

Comportamiento del embarazo ectópico

Behavior of ectopic pregnancy

MSc. Carlos Moya Toneut,¹ MSc. Felipe Vladimir Pino Pérez,¹ MSc. Robinson Borges Fernández,¹ MSc. Roberto Aguiar Delgado,¹ Lic. Yordanka Olano Trujillo,^{1,2} MSc. Mirdo Luis Espinosa Fuentes¹

¹ Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril, Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba.

^{1,2} Filial de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez". Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el embarazo ectópico (EE) es la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial.

Objetivo: describir el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril de Sagua la Grande, en el período comprendido entre los años 2008 y 2011.

Métodos: se realizó una investigación de tipo descriptiva transversal. La muestra se constituyó con todas las pacientes recepcionadas en el servicio de Ginecología en el período de tiempo señalado, con diagnóstico confirmado de EE, quedando integrada por 140 pacientes. Se revisaron registros estadísticos e historias clínicas, y se aplicó un modelo de registro de información.

Resultados: existe una elevada incidencia de EE, en edades entre 20-39 años, con partos anteriores y residentes en zonas urbanas, la EIP fue el principal factor predisponente, los síntomas más significativos fueron: amenorrea, dolor en hipogastrio y sangramiento genital. El diagnóstico fue clínico fundamentalmente. La localización más frecuente fue tubaria y la cirugía más utilizada fue la salpingectomía. No hubo muertes maternas. Las complicaciones fueron: anemia y *shock* hipovolémico, la estadía hospitalaria fue menor de tres días.

Conclusiones: en el municipio Sagua la Grande la incidencia del embarazo ectópico se

ha incrementado entre 2008 y 2011 y no se reportan muertes maternas por esta causa en ese período. En 7 de cada 10 mujeres se hizo el diagnóstico clínicamente. Casi una quinta parte de las mujeres con embarazo ectópico eran de mediana edad y 8 de cada 100 eran adolescentes menores de 20 años.

Palabras clave: embarazo ectópico, salud materna.

ABSTRACT

Introduction: ectopic pregnancy (EP) is the implementation of the conception product outside the endometrial cavity.

Objective: to describe the behavior of ectopic pregnancy in Mártires del 9 de Abril University Hospital in Sagua la Grande from 2008 to 2011.

Methods: a cross-sectional descriptive study was conducted. The sample was made up by 140 patients out of all patients received at Gynecology service at the designated time period with confirmed diagnosis of EP. Statistical records and clinical histories were reviewed, and a model for recording information was used.

Results: there is a high incidence of EE at ages ranging 20-39 years, with previous deliveries in urban areas. EIP was the main predisposing factor; the most significant symptoms were amenorrhea, pain in lower abdomen and genital bleeding. The diagnosis was mainly clinical. The most common location was tubal. Salpingectomy was the most common surgical procedure. There were no maternal deaths. Anemia and hypovolemic shock were the most common complications. Hospital stay was less than three days.

Conclusions: in Sagua la Grande municipality, the incidence of ectopic pregnancy has increased from 2008 to 2011 and there is no reported maternal death from this cause in that period. Seven out of the women were clinically diagnosed. Almost a fifth of women with ectopic pregnancy were middle-aged and eight out of 100 were adolescents, younger than 20 years.

Keywords: ectopic pregnancy, maternal health.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE), del griego, *ectos* (fuera) y *topos* (lugar), fue descrito por primera vez por Albucasis en 1863.¹ Mauriceau en el siglo XVII lo incluyó en su texto como complicación obstétrica y, en 1883, Lauson Tait practicó la primera salpingectomía por embarazo ectópico con supervivencia de la madre.²

El EE es la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial.¹ Un embarazo es eutópico o intrauterino cuando el huevo anida y se desarrolla en su lugar habitual, el endometrio de revestimiento de la cavidad uterina. La anidación en cualquier otro lugar es un EE.³

