

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ"
MORÓN

**Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010.
Ectopic pregnancy, its behavior in the years 2000-2010.**

Santiago Marcelo López Vela (1), Ricardo Pila Díaz (2), Hugo Páez Jomarrón (3), Iraldo Pérez Expósito (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo para conocer el comportamiento del embarazo ectópico durante los años 2000 al 2010 en el Hospital General Docente de Morón "Capitán Roberto Rodríguez Fernández". El universo y muestra del estudio estuvo compuesto por 931 pacientes ingresadas en nuestro servicio a los cuales se les confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico. La incidencia de embarazo ectópico es de 3,9 x 100. La asociación de dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas resultaron los síntomas más frecuentes al ingreso. Los antecedentes ginecológicos más frecuentes fueron la enfermedad inflamatoria pélvica (40,5%) y los abortos inducidos (36,4%). El 54,4% de las pacientes estudiadas tenían anemia, y el 15,3% llegaron al shock hipovolémico, no se reportó muerte materna en esta investigación. Existió una buena correlación clínica y patológica en el estudio.

Palabras clave: EMBARAZO ECTÓPICO/epidemiología.

1. Especialista de 2do Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de 2do Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia.
4. Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Instructor.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. En un inicio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa. Aproximadamente el 2% de todos los embarazos se desarrollan fuera del útero (1-2).

El EE es hoy un verdadero problema de salud, una emergencia médica cuyo diagnóstico posee una gran importancia por sus complicaciones, de hecho se le imputa del 5 al 12% de las muertes maternas (MM) (3-4).

La incidencia de esta enfermedad es diferente en varios países; por ejemplo, en el año 1994 Finlandia reporta 1 por 47 nacimientos; Suecia 1 por 66, Estados Unidos 1 por 34 y Cuba 1 por 25.5. Actualmente en los Estados Unidos y Canadá es el responsable de 10-15% de los diagnósticos de la cirugía de urgencia y la segunda causa de muerte materna. En nuestro país la gestorragia está en el segundo lugar en la tabla de mortalidad materna y en este grupo el embarazo ectópico constituye un número importante de casos (12% de la mortalidad materna entre 1995-2001 está asociada al embarazo ectópico) (5).

En el Hospital General Docente de Morón "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" durante los años 2000-2006 el embarazo ectópico se presentó con una frecuencia de 1 por cada 24,8 partos. No se reportaron muertes maternas por embarazo ectópico en este período.

Pretender realizar un trabajo sobre embarazo ectópico puede parecer de entrada una insistencia innecesaria en asuntos altamente conocidos, no obstante, el incremento de su incidencia afirma lo contrario, por lo que los autores decidieron evaluar el comportamiento del embarazo ectópico en

las pacientes asistidas en el Hospital General Provincial Docente de Morón, desde el año 2000 al 2010.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva longitudinal y retrospectiva en un universo constituido por 931 pacientes, en las cuales fue diagnosticado y tratado un embarazo ectópico en el Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón en el periodo comprendido entre el 2000 y el 2010.

El dato primario fue obtenido del libro Registro de Pacientes Operados, se revisaron las historias clínicas, se transfirió la información a una encuesta confeccionada al efecto, diseñada para su procesamiento automatizado mediante computadora IBM compatible, se utilizó el sistema estadístico Microstat. Se obtuvo distribución de frecuencia y tablas de contingencia, las cuales se analizan para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El embarazo ectópico constituyó el $3,9 \times 100$, de frecuencia de aparición en la casuística estudiada, que representa 1 embarazo ectópico por cada 24,8 partos. Tal ha sido el crecimiento, que en estudios realizados en el hospital en el año 2003 se encontró una frecuencia de embarazos ectópicos de $2,5 \times 100$; mientras que sólo en 2008 se recogió el dato de $5,7 \times 100$. A pesar de la elevada incidencia de EE no se reportaron muertes maternas en este período (Tabla No. 1). Estadísticas similares se corresponden con lo reportado por otros autores en diferentes hospitales del país (3-4), así como a nivel mundial (5).

Esto demuestra que existe un aumento de su frecuencia en los últimos años a escala mundial, atribuible probablemente a la mayor frecuencia de inflamaciones pélvicas provocadas por infecciones de transmisión sexual, abortos provocados, dispositivos intrauterinos, tratamientos frecuentes y reiterados de infertilidad, además de otros factores menos frecuentes.

