



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE EMBARAZO
ECTÓPICO

PRESENTADA POR
MARÍA ELENA ESTACIO GONZÁLES

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2013



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE
EMBARAZO ECTÓPICO**

TESIS

**PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADA POR

MARÍA ELENA ESTACIO GONZALES

LIMA-PERÚ

2013

ASESOR

DR.

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP

JURADO

DR. VÍCTOR ABURTO LOROÑA Presidente del Jurado

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP

DR EDGAR ENCINAS VALDIVIA Miembro del Jurado

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP

DR. ELY MARCIAL ROMERO LUNA Miembro del Jurado

Docente de la Facultad de Medicina Humana USMP



Dedicatoria

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio, además de su infinita bondad y amor.

A mi esposo Arturo, por siempre estar a mi lado, brindándome todo su amor, entrega, dedicación y tenerme mucha comprensión y paciencia durante estos años de mi vida y quien ha sido una pieza clave en mi desarrollo profesional. Mil gracias porque siempre estás a mi lado sin condiciones.

A mi mamá Paulina, por haberme apoyado en todo momento y estar a mi lado siempre, por sus consejos, por sus ejemplos de valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por ser la persona que me enseñó a ser quien soy, pero más que nada, por su amor incondicional.

A mi padre Claudio, que ya partió a la presencia del Altísimo, dedicarle este presente documento quien permanentemente me apoyó con su espíritu alentador, gracias por darme la fuerza para conseguir mi objetivo de ser un profesional.

A mis hermanos, hermanas, sobrinos y sobrinas, por su constante amor y apoyado incondicionalmente.

A mi amigo Danilo, por ofrecerme siempre su apoyo desinteresado y por ayudarme a crecer como personas y como profesional

Agradezco también de manera especial al tutor de mi tesis, quien con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación. "Ahora puedo decir que todo lo que soy, es gracias a todos ustedes".

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	05
SUMMARY	07
I. INTRODUCCIÓN	08
II. MATERIAL Y MÉTODO	10
III. RESULTADOS	11
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES	28
VI. RECOMENDACIONES	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
VIII. ANEXOS	36

RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores de riesgo asociados para el desarrollo de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período comprendido entre el 01 enero del 2010 al 30 de abril de 2012.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas de 335 pacientes por muestreo aleatorio simple de pacientes con sospecha de embarazo ectópico que cumplían los criterios de inclusión. Llegó a considerarse que 163 pacientes presentaron embarazo ectópico y 172 no fueron embarazos ectópicos en el periodo que corresponde al estudio.

Resultados: La media de la edad de las pacientes que presentaron embarazo ectópico fue de 30.8 +/- 4.8 años. En las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 91.4 % requirió tratamiento quirúrgico, el 60.7 % eran convivientes, el 80.4 % tenían secundaria, el 36.8 % tenían el antecedente de embarazo ectópico previo, el 13 % tenían el antecedente de uso de dispositivos intrauterinos, el 16.6 % tenían el antecedente de infertilidad.

Conclusiones: los factores asociados con embarazo ectópico en nuestro estudio fueron: antecedente de

embarazo ectópico previo (odds ratio 2.6), el uso de dispositivos intrauterinos (odds ratio 8), historias de infertilidad (odds ratio 5), uso de inductores de la ovulación (odds ratio 4). ($p < 0.05$).

Palabras clave: factores, embarazo ectópico.



SUMMARY

Objectives: To determine the the risk factors for the development of the ectopic pregnancy in the Hospital Nacional Arzobispo Loayza during the period January 1, 2010 to April 30, 2012.

Material and Methods: We made a descriptive, retrospective, transversal and analytical survey. We reviewed medical records of 335 patients by a simple random sampling method in patients suspected with the Ectopic Pregnancy that met the inclusion criteria, and ending up considering that 163 patients developed Ectopic Pregnancy and 172 patients were not affected with the Ectopic pregnancy for the period covered by the survey.

Results: The mean age of patients who had ectopic pregnancy was 30.8 + / - 4.8 years. In patients who had ectopic pregnancy, 91.4 % required surgical treatment, 60.7 % were cohabitantes, 80.4 % had high school education, 36.8% had a history of previous ectopic pregnancy, 13. % had a history of use of intrauterine devices, 16.6 % had a history of infertility.

