

Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico

Epidemiologic factors in ectopic pregnancy

Yordanka Rodríguez Morales^I; Margarita Altunaga Palacio^{II}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer Instructora. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández". La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: conocer la incidencia de los principales factores de riesgo del embarazo ectópico.

MÉTODOS: se realizó un estudio clínico sobre los factores de riesgo que prevalecieron en la aparición del embarazo ectópico, en el hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" en el período comprendido de enero de 2005 a diciembre de 2007. La muestra constó de 447 pacientes, que ingresaron con el diagnóstico de embarazo ectópico confirmado por anatomía patológica. Se realizó encuesta a cada paciente donde se analizaron diferentes variables: edad, hábito de fumar, inicio de las primeras relaciones sexuales, antecedentes obstétricos, afecciones pelvianas, anticoncepción utilizada.

RESULTADOS: se mostró una mayor incidencia de embarazos ectópicos en el grupo de edades de 20 a 29 años con 51,5 %. Más de la mitad de los casos no fumaban para un 59,7 %. Las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años reportó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1 %, el parto y los abortos provocados representaron la mayor incidencia con 35,7 %. La enfermedad inflamatoria pélvica reportó el 38,2 %, el grupo que utilizó dispositivo intrauterino (DIU) demostró ser el de mayor porcentaje con 28,4 %.

CONCLUSIONES: el grupo de de mayor riesgo para embarazo ectópico fue el comprendido entre los 20 y 29 años. El mayor número de diagnósticos de embarazo ectópico fue en pacientes que tuvieron relaciones sexuales antes de los

18 años. La enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en un alto porcentaje de los casos.

Palabras clave: embarazo ectópico, factores de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to know the incidence of major risk factors of ectopic pregnancy.

METHODS: a clinical study was conducted on risk factor prevailing in appearance of ectopic pregnancy at "Eusebio Hernández" Gynecology and Obstetrics University Hospital from January, 2005 to December, 2007. Sample included 447 patients, admitted with the diagnosis of ectopic pregnancy confirmed by pathological anatomy. A survey was completed in each patient analyzing different variables: age, smoking, onset of first sexual intercourse, obstetric backgrounds, pelvic affections, contraceptives used.

RESULTS: a higher incidence of ectopic pregnancies in 20-29 age group (15 %) was demonstrated. More than half of cases don't smoke (59.7.%). First sexual intercourses before 18 years had the higher percentage of ectopic pregnancies (67.1 %), birth and induced abortions showed the greater incidence (35.7.%). Pelvic inflammatory disease accounted for 38.2 %, group using IUDs had the greater percentage (28.4 %). **CONCLUSIONS:** gage group with a greater risk of ectopic pregnancy was between 20-29 years. The higher number of ectopic pregnancy diagnoses was in patients with sexual intercourses before 18 years. Pelvic inflammatory disease was present in a high percentage of cases.

Key words: Ectopic pregnancy, risk factors.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por embarazo ectópico (EE) la implantación de un óvulo fecundado en un sitio que no sea el endometrio de la cavidad uterina normal.^{1,3}

La localización más frecuente del (EE) es a nivel de las trompas de Falopio (EE tubárico) en el 95 al 98 % de los casos. También se puede encontrar en el cuello uterino (EE cervical), en los ovarios (embarazo ectópico ovárico), en el epiplón, vísceras abdominales (embarazo ectópico abdominal), en la porción intersticial de la tropa (embarazo ectópico cornual) y en el muñón de las trompas ligadas (embarazo ectópico del muñón), en la cicatriz de la cesárea, y se han descrito varios casos de embarazo ectópico bilateral.¹⁻³

Todo embarazo en sus inicios se localiza fuera de la cavidad uterina, ya que la fecundación del óvulo se produce en el tercio externo de la trompa de Falopio, comenzando entonces la migración del mismo, hasta llegar a la cavidad uterina e implantarse. Recordemos que la fecundación nada tiene de anormal, lo patológico está en que la implantación del huevo se produzca en un lugar impropio viéndose comprometido el desarrollo normal del embarazo y a su vez la vida de la paciente.^{1,2}

Las causas de un embarazo ectópico siguen siendo un reto en el campo de la investigación científica. Como causa principal se invoca la destrucción anatómica e histológica de las trompas de Falopio, también por desequilibrios hormonales, aberraciones de la motilidad tubaria, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa y en casos muy raros puede originarlo la traslocación del huevo.^{1,3}

Numerosos autores coinciden al plantear los múltiples factores etiológicos asociados al EE: ^{3,4}

-Las Infecciones de Transmisión Sexual (Chlamydia Trachomatis, Neisseria gonorrhoeae).

-Antecedentes de Enfermedades Inflamatorias Pélvicas (EIP).

-Antecedentes de infertilidad y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

-Cirugías pélvicas previas.

-Esterilización quirúrgica o salpingectomía parcial bilateral (SPB).

-Uso de anticonceptivos intrauterinos.

-Abortos inducidos.

-Antecedentes de embarazo ectópico.

-Tabaquismo.

