

Trabajos Originales

EMBARAZO ECTÓPICO: FACTORES DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD EN UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS

María Teresa Urrutia S.^a, Lauren Poupin B.^a, Paula Alarcón A.^b, Magdalena Rodríguez C.^b, Loreto Stiven R.^b

^aEnfermera-Matrona, Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ^bEnfermera-Matrona, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo ectópico (EE) es una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre del embarazo. En las últimas décadas se registra un aumento de su incidencia. **Objetivo:** Establecer los factores de riesgo asociados a esta patología, en una población de mujeres chilenas. **Método:** Se estudió a 50 mujeres con EE y se compararon con 100 puérperas en el mismo período. **Resultados:** Los factores de riesgo significativos para EE fueron: antecedentes de cirugía ginecológica, antecedentes de cirugía abdominal, antecedente de DIU al momento de la concepción, número de parejas sexuales, consumo de alcohol. **Conclusión:** Los factores de riesgo para EE en una población chilena son similares a los descritos en la literatura internacional; se enfatiza la importancia de la derivación precoz para evitar en la mujer daños físicos y psicológicos.

PALABRAS CLAVES: *Embarazo ectópico, factores de riesgo*

SUMMARY

Background: The ectopic pregnancy (EP) is one of the most important causes of maternal death during the first quarter of pregnancy. During the last decades the incidence rates have increased. **Objective:** This study intends to establish the risk factors associated with this pathology, within a population of Chilean women. **Method:** 50 ectopic pregnancy women were studied, and were compared to 100 puerperal women during the same period of time. **Results:** The significant risk factors for EP were: antecedents of gynecological and abdominal surgeries, antecedent of IUD during conception, number of sexual couples, alcohol consumption. **Conclusion:** The risk factors for EP in a Chilean population are similar to those described in the international literature; is emphasized the importance of the early derivation to avoid in the women physical and psychological damage.

KEY WORDS: *Ectopic pregnancy, risk factors*

INTRODUCCIÓN

A pesar del progreso en los métodos diagnósticos y terapéuticos, el embarazo ectópico (EE) sigue representando, a nivel mundial, un problema en morbilidad y mortalidad materna en el primer

trimestre del embarazo (1-4). En el Hospital Dr. Sótero del Río, de Santiago de Chile, en los últimos 3 años se ha presentado un promedio de 108 casos anuales (5). En los países desarrollados la incidencia aumentó tres a cuatro veces en los últimos 20 años (6). En África hubo un incremen-

to, a pesar de mantener tasas menores que la de países industrializados (7), aumentando 2 a 4 veces en un período de 10 años (8). En Chile, en 2003, hubo 3.694 egresos por EE, con una tasa de 1,4% (9).

Son múltiples los factores de riesgo relacionados al EE, entre ellos: edad materna mayor de 30 años (10,11), consumo de tabaco (6,12,13,14), inicio precoz de la actividad coital y el número de parejas sexuales (6,12,15); como también los antecedentes de EE previo (16), abortos (6,13,14), proceso inflamatorio pélvico (PIP) (10) e infertilidad (6), cirugías pélvicas y abdominales (4,12,13, 15,17,18), uso de dispositivos intrauterinos (6) y duchas vaginales (17,18). Estudios en Chile acerca de los factores de riesgo relacionados a EE no han sido publicados.

El objetivo de este estudio es determinar las características clínicas y los factores de riesgo asociados a EE en un grupo de mujeres chilenas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de caso y control realizado en la maternidad del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, en el período Octubre de 2002 y Febrero de 2003. El grupo estudio está constituido por el total de mujeres que presentaron EE en el período (n: 50 mujeres), y el grupo control por una muestra probabilística de 100 puérperas del mismo lapso. Para la selección de las puérperas, se revisó el libro de ingresos del servicio de puerperio, y se extrajo aleatoriamente el número de puérperas del grupo control. La paridad de las mujeres puérperas fue una variable que se pareó con el grupo de mujeres con embarazo ectópico, dada su posible influencia en el uso y tipo de método anticonceptivo, por ello se estableció como criterio de ingreso al grupo control el rango de paridad que presentaba el grupo de estudio; así se logró tener 2 grupos comparables en relación a esta variable, presentando un promedio de $1,36 \pm 1,05$ embarazos cada grupo de estudio. La relación del grupo de estudio versus el grupo control fue de 1:2. Los criterios de inclusión para los casos fueron: tener diagnóstico confirmado de embarazo ectópico y haber recibido tratamiento médico o quirúrgico. El criterio de inclusión para los controles fue cumplir con el rango de paridad del grupo de estudio. Las fuentes de información fueron la ficha clínica y la entrevista con las usuarias. Las variables estudiadas comprenden: edad, años de escolaridad, consumo de alcohol y tabaco, antecedentes quirúrgicos, antecedentes de PIP, de infer-