Conclusions: Factors associated with ectopic pregnancy in our study were previous ectopic pregnancy (odds ratio 2.6), the use of devices intrauterine (odds ratio 8), history of infertility (odds ratio 5), use of ovulation induction (odds ratio 4).

Keywords: Factors, ectopic pregnancy.

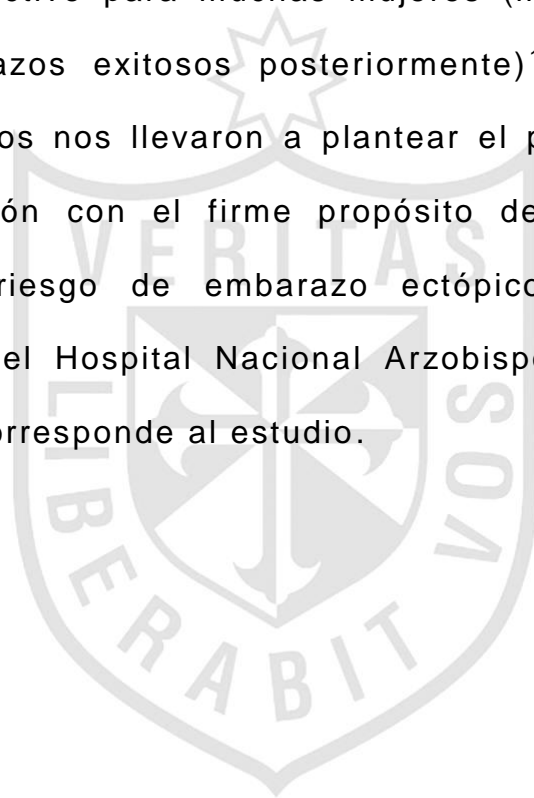
INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Se da exclusivamente en la especie humana y en los primates de experimentación¹, es una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología. A pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, sigue representando, a nivel mundial, un problema en morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo²⁻⁴.

Es conocido que a nivel mundial la incidencia de embarazos ectópicos ha aumentado desde 1970⁵⁻⁷ y actualmente, representa el 1,9 % del total de embarazos. Constituye en un importante problema de salud pública en los Estados Unidos de Norteamérica y en algunos países europeos¹. Registra un riesgo de muerte 10 veces mayor que el del parto vaginal en los casos complicados⁸.

Son múltiples los factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico y la prevalencia de tales factores está en aumento, lo que contribuye en parte a una mayor frecuencia de la patología⁹⁻¹². Contribuyen a este último aspecto el diagnóstico temprano mediante pruebas sensibles de embarazo¹³⁻¹⁵ y la detección por ultrasonografía transvaginal que ha reemplazado a la laparoscopia en este diagnóstico¹⁶⁻

La rotura tubárica representa la principal causa de muerte en mujeres con embarazo ectópico, por la hemorragia intra-abdominal masiva que origina⁸. Requiere un tratamiento invasivo, el mismo que, a pesar de ser exitoso, frecuentemente resulta en daño tubario. Puede conservarse la trompa sólo en algunos casos, lo que otorga un pobre futuro reproductivo para muchas mujeres (menos del 50 % tienen embarazos exitosos posteriormente)¹⁸. Los motivos antes señalados nos llevaron a plantear el presente trabajo de investigación con el firme propósito de Identificar los factores de riesgo de embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo que corresponde al estudio.



MATERIAL Y MÉTODO

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, analítico, basado en la revisión de historias de pacientes gestantes que ingresaron con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, con datos accesibles y completos que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período comprendido entre el 01 de enero del 2010 al 30 de abril del 2012. Los criterios de inclusión que se consideraron fueron el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado (casos); y pacientes gestantes en las que se descartó el diagnóstico de embarazo ectópico (controles). La muestra final quedó constituida por 335 pacientes, de los cuales 163 presentaron embarazo ectópico confirmado por los hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos (casos) y 172 no fueron embarazos ectópicos, pero tenían criterios clínicos diferenciales (controles).

