

Hospital Docente Materno-Infantil

“José Ramón Martínez Delgado”

Facultad de Ciencias Médicas Artemisa



Factores de Riesgo que se asocian al embarazo ectópico.

Autor: Dra. Elizabeth Díaz García.

Residente de Ginecología y Obstetricia

**Trabajo para optar por el título de especialista en
primer grado en Ginecología y Obstetricia**

Guanajay.2013

Hospital Docente Materno-Infantil

“José Ramón Martínez Delgado”

Facultad de Ciencias Médicas Artemisa



Factores de Riesgo que se asocian al embarazo ectópico.

**Autor: Dra. Elizabeth Díaz García.
Residente de Ginecología y Obstetricia**

**Tutor: Dr. José Luis García Delgado.
Especialista de 1er Grado de Ginecobstetricia.
Máster en Atención Integral a la mujer.
Profesor Asistente**

**Asesor: Dr. Daniel López Gil.
Especialista de 1er Grado de Ginecobstetricia.
Máster en Atención Integral a la mujer.
Profesor Auxiliar**

**Trabajo para optar por el título de especialista en primer
grado en Ginecología y Obstetricia.**

Guanajay. 2013

“... la Medicina tendrá que convertirse un día, entonces, en una ciencia que sirva para prevenir las enfermedades, (...) para orientar a todo el público hacia sus deberes médicos, y que solamente deba intervenir en casos de extrema urgencia, para realizar una intervención quirúrgica, o algo que se escape a las características de esa nueva sociedad que estamos creando”

Ernesto Che Guevara.

RESUMEN

El embarazo ectópico continúa comprometiendo la salud reproductiva de la mujer y constituye una de las afecciones ginecoobstétricas con mayor morbilidad y mortalidad que llega desafiante a la medicina del siglo XXI. Con el objetivo de determinar los factores de riesgo que influyeron en la génesis del mismo durante el periodo comprendido de Enero del 2008 hasta Diciembre del 2010 en el Hospital José Ramón Martínez se realizó una investigación descriptiva retrospectiva de corte longitudinal. Los datos fueron extraídos del registro de pacientes hospitalizados con este diagnóstico y sus historias clínicas. La muestra quedó constituida por un total de 148 pacientes. Se agruparon los datos utilizando las frecuencias absolutas y relativas y la Prueba de Chi-cuadrado que nos permitió determinar asociación de variables con un 95% de índice de confianza. La incidencia de embarazo ectópico fue precisada por años de estudio incluidos en la investigación correspondiendo la mayor al año 2010 (4,7%). La edad determinada como más frecuente estuvo comprendida entre 25-29 años con un 29,7%. Se identificaron como factores de riesgo frecuentes los antecedentes de abortos (66,9%), la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) (42,6%), el hábito de fumar (58,1%) y el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) (51,4%).

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
I.I. MARCO TEÓRICO.....	3
II. OBJETIVOS.....	5
III. DISEÑO METODOLOGICO.....	22
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	25
V. CONCLUSIONES.....	41
VI. RECOMENDACIONES.....	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
VIII. ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico (EE) se define como la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. ⁽¹⁾

Muchos investigadores denominan embarazo extrauterino a la implantación del huevo fecundado fuera de su sitio normal, pero se plantea que es mucho más exacto llamarlo embarazo ectópico, del griego *ectos* (fuera) y *topos* (lugar). ⁽²⁾

Más del 95% de los embarazos ectópicos se implantan en la trompa uterina, de ellos, la mitad se aloja en la ampolla tubaria (55%), un 20% en la porción ístmica, y el resto lo hace en el infundíbulo, fimbria o en la porción intersticial. ⁽³⁾

Con la rápida disminución de los embarazos intrauterinos registrada en la década de los 70, se ha puesto de manifiesto en mayor medida la frecuencia de los embarazos ectópicos. La incidencia varía entre 1,2 a 1,4% del total de embarazos y la tendencia ha ido en aumento en todo el mundo en los últimos años; el porqué de este incremento se mantiene aún en discusión, pero se supone debe estar fundamentado en varios factores. ⁽⁴⁾

Los factores de riesgos para desarrollar un embarazo ectópico son: antecedentes de embarazo ectópico previo, el daño tubárico por infecciones o cirugía, el tabaquismo, el uso de DIU, la edad y las técnicas de reproducción asistida. Los métodos de estimulación ovulatoria, se asocian a la aparición del embarazo ectópico bilateral. ^(5, 6)

Sin embargo a pesar del conocimiento de los factores de riesgo que favorecen su aparición y el apoyo de tecnologías avanzadas que permite su diagnóstico precoz, este sigue siendo actualmente la principal causa de las muertes maternas ocurridas durante el primer trimestre de embarazo, generalmente debido a hemorragia. ⁽⁷⁾

La base fundamental de una adecuada conducta ante un caso de embarazo ectópico es el diagnóstico clínico o al menos su sospecha clínica. ^(7, 8)

Los síntomas y signos característicos dependen del momento de la evolución clínica. En el embarazo tubárico en evolución, el curso es silencioso, la sintomatología y el examen físico pueden ser similares a una gestación normotópica, el útero puede parecer de tamaño normal o algo menor para la edad gestacional, y en algunos casos palpase un tumor anexial pequeño, que puede ser confundido con el cuerpo lúteo. ^(9, 10)

La sintomatología del embarazo ectópico complicado es mucho más llamativa, los síntomas más importantes son la amenorrea y el dolor. Este último presente entre el 80 al 96% de los casos es el signo más orientador de complicación. Es de carácter cólico, progresivo y localizado en la región anexial correspondiente. Puede observarse distintos grados de hemorragia uterina anormal, que incluso pueden llegar a la expulsión de moldes de decidua. ⁽¹¹⁾

En los últimos años según la opinión de los investigadores ⁽⁶⁾, la estimación de la real incidencia de la enfermedad se ha vuelto más difícil, ya que las cifras disponibles en las bases de datos no parecen representativas de la realidad. Esto se debe a las modificaciones que ha sufrido el manejo del embarazo ectópico y que han alterado el registro de la patología,

disminuyendo las estadísticas intrahospitalarias y aumentando el número de consultas ambulatorias.

Hace algún tiempo todo embarazo ectópico era tributario de tratamiento quirúrgico, pero con el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas y de procedimientos terapéuticos, su conducta ha cambiado mucho y se ha favorecido la conservación de las trompas. Como se puede mencionar un tratamiento expectante donde se observa la regresión espontánea del mismo, pero solo se aplica en pacientes asintomáticas, hemodinámicamente estables, con integridad del huevo y con niveles decrecientes de B-HCG; tratamiento médico el cual se basa en la administración de Metrotexate, por su acción inhibidora a nivel del trofoblasto, alterando la síntesis de DNA y la multiplicación celular; y está el tratamiento quirúrgico, el cual es la primera opción en pacientes hemodinámicamente inestables. ^(12, 13)

En el mundo y en Cuba hay una alta incidencia de los factores de riesgo que determinan el desarrollo del embarazo ectópico. ⁽⁷⁾ La incidencia estadística del mismo en nuestro país ha aumentado ⁽¹⁴⁾ y es por ello que el embarazo ectópico es un objetivo priorizado del programa de atención materno infantil así como el riesgo de muerte materna que conlleva que puede ser 10 veces mayor que el de un parto vaginal y 50 veces mayor que el de un aborto inducido. ^(8, 9,10)

Para disminuir su morbilidad y mortalidad es preciso un diagnóstico oportuno y precoz antes de aparecer las complicaciones, esto dependerá de una adecuada educación de la población sobre sus principales aspectos clínicos, evolución y riesgos, unido a un sistema de salud eficiente que se inicia desde el nivel primario hasta el hospitalario.

Motivados por este tema realizamos el presente trabajo donde planteamos como problema de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyeron en la génesis del embarazo ectópico en el Hospital José Ramón Martínez en el periodo 2008-2010?

