



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Matos Quiala, Hugo Ariel; Rodríguez Lara, Osvaldo; Estrada Sánchez,
Gerardo; Martínez Enfedaque, Marilyn; Saap Nuño, Ana; Osorio
Rodríguez, Maritza; Beltrán Herrera, José Angel; Denis Fernández, Efrén
Caracterización de embarazo ectópico

Revista Información Científica, vol. 97, núm. 6, 2018, Noviembre-Diciembre, pp. 1100-1110
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758539003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de embarazo ectópico

Characterization of ectopic pregnancy

Caracterização da gravidez ectópica

Hugo Ariel Matos Quiala¹, Osvaldo Rodríguez Lara², Gerardo Estrada Sánchez³, Marilyn Martínez Enfedaque⁴, Ana Saap Nuño⁵, Maritza Osorio Rodríguez⁶, José Ángel Beltrán Herrera⁷, Efrén Denis Fernández⁸

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo. Cuba. Email: hamatosq@infomed.sld.cu

² Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer y en Oncoginecología. Instructor. Hospital Internacional Baho. Ruanda. Email: osrola1972@gmail.com

³ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Eusebio Hernández Pérez". La Habana. Cuba. Email: ggestrada@infomed.sld.cu

⁴ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Dirección Provincial de Salud Guantánamo. Cuba. Email: enfedaque@infomed.sld.cu

⁵ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo. Cuba. Email: asaap@infomed.sld.cu

⁶ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructora. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" Guantánamo. Cuba. Email: maritzaosrod@infomed.sld.cu

⁷ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Policlínico Universitario "Mártires del 4 de Agosto". Guantánamo. Cuba. Email: jbherrera@infomed.sld.cu

⁸ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección Municipal de Salud Yateras. Guantánamo. Cuba. Email: efrendenisf@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: durante los últimos 20 años la incidencia del embarazo ectópico se ha duplicado o triplicado, principalmente en los países desarrollados. Este incremento se comporta de forma diferente en

países, regiones o áreas poblacionales. **Objetivo:** caracterizar el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital General Docente de Guantánamo "Dr. Agostinho Neto" durante el año 2006. **Método:** el universo estuvo constituido por 763 pacientes con embarazo ectópico en el período 2002-2006. La muestra fue de 175, todas del año 2006. Las variables estudiadas fueron: grupo de edades, síntomas al ingreso, medios diagnósticos, formas clínicas y operaciones realizadas. **Resultados:** se obtuvo discreto crecimiento en el número de embarazos ectópicos durante los años de estudio. El grupo de edades de 20-24 obtuvo el 31,4 % en frecuencia y el de 25-29 el 34,9 %. El 85,7 % de las pacientes acudió con los síntomas de dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal, seguidas por las que presentaron dolor bajo vientre y amenorrea (78,3 %). En 73 pacientes fue diagnosticado por la clínica más culdocentesis en el 41,8 % de los casos y solo en 9 por clínica más laparoscopia. **Conclusiones:** hubo incremento de los embarazos ectópicos. El año de mayor frecuencia fue 2006. Predominó el grupo de edades de 25 a 29 años y las pacientes primíparas. El síntoma al ingreso predominante fue el dolor bajo vientre y el sangramiento vaginal anormal. El diagnóstico con más frecuencia fue la clínica más culdocentesis. El embarazo ectópico complicado inestable, el sitio de implantación tubárica y la localización ampular con salpingectomía total como operación fueron las más frecuentes.

Palabras clave: embarazo ectópico; epidemiología; cirugía

ABSTRACT

Introduction: during the last 20 years the incidence of ectopic pregnancy has doubled or tripled, mainly in developed countries. This increase behaves differently in countries, regions or population areas. **Objective:** to characterize the behavior of ectopic pregnancy in the Guantánamo General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto "during the year 2006. **Method:** the universe consisted of 763 patients with ectopic pregnancy in the period 2002-2006. The sample was 175, all of the year 2006. The variables studied were: age group, symptoms on admission, means of diagnosis, clinical forms and operations performed. **Results:** discrete growth was obtained in the number of ectopic pregnancies during the years of study. The age group of 20-24 obtained 31.4% in frequency and that of 25-29 and 34.9%. 85.7% of the patients presented with symptoms of abdominal pain and abnormal vaginal bleeding, followed by those with lower abdominal pain and amenorrhea (78.3%). In 73 patients it was diagnosed by the clinic plus culdocentesis