tilidad, de infecciones de transmisión sexual, de EE previo, número de parejas sexuales, edad de inicio de la actividad coital, uso de métodos anticonceptivos y práctica de duchas vaginales, todos estos antecedentes fueron extraídos de la entrevista con la usuaria. Se estudió además, las características del embarazo ectópico, en relación a: motivo de consulta, lugar de consulta, número de consultas, período de latencia, edad gestacional, número de controles prenatales y tratamiento recibido. Se solicitó firmar voluntariamente consentimiento informado a cada una de las mujeres, tanto del grupo de estudio como del grupo control. Para el análisis de los datos, se utilizaron los programas estadísticos SPSS 8.0 y Epi Info 6.0; se analizaron medidas de tendencia central, de dispersión, distribución de frecuencias, t-Student, riesgo relativo estimado (OR) con sus respectivos límites de confianza (IC) al 95%. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El promedio de edad de los casos fue de $29,4 \pm 5,9$ años y del grupo control de $27,8 \pm 6,5$ años, diferencia no significativa. El promedio de años de escolaridad fue de $10,5 \pm 2,4$ años para los casos y de $11,0 \pm 2,2$ años para el grupo control, diferencia no significativa. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue de $17,7 \pm 3,5$ años para los casos y de $17,9 \pm 2,9$ años en el grupo control, diferencia no significativa.

El análisis de riesgo de las variables estudiadas se presenta en la Tabla I. No fue posible determinar el riesgo que representan las infecciones de transmisión sexual (ITS) por no registrarse casos en las mujeres del grupo control. Las variables con riesgo significativo fueron: consumo de alcohol, antecedente de cirugía ginecológica y abdominal previa, antecedente de infertilidad, haber tenido más de 2 parejas sexuales y uso de DIU al momento de la concepción. El consumo de alcohol en general presentó un riesgo de EE de 2,7 veces mayor, mientras que el consumo semanal lo elevó 6,68 veces. Se destaca que del total de mujeres con el antecedente de cirugía ginecológica, el 36% habían sido intervenidas en más de una oportunidad.

Al analizar el grupo de casos y las características del EE (Tabla II), se observó que el motivo principal de consulta fue por dolor. El 80% de las consultas se realizaron en el servicio de urgencia de la maternidad. El 34% de las mujeres consultó más de una vez antes de ser hospitalizada. El

Tabla I
ANÁLISIS DE RIESGO DE VARIABLES ASOCIADAS A EMBARAZO ECTÓPICO

<i>VARIABLES</i>	<i>Casos n (%)</i>	<i>Controles n (%)</i>	<i>OR (IC 95%)</i>	<i>Valor p</i>
Edad mayor 30 años	24 (48)	32 (32)	1,96 (0,92-4,19)	NS
Consumo de tabaco	31 (62)	46 (46)	1,92 (0,91-4,07)	NS
Consumo de alcohol	28 (56)	32 (32)	2,70 (1,27-5,79)	0,008
Antecedentes de Cx ginecológica	11 (22)	2 (2)	13,82 (2,7-131,4)	0,001
Antecedentes de Cx abdominal	14 (28)	10 (10)	3,50 (1,31-9,46)	0,009
Antecedentes de cesárea	15 (30)	21 (21)	2,30 (0,97-5,45)	NS
Antecedentes de PIP	6 (12)	6 (6)	2,14 (0,53-8,45)	NS
Antecedentes de infertilidad	11 (22)	1 (1)	27,9 (3,75-1213,5)	0,001
Antecedentes de EE	5 (10)	2 (2)	5,44 (0,89-42,32)	NS
Mayor a 2 parejas sexuales	19 (38)	19 (19) (1,15-5,98)	2,61	0,02
Uso DIU al momento de la concepción	12 (24)	7 (7) (1,4-12,9)	4,20	0,007
Uso DIU en algún momento de la vida	24 (48)	27 (27) (1,16-5,04)	2,50	0,017
Uso de ACO al momento de la concepción	6 (12)	14 (14) (0,25-2,52)	0,84	NS
Uso de ducha vaginal	3 (6)	3 (3) (0,26-15,92)	2,06	NS