I.I Marco Teórico

No pocas veces se emplea erróneamente el término embarazo ectópico (de ectos, fuera y topos, lugar) como sinónimo de embarazo extrauterino, en realidad el embarazo ectópico es más abarcador pues hay gestaciones dentro del útero que son ectópica (intersticial y cervical). ⁽¹⁾

Se trata de una de las gestorragias de la primera mitad del embarazo cuya expresión clínica habitual es la tríada clásica de dolor abdominal, sangramiento y amenorrea. Sus causas aún no están plenamente esclarecidas, se invocan como las más probables la destrucción de la estructura anatómica de la trompa de Falopio, las aberraciones de la motilidad tubárica, desequilibrios hormonales y la transmigración del ovocito.

(15)

El trofoblasto del embarazo ectópico presenta similares características que el de un embarazo normal, igualmente se secreta gonadotropina coriónica, lo que contribuye a mantener el cuerpo lúteo del embarazo, produciendo esto a la vez una cantidad de estrógenos y progesterona suficientes para inducir todos los cambios maternos característicos de la primera fase del embarazo. Aunque al principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos - ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa-, el útero es el único órgano en el que la implantación del huevo es normal y el desarrollo

en la cavidad uterina. Es el único órgano a través del cual un nuevo ser en el término de su desarrollo puede salir al exterior por las vías naturales. ⁽¹⁵⁾

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez por Albucasis en 1863; Mauriceau en el siglo XVII lo incluyó en su texto como complicación obstétrica. , Bussiere, en Paris en el año 1693 reconoció la presencia de una gestación extrauterina en una mujer ejecutada en la guillotina. En 1883 Lawson_Taint practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico con supervivencia de la madre. ⁽¹⁵⁾

Concepto

Se considera embarazo ectópico la implantación del blastocito fuera de su lugar normal que es el endometrio de la cavidad intrauterina. ⁽¹⁾

Incidencia

En la antigüedad el número de mujeres sin hijos era mayor que hoy en día, pero era menor el número de embarazos ectópicos por obstrucción total de las trompas. Con el empleo de los antibióticos que evitan la obstrucción de las trompas, aumentó el número de mujeres con hijos, pero se incrementó el número de embarazos ectópicos. ⁽¹⁶⁾

En el momento actual se acepta que en todo el mundo ha ocurrido un aumento de la incidencia de embarazos ectópicos atribuibles probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por enfermedades de transmisión sexual, abortos, dispositivos intrauterinos, entre otros. En algunos lugares más del 1 % de todos los embarazos tienen una localización ectópica. Su aumento ha sido notable en las últimas décadas. ⁽¹⁷⁾

El embarazo ectópico bilateral es un evento raro, su incidencia varía entre 1 en 725 a 1 en 1.580 del total de embarazos ectópicos. El primer caso fue publicado en 1918 y desde entonces se han reportado más de 200 casos en la literatura mundial. ^(18, 19)

Después de un embarazo ectópico se incrementa a un nivel de 7 a 13 veces el riesgo de embarazo ectópico subsecuente. La posibilidad de que un embarazo subsecuente sea intrauterino es de 50 a 80 % y la de embarazo tubarico es de 10 a 25 %; las pacientes restantes quedan estériles, generalmente. ⁽²⁰⁾

Etiología

En la etiología se han involucrado muchos factores que se pueden agrupar en 2 grandes grupos. ^(21,22)

Factores mecánicos. Son los que impiden o retardan el pasaje del óvulo fertilizado al interior de la cavidad uterina, entre ellos están:

1. La salpingitis especialmente la endosalpingitis, que causa aglutinación de los pliegues arborescentes de la mucosa tubaria con estrechamiento de la luz o formación de bolsillos ciegos. Una reducción de la cantidad de cilios de la mucosa tubárica producida por una infección que puede contribuir a la implantación tubárica del cigoto.
2. Adherencias peritubarias: son secundarias a infecciones posparto o posaborto, apendicitis o endometriosis; causan retorcimiento de la trompa y estrechamiento de la luz.

3. Anormalidades del desarrollo de las trompas, especialmente divertículos; orificios accesorios e hipoplasias.
4. Embarazo ectópico previo. La posibilidad de que ocurra otro embarazo es del 7 al 15 % según diferentes autores.
5. Operaciones previas de las trompas: sobre todo cirugía para reestablecer la permeabilidad.
6. Los abortos múltiples inducidos: esto aumenta el riesgo al aumentar la salpingitis.
7. Tumores que deforman la trompa: como son los miomas uterinos y los tumores anexos.
8. Cesárea previa ha sido mencionada por algunos autores, para otros no pareció haber un riesgo aumentado. Sin embargo en la cistectomía del ovario si se ve incrementado el riesgo por la retracción cicatrizar peritubaria.

Factores funcionales

1. Migración externa del huevo: puede ocurrir en caso de desarrollo anormal de los conductos de Müller, que da como resultado un hemiútero con un cuerno uterino rudimentario no comunicante.
2. Reflujo menstrual: ha surgido como una causa aunque hay pocos hechos que lo avalan.
3. Alteraciones de la movilidad tubárica: consecuente con cambios séricos en los niveles de estrógenos y progesterona. Alteraciones de la actividad mioeléctrica encargada de la actividad propulsora de la trompa de Falopio.

4. El hábito de fumar: aumenta el riesgo relativo de 2,5 en comparación con las no fumadoras porque el tabaquismo produce alteraciones de la motilidad tubárica, de la actividad ciliar y de la implantación del blastocito, se relaciona con la ingestión de nicotina.
5. Empleo de anticonceptivos: los dispositivos intrauterinos (DIU) impiden la implantación con mayor eficacia en el útero que en la trompa. El uso de altas dosis de estrógenos solos posovulatorios para evitar el embarazo "Píldora del día siguiente".

Reproducción asistida. ⁽²³⁾

Aumenta la incidencia del embarazo ectópico.⁸ Aumento de embarazo tubario después de la inducción de la ovulación, de la transferencia de gametos y de la fertilización in vitro. El primer embarazo logrado por la fertilización in vitro fue un ectópico tubario.

Cuadro clínico

Los síntomas del embarazo ectópico son desafortunadamente los más frecuentes en la clínica ginecológica: sangramiento (precedido de un trastorno menstrual) y dolor que constituyen el mayor motivo de consulta en todo cuerpo de guardia de ginecología; a estos síntomas se unen las masas palpables laterales al útero (anexiales) y los síntomas subjetivos de embarazo. Si se tienen en mente todos estos elementos, habrá que pensar en un ectópico en un alto número de las mujeres que asisten al cuerpo de guardia. ^(7, 8)

La aparición del cuadro clínico está muy relacionado con la localización:

(9,10,11)

1. Ectópico tubárico: es posible la reabsorción espontánea con escasos síntomas, o puede evolucionar a tres formas de accidente: hematosalpinx, el aborto tubario y la rotura de la trompa.

Hematosalpinx se produce al desprenderse el huevo de la luz de la trompa y del cierre de los extremos de esta. El huevo puede reabsorberse o llegar a supurar si se produce una infección; El aborto tubario puede realizarse hacia el útero o a la cavidad abdominal, este puede sufrir implantación secundaria y producir hematocele pelviano; La rotura de la trompa se produce por fisuración, agrietamiento o por rotura brusca, ocurre la perforación de la trompa en su porción no cubierta por peritoneo (perforación hacia el ligamiento ancho), dando lugar a hemorragia difusa peritoneal.

- Ampollar: al ser la zona más distensible de la trompa evoluciona durante más tiempo. Generalmente el huevo es expulsado a la cavidad abdominal con discreta hemorragia (aborto tubárico).

- Ístmico: produce rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.

- Fímbrico: el huevo progresa hacia cavidad abdominal evolucionando hacia un embarazo ectópico abdominal secundario.

- Intersticial: la rotura uterina es la norma, ocurriendo más tardíamente que el embarazo ectópico ístmico.