Para tal fin se elaboró una ficha de recolección de datos ajustada a los objetivos de la investigación y validada por profesionales médicos especialistas del servicio (Anexo 1).

Procesamiento de la información: Los datos obtenidos se ordenaron y procesaron utilizando el programa SPSS 18. Estos fueron analizados a través de la estadística inferencial y descriptiva. Para las tablas y gráficos se usó el programa

Excel para Windows 2008. En los aspectos éticos se siguieron los lineamientos de la declaración de Helsinki.



RESULTADOS

La media de la edad de las pacientes que presentaron embarazo ectópicos fue de 30.8 +/- 4.8 años, y la media de la edad de las que no tuvieron embarazo ectópico fue de 30.2 +/- 5.2 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas de la edad, según embarazo ectópico.

TABLA N°01
MEDIAS DE LA EDAD SEGÚN EMBARAZO ECTÓPICO

EMBARAZO ECTÓPICO		EDAD
SÍ	MEDIA	30.8221
	N	163
	DESV. TÍP.	4.87108
	MÍNIMO	18.00
	MÁXIMO	41.00
	% DEL TOTAL DE N	48.7 %
NO	MEDIA	30.2326
	N	172
	DESV. TÍP.	5.22292
	MÍNIMO	24.00
	MÁXIMO	39.00
	% DEL TOTAL DE N	51.3 %
TOTAL	MEDIA	30.5194
	N	335
	DESV. TÍP.	5.05586
	MÍNIMO	18.00

	MÁXIMO	41.00
	% DEL TOTAL DE N	100.0 %
P		P>0.05

Fuente: ficha de recolección de datos

TABLA N°02
NECESIDAD DE CIRUGÍA SEGÚN EMBARAZO ECTÓPICO

		EMBARAZO ECTÓPICO			
		SÍ		NO	
		N	%	N	%
NECESIDAD DE CIRUGÍA	SÍ	149	91.4 %	4	2.3 %
	NO	14	8.6 %	168	97.7 %

Fuente: ficha de recolección de datos

En referencia a la asociación del embarazo ectópico según necesidad de cirugía, encontramos que: las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 91.4 % de los casos requirieron cirugía; y las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, sólo el 2.3 %.

TABLA N°03**EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN ESTADO CIVIL**

		EMBARAZO ECTÓPICO			
		SÍ		NO	
		N	%	N	%
ESTADO CIVIL	SOLTERA	41	25.2	31	18.0
	CASADA	22	13.5	2	1.2
	CONVIVIENTE	99	60.7	139	80.8
	DIVORCIADA	1	0.6	0	0.0

Fuente: ficha de recolección de datos

En torno a la asociación del embarazo ectópico según el estado civil de las pacientes, encontramos que las que presentaron embarazo ectópico, el 60.7 % eran convivientes, seguido de las solteras con el 25.2 % de los casos; las que no presentaron embarazo ectópico, el 80.8 % eran convivientes y el 18 % eran solteras.

TABLA N°04

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

		EMBARAZO ECTÓPICO			
		SÍ		NO	
		N	%	N	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	7	4.3	17	9.9
	SECUNDARIA	131	80.4	123	71.5
	SUPERIOR	25	15.3	32	18.6

Fuente: ficha de recolección de datos

En referencia a la asociación del embarazo ectópico, según el grado de instrucción, encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 80.4 % tenían secundaria, seguido de educación superior en el 15.3 % de los casos; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 71.5 % tenían secundaria, seguido de educación superior en el 18.6 % de los casos.

TABLA N°05

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL CONSUMO DE TABACO

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
TABAQUISM O	SÍ	14	8.6	30	17.4	0.4	0.2- 1.8	p>0.05
	NO	149	91.4	142	82.6			

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto a la asociación del embarazo ectópico, según el consumo de tabaco, de las pacientes encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 8.6 % consumían tabaco; y las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 17.4 % consumían tabaco, no siendo esta relación estadísticamente significativa ($p>0.05$).