En nuestro país el embarazo ectópico continúa aportando casos que aumentan las cifras de muerte materna, se reporta que en el período comprendido entre los años 1985 y 1991 del total de muertes maternas, el 33 % fue por hemorragia y el primer lugar lo ocupó el embarazo ectópico complicado representando el 37 % de este grupo. En el período del 1992 al 2001 embarazo ectópico fue el responsable del 11 % de las muertes maternas en el país y en los años del 2005 al 2007 (nuestro periodo de estudio), el EE representó el 13,7 % de las muertes maternas.²⁻⁵

Ante la incidencia cada vez mayor de embarazos ectópicos en nuestro país, nos sentimos motivados a realizar un estudio epidemiológico con el propósito de realizar la pesquisa y seguimiento de los grupos de riesgo que puedan disminuir la incidencia de la enfermedad.

MÉTODOS

La muestra se constituyó con 447 pacientes, que ingresaron en el hospital Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" con el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico que fue comprobado por el estudio anátomo patológico.

Se confeccionó un modelo de encuesta para dar salida a los objetivos propuestos, se analizaron diferentes variables.

Se categorizaron las variables y fueron definidas según objetivos:

1.- Edad: Años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento

Variable cuantitativa continua

Menos de 20 años

20-24 años

25-29 años

30-34 años

de 35 años y más cada grupo etáreo.

2.- Hábito de fumar: Pacientes que fumen independientemente de la cantidad

Variable Cualitativa nominal: Sí No

3.- Inicio de las primeras relaciones sexuales: se consideró inicio precoz, por debajo de los 18 años.

Variable Cuantitativa continúa

≥ 18 años.

< 18 años.

4.- Antecedentes obstétricos: historia obstétrica recogida en la historia clínica.

Variable Cualitativa nominal

Ningún embarazo

Aborto provocado

Partos

Partos y abortos

Cesárea anterior

Embarazo Ectópico previo.

5.- Afecciones pelvianas: capaces de provocar afecciones.

Variable Cualitativa nominal

EIP

Repermeabilización tubaria

Resección parcial del ovario

Ooforectomía

Salpingectomía por EE.

Histerorrafia por perforación uterina (PU)

Apendicectomía

Ninguno

Ignorado

6.- Anticoncepción utilizada: Se tomó en cuenta el método utilizado en el momento del diagnóstico.

Variable Cualitativa nominal

Dispositivos intrauterinos (DIU)

Hormonales

Método de barrera

Ninguno

Ignorado

Obtuvimos información de otras fuentes como: historias clínicas y los modelos de informes operatorios de todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico. Libro de entrada y salida de la sala de ginecología.

RESULTADOS

Los resultados nos muestran que la mayor incidencia de embarazo ectópico estuvo en el grupo de edades de 20 a 29 años que representó el 51,5 %. [Tabla 1.](#)

El estudio mostró que el mayor porcentaje de embarazos ectópicos ocurrió en el grupo de pacientes que no fumaban que representó el 59,7%. [Tabla 2.](#)

La [tabla 3](#) muestra el importante papel que juega el inicio temprano de las relaciones sexuales como factor de riesgo. El grupo de pacientes que tuvo las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años representó el mayor porcentaje de embarazos ectópicos con 67,1%.

Como antecedentes obstétricos, el parto y el aborto provocado reportó el mayor número de casos con 35,7%. [Tabla 4.](#)

Se demostró que la enfermedad inflamatoria pélvica fue la más frecuente dentro de las afecciones previas con 38,2% de los casos. [Tabla 5.](#)

El estudio realizado muestra que el mayor porcentaje de embarazo ectópico se presentó en el grupo de pacientes que no usaban ningún método anticonceptivo

con 49,2% y en el grupo que usó métodos anticonceptivos los dispositivos intrauterinos representó la mayor incidencia con 28,4%. [Tabla 6.](#)

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue estudiar los principales factores de riesgo en el incremento del embarazo ectópico. Muchos estudios concuerdan con el hecho de que la mayor incidencia de embarazos ectópicos ocurre en el grupo de edades de 20 a 29 años correspondiendo con el momento más fértil de la mujer, justificándose porque en este periodo de la vida de la mujer es donde más se utilizan los métodos anticonceptivos, incremento de la actividad sexual y por ende aumento de las enfermedades de transmisión sexual. En desacuerdo con otros estudios realizados vemos que solo el 5,5% de los casos se agrupan en menores de 20 años, pensamos que sea debido al trabajo profiláctico que se realiza con las adolescentes tanto en el hogar, médicos generales integrales, consultas infanto juvenil y medios de difusión masiva.⁵⁻⁷

En la bibliografía recientemente publicada, se le da un importante valor al hábito de fumar como factor predisponente en el EE, por el papel que juega la nicotina en el enlentecimiento de la motilidad tubaria al momento de la fecundación del óvulo lo que conllevaría a un desarrollo del embarazo en la trompa en un gran número de casos según refiere *Falcone T y Marrero.*⁵⁻⁷

Nuestro estudio demostró que más de la mitad de los casos no fumaban para un 59,7 %, hecho que no concuerda con lo reportado con otros autores consultados para este trabajo.^{4,5,7}