El término ectópico no es sinónimo de extrauterino, sino que tiene más amplitud,^{4,5} pues hay gestaciones intrauterinas, como el embarazo intersticial y el cervical, que son ectópicas.^{5,6} Constituye una de las primeras causas de muerte materna en el mundo,^{3,7,8} muchas veces liderando como la primera causa.⁷

La incidencia de esta afección se ha acrecentado,^{3,7-9} considerándose que en los últimos 20 años se ha incrementado su frecuencia alrededor de 6 veces, con leve tendencia a disminuir en algunos países en los cuales se han implementado medidas para impedir enfermedades de transmisión sexual, especialmente por *Chlamydia Trachomatis*, junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un aumento del consumo de anticonceptivos hormonales.⁷

Aunque la incidencia de esta afección se ha incrementado, la mortalidad ha disminuido, es el riesgo de muerte por EE en el momento actual de 1/1 000, comparado con el 3,5/1 000 en 1970.^{3,10} Estas cifras representan un incremento de 5 veces en comparación con las tasas de 1970. El EE supone el 8,3/1 000 embarazos en el Reino Unido y el 10,2/1 000 nacidos vivos en los Países Bajos. En Suecia esta tasa se incrementó de 5,8 a 11,1/1 000 embarazos en 15 años y en Gran Bretaña de 3,2 a 4,3/1 000 nacidos vivos y abortos terapéuticos. En Noruega la incidencia aumentó de 95/100 000 mujeres entre 1976-1981 a 154/100 000 mujeres de 1988-1993. El Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos reportó, en 1988, que el EE constituyó el 15 % de todas las muertes maternas, la mayor parte de ellas debidas a rupturas tubáricas.¹¹

En Cuba constituyó el 11,9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995,¹² y en 1997 el 22,1 %.³ En el 2011 se reportó una tasa de mortalidad por esta causa de 3 x 100 000 nacidos vivos.¹³

En el Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril, de Sagua la Grande, se mantiene una incidencia elevada de EE, además, se evidencia que ha ido en ascenso en los últimos años, de forma similar al comportamiento mundial, pues de una tasa de 16 EE/1 000 embarazos notificados (EN), alcanzó entre 2005-2006 una tasa de 20 EE/1 000 EN, lo que reporta una tasa en el último cuatrienio de 19,8 EE/1 000 EN. Por tanto se trazó como objetivo de la presente investigación: describir el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril, de Sagua la Grande en el período comprendido entre los años 2008 y 2011.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptiva transversal en el Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril, de Sagua la Grande, en el período comprendido entre los años 2008 y 2011.

La muestra estuvo constituida por la totalidad de pacientes recepcionadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia en el período de tiempo comprendido, con diagnóstico médico confirmado de embarazo ectópico, quedó integrada por un total de 140 pacientes las cuales todas tuvieron confirmación histológica.

Para la recopilación de la información se aplicaron diferentes técnicas e instrumentos, se realizó una revisión documental de los registros estadísticos de la institución que permitió identificar la frecuencia de presentación del fenómeno en el período de tiempo establecido, además, se exploraron historias clínicas individuales para obtener la información necesaria.

Se diseñó y aplicó un modelo de registro de información a cada paciente, que incluyó la búsqueda de información relacionada con factores epidemiológicos así como la semiología, tratamiento y evolución de las pacientes.

El análisis de los resultados se realizó de forma cuantitativa y se procedió a utilizar el cálculo porcentual. Para el procesamiento estadístico de la información obtenida se empleó el Software estadístico SPSS Versión 11.0 en una PC Pentium IV, con ambiente Windows XP Professional, los textos se procesaron en Microsoft Word 2010 y los cuadros y gráficos se procesaron en Microsoft Excel 2010, se mostraron como medidas de resumen las frecuencias absolutas y relativas.

La presente investigación se realizó teniendo en cuenta los principios bioéticos para la investigación en seres humanos, se respetó el consentimiento informado de los individuos del marco muestral, además, se tuvo en cuenta su decisión de participar o no en el estudio así como de abandonarlo según su voluntad.