in 41.8% of the cases and only in 9 by clinical plus laparoscopy. **Conclusions:** there was an increase in ectopic pregnancies. The year of greatest frequency was 2006. The age group of 25 to 29 years and the primiparous patients predominated. The predominant symptom of admission was lower abdominal pain and abnormal vaginal bleeding. The diagnosis with more frequency was the clinic plus culdocentesis. The complicated unstable ectopic pregnancy, the tubal implantation site and the ampullary location with total salpingectomy as the operation were the most frequent.

Keywords: ectopic pregnancy; epidemiology; surgery

RESUMO

Introdução: nos últimos 20 anos, a incidência de gravidez ectópica dobrou ou triplicou, principalmente nos países desenvolvidos. Esse aumento se comporta de maneira diferente em países, regiões ou áreas de população. **Objetivo:** caracterizar o comportamento da gravidez ectópica no Hospital Geral de Ensino de Guantánamo "Dr. Agostinho Neto" durante o ano de 2006. **Método:** o universo consistiu em 763 pacientes com gravidez ectópica no período 2002-2006. A amostra foi de 175, durante todo o ano de 2006. As variáveis estudadas foram: faixa etária, sintomas na admissão, meios de diagnóstico, formas clínicas e operações realizadas. **Resultados:** crescimento discreto foi obtido no número de gestações ectópicas durante os anos de estudo. A faixa etária de 20 a 24 anos obteve 31,4% de frequência e a de 25 a 29 e 34,9%. 85,7% dos pacientes apresentavam sintomas de dor abdominal e sangramento vaginal anormal, seguidos por dor abdominal baixa e amenorreia (78,3%). Em 73 pacientes foi diagnosticada pela clínica mais culdocentese em 41,8% dos casos e somente em 9 pela clínica mais laparoscopia. **Conclusões:** houve aumento de gravidez ectópica. O ano de maior frequência foi 2006. A faixa etária de 25 a 29 anos e as primíparas predominaram. O sintoma predominante da admissão foi dor no baixo ventre e sangramento vaginal anormal. O diagnóstico com maior frequência foi a clínica e culdocentese. A gestação ectópica complicada e instável, o local de implantação das trompas e a localização ampular com salpingectomia total como operação foram os mais frequentes.

Palavras chave: gravidez ectópica; epidemiologia; cirurgia

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina. Esta anidación y desarrollo fuera de su lugar normal determina siempre trastornos a corto o largo plazo; constituye una urgencia obstétrica ya que ocasiona graves alteraciones con riesgo para la calidad de vida de las pacientes.

Durante los últimos 20 años la incidencia del embarazo ectópico se ha duplicado o triplicado, principalmente en los países desarrollados. Este incremento se comporta de forma diferente en países, regiones o áreas poblacionales, y su incidencia varía según los diferentes grupos etarios, en edades fértiles entre 18 y 35 años, edad óptima de procrear.¹⁻⁴

El embarazo ectópico como causa de mortalidad materna ha disminuido ostensiblemente debido al entrenamiento de los técnicos facultados para hacer el diagnóstico certero y en tiempo oportuno desde los antecedentes o anamnesis, examen físico y medios complementarios disponibles para el pesquizado y positividad del diagnóstico (estudios inmunológicos, radiológicos hasta laparoscópicos); no obstante, sigue siendo responsable del 10-15 % del total de las muertes maternas.⁵⁻¹⁰

En nuestra provincia las infecciones de transmisión sexual van en aumento, lo que ha conllevado a otros investigadores a desarrollar estrategias para tratar de controlarlas y como se ha abordado anteriormente esta es una de las causas fundamentales de esta patología.