En ocasiones la dinámica que presentan estos enfermos desorienta el diagnóstico; se pudo conocer que la asociación de dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas manifestadas por 528 pacientes (56,7%) y la de dolor pélvico y retraso menstrual referido por 310 pacientes (33,2%) fueron los datos aportados con mayor frecuencia en el interrogatorio de dichas pacientes (Tabla No. 2).

El cuadro clínico de esta afección puede ser agudo, con shock hipovolémico por hemorragia masiva, es el diagnóstico evidente. En otras ocasiones la pérdida sanguínea puede ser lenta y prolongada, y se instala una anemia que dominará el cuadro (9).

El factor predisponente que más incidió fue la enfermedad inflamatoria pelviana, que apareció en 377 mujeres para el 40,5%, seguida por las que presentaron aborto inducido, 338 (36,4%) (Tabla No. 3).

Estadísticas similares reporta el Dr. Reyes Pérez A, donde señala como factor predisponente más frecuente la enfermedad inflamatoria pelviana que apareció en el 41,1% de los casos (4). Otros autores coinciden con la presente investigación (6-7).

Magman y col. señalan como factor predisponente de mayor valor, en la actualidad, la asociación de dispositivos intrauterinos con inflamación pélvica o enfermedad de transmisión sexual (10). Los resultados en esta investigación permiten afirmar que un factor aislado no posee un valor absoluto sino la correlación de varios de ellos en el origen del embarazo ectópico. En nuestro medio tiene especial significación la inflamación pélvica, el aborto inducido, el uso de DIU, el EE previo, la esterilización y la historia de infertilidad. Todos ellos asociados con un nuevo comportamiento sexual y social en la población se consideran los responsables del aumento del embarazo ectópico en estos momentos, estos resultados coinciden con otros estudios (11).

Las complicaciones presentadas por las pacientes estudiadas fueron: anemia 54,4%, shock hipovolémico 15,3%, infección de la herida 9,5%, infección urinaria 6,1%, íleo paralítico 2,7%. No se registró en esta serie ninguna muerte materna por embarazo ectópico. Otros autores coinciden con este estudio (8-9, 13) (Tabla No. 4).

Un estudio similar lo reporta el Hospital América Arias 2005, donde las principales complicaciones fueron la anemia (54,1%) y el shock (15,2%).

El Dr. Nelson Rodríguez ha citado que las muertes en relación con embarazos ectópicos deben ocurrir sólo ante consultas muy tardías de la mujer, pues con una buena organización del servicio se logra un diagnóstico correcto y sin riesgos para la paciente (12).

En la Tabla No. 5 se muestra que existió una alta correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico final en más del 80% de los casos, a pesar que hace más de una década que no se cuenta con el servicio de laparoscopia diagnóstica. El bajo por ciento en los que no se correlacionó fue debido a que la tumoración anexial diagnosticada al ingreso correspondió en 51 casos con tumoración de ovario no complicada y en 82 casos con tumoración de ovario complicada, lo que hace recordar que el embarazo ectópico se considera el gran simulador.

CONCLUSIONES

1. El embarazo ectópico se presenta con una frecuencia de 1 por cada 24,8 partos.
2. La asociación de dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas resultaron los síntomas más frecuentes al ingreso.
3. Los antecedentes ginecológicos más frecuentes fueron la enfermedad inflamatoria pélvica y los abortos inducidos.
4. La anemia y el shock hipovolémico fueron las complicaciones más relevantes que presentaron las pacientes estudiadas, no se reportó muerte materna en esta investigación.
5. Existió una buena correlación entre el diagnóstico preoperatorio y el diagnóstico final en el estudio.

ABSTRACT

A descriptive observational study it was carried out to know the behavior of the ectopic pregnancy from 2000 to 2010 in the General Teaching Hospital of Moron "Capitan Roberto Rodríguez Fernández". The study universe was composed of 931 patients entered in our service to which ectopic pregnancy were the diagnosis confirmed. The ectopic pregnancy incidence is 3,9 x 100. The association of pelvic pain, menstrual retardation and bloody loss prevailed in the revised cases. The referred more frequent gynecological antecedent was the Pelvic Inflammatory Illness (40,5%) and the induced abortions (36,4%). The 54,4% of the studied patients had anemia, and the 15,3% arrived to the hypovolaemic shock, it doesn't report maternal death in this investigation. A good clinical and pathological correlation existed in the study.