RESULTADOS

La tasa de EE en el hospital Mártires del 9 de abril ha tenido un incremento evidente en los últimos años, pues de 16 EE/1 000 embarazos notificados (EN) en el 2008, ha alcanzado en el 2010 una tasa de 20 EE/1000 EN, y esta se mantiene en el 2011, para una tasa promedio en el cuatrienio de 19,8 EE/1000 EN, como se refleja en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Incidencia del embarazo ectópico en el municipio Sagua la Grande. Años 2008-2011

Año	Embarazos ectópicos	Tasa de EE x 1 000 EN
2008	30	16
2009	31	18
2010	44	20
2011	35	20
Total	140	19,8

EE: embarazos ectópicos

EN: embarazos notificados

En el presente estudio, la [Fig.](#) muestra que la edad materna tuvo un comportamiento similar en los 4 años estudiados, con un predominio del grupo de 20 a 39 años, que alcanzó el 74,3 % de las pacientes estudiadas. Se considera que este resultado se debe a que esta es la etapa de la vida de mayor actividad sexual y reproductiva. Algo más de 7 de cada 10 (74,3 %) estaban entre las edades comprendidas entre 20 y 39 años en ambos grupos. Se encontró que el 17,8 % de los EE se presentó en pacientes con 40 o más años de edad, lo que obliga a tener presente la posibilidad diagnóstica de EE también en las mujeres de estas edades que acuden al servicio con algún tipo de sintomatología sugerente de dicha entidad nosológica. Es llamativo también encontrar que el 7,9 % de las pacientes no alcanzaban los 20 años de edad. La edad máxima de pacientes que llegaron a consulta con esta afección fue de 48 años, se presentaron 3 en esta edad.

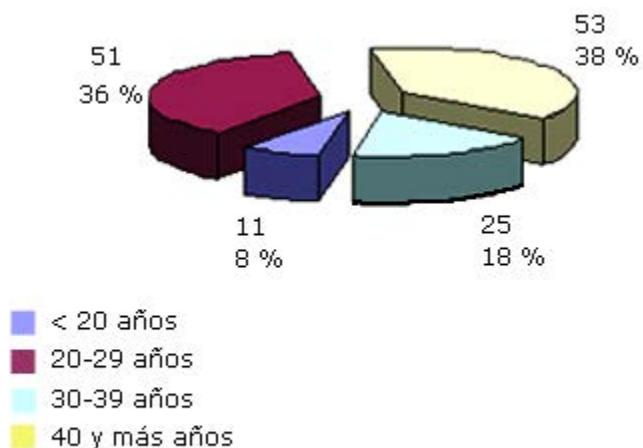


Fig. Distribución del embarazo ectópico según grupos de edades. Municipio Sagua la Grande. Años 2008-2011.

La frecuencia del EE según paridad en el estudio fue liderada por las primíparas en 86 (61,4 %) de los EE, seguidas por las secundíparas con 26 (18,6 %), las nulíparas 20 para un 14,3 % y solo 8 multíparas (5,7 %).

En los antecedentes ginecológicos involucrados con el EE fue relevante la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) previa, como principal factor predisponente al EE en el 31,4 % de los casos, seguida por un segundo grupo que lo integra la cirugía abdominal previa, en el 14,3 %, el uso de DIU en 11,4 %, y el EE previo en el 10 % de los casos, como se puede apreciar en la [tabla 2](#). El resto de los antecedentes no tuvo valores significativos, y dentro de ellos, aparece con la menor incidencia la endometriosis en solo 3 casos, lo que representa tan solo el 2,1 % de la muestra y le sigue la cirugía tubaria con el 3,6 %.

Predominó en las pacientes estudiadas la tríada de: dolor en bajo vientre, 44,3 %; amenorrea, 33,6 % y las pérdidas sanguíneas con 27,1 % de los casos, lo que aparece expresado en la [tabla 3](#).