2. Ectópico ovárico: evoluciona hacia la rotura y hemorragia.

3. Ectópico abdominal: puede ser abdominal primitivo (muy raro) con fecundación e implantación en peritoneo y órganos pélvico abdominales, o

bien, abdominal secundario como evolución de un ectópico fímbrico u ovárico. Es la única forma posible de que un embarazo ectópico llegue a término, siendo frecuentes las malformaciones fetales. Es un cuadro grave, ya que la placenta, buscando nutrición, se inserta en epiplón, intestino e hígado. Normalmente la gestación se interrumpe. Puede también el embarazo ectópico evolucionar hacia la conservación. Si el huevo muere puede enquistarse y producirse la momificación, esqueletización, saponificación o incrustarse de sales calcáreas.

4. Ectópico en cérvix.

5. Ectópico en cuerpo de útero rudimentario.

6. Ectópico en ligamento ancho.

En la mayoría de las veces el embarazo ectópico es único, pero se ha descrito casos de gemelaridad en los que todas las combinaciones son posibles: ambos ectópicos en distintas localizaciones o un eutópico y el otro ectópico, donde este último es llamado embarazo heterópico. ^(23, 24)

Pruebas Diagnósticas: ^(21, 25, 26)

Establecido el diagnóstico clínico de sospecha, se debe realizar un test de embarazo, junto a la analítica general y la determinación del grupo sanguíneo, que puede mostrar un descenso del hematocrito. Si la prueba de embarazo resulta positiva, se practica una ecografía para descartar una gestación intrauterina. Otras exploraciones importantes se detallan a continuación:

1. Determinación seriada de β -HCG: Los tests actuales, con anticuerpos monoclonales para la detección de HCG en orina, son bastante sensibles y detectan cifras máximas que fluctúan de 50.000 a 100.000 UI/L, con una

fiabilidad $\geq 90\%$. Cuando el test de embarazo en orina resulta negativo, lo indicado es la determinación seriada de β -HCG en plasma. Conviene recordar que la HCG es sintetizada por el trofoblasto, y es identificada su presencia en suero a los 10 días de fecundación.

En un embarazo intrauterino de evolución normal, los niveles de β -HCG se duplican cada 2-3 días. Si eso no sucede así, en el 95% de los casos, es señal de que existe alguna involución del embarazo.

En la mayoría de los casos de embarazo ectópico, las cifras de β -HCG se muestran menores o decrecientes, que las de un embarazo normal; lo que se explica por el pequeño volumen que ocupa el trofoblasto y su degeneración progresiva. Se puede afirmar, que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de β -HCG aumentan por debajo del 65%, en un espacio de 48 horas. Aunque una determinación cuantitativa de β -HCG nos permite confirmar embarazo por sí solo, no nos permite diferenciar su ubicación.

Las aplicaciones clínicas de las determinaciones de β -HCG consisten en:

- Confirmación de embarazo
- Evaluación de la viabilidad de la gestación.
- Correlación de valores absolutos con hallazgos ultrasonográficos normales, según edad gestacional.
- Evaluación del resultado y seguimiento del tratamiento conservador.

2. Ecografía: Con la ecografía abdominal suele observarse el saco gestacional intraútero, a partir de la 5ª semana de la última regla normal, y a partir de la 6ª semana es posible observar el polo embrionario y actividad cardiaca. Cuando los niveles de β -HCG son > 6500 mU/ml y no se observa

un saco gestacional intraútero, el diagnóstico del ectópico es muy probable. Sin embargo, en el 20% de ectópicos, se observan imágenes falsas positivas, dentro del útero. También se puede observar, la existencia de líquido en el fondo de saco de Douglas, cuya presencia puede ser secundaria, entre otros, al ectópico accidentado.

En este sentido, la ecografía transvaginal de alta resolución ha resultado un gran avance en el diagnóstico del ectópico, alcanzando un porcentaje de aciertos del 80%, pudiendo detectar tumores anexiales hasta de 10mm.

Se puede afirmar, que existe sospecha de ectópico, si en una mujer que tiene niveles de β -HCG > 3000 mU/ml, la ultrasonografía transvaginal no detecta un saco gestacional intraútero.

En suma, las utilidades de la ultrasonografía transvaginal son:

- Confirmación de gestación intrauterina y evaluación de su viabilidad.
- Sospecha y en algunos casos certificación de EE.
- Determinación de tamaño, localización y tipo de evolución del EE
- Evaluación del tratamiento conservador.

3. Culdocentesis: La punción y aspiración del fondo de saco de Douglas, tiene utilidad cuando se sospecha presencia de sangre en la cavidad intraperitoneal. Si en el aspirado se obtiene sangre que no coagula, indica la existencia de hemorragia intraperitoneal. Si bien la causa más frecuente es el embarazo ectópico accidentado, no se excluye la posibilidad de un quiste ovárico roto, un quiste hemorrágico del cuerpo lúteo, un aborto incompleto o de una menstruación retrógrada. El índice de falsos positivos es del 5-10%.

Con una culdocentesis positiva se puede proceder directamente a una laparotomía.

Si en la culdocentesis se obtiene líquido peritoneal claro, la prueba es negativa pero no descarta la posibilidad de un ectópico intacto. El índice de falsos positivos es del 10-15%. Por esto, su utilidad principal está dada en los casos en que, carezcamos de las herramientas básicas (ultrasonido) y sea necesario comprobar la presencia de hemorragia abdominal para apoyar la indicación quirúrgica.

4. Legrado uterino: Se procede a realizar un legrado, si las anteriores exploraciones no son concluyentes. Permite el estudio histológico intraoperatorio del material extraído, y diferenciar entre restos abortivos y endometrio atípico. Si se confirma la atipia, se puede proceder a realizar la laparoscopia.

El objetivo del legrado es determinar la presencia o ausencia de vellosidades coriales en el interior de la cavidad uterina. En general, como se mencionó previamente, en el diagnóstico de embarazo ectópico utilizamos Clínica, USTV y -HCG, reservando el legrado uterino para los casos en los cuales no se cuente con alguna de esas herramientas o frente a metrorragias severas del primer trimestre. En las pacientes con embarazo ectópico entre un 30 y 50% se puede observar una alteración endometrial caracterizada por el aumento del tamaño celular y nuclear, anisocariosis, hiper Cromasia y citoplasma vacuolado, que en 1954 fue descrito como el signo de Arias-Stella. Una importante limitante del legrado uterino consiste en que se debe esperar el resultado de la biopsia, que muestre la ausencia de vellosidades coriales y en algunos casos la presencia de la reacción de

Arias Stella para apoyar el diagnóstico de un embarazo ectópico. Sin embargo en 1996 Spandorfen demostró la utilidad de la biopsia contemporánea, encontrando una muy buena correlación entre ésta y la histología diferida. Se puede así obtener el resultado inmediatamente, y en caso de embarazo ectópico realizar el tratamiento oportuno.

5. Laparoscopia: Si la punción del Douglas resulta negativa o no concluyente, la laparoscopia se considera el procedimiento ideal para diagnóstico definitivo del ectópico, y en ocasiones permite también su tratamiento quirúrgico. Ha representado uno de los grandes avances en el manejo de la gestación ectópica al permitir la visualización directa de los órganos pélvicos. Debido a su rol en el diagnóstico y terapia de la patología, la laparoscopia se ha convertido en la pieza clave del manejo actual del embarazo ectópico.

6. Otras pruebas: Se están ensayando otros marcadores hormonales, como la progesterona y la inhibina, para la vigilancia de un embarazo intrauterino de desarrollo normal, y por tanto también para la detección precoz del embarazo ectópico, en caso en los que las cifras de β -HCG no sean concluyentes. Niveles de progesterona > 25 mg/ml coexisten con un embarazo intrauterino viable, en tanto que los niveles < 5 mg/ml son sugestivos de embarazo no viable.

El problema radica en que, la mayor parte de los ensayos clínicos fluctúan entre 5 y 25 mg/ ml y por lo tanto, no son concluyentes. Además, muchas

de las pacientes están intervenidas con suplementación de progesterona, lo que dificulta aún más la utilización práctica de los ensayos.

Tratamiento (27, 28, 29 30)

El diagnóstico precoz del embarazo ectópico permite actualmente otras posibilidades de tratamiento diferentes al clásico abordaje quirúrgico. Varias opciones de tratamiento están al alcance del médico para el tratamiento del embarazo ectópico. La modalidad de tratamiento que se escoja debe estar basada en resultados a corto plazo, con éxitos del tratamiento primario o reintervenciones por síntomas clínicos de persistencia trofoblástica y resultados a largo plazo, como la permeabilidad tubárica e infertilidad futura.