Key words: PREGNANCY, ECTOPIC/epidemiology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cnningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Auth JC, Wenstrom KD. Embarazo ectópico. En: Williams. Obstetricia. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 756-779.
2. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. T.1. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
3. Olalde Cancio R. Embarazo ectópico: factores relacionados y otras consideraciones. Medcentro [Internet]. 2004 [citado 27 Abr 2012]; 8(4): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202004/v8n4a04/embarazo56.htm>
4. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García D. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Medcentro [Internet]. 2002 [citado 27 Abr 2012]; 6(3): [aprox 1 p.].
5. Coste J, Bouyer J, Ughetto S, Gerbaud L, Fernández H. Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France (1992-2002). Hum Reprod. 2004; 19(9): 201-8.
6. Ankum WM, Mol Bw, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. 2006; 65(2): 1093-9.
7. Anorlu RI, Oluwde A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84 (2):184-8.
8. Mol BW, van der Veen F, Bossuyt PM. Symptom-free women at increased risk of ectopic pregnancy: should we screen? Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 81:661-72.
9. Hicks JL, Rodgeron JD, Heegaard WG, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. Am J Emerg Med. 2007; 19:488-91.

10. Magman Y. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of Chlamydia trachomatis. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 2008 [citado 20 Nov 2011]; 79(2): 123-8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0412.2000.079002123.x/abstract>
11. Bernoux A, Job-Spira N, Germain E. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intrauterine device at the time of the index ectopic pregnancy. Hum Reprod [Internet]. 2000 [citado 20 Nov 2011]; 15(3):1173-7. Disponible en: <http://humrep.oxfordjournals.org/content/15/5/1173.short>
12. Rodríguez N, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Macías J. Algunos factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1999 Abr [citado 18 May 2012]; 25(1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1999000100013&script=sci_arttext
13. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2003 [citado 24 May 2012]; 19(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192003000300003&script=sci_arttext&lng=pt

ANEXOS

Tabla No. 1. Frecuencia del Embarazo Ectópico en relación al número de partos durante los años 2000 al 2010. Hospital Morón.

Período de Estudio	Total de Partos	Embarazo Ectópico No.	Frecuencia %
Año 2000	2246	96	4,2
Año 2001	2063	96	4,6
Año 2002	2523	86	3,4
Año 2003	2177	56	2,5
Año 2004	2050	90	4,3
Año 2005	1920	72	3,7
Año 2006	1632	92	5,6
Año 2007	1763	70	3,9
Año 2008	2021	116	5,7
Año 2009	2226	102	4,5
Año 2010	2087	55	2,6
Total	23508	931	3,9

Fuente:

Tabla No. 2. Síntomas clínicos referidos y su asociación. N = 931

Síntomas y su asociación	No.	%
Dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas	528	56,7
Dolor pélvico y retraso menstrual	310	33,2
Dolor pélvico y pérdidas sanguinolentas	218	23,4
Síntomas de embarazo	182	19,6
Dolor pélvico	125	13,5
Lipotimias	96	10,4

Tabla No. 3. Frecuencia de los antecedentes ginecológicos. N = 931

Antecedentes ginecológicos	No.	%
Enfermedad inflamatoria pélvica	377	40,5
Abortos inducidos	338	36,4
Dispositivos intrauterinos	155	16,7
Embarazo ectópico previo	54	5,8
Uso de clomifeno	36	3,8
Plastias tubarias	19	2,8
Salpingectomía parcial bilateral	15	1,6

Tabla No. 4. Distribución de las pacientes operadas de embarazo ectópico según las complicaciones presentadas por estas mujeres. N = 931

Complicaciones	No. Casos	%
Anemia	506	54,4
Shock hipovolémico	142	15,3
Infección de la herida	88	9,5
Infección urinaria	56	6,1
Ileo paralítico	25	2,7

Tabla No. 5. Correlación entre diagnóstico preoperatorio y diagnóstico final.

N = 1064

Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico final			
	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Embarazo ectópico no complicado	360	38,6	51	38,3
* Tumoración anexial	140	15,0	51	38,3
* Embarazo ectópico no complicado	220	20,4	0	-
Embarazo ectópico complicado	571	61,3	82	61,6
* Hemoperitoneo	495	53,1	0	-
* Aborto tubario incompleto	76	8,1	0	-
* Folículo hemorrágico	0	-	82	61,6
TOTAL	931	87,5	133	12,5