Cx: Cirugía. PIP: Proceso inflamatorio pélvico. EE: Embarazo ectópico. DIU: Dispositivo intrauterino. ACO: anticonceptivos orales. NS: No significativo.

período de latencia, considerado como el período entre el primer síntoma y la primera consulta, fue menor a 1 semana en el 74% de los casos. El 60% de los casos no conocía su condición de embarazada. La edad gestacional promedio, al momento del diagnóstico fue de $8,0 \pm 3,0$ semanas, con un mínimo de 2 y un máximo de 17 semanas de amenorrea. El 86% de los casos no había asistido a control prenatal.

El 86% de los EE se implantó en la trompa de Falopio. El 84% recibió tratamiento quirúrgico y el 16% restante terapia médica, con una dosis de metotrexato. Del total de mujeres con tratamiento

quirúrgico (n: 42), solo en el 7,1% de ellas el diagnóstico de ingreso a pabellón fue EE no complicado.

DISCUSIÓN

El presente estudio logra establecer algunos factores de riesgo relativo estimado significativos, que revelan las características de la población susceptible de desarrollar un EE, en una muestra de mujeres chilenas beneficiarias del sistema público de atención del área Sur Oriente de Santiago. La mayoría de estos factores concuerdan con

Tabla II
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE
PACIENTES CON EMBARAZO ECTÓPICO

Variable	n	%
Motivo de consulta		
Dolor abdominal	35	70
Derivada por ecografía	6	12
Metrorragia	4	8
Otros	5	10
Lugar de consulta		
Urgencia maternidad	40	80
Urgencia adultos	1	2
Otro centro de salud	9	18
Número de consultas		
1	33	66
2	15	30
3-5	2	4
Período de latencia en días		
< o igual a 3	23	46
4-7	14	28
8-15	8	16
16 y más	5	10
Nº de controles prenatales		
0	43	86
1	5	10
2	1	2
3	1	2

los descritos en la literatura internacional. Cabe señalar que una de las limitaciones de esta investigación es el bajo número de mujeres estudiadas, lo que probablemente no permitió demostrar riesgo significativo de algunos de los factores señalados por la literatura extranjera.

En este estudio, a diferencia de lo descrito en la literatura, la edad mayor a 30 años (6,10,11), no presentó diferencia significativa entre casos y controles. En relación al consumo de tabaco, éste no presenta una asociación significativa para EE, sin embargo en la literatura se señala como un factor de riesgo importante (6,12,13,14), ya sea por depleción inmunológica, alteraciones de la motilidad tubaria y predisposición a los PIP (10,19,20). A pesar de ello, se observó una mayor proporción de mujeres consumidoras de tabaco en el grupo de estudio (62%), que en las del grupo control (46%), con un consumo diario de cigarrillos similar en ambos grupos.

Un hallazgo relevante de este estudio es el antecedente de consumo de alcohol como factor de riesgo, variable no estudiada en otras publica-

ciones, a excepción de algunas investigaciones sobre malformaciones embrio-fetales en gestaciones ectópicas, con antecedentes de consumo materno de alcohol (5) y un estudio sobre factores de riesgo de EE en Suecia, donde el consumo de alcohol y tabaco no mostraron diferencias entre los casos y los controles (21). Otros autores hablan de ingesta de alcohol asociada a infertilidad e indirectamente relacionada a una mayor incidencia de EE (22,23). Este hecho cobra importancia, ya que, el Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile del año 2002 (24), revela que las mujeres han ido aumentando el consumo de alcohol, que entre los 12 y 18 años prácticamente no hay diferencias en el consumo según género, siendo el masculino de 27% y femenino de 26%. En general el consumo de alcohol se centra significativamente en las mujeres en edad reproductiva (24).

La historia de cirugías ginecológicas y abdominales establece un claro riesgo para desarrollar una implantación ectópica (14,25,26), antecedente que resultó igualmente significativo en nuestra población.