El embarazo ectópico es considerado una de las urgencias obstétricas donde pelagra la vida de la madre y aunque la mortalidad no es un problema de salud por su bajo índice, no deja de ser una preocupación para los ginecobstetras. Es pertinente alertar a las direcciones de salud sobre el problema y buscar formas y métodos que ayuden a disminuir este flagelo que puede constituir una causa importante de infertilidad en mujeres que están en edades reproductivas, lo que coloca el tema en una posición privilegiada para los investigadores de la especialidad proponiéndose como objetivo caracterizar el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital General Docente de Guantánamo "Dr. Agostinho Neto" durante el 2006.

MÉTODO

Se realizó un estudio sobre el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital General Docente de Guantánamo "Dr. Agostinho Neto" durante el 2006.

El universo de estudio fue de 763 pacientes con embarazo ectópico desde el 2002 hasta el 2006. Se selecciona una muestra probabilística de 175 pacientes que son atendidas en dicho hospital durante el 2006.

Se diseñó un formulario por el autor y el tutor mediante un trabajo de mesa donde se seleccionaron las variables y las categorías a estudiar, que fueron: grupo de edades, procedencia municipal, síntoma de ingreso, examen físico y ginecológico, medios clínicos y de diagnóstico, formas clínicas, sitios de implantación, localización más frecuente, operaciones realizadas, complicaciones postoperatorias, estado al egreso y factores de riesgo.

El dato primario se obtuvo de las historias clínicas y archivo del propio hospital. Para el procesamiento de la información se diseñó una base de datos con la ayuda del paquete estadístico SSPS versión 10.0. Las medidas de resumen utilizadas fueron las frecuencias absolutas y el porcentaje y los datos se mostraron en tablas de distribución de frecuencia y datos de asociación. Se aplicaron las técnicas de inferencia estadísticas de Chi Square y el Odds Ratio para buscar diferencias significativas y el grado de asociación entre algunas variables para el 95 % de probabilidad de error.

RESULTADOS

La ocurrencia del embarazo ectópico ha ido aumentando discretamente. La mayor frecuencia fue en el 2006, con una tasa de 3,5 (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con embarazo ectópico según año y tasa de ocurrencia

Años	Partos	Embarazos ectópicos	Tasa / 100
2002	5 881	105	1,8
2003	6 047	166	2,7
2004	5 566	165	2,9
2005	5 032	152	3,0
2006	4 983	175	3,5

La mayor frecuencia de los embarazos ectópicos se presenta fundamentalmente en las edades fértiles de la mujer entre los 20–29 años. Dicho grupo en este estudio constituye el 66,3 % (116 mujeres) (Tabla 2). El grupo de edades de 25–29 años fue el de mayor frecuencia con el 34,9 %, seguido por el de 20–24 con el 31,4 %, con 61 y 55 pacientes, respectivamente.

Tabla 2. Pacientes con embarazo ectópico según grupos de edad

Grupos de Edad	No.	%
15 –19	19	10,9
20 – 24	55	31,4
25 – 29	61	34,9
30 – 34	31	17,7
35 +	8	13,1
Total	175	100,0

El 85,7 % de las pacientes acudió con los síntomas de dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal, seguidas por las que presentaron dolor bajo vientre y amenorrea (78,3 %) (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con embarazo ectópico según síntomas al ingreso

Síntomas al ingreso	No.	%
Dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal	150	85,7
Dolor bajo vientre y amenorrea	137	78,3
Dolor bajo vientre, amenorrea y sangramiento vaginal anormal	91	52,0
Dolor bajo vientre	87	49,7
Sangramiento vaginal anormal	47	26,9

(N=175)

El diagnóstico más frecuente en este estudio fue la clínica más culdocentesis en el 41,8 % de los casos (Tabla 4), seguido por la clínica ecografía/ culdocentesis en el 23,5 %, 41 pacientes.

Tabla 4. Pacientes con embarazo ectópico según medios diagnósticos

Medios de diagnósticos	No.	%
Clínica + Culdocentesis	73	41,8
Clínica/ Ecografía/ Culdocentesis	41	23,5
Clínica + Ecografía	27	15,4
Ecografía/ Laparoscopia	25	14,2
Clínica + Laparoscopia	9	5,1
Total	175	100,0

(N=175)

Según formas clínicas y estabilidad hemodinámica al ingreso (Tabla 5), se encontró que más de la mitad de los embarazos ectópicos se complicaron (58,3 %), 102 pacientes. Hubo predominio de los embarazos complicados inestables (49,7 %), seguidos por los embarazos ectópicos no complicados estables con el 34,8 %, (61 casos).

