

Hospital Universitario "Abel Santamaría". Pinar del Río

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Dr. Jorge M. Balestena Sánchez¹ Dra. Ana Rodríguez¹ y Dr. Oscar Reguera Cabrera²

RESUMEN: Con el objetivo de evaluar algunos factores epidemiológicos del embarazo ectópico, se realizó un estudio prospectivo y longitudinal de todas las pacientes que ingresaron por esta afección en el Hospital Docente "Comandante Pinares" entre los años 1998 y 1999. El grupo estudio estuvo formado por 80 pacientes, mientras que el grupo control fue formado por 85 pacientes. Ambos grupos se escogieron de forma aleatoria. Las variables analizadas fueron: edad, antecedentes obstétricos, utilización y tipo de anticonceptivo, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica y antecedente y tipo de enfermedad de transmisión sexual. Para el análisis de los datos se utilizó el porcentaje, la media, la desviación estándar, y el estadígrafo Z con un nivel de significación de $p < 0,05$ (significativo). Se obtuvo un predominio del grupo de 25 a 29 años, con significación estadística para las nulíparas, las mujeres que utilizaron anticonceptivos y, específicamente las que tenían dispositivo intrauterino; también se encontraron resultados significativos con relación al control en aquellas pacientes que presentaron una enfermedad inflamatoria pélvica y antecedentes de enfermedad de transmisión sexual, con especial énfasis en las que tuvieron trichomoniasis y sífilis. Se concluyó que los elementos antes mencionados constituyeron factores de riesgo para que se produzca un embarazo ectópico.

DeCS: EMBARAZO ECTOPICO/ epidemiología; ENFERMEDADES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES; ANEXITIS; FACTORES DE RIESGO.

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 extrauterinos.¹ Muchos investigadores denominan embarazo extrauterino a la implantación del huevo fecundado fuera de su sitio normal, pero se plantea que es mu-

cho más exacto llamarlo embarazo ectópico, del griego *ectos* (fuera) y *topos* (lugar).²

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

¹ Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor.

² Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.

estrógenos y progesterona suficientes para inducir todos los cambios maternos característicos de la primera fase del embarazo.³

La gestación ectópica ha aumentado su frecuencia 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.^{1,4}

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 en los albores del siglo XXI.

Motivados por el incremento de esta afección se decidió realizar este trabajo, con interés de identificar diferentes factores epidemiológicos que puedan estar incidiendo en su incremento.

tación ectópica, y el grupo control estuvo formado por 85 mujeres que no presentaban dicha enfermedad.

En ambos grupos se analizaron las siguientes variables: edad, antecedentes obstétricos, antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedentes de y tipo de enfermedad de transmisión sexual (ETS) y antecedentes de anticoncepción y tipo.

Los resultados fueron agrupados en tablas que respondieron a los objetivos propuestos. En el análisis estadístico se utilizó el porcentaje, la media, la desviación estándar y la prueba de diferencia de proporciones para muestras independientes (Z) con nivel de significación de $p < 0,05$. También se estimó el riesgo relativo (RR). Se consideró riesgo cuando $RR < 1$ y el riesgo atribuible porcentual (RAP).

Todas las pacientes estuvieron de acuerdo en participar en la investigación.

Métodos

Se realizó una investigación prospectiva y longitudinal en el hospital "Comandante Piñares" Pinar del Río entre los años 1998 y 1999. El grupo estudio estuvo conformado por 80 pacientes con una ges-

Resultados

La tabla 1 indica que la media del grupo estudio fue ligeramente menor que el grupo control ($26,6 \pm 4,5$ vs $29,2 \pm 5,0$). La mayoría de las pacientes del grupo estudio se

TABLA 1. Embarazo ectópico según edad

Grupos de edades (años)	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
15-19	2	2,50	2	2,35
20-24	26*	32,50	18	21,18
25-29	33**	41,25	25	29,42
30-34	14	17,50	30	35,29
35-39	5	6,25	10	11,76
Total	80	100,00	85	100,00

(RR = 1,3 RAP = 23)

X \pm DE 26,6 \pm 4,5 29,2 \pm 5,0

*Z = 10,780 p < 0,05 **Z = 14,253 p < 0,05

Fuente: Encuestas.

TABLA 2. Embarazo ectópico según antecedentes obstétricos

Antecedentes	Grupo estudio		Grupo control		RR	RAP %
	No.	%	No.	%		
Gestaciones						
0	13*	16,25	2	2,35	1,9	47
1	8	10,00	9	10,59		
2	17	21,25	37	43,53		
3	42	52,50	37	43,53		
Partos						
Con	57	71,25	72	84,71		
Sin	23**	28,75	13	15,29		
Abortos						
Con	45	56,25	42	49,41		
Sin	35	43,75	43	50,59		

* Z= 3,159 p< 0,05 ** Z=2,136 p<0,05

Fuente: Encuestas.