En el grupo estudio, los PIP no tuvieron un resultado significativo, a diferencia de lo señalado en otros estudios, que comprueban la fuerte relación entre la reducción de PIP y la disminución de la incidencia de EE (10,13). En otras publicaciones se atribuye el aumento en las tasas de EE a la presencia de *Chlamydia trachomatis* en los PIP (19,20). En nuestro caso, es probable que se deba al bajo número de mujeres con este antecedente, ya que sólo 6 de las 50 mujeres con EE refirieron el antecedente de PIP.

La infertilidad, estudiada por Pisarka y cols (12), especialmente en relación a la duración de la infertilidad (4) es otro factor de riesgo altamente significativo en este estudio. No resultó lo mismo con la práctica de duchas vaginales, señalado por algunos autores como factor de riesgo (17,18), si bien existe una mayor prevalencia entre los casos, la asociación no fue significativa.

El inicio de actividad sexual previo a los 16 años, es otro factor de riesgo asociado significativamente a EE (6,13), pero no lo fue en este estudio a pesar de ser mayor la frecuencia en los casos que en los controles. El número de parejas sexuales mayor a 2, representa un riesgo relativo estimado significativo, lo que es apoyado por otros estudios (13).

Al analizar el uso de DIU como antecedente para EE, éste cobra importancia solo cuando su uso se asocia al momento de la concepción, lo

que concuerda con la literatura que señala a este método con un riesgo 6,4 veces mayor (12).

La valoración de la sintomatología y de factores de riesgo para EE cobra gran importancia al momento de derivar a la mujer al nivel secundario de atención. Hoy se sabe que si el diagnóstico es precoz, mejora notablemente el pronóstico (20). Por otro lado, en la actualidad, los métodos utilizados permiten disminuir el número de mujeres tratadas quirúrgicamente, resolviendo el cuadro mediante tratamiento médico (27). También se ha hecho referencia a la terapia laparoscópica, la que se asocia a hospitalizaciones más breves, menor utilización de medicamentos y menos complicaciones postoperatorias, que en conjunto reducen los costos asociados a esta patología (28).

Queda mucho por hacer en lo referente a la educación de las usuarias, ya que por un lado, el 86% de las mujeres con EE no habían controlado su embarazo y por otro lado el 26% de las mujeres presentaron síntomas por más de 1 semana de evolución. Es necesario reforzar la educación a la población en cuanto a la importancia del control prenatal precoz, como también en cuanto a los síntomas que ameritan consultar a un centro de salud cuando se está embarazada, para contribuir, de alguna manera, a disminuir los porcentajes de mujeres con resolución quirúrgica, como se observó en esta muestra, lo cual responde básicamente al porcentaje de mujeres que ingresa a cirugía, con complicación del cuadro clínico.

En nuestro estudio, el 34% de las mujeres consultó más de una vez antes de ser hospitalizada, por lo que debemos reflexionar respecto de la derivación precoz y oportuna de estas mujeres. Esta patología difícilmente se diagnostica en el nivel primario de atención por lo que enfatizamos la conducta de derivar al hospital a toda mujer con vida sexual activa que presente dolor pélvico bajo y/o sangrado vaginal, para someterse a una ultrasonografía y si es necesario a una evaluación de la concentración de gonadotropina coriónica (20).

La epidemiología que ha tenido esta patología en Chile, coincide con la descrita en la literatura extranjera, pero el avance en el diagnóstico y tratamiento médico, que señalan estas investigaciones, aun no ha sido alcanzado en nuestro país. Los factores de riesgo guardan una relación estrecha con los estilos de vida actuales y al analizar los indicadores por región se puede establecer que en las grandes ciudades de Chile, la frecuencia de EE se duplica o triplica (9).

Finalmente, cabe señalar que Chile ha logrado mantener las cifras de mortalidad en los últimos