Tratamiento no quirúrgico:

Manejo expectante:

Para algunos autores, antes de que aparezca la sintomatología, adoptan una actitud conservadora, han observado la regresión espontánea del embarazo ectópico tubarico, es decir, el mismo se resuelve sin necesidad de tratamiento. Esta modalidad sólo resulta aceptable si se emplea la ultrasonografía en el diagnóstico, debiéndose realizar controles periódicos mediante determinación de β -HCG y/o ultrasonido de 1 a 3 veces por semana.

El porcentaje de éxitos reportado varía entre el 57% y el 100%. La mayor dificultad estriba en la selección adecuada de las pacientes, para esto se plantean diversos criterios, como:

- Paciente asintomática y clínicamente estable.
- Diámetro máximo del huevo de 2 a 4 cm.

- Ausencia de latido cardíaco embrionario.
- Valores decrecientes de β -HCG (que inicialmente deben ser < 2.000 UI/L) de al menos un 20% en dos determinaciones separadas al menos por 24 horas.
- Escasa cantidad de líquido libre en el fondo de saco de Douglas.

Como ventajas, se evitan los riesgos de la cirugía, la anestesia y los potenciales efectos secundarios de los medicamentos empleados en el tratamiento del embarazo ectópico.

Como desventajas, el prolongado período de seguimiento y el posible riesgo de retención de tejido trofoblástico en la trompa, que pudiera causar mayores alteraciones tubarias.

Las indicaciones más comunes de cirugía en los casos en que fracasa el manejo expectante son: dolor abdominal, estabilización o incremento de los niveles de β -HCG, aparición de líquido en fondo de saco y aumento de tamaño de la tumoración anexial.

Tratamiento Médico:

Estudios clínicos han mostrado buenos resultados con el tratamiento no quirúrgico del embarazo ectópico. El tratamiento médico se puede realizar con una variedad de drogas que pueden ser administradas por vía sistémica y/o localmente por diferentes vías.

Administración de Methotrexate (MTX):

El MTX es el fármaco más empleado en el tratamiento del embarazo ectópico, ya que actúa sobre el desarrollo del trofoblasto inhibiendo la acción de la dihidrofolatoreductasa, que interviene en la síntesis de folatos, por lo que se altera la síntesis de ADN y la multiplicación celular.

Es imprescindible escoger las pacientes mediante algunos criterios de selección, así como:

- Diagnóstico por medios no invasivos.
- Pacientes hemodinámicamente estables.
- Concentraciones iniciales bajas de β -HCG.
- Embarazo ectópico no roto.
- Escasa cantidad de líquido libre en saco de Douglas.
- Trompa afectada, con diámetro < 4 cm.
- La presencia de latido cardíaco embrionario no se considera contraindicación absoluta.

Existen dos tendencias para la administración de MTX: por vía sistémica y vía local.

Tratamiento quirúrgico:

Dependiendo de la situación del embarazo ectópico, de las condiciones en que se encuentre la paciente, del daño tubario y de sus deseos de reproducción posterior. Existen varias posibilidades quirúrgicas, pudiéndose emplear diversas alternativas conservadoras frente a la clásica salpingectomía total.

El tratamiento quirúrgico radical o conservador, puede realizarse por laparoscopia o laparotomía. La cirugía laparoscópica conservadora es significativamente menos exitosa que la cirugía abierta en la eliminación del embarazo ectópico tubario, debido a una mayor persistencia de trofoblasto en la cirugía laparoscópica.

La laparoscopia es el proceder de elección cuando la situación clínica de la paciente es estable y la magnitud del embarazo ectópico lo permite

(dilatación tubaria $\leq 4\text{cm.}$, el embarazo es ampollar y no existe ruptura tubaria), así disminuyendo la estancia hospitalaria y el período de convalecencia. Existe, sin embargo, un 10% de riesgo de un trofoblasto persistente, por lo que las pacientes deben someterse a controles con cuantificaciones seriadas de $\beta\text{-HCG}$ hasta que la misma no sea detectable. La fertilidad subsiguiente no está afectada por la técnica.

La laparotomía se empleará en pacientes con ruptura tubárica y que no están hemodinámicamente estables, así como las que no desean una fertilidad posterior. Su ventaja está dada por el logro de una rápida hemostasia, con lo que se disminuye el riesgo de morbilidad de las pacientes.

El seguimiento a largo plazo muestra tasas de permeabilidad tubaria similares entre las dos formas de tratamiento, siendo comparables el número de embarazos intrauterinos subsiguientes en ambos procedimientos.

Los procedimientos a realizar son:

- Expresión tubaria: Sólo se debe realizar si el embarazo ectópico está implantado en la parte distal de la trompa, con la desventaja de una posible persistencia de tejido trofoblástico en la misma.
- Salpingostomía lineal: Es la técnica más utilizada.
- Salpingectomía parcial.
- Salpingectomía total: Se debe realizar si la trompa está muy dañada.

Realizar una u otra opción, dependerá básicamente de la localización del embarazo ectópico y el estado actual del mismo, además se deben tener en cuenta los deseos de gestación futura de la mujer.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar los factores de riesgo que se asocian al embarazo ectópico durante el periodo comprendido de Enero del 2008 hasta Diciembre del 2010 en el Hospital José Ramón Martínez.

ESPECÍFICOS:

1. Precisar la incidencia del embarazo ectópico por años de estudio.
2. Caracterizar la muestra estudiada de acuerdo a su edad.
3. Determinar los principales factores de riesgo que inciden en su aparición.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

III.DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de proyecto: Observacional, descriptivo retrospectivo de corte longitudinal. Periodo y lugar donde se desarrolla la investigación:

La investigación se realizó en el Hospital Materno Infantil José Ramón Martínez, durante el periodo comprendido entre Enero del 2008 a Diciembre del 2010.

Universo comprendido por todas las pacientes portadoras de embarazo ectópico que recibieron tratamiento en nuestra institución y la muestra fue constituida por 148 mujeres.

Criterios de inclusión de la muestra:

- Pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico.
- Que recibieron tratamiento en nuestro hospital.
- Que las historias clínicas se encuentren en el departamento de archivos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en los que no se encuentren todos los datos de interés para la investigación en las historias clínicas revisadas.

Fuente, recolección y tratamiento de los datos

Los datos fueron extraídos del registro de pacientes hospitalizadas. Se confeccionó una base de datos usando para ello las historias clínicas

Los datos que se obtuvieron según los objetivos trazados en la investigación se recogieron en un modelo de vaciamiento de datos creado al efecto (Anexo I).

En el estudio participó una residente de Ginecobstetricia la cual se encargó de la recolección, procesamiento y análisis de la información necesaria, así como de la consulta bibliográfica durante el desarrollo de esta investigación.

Procesamiento y presentación de los datos

Se agruparon los datos utilizando las frecuencias absolutas y relativas como medidas estadísticas en los estudios descriptivos y la Prueba de Chi-cuadrado que nos permitió determinar asociación de variables con un 95% de índice de confianza.

La base de datos en formato de Excel fue importada y procesada con el paquete de aplicaciones estadísticas SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión PASW18 18.0.0 y EPIDAT versión 3.0

Los resultados se presentaron en forma de tablas estadísticas y gráficos. Para su confección se utilizó Excel 2007.

Recursos utilizados

- 2,000 hojas blancas tamaño carta y 5 bolígrafos
- Tiempo de máquina en microcomputadora con Sistema Word y Sistema Excel e INSTAT para el análisis estadístico de los datos y para elaborar el informe final.
- Una impresora o fotocopidora para reproducir el Modelo de Recolección de Datos
- Una impresora para imprimir las copias pertinentes del Informe Final de la investigación.