Tabla 3. Síntomas y signos en el embarazo ectópico

Síntomas y signos	Total n=140	
	No.	%
Amenorrea	47	33,6
Sangramiento genital	38	27,1
Dolor en bajo vientre	62	44,3
Dolor en hombros	28	20,0
Tumor anexial	13	9,3
Lipotimia	15	10,7
Palidez cutáneo-mucosa	24	17,1
Astenia	9	6,4
Otros	5	3,6

En la [tabla 4](#) se encuentra que de un total de 140 EE en el cuatrienio, se realizó el diagnóstico clínico en el 69,3 % de los casos, laparoscópico en 37,9 % y por punción del Douglas en 22,1 %. El signo de Arias-Stella alcanzó solo el 2,8 %, por tratarse este de un medio de diagnóstico en ocasiones fortuito y que requiere tiempo. El test de Beta HCG en orina presentó una gran diferencia en el transcurso del cuatrienio, en el 2008 no se realizó, y fue muy poco lo que se utilizó en el 2009 y 2010, esto se atribuye a no contar con los *tests* en ese momento; en el 2011 se utilizó de 35 casos en 26, para un 74,3 %, lo que denota evidentemente que al ser una prueba diagnóstica no invasiva y de alta fiabilidad es bien aceptada por los profesionales que enfrentan a estos casos. En relación con la punción abdominal y la del Douglas, hubo una diferencia significativa entre ambas, con 3,6 vs. 22,1 % respectivamente. El ultrasonido ginecológico fue el medio de diagnóstico en el 14,3 %, la efectividad de esta modalidad diagnóstica ha llegado a complementarse con la laparotomía exploratoria en el 8,6 % de los casos.

Tabla 4. Método de diagnóstico en el embarazo ectópico

Método de diagnóstico	Total n=140	
	No.	%
Clínica	97	69,3
USG	20	14,3
Laparoscopia	53	37,9
Punción abdominal	5	3,6
Punción del Douglas	31	22,1
Laparotomía exploratoria	12	8,6
Anatomía patológica (Signo Arias Stella)	4	2,8
Prueba de embarazo (Test de orina)	33	23,6

USG: Ultrasonido ginecológico.

Al analizar la etapa clínica en que se realiza el diagnóstico del EE, se encontró que en el 51,4 % de los casos el diagnóstico se realizó en la etapa no complicada, que es el reto al ginecólogo, y que en el 48,6 % fue en la etapa complicada de la entidad, cifra que se considera elevada teniendo en cuenta los conocimientos que tiene la población en temas de promoción de salud y la fácil accesibilidad a las instituciones médicas, unido además a la gratuidad de los servicios médicos con alta tecnología.

En cuanto a la localización anatómica del EE, la mayor incidencia fue, el EE tubárico en 133 (95 %) de los casos, lo cual se correlaciona con la etiopatogenia principal señalada para esta entidad, como es el daño estructural y funcional de las trompas. El resto de las localizaciones fue insignificante en el estudio: 2 (1,4 %) de tipo abdominal, ovárico e intraligamentario respectivamente y solo 1 (0,8 %) cervical.

El comportamiento de la operación realizada en el EE, reportó que la técnica quirúrgica más utilizada fue la salpingectomía unilateral en 110 pacientes (78,6 %), y la salpingectomía parcial bilateral en 23 (16,4 %) de los casos. Se realizó además anexectomía unilateral en 4 pacientes (2,8 %) y exéresis + SPB en 2 (1,4 %) casos. Hubo un caso que requirió histerectomía abdominal (0,8 %). No se realizó salpingostomía ni ordeño tubárico en ningún caso presentado, y no se tiene ningún tipo de experiencia en estas técnicas, tampoco se cuenta con la cirugía endoscópica en el hospital.

Entre las complicaciones presentadas se encontró que la anemia fue la principal complicación en 39 pacientes (27,8 %), seguido por el shock hipovolémico en 23 (16,4 %), fiebre en 8 casos (5,7 %), íleo reflejo en 6 (4,3 %), infección urinaria y flebitis en 3 casos respectivamente y solo 1 paciente presentó sepsis de la herida quirúrgica. Afortunadamente no hubo muertes por esta causa.