TABLA N°06

**EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE EMBARAZO
ECTÓPICO PREVIO**

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO	SÍ	60	36.8	31	18.0	2.6	1.6- 4.6	*p<0.0 5
	NO	103	63.2	141	82.0			

Fuente: ficha de recolección de datos

En referencia a la asociación del embarazo ectópico, según el antecedente de embarazo ectópico encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 36.8 % tuvieron embarazo ectópico previo; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 18 % presentaron tal antecedente siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

TABLA N°07

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN HISTORIA DE ABORTO INDUCIDO

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
HISTORIA DE ABORTO INDUCIDO	SÍ	61	37.4	64	37.2	1	0.6- 1.5	p>0.05
	NO	102	62.6	108	62.8			

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación a la asociación del embarazo ectópico, según la historia de aborto inducido, encontramos que: en las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 37.4 % tuvieron el antecedente aborto inducido; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 37.2 % presentaron historia de aborto inducido, no siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$).

TABLA N° 08

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA	SÍ	109	66.9	115	66.9	1	0.6-	p>0.0 5
	NO	54	33.1	57	33.1		1.4	

Fuente: ficha de recolección de datos

En cuanto a la asociación del embarazo ectópico, según el antecedente de cirugía pélvica, encontramos que: en las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 66.9 % tuvieron el antecedente de cirugía pélvica, y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 66.9 % tuvieron el antecedente de cirugía pélvica, no siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$).

TABLA N° 09

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN USO DE ANTICONCEPTIVOS

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
ANTICONCEPCIÓN PREVIA	NO	57	35.0	52	30.2	1.2	0.7- 1.9	p>0.05
	SÍ	106	65.0	120	69.8			

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación a la asociación del embarazo ectópico, según el antecedente de anticoncepción, encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 65 % tuvieron el antecedente de uso de anticonceptivos; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 69.8 % tuvieron el antecedente de uso de anticonceptivos, no siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p>0.05$).

TABLA N° 10
EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN USO DE DISPOSITIVOS
INTRAUTERINOS

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
USO DE DIU	SÍ	22	13.5	3	1.7	8	2.5-29	*p<0. 05
	NO	141	86.5	169	98.3			

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación a la asociación del embarazo ectópico, según el uso de DIU, encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 13.5% tuvieron el antecedente de uso de DIU; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico el 1.7 % tuvieron el antecedente de uso de DIU, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

TABLA N° 11

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN HISTORIA DE INFERTILIDAD

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
HISTORIA DE INFERTILIDAD	SÍ	27	16.6	6	3.5	5	2-13	*p<0.0
	NO	136	83.4	166	96.5			5

Fuente: ficha de recolección de datos

En relación a la asociación del embarazo ectópico, según historia de infertilidad, encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 16.6 % tuvieron historia de infertilidad; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico el 3.5 % siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

TABLA N° 12

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN USO DE INDUCTORES DE LA OVULACIÓN

		EMBARAZO ECTÓPICO				OR	IC	P
		SÍ		NO				
		N	%	N	%			
INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN	SÍ	26	16.0	7	4.1	4	1-10	*p<0.0
	NO	137	84.0	165	95.9			5

Fuente: ficha de recolección de datos

En referencia a la asociación del embarazo ectópico, según el uso de inductores de la ovulación, encontramos que las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 16.0 % tuvieron el antecedente de uso de inductores de la ovulación; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico el 4.1 %, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

TABLA N° 13

EMBARAZO ECTÓPICO SEGÚN EL VALOR DE LA HCG SUB BETA

		EMBARAZO ECTÓPICO			
		SÍ		NO	
		N	%	N	%
VALOR DE LA PRIMERA DETERMINACIÓN DE LA BETA-HCG	MENOR 5 MUI/ML	0	0.0	0	0.0
	5-999 MUI/ML	89	54.6	2	1.2
	1000-4999 MUI/ML	51	31.3	107	62.2
	MAYOR IGUAL 5000 MUI/ML	23	14.1	63	36.6

Fuente: ficha de recolección de datos

En referencia a la asociación del embarazo ectópico, según el valor de la HCG sub beta, encontramos que: en las pacientes que presentaron embarazo ectópico, el 54.6 % tuvieron valores de 5 a 999 mUI/ml; y en las pacientes que no presentaron embarazo ectópico, el 62.2 % valores de 1000 a 4999 mUI/ml.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico ha aumentado a pasos agigantados y representa actualmente el 2 % de todos los embarazos en los Estados Unidos de Norteamérica, donde hubo un incremento de cinco veces la incidencia en las últimas dos décadas¹⁸.