El inicio de las relaciones sexuales tempranas expone a la mujer a una serie de afecciones dentro de las cuales se incluye el EE. Al comenzar tempranamente la actividad sexual, las mujeres están expuestas precozmente y por más tiempo a afecciones producidas por gérmenes que se transmiten por el contacto sexual y que son los responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas con su consiguiente afección estructural a nivel de la anatomía y funcional de las trompas de Falopio.^{2,4,7}

Se considera que el uso indiscriminado del aborto como método para interrumpir un embarazo es uno de los factores más importante en la aparición de un futuro EE. Ya que al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina, los cambios inflamatorios locales que se producen a este nivel, ya sea por la acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, esta infección puede propagarse y ascender a las trompas y producir cambios anatomo-fisiológicos a nivel de la misma con la consiguiente enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y en el futuro un posible EE. Esto concuerda con lo revisado en la literatura, donde relacionan el aborto inducido con el mayor riesgo de producir infertilidad secundaria y de hecho el riesgo de ocurrencia de una gestación ectópica.⁷⁻⁹

El padecer una afección inflamatoria pélvica de causa bacteriana sea cual sea el germen responsable. *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis* muchas veces son asintomáticas, producen una serie de cambios morfológicos y funcionales a nivel de la trompa, afectando tanto la motilidad como la luz, produciéndose estrechez que impiden la adecuada migración del óvulo fecundado, teniendo como consecuencia el desplazamiento inadecuado, la implantación y desarrollo del embarazo a nivel del área afectada.

Las mujeres que han padecido EIP tienen un riesgo de hasta siete veces mayor de un embarazo ectópico subsecuente.⁷⁻¹⁰

En el caso de los DIU, por tratarse de un cuerpo extraño colocado en la cavidad uterina se produce una reacción inflamatoria a nivel local en el endometrio, que puede propagarse al resto de los órganos genitales con el consiguiente cambio en la morfo-fisiología de los mismos, e inducir afecciones pelvianas; esta infección generalmente se propaga o asciende en el momento de la inserción del DIU y casi siempre hay asociada infecciones cervicovaginales o de transmisión sexual no diagnosticada. Además constituye un obstáculo que se opone al transporte del huevo y a la nidación en el útero sin impedir la ovulación y la fecundación, pudiendo conllevar a la nidación ectópica. La duración del DIU incrementa 2,6 veces más el riesgo de sufrir EE sobre todo cuando su uso es mayor de 2 años.^{8,11-13}

CONCLUSIONES

- Más de la mitad de las mujeres con EE tenían entre 20 y 29 años.
- El hábito de fumar no fue un factor de riesgo en seis de cada diez mujeres.
- El inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años fue un factor predominante en estas pacientes.
- Casi la tercera parte de mujeres nulíparas y con aborto provocados presentaron embarazo ectópico.
- El antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica estuvo presente en más de la tercera parte de las pacientes con EE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol Ricardo O. Sangramiento en obstetricia. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 146-55.
2. Viera Hernández MI. El Embarazo ectópico en nuestro medio, aspectos epidemiológicos, clínicos-diagnósticos en el Hospital Eusebio Hernández. [tesis] Ciudad de la Habana: Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández"; 2003.
3. Cunningham Gary F, Gant NT, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Embarazo Ectópico. En: Williams Obstetricia. 21ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2005. p. 757-6.
4. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO. Risk factors in ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(2):184-8.
5. Marrero Rodríguez EA, Kinde Pickasaca T, Peraza Méndez C. Embarazo ectópico intersticial. A propósito de un caso. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Eusebio Hernández". Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007;33(3).

6. Fernández Arena C, Guerra Castro M, Soler Cárdenas DF. Comportamiento del embarazo ectópico. [tesis de Grado]. Matanzas: Hospital Provincial General Ginecoobstétrico "Dr. Julio Rafael Alfonso Medina"; 2004.
7. Falcone T. A study of the risk factors for rupture tubal ectopic prgnancy. J women Health. 2004; 7: 459-63.
8. Munday PE, StancyCM. Etiology of pelvis pain in women with Chlamydia lower genital tract infection. BRJ Obstet Gynecol; 2004; 99(2): 315-8.
9. Rojas Cárdenas J, Derarte PC. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Reporte de un caso. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 58(1); 2007: 65- 9.
10. Ville Y, Lernez M, Glowezower E. The role of Chlamydia trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae in the etiology of ectopic pregnancy in Gabun. Obstet Gynecol. 2004; 98(12): 260-6.
11. Chi JC. The multiload IUD a US. Researcher's evaluation of an European Revice. Contraception. 2004; 46(5): 407-25.
12. Ault KA, Faro S. Pelvis Inflammatory Disease. Current diagnostic criteria and tretment guidelines. Postgrad Med. 2003; 93(2): 85-6, 89-91.
13. Shéffer- Mimouni G, Puzner D. Rev Contraception. 2003; 67(4): 267-9.

Recibido: 4 de noviembre de 2009.

Aprobado: 20 de noviembre de 2009.

Dra. *Yordanka Rodríguez Morales*. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández". Autora de correspondencia: Dra. *Margarita Altunaga*. Correo electrónico: bioestad@infomed.sld.cu