.



**Embarazo ectopico previo y antecedente de endometriosis**

**Tabla de contingencia**

		Antecedente de Endometriosis		Total	
		Si	No		
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	0	7	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo	0.0%	100.0%	100.0%
	No	Recuento	6	64	70
		% dentro de Embarazo ectópico previo	8.6%	91.4%	100.0%
Total		Recuento	6	71	77
		% dentro de Embarazo ectópico previo	7.8%	92.2%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.651 <sup>a</sup>	1	.420		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.005	1	.946		
Razón de verosimilitudes	1.193	1	.275		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.553
Asociación lineal por lineal	.642	1	.423		
N de casos válidos	77				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .55

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Embarazo ectopico previo y semanas de retraso menstrual en la presentación actual**

**Tabla de contingencia**

		Semanas de retraso							Total	
		6	9	10	7	8	9	12		
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	0	0	4	3	0	0	0	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo	0.0%	0.0%	57.1%	42.9%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
No	Recuento	3	15	27	10	7	7	1	70	
	% dentro de Embarazo ectópico previo	4.3%	21.4%	38.6%	14.3%	10.0%	10.0%	1.4%	100.0%	

Total	Recuento	3	15	31	13	7	7	1	77
	% dentro de Embarazo ectópico previo	3.9%	19.5%	40.3%	16.9%	9.1%	9.1%	1.3%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.922 <sup>a</sup>	6	.328
Razón de verosimilitudes	9.027	6	.172
Asociación lineal por lineal	.000	1	1.000
N de casos válidos	77		

a. 9 casillas (64.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

**Embarazo ectopico previo y hemoperitoneo en el actual**

**Tabla de contingencia**

		Hemoperitoneo		Total
		Si	No	
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento 3	4	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo 42.9%	57.1%	100.0%
Embarazo ectópico previo	No	Recuento 46	24	70
		% dentro de Embarazo ectópico previo 65.7%	34.3%	100.0%
Total		Recuento 49	28	77
		% dentro de Embarazo ectópico previo 63.6%	36.4%	100.0%

**Embarazo ectopico previo y cuadro clínico del embarazo actual ( TRIADA CLASICA)**

**Tabla de contingencia**

		Triada clásica		Total
		Si	No	

Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	0	7	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo	0.0%	100.0%	100.0%
	No	Recuento	17	53	70
		% dentro de Embarazo ectópico previo	24.3%	75.7%	100.0%
Total		Recuento	17	60	77
		% dentro de Embarazo ectópico previo	22.1%	77.9%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.182 <sup>a</sup>	1	.140		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.998	1	.318		
Razón de verosimilitudes	3.686	1	.055		
Estadístico exacto de Fisher				.337	.161
Asociación lineal por lineal	2.153	1	.142		
N de casos válidos	77				

a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

#### Embarazo ectopico previo y tabaquismo (calculado en número de cigarros al día)

##### Tabla de contingencia

		Cigarros al día				Total	
		No fuma	De 1 a 5 cigarros al día	De 6 a 10 cigarros al día	De 11 a 15 cigarros al día		
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	4	1	0	2	7
		% dentro de Embarazo ectópico previo	57.1%	14.3%	0.0%	28.6%	100.0%
	No	Recuento	42	15	10	3	70
		% dentro de Embarazo ectópico previo	60.0%	21.4%	14.3%	4.3%	100.0%
Total		Recuento	46	16	10	5	77

% dentro de Embarazo ectópico previo	59.7%	20.8%	13.0%	6.5%	100.0%
--------------------------------------	-------	-------	-------	------	--------

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.945 <sup>a</sup>	3	.004
Razón de verosimilitudes	5.522	3	.137
Asociación lineal por lineal	.993	1	.319
N de casos válidos	77		

a. 5 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .45.