Respecto a la estadía hospitalaria, se encontró que 128 pacientes (91,4 %) tuvieron una estadía hospitalaria que no superó los 3 días. Se cree que esto esté en relación con que se tuvo una morbilidad relativamente baja en los casos, al estadío clínico en que se presentaron las pacientes y al uso de antibiótico profiláctico en todas las pacientes tratadas por esta enfermedad.

Los principales errores diagnósticos encontrados fueron el aborto, la EIP, y los restos posregulación o poslegrado, con una incidencia de 3,6 %, cada uno de ellos. La apendicitis aguda y el cólico nefrítico les siguieron en el 2,1 % de las pacientes respectivamente.

DISCUSIÓN

La incidencia del embarazo ectópico está incrementándose en muchas partes del mundo; el municipio de Sagua la Grande no escapa a este fenómeno y la incidencia de esta afección va en aumento. Los autores consideran que esto se debe al incremento de las infecciones de transmisión sexual y de EIP, especialmente por Clamydia, que se han puesto de manifiesto en el territorio, además, existe una disminución considerable del número de nacimientos, pues en el año 2011 hubo 2002 nacimientos menos que en el año 2008, este hecho está apoyado en un aumento del número de interrupciones de embarazos y de uso de métodos anticonceptivos, son estos factores predisponentes al EE.

Son múltiples los autores que reportan en diferentes países un incremento de la tasa de EE, por citar algunos, el Centro de Control y Prevención de la Enfermedad en Estados Unidos estimó una tasa de 16,9 EE/1 000 EN, lo que representa un incremento en 5 veces a la tasa que reportó en 1970.^{3,10} Profamilia informa una tasa de 15 EE/1 000 EN en Colombia.¹⁴ En Cuba, el EE representa el 12 % de las muertes maternas entre 1996 al 2002,⁸ Rojas Quintana y Bernia, en el año 2003, en Cienfuegos, señalaron que el EE representaba el 2,2 % del total de EN.¹⁵

Respecto a las edades de presentación del EE, el Dr. *Cabezas Cruz*, señala que la edad por sí sola no es un factor determinante, pero que a más años vividos, hay más posibilidades de presentar alguno o algunos de los factores ligados con la aparición de la entidad.¹ El envejecimiento genera pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio, lo que podría explicar el aumento de la frecuencia de embarazo tubario en las mujeres perimenopáusicas, unido a los cambios hormonales propios de esta etapa de la vida reproductiva que también tienen efecto sobre la actividad tubárica.¹¹

Urrutia y otros encontraron, en un estudio con mujeres chilenas, que el promedio de edad de los casos de EE fue de 29,4 años,¹⁶ *Núñez y Márquez*,¹⁷ reportaron resultados similares a los reportados por la presente investigación, con la mayor incidencia de EE en pacientes mayores de 30 años; *Balestena* en el 2002, en La Habana, encontró que el 73,75 % de los EE fueron en pacientes entre 20 a 29 años de edad.¹⁸ Así mismo, *Fernández Suárez* y otros, concluyen que es una entidad propia de la mujer en las mejores condiciones de su vida reproductiva.¹²

Son múltiples los autores que han correlacionado el EE con la paridad, el embarazo, con su estado de inmunodeficiencia transitoria, y el parto, sobre todo el parto quirúrgico con las manipulaciones que conlleva por parte del obstetra, puede provocar infecciones en ocasiones silentes y daños estructurales y funcionales a las trompas de Falopio, que al final son los responsables de la mayor incidencia de EE en las pacientes con uno o dos partos en este estudio. No obstante los resultados obtenidos orientan a pensar que las nulíparas tampoco están exentas de tener un EE, pues en la casuística, estas aportaron el 14,3 % de los EE. *Cabezas Cruz* señala que la afección se produce más habitualmente en mujeres que ya han parido y en las que tienen antecedentes de infecciones después de partos o abortos anteriores.¹ *Balestena* encontró que el 71,25 % de las pacientes habían parido.¹⁸ *Botella*, en 1980, encontró que la mayor frecuencia de casos se presenta en mujeres que llevan más de 3 años de casadas y sin descendencia.⁴