Tabla 5. Pacientes con embarazo ectópico según formas clínicas y estabilidad hemodinámica al ingreso

Formas Clínicas	Estabilidad hemodinámica					
	Estable		Inestable		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Embarazo ectópico complicado	15	8,6	87	49,7	102	58,3
Embarazo ectópico no complicado	61	34,8	12	6,9	73	41,7
Total	76	43,4	99	56,6	175	100

Chi cuadrado = 81 $p < 0.05$ OR = 0.03 CI = 0.015 - 0.077

La operación más realizada en este período de estudio resultó ser la salpingectomía total (51,4 %), seguida en orden de frecuencia por la anexectomía (30,3 %) (Tabla 6).

Tabla 6. Pacientes con embarazo ectópico según operaciones realizadas

Operaciones realizadas	No.	%
Salpingectomía total	90	51,4
Anexectomía	53	30,3
Salpingectomía bilateral	27	15,4
Histerectomía total	5	2,9
Total	175	100,0

DISCUSIÓN

El aumento de esta entidad obedece a razones complejas y aún no muy aclaradas. El aumento de las infecciones pélvicas y tubáricas, fundamentalmente en las infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por *Chlamydia* (*Trachomatis*), el aborto, el desarrollo de la cirugía pélvica en mujeres infértiles, el aumento de la esterilización tubárica y las nuevas técnicas de fertilización asistidas, son también factores que explican el incremento de esta entidad.^{5,6}

La literatura enmarca al embarazo ectópico como una gestorragia de la primera mitad del embarazo, con la tríada clásica de: amenorrea, dolor bajo vientre y sangramiento vaginal anormal.^{7,8} Válido esto para el manual de procedimientos en obstetricia y perinatología^{10,11}, así como documentos del grupo nacional¹⁰⁻¹², sin excluir otras manifestaciones clínicas.

La culdocentesis es fundamental en el diagnóstico para la confirmación de un hemoperitoneo de posible causa ginecológica. Su valor radica en que permite diagnosticar complicaciones graves para llegar con rapidez al tratamiento adecuado, aunque no permite establecer su localización.¹⁰⁻¹²

El ultrasonido, realizado principalmente transvaginal, es también importante en el diagnóstico y localización del embarazo ectópico; aunque no es específico, se encuentra masa tumoral anexial compleja y líquido en fondo del saco pélvico.¹³⁻¹⁵

En la literatura revisada los resultados obtenidos por los diferentes investigadores no coinciden con los nuestros, donde lo más frecuente es que lleguen hemodinámicamente estables y no inestables en el momento del diagnóstico.^{3,4,14-16}

Se considera que el 95 % de todas las implantaciones extrauterinas se produce en las trompas de Falopio y, dentro de esta, la localización ampular, donde se implanta el 55 % de los embarazos tubáricos.^{12,17} Con menos frecuencia ocurre la implantación en los ovarios, cuernos del útero, cuernos y cavidad peritoneal.^{12,16-18}

Todo embarazo ectópico tubárico complicado o no debe ser operado urgentemente, la operación de elección es la salpingectomía total del lado afecto, donde se respeta el ovario y previo examen de la trompa y el ovario del lado opuesto. Existen otras alternativas de tratamiento quirúrgico, principalmente para el embarazo tubárico no complicado.