Clasificación y operacionalización de las variables:

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Descripción
Edad (Años)	<i>Cuantitativa continúa de intervalo abierto.</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Según años cumplidos. Menor de 19, 20 a 24, 25 a 29 , 30 a 34 y mayor de 35.</i>
Hábito de fumar	<i>Cualitativa nominal dicotómica</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Se consideró Si cuando existía el antecedente o No ante su ausencia.</i>
Antecedentes Obstétricos.	<i>Cualitativa nominal</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Incluyó total de gestaciones, partos y abortos referidos por la paciente.</i>
Antecedentes Ginecológicos	<i>Cualitativa nominal</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Incluyó Enfermedad Inflama- toria pélvica (EIP) ,Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); malformación ginecológica, relaciones sexuales precoces, promis- cuidad sexual.</i>
Métodos anticonceptivos	<i>Cualitativa nominal</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Se consideraron Dispositivos Intrauterinos (DIU), hormo- nal, ligadura y otros.</i>
Cirugía anterior	<i>Cualitativa nominal</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Incluyó abdominal, pelviana y ginecológica.</i>
Embarazo ectópico anterior	<i>Cualitativa nominal dicotómica</i>	<i>Frecuencias absolutas y relativas.</i>	<i>Se consideró Si cuando existía el antecedente o No ante su ausencia.</i>

Aspectos éticos: Antes de proceder a iniciar la investigación se le solicitó a la dirección del hospital que autorizara la revisión de las historias clínicas para la investigación. Se contó con la aprobación del Consejo Científico del Hospital. Se garantizó la confidencialidad de los datos individuales de las pacientes y a la base de datos solo tuvo acceso la autora principal de esta investigación.

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

IV. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para determinar los factores de riesgo que influyeron en la génesis del embarazo ectópico en el Hospital José Ramón Martínez en el periodo comprendido de Enero de 2008 a Diciembre de 2010 se realizó una investigación cuya muestra quedó constituida por un total de 148 pacientes.

Tabla 1. Distribución de embarazo ectópico por años de estudio.

<i>Años de estudio</i>	<i>Total de partos</i>	<i>Total de ectópico</i>	<i>%</i>
<i>2008</i>	<i>1430</i>	<i>37</i>	<i>2,6</i>
<i>2009</i>	<i>1560</i>	<i>46</i>	<i>2,9</i>
<i>2010</i>	<i>1386</i>	<i>65</i>	<i>4,7</i>

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos

La Tabla 1 muestran la distribución del embarazo ectópico por años de estudio en el Hospital José Ramón Martínez. Al año 2010 correspondió el mayor número de pacientes con un 4,7 %.

Está demostrado, estadísticamente, que la incidencia del embarazo ectópico se ha incrementado en los últimos años y triplicado desde finales de la década de los años 60. (8, 15)

En 1970 el CDC de Estados Unidos mostraba una incidencia de 4.5 x 1000 recién nacidos vivos (RNV), con cifras globales de 17.000 casos por año. Esta cifra aumentó de cuatro a cinco veces en la década de los 90, llegando

a valores de 19.7 casos por 1000 RNV con cifras acumuladas anuales de 108.000 casos. ⁽³¹⁾

Nuestra serie no es excepción para esta afirmación, sobre todo por las características de nuestro hospital, dónde se concentran pacientes derivadas de otras instituciones de menor complejidad y se puede concluir que el embarazo ectópico tiene una tendencia a aumentar en consonancia con lo que ocurre en el ámbito mundial.

En la literatura se reporta que el 2 % de todos los embarazos son ectópicos.

⁽²⁾

En el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Borja Arriarán, en Chile se condujo un estudio prospectivo, realizado durante un período de 14 meses, desde enero de 2000 a febrero de 2001 y en el período de estudio hubo 9.219 partos, 102 embarazos ectópicos; con una incidencia de 1,1%. ⁽³²⁾

Finlandia notificó en 1973 una incidencia de 10,9 embarazos ectópicos por cada 1 000 embarazos diagnosticados (1 × 92 embarazos) y en 1982 aumentó al 20,9 × 1000 o sea 1 × 47 embarazos. ⁽¹⁵⁾

En África estudios revisados también reportan que ha aumentado la incidencia estadística de embarazos ectópicos. ^(33, 34)

En nuestro país según datos reportados por el anuario estadístico ⁽¹⁴⁾ la tasa de embarazo ectópico se incrementó de 3,1 por 100 000 nacidos vivos en el año 2010 a 5,6 en el 2012.

Tabla 2. Distribución según edad de la muestra estudiada.

EDAD (Años)	TOTAL	
	No	%
Menor de 19	13	8,8
20 a 24	36	24,3
25 a 29	44	29,7
30 a 34	40	27
Mayor de 35	15	10,1
TOTAL	148	100

$$\bar{X} = 26,2 \pm 4,1 \text{ años}$$

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

La Tabla 2 representa la distribución de la población estudiada teniendo en cuenta su edad. Al grupo etáreo de 25 a 29 años correspondió el mayor número de pacientes con un 29,7 %.

Los resultados obtenidos en este trabajo en relación con la edad, son iguales a los referidos por otros investigadores del tema y ellos plantearon que la edad más frecuente es la que oscila entre los 20 y 29 años ya que es una etapa en que la vida reproductiva de la mujer aumenta. ⁽³⁵⁾

En un estudio realizado en África reportaron un rango de edad de 29 a 40 años con una media de 33 años. ⁽³³⁾

Sin embargo, este estudio difiere del realizado por Leke y col ⁽³⁶⁾ que tuvieron su mayor frecuencia en la cuarta década de la vida, o sea, por encima de los 30 años.

Algunos autores ⁽³²⁾ afirman que la mujeres en edades extremas de la vida fértil son las más afectadas, quienes tienen un riesgo 3 - 4 veces de desarrollar un embarazo ectópico en comparación con las mujeres de 15-24 años.

Una explicación propuesta implica la actividad eléctrica muscular en la trompa de Falopio, que es responsable de la motilidad tubárica. El envejecimiento puede resultar en una pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio. ⁽³²⁾

En Chile en 1992 se reportaron 3.045 embarazos ectópicos, con 1 ectópico cada 76 embarazos y una tasa de 10,37 por 10.000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años). ⁽³²⁾

De manera general los autores ^(22, 23) concluyen que en los casos estudiados de gestación ectópica, es más frecuente su aparición en los años de mayor actividad reproductiva y aunque es variable la edad de aparición, descrita en la literatura, si es criterio general que el embarazo ectópico es propio de la mujer infértil sometida a diferentes procedimientos para lograr la fecundidad más que a la edad en sí.

Tabla 3. Distribución según antecedentes obstétricos de la muestra estudiada.

<i>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</i>		<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Gestaciones</i>	<i>Ninguna</i>	<i>27</i>	<i>18,2</i>
	<i>Una</i>	<i>42</i>	<i>28,4</i>
	<i>Dos</i>	<i>45</i>	<i>30,4</i>
	<i>Tres o más</i>	<i>34</i>	<i>23</i>
<i>Partos</i>	<i>Si</i>	<i>83</i>	<i>56,1</i>
	<i>No</i>	<i>65</i>	<i>43,9</i>
<i>Abortos</i>	<i>Si</i>	<i>99</i>	<i>66,9</i>
	<i>No</i>	<i>49</i>	<i>33,1</i>

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

Los antecedentes obstétricos de las pacientes estudiadas se analizan en la Tabla 3. Con relación a las gestaciones solo el 23 % de las pacientes refirió tres o más embarazos y aunque el 56,1% de las pacientes tenía partos no se existió multiparidad. El 66,9% de las pacientes incluidas en la investigación refirieron antecedentes de abortos.

Muchos investigadores ^(15, 16, 23) refieren que la gestación ectópica es más frecuente entre las mujeres que han tenido algún embarazo y principalmente las multigestas. Téllez ⁽²¹⁾ plantea que a mayor paridad existen menos posibilidades o afecciones asociadas que condicionan o explican la aparición de embarazos ectópicos.

Por otra parte, Ankun ⁽²²⁾ plantea que la mayor frecuencia la obtuvieron en las pacientes nulíparas.