#### Embarazo ectópico previo y localización del embarazo ectópico actual

Tabla de contingencia

		Localización del embarazo ectópico actual					Total	
		Salpínges	Cornual	Ovario	Abdominal	Cervical		
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento	7	0	0	0	0	7
	% dentro de Embarazo ectópico previo		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
No	Recuento	66	1	1	1	1	1	70
	% dentro de Embarazo ectópico previo		94.3%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	100.0%
Total	Recuento	73	1	1	1	1	1	77
	% dentro de Embarazo ectópico previo		94.8%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.422 <sup>a</sup>	4	.981
Razón de verosimilitudes	.784	4	.941
Asociación lineal por lineal	.344	1	.558
N de casos válidos	77		

a. 8 casillas (80.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

#### Embarazo ectópico previo e inicio de vida sexual activa

Tabla de contingencia

		Inicio de vida sexual activa				Total
		De 13 a 20 años	De 21 a 25 años	De 26 a 30 años	De 31 a 35 años	
Embarazo ectópico previo	Recuento	7	0	0	0	7
	Si % dentro de Embarazo ectópico previo	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Recuento	57	9	3	1	70
	No % dentro de Embarazo ectópico previo	81.4%	12.9%	4.3%	1.4%	100.0%
Total	Recuento	64	9	3	1	77
	% dentro de Embarazo ectópico previo	83.1%	11.7%	3.9%	1.3%	100.0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.564 <sup>a</sup>	3	.668
Razón de verosimilitudes	2.728	3	.436
Asociación lineal por lineal	1.240	1	.265
N de casos válidos	77		

a. 5 casillas (62.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

**Embarazo ectópico previo y presencia de hemoperitoneo en el embarazo actual**

**Tabla de contingencia**

		Hemoperitoneo							Total	
		Sin hemoperitoneo	Hasta 250 ml	De 251 ml a 500 ml	De 501 ml a 750 ml	De 751 ml a 1000 ml	De 1001 ml a 1250 ml	De 1751 ml a 2000 ml		De 2251 ml a 2500 ml
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento 4	0	2	0	0	1	0	0	7
	% dentro de Embarazo ectópico previo	57.1%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%
Embarazo ectópico previo	No	Recuento 24	21	9	5	8	0	2	1	70
	% dentro de Embarazo ectópico previo	34.3%	30.0%	12.9%	7.1%	11.4%	0.0%	2.9%	1.4%	100.0%
Total		Recuento 28	21	11	5	8	1	2	1	77
Total	% dentro de Embarazo ectópico previo	36.4%	27.3%	14.3%	6.5%	10.4%	1.3%	2.6%	1.3%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.714 <sup>a</sup>	7	.028
Razón de verosimilitudes	13.516	7	.060
Asociación lineal por lineal	.159	1	.690
N de casos válidos	77		

a. 12 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

## Embarazo ectópico previo y método de planificación familiar

**Tabla de contingencia**

		Método de planificación familiar					Total	
		Preservativo	Hormonal transdermico	Dispositivo intrauterino	Salpingoclasia	Hormonal Oral		Ninguno
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento 3 42.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%	2 28.6%	7 100.0%
	No	Recuento 31 44.3%	3 4.3%	4 5.7%	0 0.0%	15 21.4%	17 24.3%	70 100.0%
Total		Recuento 34 44.2%	3 3.9%	4 5.2%	1 1.3%	16 20.8%	19 24.7%	77 100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.907 <sup>a</sup>	5	.053
Razón de verosimilitudes	6.352	5	.273
Asociación lineal por lineal	.060	1	.807
N de casos válidos	77		

a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .09.

**Embarazo ectópico previo y estado del embarazo ectopico actual**

**Tabla de contingencia**

		Estado del embarazo ectópico actual		Total
		Roto	No roto	
Embarazo ectópico previo	Si	Recuento 5	Recuento 2	7
	% dentro de Embarazo ectópico previo	71.4%	28.6%	100.0%
Total	No	Recuento 44	Recuento 26	70
	% dentro de Embarazo ectópico previo	62.9%	37.1%	100.0%
Total		Recuento 49	Recuento 28	77
		% dentro de Embarazo ectópico previo	63.6%	36.4%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.202 <sup>a</sup>	1	.653		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	.001	1	.970		
Razón de verosimilitudes	.209	1	.648		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.498
Asociación lineal por lineal	.199	1	.655		
N de casos válidos	77				

a. 2 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.55.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.