En el norte europeo la incidencia, entre 1976 y 1993, se incrementó desde 11,2 a 18,8 por 1000 embarazos¹⁹. En el Perú, se ha incrementado en casi dos veces, en cinco años, en el Hospital María Auxiliadora ²⁰. En nuestro estudio, en ese periodo hubo 163 embarazos ectópicos; de un total de 10 241 partos, lo que hace una prevalencia del 1.6 %; es decir un embarazo ectópico por cada 62 partos, lo cual nos ubica dentro de la frecuencia nacional.

La incidencia, en nuestro país, del embarazo ectópico varía de acuerdo a los centros. Así, tenemos: 1 embarazo ectópico por cada 767 partos en el Hospital San Bartolomé; 1 por cada 303, en el Hospital Edgardo Rebagliati²¹; 1 por cada 156 partos, en el Hospital María Auxiliadora²²; y uno por cada 129, en el Hospital Cayetano Heredia²³.

Según algunas series, los embarazos ectópicos son responsables del 9 % de mortalidad materna. En las

mujeres de Estados Unidos de Norteamérica que presentan complicaciones letales, a causa de una gestación ectópica, la muerte es el resultado de una hemorragia en el 85 % de los casos²⁴⁻²⁷. Además, el pronóstico para la reproducción futura es malo; solo la mitad de las mujeres serán madres de un recién nacido vivo. La mayoría de estas pacientes nunca quedan embarazadas, y hasta un 25 % de las mismas sufrirán la repetición del embarazo ectópico²⁸⁻³⁰. En nuestro estudio, encontramos que el 17.1 % de los casos tuvo el antecedente de embarazo ectópico, datos que se asemeja a lo reportado en la literatura.

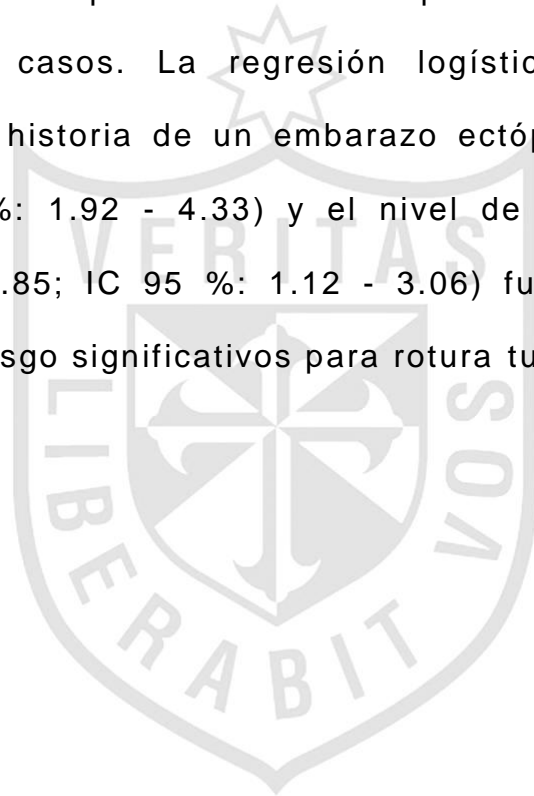
Encontramos que los antecedentes de cirugía, historia de infertilidad, uso de inductores de ovulación y uso de DIU se relacionan con el embarazo ectópico, dato que es disímil a lo reportado en estudios en grandes grupos de pacientes realizados en Francia²⁷, donde han demostrado como principales factores de riesgo para, embarazo ectópico son el antecedente de enfermedad inflamatoria pelviana previa con un odds ratio de 3,4 y el fumar más de 20 cigarrillos al día versus pacientes que nunca han fumado con un odds ratio de 3,9.