En opinión de algunos autores ⁽³⁸⁾ el desarrollo de ectópicos en la nuliparidad, puede estar relacionado con que muchas de estas pacientes de baja o nula paridad, pudieran presentar factores asociados a la infertilidad, con alteraciones funcionales y anatómicas de las trompas, que condicionan esta presentación y la favorecen.

Para varios autores ⁽³⁹⁾ el aborto es un factor que debe tenerse en cuenta en la aparición de un embarazo extrauterino.

Algunos ^(5,6) plantearon una frecuencia que va desde 36 % hasta 54 % de este antecedente en las pacientes que han sufrido dicha enfermedad.

Las pacientes con antecedentes de abortos provocados, cuando se comparan con un grupo control de mujeres sin este antecedente, estas presentan una frecuencia mayor de embarazo ectópico. ⁽⁴⁰⁾

Tabla 4. Antecedentes ginecológicos en la muestra estudiada.

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	No	%
<i>Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)</i>	63	42,6
<i>Infección de Transmisión Sexual (ITS)</i>	32	21,6
<i>Relación sexual precoz</i>	19	12,8
<i>Malformación ginecológica</i>	1	0,7

n=148 Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

La Tabla 4 representan los antecedentes ginecológicos de las pacientes incluidas en la investigación realizada correspondiendo a la EIP el mayor

por ciento con un 42,6% lo que coincide con lo encontrado por otros autores ^(41, 42, 43) que plantean que el incremento cada vez mayor de infecciones ginecológicas, procedimientos de legrado, abortos, cesáreas, gestaciones ectópicas previas, y colocación de DIU favorecen múltiples condiciones para esta afección, basándose lógicamente en las alteraciones anatómicas que provocarían los antecedentes ginecobstétricos citados.

Uno de los factores que se plantean como causante del aumento de la frecuencia de gestaciones ectópicas es el mal uso de la terapia antimicrobiana en el tratamiento de los episodios de salpingitis. ⁽⁴⁴⁾

Los resultados de este trabajo se correspondieron con los obtenidos por otros autores ^(5, 6), que observaron un aumento de la incidencia de embarazo ectópico en pacientes con antecedentes de salpingitis o enfermedad inflamatoria pélvica.

El creciente aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los cambios de costumbres de la población joven sexualmente activa, son factores a tener presente en la etiología del embarazo ectópico según refieren muchos autores. ^(45, 46, 47)

Las infecciones ocasionados fundamentalmente por gérmenes como *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*, que por lo general cursan de forma asintomática y con dificultades para su diagnóstico desde el punto de vista bacteriológico en nuestro medio, conjuntamente con tratamientos inadecuados basados en la clínica, propician la posibilidad de ulteriores secuelas, pues alteran la anatomía y fisiología del hiatos tubo-ovárico.⁽⁴⁸⁾

Estudios en Suecia y Estados Unidos encontraron evidencias serológicas de anticuerpos positivos de Chlamydias en más del 50 % del total de mujeres con embarazos ectópicos. ^(3,4)

Las malformaciones como bifurcaciones, divertículo y conducto tubárico sin salida; las instrumentaciones uterinas unidas a la promiscuidad sexual son reconocidas por los autores ⁽¹⁾ como condiciones que aumentan el riesgo de embarazo ectópico y de contraer una infección de transmisión sexual

La EIP aumenta hasta 10 veces la probabilidad de tener embarazo ectópico, dado por los cambios morfológicos producido en las trompas y ovarios, así como las adherencias y cicatrices que producen, estas causadas principalmente por infecciones por Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae.^(42, 44)

Los episodios reiterados de salpingitis producen un daño tubario severo, que termina en la obstrucción tubaria progresiva, como ha sido demostrado en los estudios clásicos de Westrom. ^{.(42, 44)}

Los abortos provocados, las cicatrices resultantes de infecciones, el uso de anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos figuran entre las causas más frecuentes de embarazo ectópico en estudios revisados. ^(5, 6, 31)

Tabla 5. Antecedentes de hábito de fumar.

<i>ANTECEDENTES</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Si</i>	86	58,1
<i>No</i>	62	41,9
<i>TOTAL</i>	148	100

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

La presencia del antecedente de hábito de fumar en las pacientes incluidas en el estudio se observan en la Tabla 5. En nuestro estudio el 58,1% de los pacientes presentó el mismo lo que se corresponde con los reportes de la literatura consultada. ^(49, 50)

La toxina de la nicotina, actúa sobre el medio tubario, disminuyendo la peristalsis de la trompa y los movimientos ciliares; también presenta acción antiestrogénica. ⁽⁵⁰⁾

Estudios publicados ⁽⁵¹⁾ han demostrado su relación con esta entidad, observando un alto riesgo, que va desde 1.6-3.5 veces mayor en las pacientes fumadoras.

En este caso también se ha sugerido un efecto dosis-respuesta, es decir, que el riesgo de embarazo ectópico se incrementa paulatinamente con el número de cigarros fumados. ⁽⁴⁹⁾

El carácter de epidemia atribuido al tabaquismo, se torna en nuestro contexto aún más grave, dado lo arraigado del hábito de fumar en nuestra población por la condición de país productor. Estudios realizados reflejan que “el cubano se considera un pueblo de fumadores” y el hábito de fumar se encuentra estrechamente vinculado a las tradiciones, el folclor e inclusive a las luchas sociopolíticas. ⁽⁵²⁾

Basado en estudios de laboratorio en seres humanos y animales, los investigadores han postulado varios mecanismos por los cuales el tabaquismo podría desempeñar un papel en los embarazos ectópicos. ⁽⁴⁹⁾

Estos mecanismos incluyen una o más de las siguientes: retraso en la ovulación, alteración de la motilidad uterina y las trompas, o alteración de la

inmunidad. Hasta la fecha, ningún estudio ha prestado apoyo a un mecanismo específico por el que el tabaquismo afecta a la ocurrencia de un embarazo ectópico. ⁽⁴⁹⁾

Tabla 6. Uso de anticonceptivos en el estudio.

<i>METODO ANTICONCEPTIVO</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Dispositivos Intrauterinos (DIU)</i>	<i>76</i>	<i>51,4</i>
<i>Hormonal</i>	<i>21</i>	<i>14,2</i>
<i>Ligadura</i>	<i>4</i>	<i>2,7</i>
<i>Otros</i>	<i>47</i>	<i>31,8</i>
<i>Total</i>	<i>148</i>	<i>100</i>

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

El empleo de los diferentes métodos anticonceptivos por las pacientes que conformaron la muestra estudiada se presenta en la Tabla 6 siendo los DIU los más frecuentes con un 51,4%. Estos resultados coinciden con lo encontrado por otros autores ^(43, 53) revisados que coincidieron en plantear la asociación fuerte que existe entre la utilización de los DIU y el embarazo ectópico.

Bitichel ⁽⁴³⁾ señala que el DIU produce un incremento en la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y así un incremento de embarazo ectópico.

Magman ⁽¹⁶⁾ planteó en su investigación que existen pruebas evidentes de que los DIU brindan buena protección contra la implantación intrauterina, pero ejercen escaso efecto en la producción de embarazos extrauterinos.

Cola ⁽¹⁷⁾ señala como factor predisponente de mayor valor, en la actualidad, la asociación de DIU con EIP o ITS.

En las pacientes sometidas a esterilización tubaria que se embarazan, se plantea que entre un tercio y hasta la mitad de las gestaciones serán ectópicas. ⁽²⁰⁾

El riesgo de embarazo ectópico en una mujer esterilizada de todas formas siempre es un 80% menor que en la no esterilizada, pero en las que se embarazan el riesgo relativo es 4 veces mayor en comparación con las usuarias de anticonceptivos orales. ⁽⁵⁴⁾

Tabla 7. Antecedentes de cirugías previas.