TABLA 3. Embarazo ectópico según utilización y tipo de anticoncepción

Tipo de Anticoncepción	Grupo estudio		Grupo control		RR	RAP %
	No.	%	No.	%		
DIU	58*	72,50	39	45,88		
Oral	3	3,75	1	1,18		
Condón	2	2,50	1	1,18		
Subtotal con anticoncepción	63**	78,75	41	48,24	2,2	54
Subtotal sin anticoncepción	17	21,25	44	51,76		
Total	80	100,00	85	100,00		

* Z = 3,643 p<0,05 ** Z=5,352 p<0,05

Fuente: Encuestas.

encontraban entre los 20 a 29 años de edad (73,75 %), con predominio del grupo de 25 a 29 años con el 41,25 %. Ambos subgrupos resultaron estadísticamente significativos (p < 0,05). Por otra parte, el RR para el grupo de 20 a 24 años fue de 1,3 y el RAP fue de 23 %.

Se observa que el 83,75 % de las pacientes del grupo estudio habían tenido algún embarazo (tabla 2) con preponderancia en grupo de las multigestas con 30 pacientes; sin embargo, resultó significativo (p < 0,05) el grupo de las nulíparas. En rela-

ción con el antecedente obstétrico parto, el 71,25 % había parido, pero resultó significativo el grupo de las que no lo habían hecho (p < 0,05). En cuanto al aborto este se comportó casi de forma similar para ambos grupos. La nuliparidad tuvo un RR de 1,9 y un RAP de 47 %.

El 78,75 % de las pacientes hacían uso de algún tipo de anticonceptivo (tabla 3), lo cual fue significativo (p < 0,05) desde el punto de vista estadístico; el dispositivo intrauterino (DIU) fue el anticonceptivo más

TABLA 4. Embarazo ectópico según antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica

Antecedente	Grupo estudio		Grupo control		RR	RAP %
	No.	%	No.	%		
Con	71*	88,75	40	47,06	3,9	74
Sin	9	11,25	45	52,94		
Total	80	100,00	85	100,00		

*Z = 6,514 p < 0,05

Fuente: Encuestas.

TABLA 5. Embarazo ectópico según antecedentes y tipo de enfermedad de transmisión sexual

Enfermedad de transmisión sexual	Grupo estudio		Grupo control		RR	RAP %
	No.	%	No.	%		
Trichomonas	30*	37,50	18	21,17	3,1	67
Sífilis	20**	25,00	4	4,71		
Blenorragia	15	18,75	9	10,59		
Subtotal con enfermedad de transmisión sexual	65***	81,25	54	36,47		
Subtotal sin enfermedad de transmisión sexual	15	18,75	54	63,53		
Total	80	100,00	85	100,00		

*Z = 3,236 p < 0,05 **Z = 3,830 p < 0,05 ***Z = 6,589 p < 0,05

Fuente: Encuestas.

utilizado, pues fue referido por el 72,50 % de las enfermas; resultado que fue significativo estadísticamente (p < 0,05).

El RR en la utilización de la anti-concepción fue de 2,2 y RAP es de 54 %.

En la tabla 4 se aprecia que la mayoría de las pacientes del grupo estudio tenían antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (88,75 %); sin embargo, esto no ocurrió así en el grupo control (47,06 %), esta diferencia resultó ser significativa estadísticamente (p < 0,05). Para el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica el RR fue de 3,9 mientras que el RAP fue de 54 %.

El 81,25 % de las pacientes operadas por gestación ectópica padecieron una ETS

(tabla 5) lo cual fue significativo estadísticamente (p < 0,05). Entre las ETS las de mayor frecuencia fueron la trichomoniasis (37,50 %) y la sífilis (25,00 %), resultados estos significativos desde el punto de vista estadístico (p < 0,05). El RR para aquellas pacientes con ETS fue de 3,1, mientras que el RAP fue de 67 %.

Discusión

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.^{2,5-9}

Sin embargo, este estudio difiere del realizado por *Núñez*¹⁰ y *Ochoa*¹¹ que tuvieron su mayor frecuencia en la cuarta década de la vida, o sea, por encima de los 30 años. Muchos investigadores refieren que la gestación ectópica es más frecuente entre las mujeres que han tenido algún embarazo y principalmente las multigestas, por lo que inserta los resultados de esta investigación se relaciona con lo antes mencionado.⁷⁻¹¹

Por otra parte, *Pérez*² y *Martínez*⁶ plantearon que la mayor frecuencia la obtuvieron en las pacientes nulíparas, hecho que no fue comprobado en este estudio, pero sí constituyó un factor de riesgo para la aparición de un embarazo ectópico.

Para varios autores el aborto es un factor que debe tenerse en cuenta en la aparición de un embarazo extrauterino. Algunos plantearon una frecuencia que va desde 36 % hasta 54 % de este antecedente en las pacientes que han sufrido dicha enfermedad.^{6,9,11,12}

Este trabajo se correspondió con lo planteado por otros relacionados con el tema, pues todos los autores revisados coincidieron en plantear la asociación fuerte que existe entre la utilización de los DIU y el embarazo ectópico.¹²⁻¹⁴

Sin embargo, otros reconocen la anterior asociación, pero refieren una frecuencia muy baja, a tal punto que resulta inferior a la obtenida en esta investigación.^{6,8,9}

Por otra parte, *Mattingly*¹ planteó 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.