Encontramos que los factores asociados con embarazo ectópico en nuestro estudio fueron: el embarazo ectópico

previo (odds ratio 2.6), el uso de dispositivos intrauterinos (odds ratio 8), historias de infertilidad (odds ratio 5), uso de inductores de la ovulación (odds ratio 4). Estos datos que se asemejan a lo reportado por Pisarka *et al*, quienes reportaron otros factores de riesgo importantes: cirugía tubaria (odds ratio 21), esterilización quirúrgica (odds ratio 9,3), embarazo ectópico previo (odds ratio 8,3), exposición intrauterina al dietilestilbestrol (odds ratio 5,6), uso de dispositivo intrauterino (odds ratio 4,2 – 45), patología tubárica documentada (odds ratio 3,8 – 21), infertilidad (odds ratio 2,5 – 21), infección genital previa (odds ratio 2,5 – 3,7), múltiples parejas sexuales (odds ratio 2,1), cirugía pélvica/abdominal previa (odds ratio 0,93 – 3,8), consumo de cigarrillos (odds ratio 2,3 – 2,5), duchas vaginales (odds ratio 1,1 – 3,1), coitarquia antes de los 18 años (odds ratio 1,6)²⁹.

No evaluamos el índice de choque aunque el parámetro de líquido libre sí fue un factor relacionado con embarazo ectópico, dato que se relacionaría a lo reportado por Onah *et al*, quienes evaluaron el índice de choque para predecir la rotura del embarazo ectópico. Concluyeron que éste índice tiene un alto valor predictivo y es una herramienta útil para adicionarlo al arsenal diagnóstico disponible en la actualidad para el embarazo ectópico roto⁴⁸.

En nuestro estudio, encontramos que el antecedente de embarazo de ectópico fue un factor de riesgo significativo para el desarrollo de embarazo ectópico, dato que se relaciona con lo reportado por Latchaw *et al*, quienes con el objetivo de identificar los factores que conducen a la rotura del embarazo ectópico encontraron que hubo un 59 % (439/738) de casos. La regresión logística multivariante reveló que la historia de un embarazo ectópico previo (OR 2.88; IC 95 %: 1.92 - 4.33) y el nivel de β -hCG \geq 5,000 mIU/ml (OR 1.85; IC 95 %: 1.12 - 3.06) fueron los únicos factores de riesgo significativos para rotura tubárica⁴⁹.



CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados con embarazo ectópico en nuestro estudio fueron: el embarazo ectópico previo (odds ratio 2.6), el uso de dispositivos intrauterinos (odds ratio 8), historias de infertilidad (odds ratio 5) y uso de inductores de la ovulación (odds ratio 4) ($P < 0.05$).



RECOMENDACIONES

Ante la sospecha de embarazo de una mujer que tenga como antecedente embarazo ectópico, usuaria de DIU, historia de infertilidad de factor tubo-peritoneal y usuaria de inductores de la ovulación, se debe considerar la posibilidad de embarazo ectópico, por lo cual se orientará a la paciente para acudir oportuna y precozmente a la atención especializada ante un retraso menstrual

Continuar con estudios más amplios, multicéntricos, para conocer el comportamiento epidemiológico de las pacientes con factores de riesgo en el desarrollo de embarazo ectópico y, de esa manera, implementar estrategias para disminuir los riesgos y complicaciones de este cuadro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Decherney A., Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Novena Edición. New York. Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003.
- 2 Chow W, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rev. 2007; 9:70-94.
- 3 Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am J Obstet Gynecol. 2005; 106:1004.
- 4 DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intra- and extrauterine pregnancy. J Obstet Gynecol. 2008;56:1119
- 5 Richards SR, Stempel LE, Carlton BD. Heterotopic pregnancy: reappraisal of incidence. Am J Obstet Gynecol. 2002; 142:928–930.
- 6 Abusheikha N, Salha O, Brinsden P. Extra-uterine pregnancy following assisted conception treatment. Human Reproduction Update 2000; 6:80-92.
- 7 Silva S. Embarazo Ectópico: Revisión Bibliográfica CEDIP. 2003. Se consigue en URL: www.cedip.cl/Temas/ECTÓPICO/ECTÓPICOSilva.htm
- 8 Marana R. et al. Prognostic role of laparoscopic salpingoscopy of the only remaining tube after contralateral ectopic pregnancy. Fertil Steril 2005; 63:303-6.