<i>CIRUGIAS PREVIAS</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Abdominal</i>	<i>8</i>	<i>28,6</i>
<i>Pelviana</i>	<i>14</i>	<i>50</i>
<i>Ginecológica</i>	<i>6</i>	<i>21,4</i>
<i>Total</i>	<i>28</i>	<i>100</i>

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

Los antecedentes de cirugías previas en las pacientes incluidas en la investigación se muestran en la Tabla 7. En solo 28 de las pacientes (18,9%) se identificó el mismo y de ellas el 50 % refirió cirugía pelviana. Estos resultados coinciden con lo encontrado por otros autores consultados al respecto. ^(54, 55)

Según algunos autores ⁽⁵⁶⁾ un pequeño aumento en el riesgo de embarazo ectópico esta favorecido por la producción de adherencias y desviaciones tubarias. Mientras que el riesgo es extremadamente elevado en las pacientes sometidas a cirugía directa sobre la trompa, ya sea por un manejo quirúrgico conservador del embarazo ectópico o cirugía tubarica por infertilidad, fluctúa de 10 a 20 veces.

Se plantea que del 3 al 10 % de los casos con cirugía reconstructiva de trompas tienen riesgo de embarazo ectópico, en dependencia del daño tubárico. ⁽⁵⁷⁾

Las otras cirugías pélvicas, que no involucran directamente la trompa, tienen un riesgo bajo, que en general varía entre 1 y 3 veces. ⁽⁵⁷⁾

La cirugía tubárica, como la ligadura de trompas, puede predisponer a un embarazo ectópico. Setenta por ciento de los embarazos después de un cauterio tubárico son ectópicos, mientras que el 70% de los embarazos después de pinzar las trompas resulta intrauterino. ^(54, 55)

Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico. Este riesgo es mayor si se emplearon métodos más destructivos para la ligadura de trompas, como el cauterio de trompas o la eliminación parcial de los tubos. La explicación parece estar fundamentada en la formación de fístulas que permiten el paso de espermatozoides. ⁽⁵⁷⁾

En algunos estudios revisados se reporta el antecedente de intervenciones quirúrgicas abdominales anteriores que afectaron los genitales internos y el peritoneo circundante las cuales condicionan un factor tuboperitoneal. ⁽²¹⁾

Tabla 8. Embarazo ectópico previo en las pacientes estudiadas.

<i>EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Si</i>	<i>49</i>	<i>33,1</i>
<i>No</i>	<i>99</i>	<i>66,9</i>
<i>TOTAL</i>	<i>148</i>	<i>100</i>

Fuente: tarjeta de vaciamiento de datos.

En la Tabla 8 se representa el antecedente de embarazo ectópico en nuestras pacientes. En el 33,1% de ellas existía el antecedente.

Algunos autores ^(17, 18, 20) coinciden que después de un embarazo ectópico el riesgo de un nuevo embarazo ectópico aumenta de 7 a 13 veces, siendo de 50 a 80% la probabilidad que el subsecuente sea intrauterino; las paciente restantes quedan estériles.

Los tratamientos conservadores, tanto médicos como quirúrgicos, que buscan conservar la trompa tienen incidencias mayores que los excisionales.

⁽²¹⁾

Se plantea que después de un segundo ectópico existe el 30 % de posibilidades de un tercero. ^(17, 18, 20)

V.CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

- La incidencia de embarazo ectópico fue precisada por años de estudio incluidos en la investigación correspondiendo la mayor al año 2010.
- La edad determinada como más frecuente estuvo comprendida entre 25-29 años.
- Se identificaron como factores de riesgo más frecuentes los antecedentes de abortos, la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), el hábito de fumar, los embarazos ectópicos anteriores y el uso de dispositivos intrauterinos (DIU).

VI. RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

1. Ampliar el estudio de forma tal que se puedan obtener datos relacionados con la recidiva de esta entidad.
2. Realizar estudios similares en otras unidades del país que permita establecer comparaciones como método de lograr una disminución de la mortalidad por esta entidad.
3. Mostrar los resultados obtenidos a los niveles de atención primarios del territorio, del cual recibimos los casos con dicha patología y así ayudar a que se realice un diagnóstico precoz del embarazo extrauterino, evitando sus complicaciones.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de conductas. Madrid: Salvat, 2004:330-49. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.
2. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy Hum Retrad 2007;10(7). Disponible en: <http://www.heartjnl.com> Acceso Abril 15 de 2013.
3. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am Fam Physician 2005;72(9): 1707-8. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
4. Berg P, Evisand TR. The incidence of ectopic. JAMA 2008; 76: 1345-9. Disponible en: <http://www.doyma.es/> Acceso Junio 6 de 2013.
5. Karplain LT. Risk factors for ectopic pregnancy. A population based study. JAMA 2008; 140: 2912-7. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.
6. Pisarska M, Carson S. Incidence and Risk factors for ectopic pregnancy. Clin Obst Gyn 2004; 42: 1- 22. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
7. Donoso E, Oyarzún E. Análisis comparativo de la mortalidad materna en Chile, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(1): 14-18. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.
8. Sowter MC, Farquhar CM. Ectopic pregnancy: an update. Curr Opin Obstet Gynecol 2004;16:289-93. Disponible en: <http://www.auanet.org/> Acceso Junio 15 de 2013.

9. Kory LA. Diagnosis of ectopic pregnancy. Am J Roentgenol 2000;175(4):1185-6. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.
10. Wong E, Suat SO. Ectopic pregnancy. A diagnostic challenge in the emergency department. Eur J Emerg Med 2000;7(3):189-94 Disponible en: <http://www.heartjnl.com> Acceso Abril 15 de 2013.
11. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico Rev Cubana Enfermer v.19 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2003 Disponible en: <http://bvs.sld.cu/> Con acceso: Mayo 18 del 2013.
12. Martínez Camilo RV, Pérez Martínez M, Torriente Hernández B. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. Reporte de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000;26(2):87-90. Disponible en: <http://www.sld.cu/> Acceso Junio 13 de 2013.
13. Valentin R MC, Pérez MM, Torriente BH. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. Reporte de un caso. Rev Cubana Obstet Ginec 2006;26(2):87-90. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/> Con acceso: Mayo 18 del 2013.
14. MINSAP. Anuario Estadístico 2012. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/> Con acceso: Mayo 18 del 2013.
15. Rambell R. Ectopic pregnancy. Obstet Ginecol 2009;8(6):34. Disponible en: <http://www.paho.org/> Acceso Mayo 26 de 2013.
16. Magman B. Ectopic pregnancy. A new gynecological epidemic disease. Obstet Ginecol 2008; 37:126-34. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.

17. Cola Urci BW. Extrauterine pregnancy: epidemiology and etiology. CRNA 2010;48(9):183-6. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
18. Kaplan A. Spontaneous bilateral ectopic pregnancy. Hum Retrad 2010; 2(138):8-9. Disponible en: <http://www.heartjnl.com> Acceso Abril 15 de 2013.
19. Webster J. Bilateral tubal ectopic pregnancy following in-vitro fertilization and embryo replacement. Obstet Gynaecol 2010; 82: 150-2. Disponible en: <http://www.doyma.es/> Acceso Junio 6 de 2013.
20. Tahseen S, Wyldes M. A comparative case-controlled study of laparoscopic vs laparotomy management of ectopic pregnancy: an evaluation of reproductive performance after radical vs conservative treatment of tubal ectopic pregnancy. J Obstet Gynaecol 2003;23:189-90. Disponible en: www.heartjnl.com Acceso Abril 15 de 2013.
21. Téllez Velasco S, Hinojosa Cruz JC, Vázquez Benítez E. El factor tuboperitoneal. Cuadro clínico, clasificaciones, secuencia diagnóstica, selección de alternativas terapéuticas y tratamiento médico. En; Medicina Reproductiva en México. JGH. Eds. México.2005.pp.125-137.
22. Ankum WM, Mol BWJ, Van der Veen F, Bossuyt PMM. Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. Fert Steril.2006; 65: 1093-9. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
23. Countor L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. Fertil Steril 2009; 61: 182-4. Disponible en: www.heartjnl.com Acceso Abril 15 de 2013.
24. Chen D, Kligman I, Rosenwaks Z. Heterotopic cervical pregnancy successfully treated with tranvaginal ultrasound – guided aspiration and

cervical – stay sutures. Fertil Steril 2005; 75: 1030-3. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.

25. Harry BH. Imagin modalities in ectopic pregnancy. Emerg Med Clin N Am 2007; 11: 507-11. Disponible en: <http://www.doyma.es/> Acceso Junio 6 de 2013.