La cirugía conservadora, aspiración del contenido u ordeño tubárico se realizará sólo cuando la otra trompa esté dañada, obstruida o ausente y la paciente tenga necesidad de procrear, pero se corre el riesgo del sangramiento transoperatorio y postoperatorio, recidivas de embarazos en el mismo sitio y de que queden tejidos residuales. También existe el tratamiento del embarazo con citostáticos como alternativa de cirugía conservadora, además de laparotomía laparoscópica.¹⁹

En este estudio no se tuvo en cuenta estas variantes terapéuticas. Al observar la frecuencia de casos de embarazo ectópico que se complican y son inestables hemodinámicamente, en cuyo proceder está la necesidad de compensarlas para llevarlas al salón a ser intervenidas quirúrgicamente, hay que reconocer que es bastante baja la frecuencia de complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIONES

Hubo incremento de los embarazos ectópicos. El año de mayor frecuencia fue el 2006. Predominó el grupo de edades de 25 a 29 años y las pacientes primíparas. El síntoma al ingreso predominante fue el dolor bajo vientre y el sangramiento vaginal anormal. El diagnóstico con más frecuencia fue la clínica más culdocentesis. El embarazo ectópico complicado inestable, el sitio de implantación tubárica y la localización ampular con salpingectomía total como operación fueron las más frecuentes.

Las acciones de salud contribuyen en la disminución de la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, las cuales son coadyuvantes, proporcionalmente, con el aumento del embarazo ectópico, al igual que los estudios explicativos de casos y controles pueden definir con mayor precisión los principales factores de riesgo en el entorno que conllevan al embarazo ectópico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pearlman M. Obstetric and Gynecologic Emergencies. Diagnosis and Management [en línea]. Amazon: Mc Graw Hill; 2003:[aprox. 590 p.]. Disponible en: <https://www.amazon.com/Obstetric-Gynecologic-Emergencies-Diagnosis-Management/dp/0071379371>
2. Kurjack. Donald School textbook of transvaginal sonography [en línea]. Taylor and Francis: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2005. [aprox. 590 p.]. Disponible en: <https://www.amazon.com/Donald-School-Textbook-Transvaginal-Sonography/dp/818061459X>
3. Jian Z, Linan C. Ectopic gestation following emergency contraception with levonorgestrel. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2003 Dec; 8(4):225-8.
4. Sheffer-Mimouni G, Pauzner D, Maslovitch S, Lessing JB, Gamzu R. Contraception. 2003 Apr; 67(4):267-9.

5. American college of Obstetricians and Gynecology. Tubal and Peritoneal. Factor in Precis. U. An Update in Obstetrics in gynecology. 2004.
6. Rigol OR. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
7. Cynthia MF. Ectopic Pregnancy. The Lancet. 2005; 366:583-591.
8. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Can Med Ass J. 2005; 173(8): 905-912.
9. Cabeza Cruz E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Med Gen Integ. 2000; 26(1): 50-7.
10. Ezcurra R, Lamberto N, Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. An Sist Sanit Navar [en línea]. 2009 [citado 13 Nov 2007]; 32 (Supl. 1): 49-58. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia5.pdf>
11. Cutié Bressler ML, Figueroa Mendoza M, Lestayo Dorta C, Cubero Menéndez O. Embarazo ectópico. Su comportamiento en los años 1989-1999. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2001 [citado 13 Nov 2007]; 27(1):5-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100001
12. Álvarez Baez PL, Águila Setien S, Acosta Maltas R. Sangramiento en obstetricia. Cap. 26. En: Rigol Obstetricia y Ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 293-319.
13. Fabiola Gallegos G, Carolina Pávez O, Marcelo Jara M. Embarazo Ectopico Intersticial complicado: urgencia ginecológica. Rev Chil Obst Gin [en línea]. 2005 [citado 13 Nov 2007]; 70 (6):414-17. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n6/art12.pdf>
14. Rodríguez O. Embarazo Ectópico en el Hospital General Docente "Agostinho Neto" en el período de 1995-2001. [Tesis Ginecología y Obstetricia]. Guantánamo: Hospital General Docente "Agostinho Neto"; 2002.
15. Zite NB, Lipscomb GH, Merrill K. Molar cornual ectopic pregnancy. Obstet Gynecol. 2002; 99:891-2.
16. Fylstra D. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. Obstet Gynecol Surv. 2002; 57:537-43.
17. Fylstra D. et.al. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: A case report. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187:302-4.
18. Brown WD, Burrows L, Todd CS. Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy. Obstet Gynecol. 2002; 99:933-4.
19. Wendi D, Burrows L, Todds C. Ectopic pregnancy after cesarean hysterectomy. Obstet Gynecol. 2002; 99:933-4.