**Triada clásica y semanas de retraso menstrual**

**Tabla de contingencia Semanas de retraso menstrual \* Triada clásica**

		Triada clásica		Total	
		Si	No		
Semanas de retraso	8	Recuento	1	2	3
		% dentro de Semanas de retraso	33.3%	66.7%	100.0%
	9	Recuento	6	9	15
		% dentro de Semanas de retraso	40.0%	60.0%	100.0%
	10	Recuento	6	25	31
		% dentro de Semanas de retraso	19.4%	80.6%	100.0%
	7	Recuento	1	12	13
		% dentro de Semanas de retraso	7.7%	92.3%	100.0%
	8	Recuento	3	4	7
		% dentro de Semanas de retraso	42.9%	57.1%	100.0%
	9	Recuento	0	7	7
		% dentro de Semanas de retraso	0.0%	100.0%	100.0%
	12	Recuento	0	1	1
		% dentro de Semanas de retraso	0.0%	100.0%	100.0%
	Total	Recuento	17	60	77
		% dentro de Semanas de retraso	22.1%	77.9%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.742 <sup>a</sup>	6	.189
Razón de verosimilitudes	10.212	6	.116
Asociación lineal por lineal	2.577	1	.108
N de casos válidos	77		

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1) Folio
- 2) Edad: \_\_\_\_\_ años
- 3) Estado civil
  - a. Soltera
  - b. Casada
  - c. Unión Libre
  - d. Viuda
  - e. Divorciada
  - f. Separada
  - g. Otro
- 4) Inicio de vida sexual activa: \_\_\_\_\_ años
- 5) Numero de parejas sexuales: \_\_\_\_\_ Parejas
- 6) Método de planificación familiar
  - a. Preservativo (Condón)
  - b. Hormonal Transdérmico (Parche)
  - c. DIU de levonorgestrel (DIU con hormonas)
  - d. DIU de cobre
  - e. Implante subdérmico de Etonorgestrel (Implante en el brazo)
  - f. Salpingoclasia (Ligadura de trompas)
  - g. Coito interrumpido
  - h. Ritmo
  - i. Hormonal oral (Pastillas)
  - j. Hormonal Inyectable (Inyectable)
  - k. Otro

- 7) Numero de embarazos previos
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. mas de 5
- 8) Resolución de los embarazos previos
  - a. Cesarea
  - b. Parto
  - c. Aborto
- 9) Embarazo ectópico previo
  - a. Si
  - b. No
- 10) Localización del embarazo ectópico previo
  - a. Salpinge
  - b. Cornual
  - c. Ovario
  - d. Abdominal
  - e. Cervical
  - f. Desconoce
- 11) Tabaquismo
  - a. Si
  - b. No
- 12) Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual
  - a. Si

b. No

13) Enfermedad de transmisión sexual presentada

a. Infección por virus del papiloma humano

b. Herpes

c. Gonorrea

d. Molusco contagioso

e. Linfoceloma venéreo

f. Clamidia

g. Otro

14) Patología tubaria previa

a. Si

b. No

15) Cirugía tubaria previa

a. Si

b. No

16) Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria

a. Si

b. No

17) Antecedente de endometriosis

a. Si

b. No

18) Embarazo actual bajo técnicas de reproducción asistida

a. Si

b. No

19) Localización del embarazo ectópico actual

- a. Salpínge
- b. Cornual
- c. Ovario
- d. Abdominal
- e. Cervical

20) Estado del embarazo ectópico actual

- a. Roto
- b. No roto