- 9 Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 176:103-7.
- 10 Strandell A., Thorburn J., Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 2009; 71:282-6.
- 11 Schwartz RO, Di Pietro DL. Beta-hCG as a diagnostic aid for suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000; 56:197–203.
- 12 Aboud E. A five-year review of ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2007; 24:127–129.
- 13 Vandana D., Deborah L. Ectopic Pregnancy: A Review. *Ultrasound Quarterly* 2004;20:105–117
- 14 Robson SJ., O’Shea RT. Undiagnosed ectopic pregnancy: a retrospective analysis of 31 “missed” ectopic pregnancies at a teaching hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006; 36:182-5.
- 15 Gracia C; Barnhart K. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. *Obstet and Gynecol* 2001; 97:464-70.
- 16 Dart R., Chaplain B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 2009;33:283

- 17 Ramanujan D, Dart L. Progesterone as a predictor of ectopic pregnancy when the ultrasound is indeterminate. *Am J Emerg Med.* 2002; 20::579-9.
- 18 CDC. Current Trends Ectopic Pregnancy -- United States, 2000-2002. *Morb Mortal Wkly Rep CDC Surveillance Summary* 2005; 44:46-48.
- 19 Storeide O, Veholmen M, Bergsjo P, Sandevi R. The incidence of ectopic pregnancy in Hordaland County, Norway 1976-2003. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 76:345-9
- 20 Pacheco Romero José. *Ginecología y Obstetricia*. Primera Edición. Lima. MAD Corp S.A.; 2009.
- 21 De La Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal Enero – Diciembre 2001. Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia. UNMSM. Lima. 2002.
- 22 Bustinza S. Embarazo ectópico en el Hospital “María Auxiliadora”: 1988 – 2003. Tesis Bachiller. Lima.
- 23 Chávez M. Embarazo Ectópico. Tesis de Bachiller N° 3946, UPCH. Lima. 1986;
- 24 Benrubi G. *Urgencias Obstétricas y Ginecológicas*. Segunda Edición. Madrid. Marban Libros S. L.; 2003.

- 25 Gabbe S., Niebyl J., Leigh J. Obstetricia normalidad y complicaciones en el embarazo. Primera edición. Madrid. Marban Libros, S.L.; 2000.
- 26 Rock J., Thompson J. Te Linde Ginecología Quirúrgica. Octava Edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana S.A.; 2010.
- 27 Bouyer J. et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case control population based. Am J Epidemiol 2003; 157:185-94.
- 28 The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, A multinational case-control study of ectopic pregnancy. Clinical Reproduction and Fertility 2005;3:131-43
- 29 Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics & Gynecology. Ectopic Pregnancy. 2009; 42(1):2-8.
- 30 Leke R, Goyaux N, Matsuda T, Thonneau P. Ectopic pregnancy in Africa : A population-based study). Obstet Gynecol 2004; 103:692-7.
- 31 Cutié ML, Figueroa M, Lestayo C, Cubero O. Embarazo Ectópico. Su comportamiento en los años 1989 – 2009. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(1):5-11.

- 32 Tay J, Moore J, Walter J. Regular Review: Ectopic pregnancy. *BMJ* 2000; 320:916-19.
- 33 Thonneau P, Hijazi Y, Goyaux N, Calvez T, Feita N. Ectopic pregnancy un Conakry, Guinea. *Bulletin of the World Health Organization* 2002, 80 (5).
- 34 Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *Am Fam Physician* 2005; 72:1707-14.
- 35 Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study in France, with special focus on infectious factors. *Am J Epidemiol* 2002; 135(5):587-9.
- 36 Marchbanks PA, Annegers JF, Coulam CB, Strathy JH, Kurland LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population-based study. *JAMA* 2010; 259(12):1823-7.
- 37 Parazzini F, Tozzi L, Ferraroni M, Bocciolone L, La Vecchia C, Fedele L. Risk factors for ectopic pregnancy: an Italian case-control study. *Obstet Gynecol* 2002; 80(5):821-6.
- 38 Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(2):184-8.
- 39 Pérez Peña, Efraín. Atención Integral de la Infertilidad. México D.F. Mc Graw-Hill Interamericana; 2003.