Teniendo en cuenta los antecedentes ginecológicos involucrados con el EE, los resultados obtenidos guardan similitud a los reportados por múltiples autores que señalan a la EIP como responsable del daño estructural y funcional de las trompas de Falopio, situación que propicia el terreno para la gestación ectópica, por ejemplo, *Balash* señala que la incidencia de EE aumenta entre 5 y 10 veces tras un episodio de EIP.¹⁹ *Oliva* concluyó que del 10 al 50 % de las pacientes con EE tienen antecedentes de EIP y la incidencia de evidencias histológicas de salpingitis previa es del 40 %.³ *Balestena* en su serie encontró cifras muy superiores a las obtenidas en esta investigación, con el 88,75 % de las pacientes con EE con antecedentes de EIP, y la mayor frecuencia fue por *Trichomonas vaginalis* con 37,5%;¹⁸ por su parte *Silva* señala hasta una correlación de 0,93 entre infección por *Clamydia* y EE.⁷

El uso del DIU se señala por múltiples autores por la prevención de estos sobre el embarazo intrauterino y sin efecto alguno sobre la implantación intrauterina. *Balash* encontró que entre 9 y 17 % de los embarazos en mujeres portadoras de DIU son ectópicos.¹⁹ *Fernández* halló en su casuística como valor más significativo y relevante, el uso de DIU con un valor de 0,63;¹² pero también señala que hay discrepancia entre los autores para considerar hasta qué punto el DIU puede influenciar en la incidencia del ectópico.^{3,7}

En relación con el antecedente de EE previo, *Casanova* en su estudio encontró una cifra muy superior a la de este estudio, pues de 172 casos analizados, 31 de ellos (18 %) tenía como antecedente un EE previo.²⁰

Se considera que los resultados, en relación con la cirugía tubaria previa están muy por debajo al reportado por la mayoría de los autores, dado que en el hospital Mártires del 9 de abril el único proceder quirúrgico que se realiza sobre trompas prácticamente es la salpingectomía parcial bilateral con fines contraceptivos y por cirugía convencional (Técnica de Pomeroy) y alguna salpingolisis aislada tras algún hallazgo fortuito transoperatorio, además no se realiza cirugía tubárica endoscópica, esto mismo quizás explique también por qué los presentes resultados relacionados con el antecedente de EE previo sean inferiores a los reportados por varios autores.

Suficientes son las razones por las que la literatura médica reconoce al EE como "el gran simulador de la ginecología", y ello está dado por la diversidad de síntomas y signos con que se presenta. *Botella* señala que describir la clínica del EE con una sintomatología única es un empeño inútil.⁴ En ocasiones la dinámica que presentan estos enfermos desorienta el diagnóstico; en un estudio llevado acabo

por *Santiago López Vela* y otros²¹ con 931 casos diagnosticados con EE, se pudo conocer que la asociación de dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas y la de dolor pélvico y retraso menstrual referido fueron los datos aportados con mayor frecuencia en el interrogatorio de dichas pacientes. *Oliva* encontró el dolor referido en el 82,6 % de las pacientes y el sangramiento genital en el 59,1 %, cifras estas superiores a las halladas en esta investigación; sin embargo, estos porcentajes no fueron muy diferentes a los que encontró en las pacientes en las que no se comprobó el diagnóstico de la entidad, y señala la inespecificidad que estos síntomas tienen para el diagnóstico.³ *Casanova* encontró que en 55 casos (31,9 %) no se presentó la tríada de dolor, amenorrea y sangramiento.²⁰

Según *Rojas Quintana* y *Bernia*, encontraron el dolor a la palpación en el 90 % y a la descompresión en el 70 % de sus casos.¹⁵ *Rigol* señala que el dolor está presente hasta en el 90 % de los casos.⁵ *Urrutia* y otros¹⁶ en su estudio encontraron que el motivo principal de consulta fue por dolor en el 70 % de los casos.