26. Carster MA. Ectopic pregnancy: new advances in diagnosis and treatment. Hum Reprod 2009; 4: 279-85. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.

27. Rayost BJ. Metrotexate for treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 2012; 11(5):317-23. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.

28. Ginath S, Malinger G, Golan A, Shahmurou M, Glezerman M. Successful laparoscopic treatment of ruptured primary abdominal pregnancy. Fertil Steril 2005; 74: 601. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.

29. Quesnel García - Benítez C, Lira Plascencia J, Dueñas Riaño JJ. Manejo conservador del embarazo ectópico abdominal secundario (intersticial). Rev Obst y Ginecol Méx 2006, 71 (4): 181-186. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.

30. Graham F.J.C. Terapéutica quirúrgica conservadora en el embarazo tubario. Rev Obst y Ginecol Mex 2005, 70 (5): 253-258. Disponible en: <http://www.auanet.org/> Acceso Mayo 16 de 2013.

31. Zane SB, Kieke BA Jr, Kendrick JS, Bruce C Surveillance in a time of changing health care practices: estimating ectopic pregnancy incidence in

- the United State. *Matern Child Health J.* 2005; 6: 227-36. Disponible en: [http:// www.heartjnl.com](http://www.heartjnl.com) Acceso Abril 15 de 2013.
32. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadística e Información de Salud. Indicadores Básicos de Salud, 2005. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013
33. Larrind FG. Pregnancy in Africa: A Population-Based study. *Obstet Gynecol* 2004;103:692-7. Disponible en: <http://www.paho.org/> Acceso Junio 18 de 2013.
34. Goyaux N, Leke R, Keita N, Thonneau P. Ectopic pregnancy in African developing countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:305-12. Disponible en: <http://www.uroweb.org/> Acceso Junio 18 de 2013
35. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, Job-Spira N. Risk Factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis base on a large case-control, population-based study in France. *Am J Epidemiol* 2003;157:185-94. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
36. Leke R, Goyaux N, Matsuda T, Thonneau P. Ectopic pregnancy. Disponible en: <http://www.paho.org/> Acceso Mayo 26 de 2013.
37. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Masías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999;25(1):66-70. Disponible en: <http://www.sld.cu/> Acceso Junio13 de 2013.
38. Cano López LML, Vital Reyes VS, Alvarado-Cabrero I, Ferreira Rios A, Hinojosa-Cruz JC. Esterilidad primaria y embarazo cervical. *Rev Obst y*

Ginecol Mex 2002, 70 (9): 451-456. Disponible en: <http://www.uroweb.org/>
Acceso Mayo 26 de 2013.

39. Bowser RTC. Extrauterine abdominal pregnancy: Report of two case. Int J perfil 2008;10(4):181-3. Disponible en: <http://www.uroweb.org/> Acceso Junio 27 de 2013

40. Anderson F, Hogan J, Ansbacher R. Sudden death: ectopic pregnancy mortality. Obstet Gynecol 2004; 103(6):1218-23. Disponible en: <http://www.heartjnl.com> Acceso Abril 15 de 2013.

41. Check JH et al. The relationship between return to fertility and pregnancy outcome in women with IUD removed. 2005; 1019: 306-16. Disponible en: <http://www.doyma.es/> Acceso Junio 6 de 2013.

42. Kanwendo F, Forslin L, Bodín L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Inf 2000;76:28-32. Disponible en: <http://www.heartjnl.com> Acceso Abril 15 de 2013.

43. Bitichel JP. Intrauterine devices: mechanisms of action, safety efficacy and risks. Contraception 2008;38 (5 Suppl):65-73. Disponible en: <http://www.uroweb.org/> Acceso Junio 27 de 2013

44. Gard S. Inflammation of the pelvic minor. Obstet Gynecol 2009;240(25):3226-31. Disponible en: <http://www.heartjnl.com> Acceso Abril 15 de 2013.

45. Konn D, Suarez O. Salud y Juventud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001.p.14 – 17. Disponible en: <http://www.fisterra.com>. Acceso Junio 27 de 2013

46. Rodríguez A. Estudio de las actitudes. En: Dávila Bello Z, Casales Fernández JC. Psicología Social. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006:93-108.
47. Orrd P, Beintein M. Premature sexual activity an indicator of psychosocial risk. Adolescent-Health. 2003; 150 (2): 10 -11. Disponible en: <http://www.scielo.org/> Con acceso: Enero del 2011.
48. Lindorff TB. Adhesion after laparoscopic surgery in tubal pregnancy. Hum Reprod 2010;45:801-5. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
49. Wartz Molton BA. A prospective study of the relation between smoking and fertility. Fertil Steril 2008; 7: 258-64. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int> Acceso Mayo 18 de 2013.
50. Aguirre C, Viviana. [Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil](#) (en español). Rev. chil. enferm. respir. 2007, vol. 23, no. 3, pp. 173-178. Disponible <http://www.boloncol.com/> Acceso Mayo 26 de 2013.
51. Wisborg K, Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ. Smoking during pregnancy and preterm birth. Br J Obstet Gynaecol 2005; 103:800 805. Disponible en: [http:// www.doyma.es/](http://www.doyma.es/) Acceso Junio 6 de 2013.
52. Programa nacional de tabaquismo, Ministerio de Salud Pública.C.Habana,Cuba :MINSAP,2008. Disponible en: <http://www.sld.cu/> Acceso Junio13 de 2013.
53. Nielsen CL, Miller L. Ectopic gestation following emergency contraceptive pill administration. Contraception. 2000 Nov; 62(5):275-6. Disponible en: <http://www.uroweb.org/> Acceso Junio 27 de 2013

54. Shoggi BT. Factors affecting fertility following radical versus conservative surgical treatment for tubal pregnancy. Obstet Ginecol 2008;12:158-61. Disponible en: <http://www.paho.org/> Acceso Mayo 26 de 2013
55. Mich SA. Pelvic surgery reproductive factors and risk of ectopic pregnancy: a case controlled study. Hum Reprod 2009 ;10:237-41. Disponible en: <http://www.paho.org/> Acceso Mayo 26 de 2013.
56. Sullivan BY. Fertility after conservative and radical surgery for ectopic tubal pregnancy. Obstet Ginecol 2009;23:1705-9. Disponible en: <http://www.paho.org/> Acceso Mayo 26 de 2013.
57. Germain Coste J B. Fertility after ectopic pregnancy. Hum Reprod 2009;10:89-94 Disponible en: <http://www.uroweb.org/> Acceso Junio 27 de 2013
58. Rodríguez Abstengo A, La O González FR , Castillo González JA, Ibargollín Ulloa R, Medina Betancourt AL. Embarazo ectópico bilateral. A propósito de un caso. Gaceta Médica Espirituana 2008; 10(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/> Acceso Junio13 de 2013.

VIII. ANEXOS

VIII. ANEXOS

ANEXO I

TARJETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO EN LA GÉNESIS DEL EMBARAZO ECTÓPICO.
HOSPITAL JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ.
2008-2010

Investigadora: Dra. Elizabeth Díaz García

Hoja 1	
Número:	Año:
Datos Generales	
Edad:	
Hábito de fumar: Si _____ No: _____	
Antecedentes Obstétricos	
Gestaciones : _____ Partos: _____ Abortos: _____	
Antecedentes Ginecológicos	
EIP: Si: _____ No: _____ ITS: Si: _____ No: _____ Especificar: _____	
1ra Relación Sexual Precoz Si: _____ No: _____ Edad: _____	
Malformación ginecológica: Si: _____ No: _____ Especificar: _____	
Métodos anticonceptivos	
DIU: _____ Hormonales: _____ Ligadura: _____ Otros: _____	
Especificar: _____	
Cirugías previas	
Abdominal: _____ Pelviana: _____ Ginecológica: _____	
Especificar: _____	
Antecedentes de reproducción asistida	
Fertilización in vitro: _____ Inductores de la ovulación: _____	
Especificar: _____	
Antecedentes de ectópico anterior	
Si: _____ No: _____ Especificar: _____	