- 40 Scout James, Ronald Gibas, Beth Parlan, Arthur Haney. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Novena Edición. Lippincott Williams & Wilkins Publisher. 2003.
- 41 Bunyavejchevin S, Havanond P, Wisawasukmongehol W. Risk factors of ectopic pregnancy. J Med Assoc Thai 2003; 86(2):417-21.
- 42 Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly J, Fernandez H, Gerbaud L, Job-Spira N. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. Am J Epidemiol 2003; 157(3):185-94.
- 43 Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossoyt P. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril 2006; 65(6):1093-9.
- 44 Nordenskjold F, Ahlgren M. Risk factors in ectopic pregnancy. Results of a population-based case-control study. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 70(7-8):575-9.
- 45 Tharaux-Deneux C, Bouyer J, Job-Spira N, Coste J, Spira A. Risk of Ectopic Pregnancy and Previous Induced Abortion. Am J Public Health 2010; 88:401-405.
- 46 Shah N, Khan N. Ectopic pregnancy: presentation and risk factors. J Coll Physicians Surg Pak 2005;15(9):535-8

- 47 Pal A., Gupta K, Sarin R. A study of ectopic pregnancy and high risk factors in Himachai Pradesh. J Indian Med Assoc 2006; 94(5):172-3.
- 48 Onah HE, Oguanuo TC, Mgbor SO. An evaluation of the shock index in predicting ruptured ectopic pregnancy. J Obstet Gynaecol 2006; 26(5):445-7.
- 49 Latchaw G, Takacs P, Gaitan L, Geren S, Burzawa J. Risk factors associated with the rupture of tubal ectopic pregnancy. Gynecol Obstet Invest 2005; 60(3):177-80.



ANEXOS: ANEXO N° 01: DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICIÓN	FUENTE
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Soltera, Casada, Conviviente, Divorciada	Ficha de recolección de datos
Edad	Cuantitativa	De razón	Promedio Desviación estándar	11 a 49 años	
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal		Analfabeta Primaria Secundaria Superior Técnica	
Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	Frecuencia Porcentaje	Sí o No	
Embarazo ectópico previo	Cualitativa	Nominal			
Historia de aborto inducido	Cualitativa	Nominal			
Gestación con DIU	Cualitativa	Nominal			
Antecedente de cirugía pélvica	Cualitativa	Nominal			
No-anticoncepción previa	Cualitativa	Nominal			
Historia de infertilidad femenina	Cualitativa	Nominal			
Inducción de la ovulación	Cualitativa	Nominal			

Valor de la primera determinación de la beta-hCG	Cuantitativa	Ordinal	Promedio Desviación estándar	< 5 mUI/mL $5 - 999$ mUI/mL $1000 - 4999$ mUI/mL ≥ 5000 mUI/mL	
--	--------------	---------	---------------------------------	--	--



ANEXO N°02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°

H.C. N°

I.- FILIACIÓN:

Nombre:

Edad:a
ños.

Edad gestacional:

.....semanas.

Hallazgos ecográficos:

Tamaño de la masa
anexial/embarazo
ectópico.....cm

II.-EMBARAZO ECTÓPICO:

ROTO () NO ROTO ()

Necesidad de cirugía:

- 1) Sí
- 2) No

III. - FACTORES DE RIESGO:

1) Estado civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada

2) Grado de instrucción:

- a. Analfabeta
- b. Primaria completa
- c. Primaria incompleta
- d. Secundaria completa
- e. Secundaria incompleta
- f. Superior
- g. Técnica

3) Tabaquismo:

- a. Sí
N°/día: _____
- b. No

4) Embarazo ectópico
previo:

- a. Sí
N°: _____

b. No

5) Historia de aborto
inducido:

- a. Sí
N°: _____
- b. No

6) Antecedente de cirugía
pélvica

- a. Sí
- b. No

7) Anticoncepción previa

- a. Sí
- b. No

8) Gestación con DIU:

- a. Sí
- b. No

9) Historia de infertilidad
femenina

- a. Sí
- b. No

10) Inducción de la
ovulación

- a. Sí
- b. No

11) Valor de la primera
determinación de la beta-
hCG

- a. < 5 mUI/mL
- b. 5 – 999 mUI/mL
- c. 1000 – 4999 mUI/mL
- d. ≥ 5000