años (29), mérito que no desconocemos, y que forma parte del trabajo conjunto realizado por el equipo de profesionales involucrado en el área, sin embargo, debemos seguir trabajando para mejorar las estrategias de enfrentamiento en la atención que le brindamos a las mujeres afectadas (30,31). Nuestra preocupación se centra en los altos costos económicos que el EE representa para el sector salud, pero sobre todo por la calidad del cuidado para evitar las secuelas físicas y psicológicas en la mujer (30,32,33,34), las cuales aun no han sido estudiadas o reportadas en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tharaux-Deneux C, Bouyer J, Job-Spira N, Coste J, Spira A. Risk of ectopic pregnancy and previous induced abortion. *Am J Public Health* 1998;88(3): 401-5.
2. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician* 2005;72(9): 1707-8.
3. Anderson F, Hogan J, Ansbacher R. Sudden death: ectopic pregnancy mortality. *Obstet Gynecol* 2004; 103(6):1218-23.
4. Sowter M, Farquhar C. Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004;16:289-93.
5. Estadísticas, Servicio de Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, 2005.
6. 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.
7. Leke R, Goyaux N, Matsuda T, Thonneau P. Ectopic Pregnancy in Africa: A Population-Based study. *Obstet Gynecol* 2004;103:692-7.
8. Goyaux N, Leke R, Keita N, Thonneau P. Ectopic pregnancy in African developing countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:305-12.
9. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadística e Información de Salud. Indicadores Básicos de Salud, 2005.
10. 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.
11. Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly JL, Job-Spira N. Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinoepidemiologic entities. *Fertil Steril* 2000;74(5):881-6.
12. Pisarka M, Carson S. Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42(1): 2-8.
13. Coste J, Bouyer J, Job-Spira N. Maternal life events and adverse pregnancy outcomes: lessons from the Auvergne ectopic pregnancy registry. *Fertil Steril* 2004;81(1):137-48.

14. Bouyer J, Rouxel A, Job-Spira N. Smoking cessation or reduction in women attempting to conceive after ectopic pregnancy. *Eur J Epidemiol* 2001;17:1063-6.
15. Pisarska M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *Lancet* 1998;351(9109):1115-21.
16. Troncoso JL, Devoto L, Santamaría R, Fuentes A. Tratamiento médico del embarazo ectópico: Evaluación prospectiva de la fertilidad. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67(5):354-9.
17. Zhang J, Thomas SG, Leybovich E. Vaginal douching and adverse health effects: a meta-analysis. *Am J Public Health* 1997;87(7):1207-11.
18. Hansen B. Vaginal douching. *JOGNN*. 2003;32:12-8.
19. Butts S, Sammel M, Hummel A, Chittams J, Barnhart K. Risk factors and clinical features of recurrent ectopic pregnancy: a case control study. *Fertil Steril* 2003;80(6):1340-4.
20. Tay J, Moore J, Walker J. Ectopic pregnancy. *BMJ* 2000;320:916-9.
21. Thorburn J, Berntson C, Philipson M, Lindblom B. Background factors of ectopic pregnancy. I. Frequency distribution in a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986;23(5-6):321-31.
22. Eggert J, Theobald H, Engfeldt P. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertil Steril* 2004;81(2):379-83.
23. Kildea S, Bowden FJ. Reproductive health, infertility and sexually transmitted infections in indigenous women in a remote community in the Northern Territory. *Aust N Z J Public Health* 2000;24(4):382-6.
24. CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2002. Hallado en: www.conace.cl. Consultado el 20 de Febrero de 2006.
25. Bouyer J, Coste J, Fernández J, Pouly L, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 years population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17(12):3224-30.
26. Mashburn J. Ectopic Pregnancy: Triage Do's and don't's. *J Nurse Midwifery* 1999;44(6):549-57.
27. Barnhart K, Rinaudo P, Hummel A, Pena J, Sammel M, Chittams J. Acute and chronic presentation of ectopic pregnancy may be two clinical entities. *Fertil Steril* 2003;80(6):1345-51.
28. Alvarez M, Nannig P. Rol de la cirugía endoscópica en el manejo actual del embarazo ectópico tubárico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005;70(1):15-20.
29. Donoso E. Mortalidad materna en Chile, 2000-2004. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(4):246-51.
30. Ego A, Subtil D, Di Pompeo C. Patient satisfaction with management of ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98(1):83-90.
31. Wheeler SR. Psychosocial needs of women during miscarriage or ectopic pregnancy. *AORN J* 1994;60(2):221-7,30-1.
32. Lasker JN, Toedter LJ. The impact of ectopic pregnancy: a 16-year follow-up study. *Health Care Women Int* 2003;24(3):209-20.
33. Schaper AM, Hellwig MS, Murphy P, Gensch BK. Ectopic pregnancy loss during fertility management. *West J Nurs Res* 1996;18(5):503-17.
34. Bachelot A, Fernandez H, Job-Spira N. [Experience of ectopic pregnancy]. *Contraception Fertil Sex* 1994;22(7-8):478-84.