Uno de los factores que se plantean como causante del aumento de la frecuencia de gestaciones ectópicas es el uso de la terapia antimicrobiana en la prevención de las obstrucciones tubarias posteriores a episodios de salpingitis.^{1,4}

Los resultados de este trabajo se correspondieron con los obtenidos por otros autores, que observaron un aumento de la incidencia de embarazo ectópico en pacientes con antecedentes de salpingitis o enfermedad inflamatoria pélvica.^{1,7,12,15}

Por otra parte, *Martínez*⁶ y *Fleitas*⁹ encontraron una frecuencia inferior, a pesar de demostrar la fuerte asociación que existe entre la enfermedad inflamatoria pélvica y el embarazo ectópico.

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.¹ Esta investigación tuvo una frecuencia mayor en relación con esta variable que la planteada por *Martínez*,⁶ pues el obtuvo una frecuencia aproximada del 20 %.

Por tanto, se puede concluir que la multiparidad, el uso de anticoncepción, específicamente los DIU, el antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica y las enfermedades de transmisión sexual son factores a tener en cuenta en la aparición de una gestación ectópica en nuestro medio.

SUMMARY: With the objective of evaluating some epidemiological factors of the ectopic pregnancy, a prospective longitudinal study of all the patients with this disease admitted to «Comandante Pinares» teaching hospital from 1998 to 1999 was conducted. 80 patients composed the study group whereas the control group was made up of 85 patients; both groups were randomly selected. The analyzed variables were: age, obstetric history, use and type of contraception, history

of pelvic inflammatory disease and history and type of sexually transmitted disease. Percentage, mean, standard deviation and Z-score with a level of significance of $p < 0,05$ (significant) were used to analyzed data. 25-29 y age group was predominant for nulliparous women, for females using contraception and specifically for those who had intrauterine devices placed. Also significant were patients who presented with a pelvic inflammatory disease and history of sexually transmitted diseases, particularly those who suffered from trichomoniasis and syphilis. It was concluded that the above-mentioned factors were risk factors that lead to ectopic pregnancy.

Subject headings: **PRENANCY, ECTOPIC/epidemiology; SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE; ADNEXITIS; RISK FATCORS.**

Referencias bibliográficas

1. Mattingly RF. Ginecología operatoria de Richard W. Te Linde. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983.
2. Pérez A, Donoso E. Obstetricia 2 ed. Santiago de Chile: Mediterráneo, 1992.
3. Netter FH. Sistema Reproductor. Barcelona: Salvat, 1992. (Colección Ciba de Ilustraciones Médicas; 2).
4. Botella J, Clavero J. Tratado de Ginecología. T2. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983.
5. Chamberlain GVP. Obstetrics by ten teachers. 17 ed. Londres: The Bath Press, 1996.
6. Martínez M, Martínez O, Wattiez CR, López R. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(1):13-7.
7. Díaz O Cabrera M, Román S, Cabrera A. Embarazo ectópico en el Hospital General «Dr Pastor Oropeza». Bol Med Posgrado 1997;8(3):12-127.
8. Ugarte J. Embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología del Hospital Obrero Nro 1 de la Caja Nacional de Salud. La Paz. Rev Inst Med Sucre 1998;60(106-107):177-87.
9. Fleitas F, Uzcategui O, Miranda M, Meneses P, Rodríguez J. Embarazo ectópico. Rev Obstet Ginecol Ven 1996;56(1):23-5.
10. Núñez J, Mármol L, Colmenares L, Salazar G. Embarazo ectópico en el hospital «Manuel Noriega Trigo». Rev Obstet Ginecol Ven 1996;56(1):7-12.
11. Ochoa F, Jaramillo P, Gómez AL, Chávez A. Embarazo ectópico. Revisión epidemiológica. Rev Med 1998;4(1):37-9.
12. Rigol O. Obstetricia y ginecología T2. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1983.
13. Zarcone R, Viccinanza G, Carfora E, Colacurci N. Extrauterine pregnancy: epidemiology and etiology. Minerva Ginecol 1996;48(7-8):283-6.
14. Michel DR. Intrauterine devices: mechanisms of action, safety and efficacy. Contraception 1998;58(3 Suppl):45-53.
15. Gardos S. Inflammation of the pelvic minor. Obstet Ginecol 1998;139(36):2115-20.

Recibido: 31 de octubre del 2001. Aprobado: 14 de enero del 2002.

Dr. Jorge M. Balestena Sánchez. Avenida Rafael Ferro No. 413 int. Pinar del Rfo, Cuba. CP 20100, e-mail: jorgebal@has.pri.sld.cu