Los resultados controversiales entre los diferentes autores avalan la inespecificidad de los síntomas para el diagnóstico del EE, ya que los síntomas y signos clínicos dependen de su localización topográfica y de su evolución histórica natural, no obstante, hay que tener presente que en toda mujer entre 12 y 55 años, con dolor en bajo vientre, amenorrea y/o sangramiento, se debe sospechar siempre un EE complicado.⁸

Todas las modificaciones que produce un embarazo eutópico al iniciarse, en el orden general y en el local, pueden ser dadas por el EE, y de ahí lo difícil que resulta su diagnóstico en muchas ocasiones. *Silva Solovera* señala que con la tecnología actual, una buena anamnesis y un buen examen físico siguen siendo el complemento más importante en el diagnóstico del EE.⁷ *Oliva* destaca la utilidad del ultrasonido transvaginal unido a la fracción beta de la HCG en el diagnóstico del EE y señala que la laparoscopia tiene un bajo porcentaje de fallas diagnósticas que alcanza el 0,01 %, con una incidencia de falsos positivos de 1,6 %, también indicó que la fracción beta-HCG tuvo una sensibilidad diagnóstica de 100 % en su estudio.³ Otra investigación señala que las pruebas de embarazo en la orina son bastante específicas y fiables (mayor del 99 %), además indica a la ultrasonografía unida a los niveles de beta-HCG como la prueba de elección. *Ruiz Parra* señala que en el 50 % de los casos se puede llegar a establecer un diagnóstico con base en los hallazgos clínicos.¹⁴ Varios estudios señalan que el diagnóstico del EE es más fácil cuando está roto,^{4,6} planteamiento con el que coinciden los autores, pero no es precisamente a lo que se aspira, lo ideal sería, primero prevenirlos, y segundo, ya una vez instaurados, diagnosticarlos antes de que se rompan.

En cuanto a la localización anatómica del EE lo encontrado coincide con la totalidad de los autores revisados, por citar algunos: en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología de Cuba, en 1997, señala que el 98 % de los EE son tubáricos y el 2 % restante corresponde a las otras localizaciones,²² *Ruiz Parra* concluyó que el EE tubárico compromete del 95 al 98 % de los casos.¹⁴ *Oliva* encontró el EE tubárico en el 97 % de los casos.³

Respecto a la técnica quirúrgica más utilizada, los autores apoyan totalmente la teoría de realizar salpingectomía parcial bilateral en toda paciente con EE y maternidad satisfecha, por el riesgo elevado que tiene de repetirse en estas pacientes, ya que generalmente el daño tubario es bilateral. *Oliva* encontró que en el EE tubario el

tratamiento destinado a conservar la trompa, solo puede ser realizado cuando este es diagnosticado de una manera segura y rápida; mientras más temprano el diagnóstico, mayor la posibilidad de conservar la trompa funcinante.³ *Silva Solovera* señala que cuando se realiza salpingectomía en pacientes sin antecedentes de cirugía previa y trompa contralateral normal, la incidencia de embarazo intrauterino es de aproximadamente un 75 a 81 % comparado con un 36 % cuando existe el antecedente de cirugía previa o una trompa contralateral macroscópicamente dañada, con tasas de recurrencia de 10 % y 18 % respectivamente, esto indica la importancia de mirar el aspecto de la trompa contralateral y ponderar los antecedentes de la paciente para darle cifras más concretas de fertilidad futura una vez terminada la intervención.⁷

Se considera que es muy importante el diagnóstico correcto y oportuno del EE por las complicaciones que puede tener, al respecto *De Lee* dijo: "No hay afección ginecológica que haya provocado más errores diagnósticos, que el EE no complicado".⁶ *Silva* estimó que un 12 % de pacientes es dado de alta erróneamente en una primera instancia y finalmente se demuestra en ellas un EE.⁷ *Fernández Rodríguez* halló en relación con el EE un 47 % de diagnósticos erróneos al ingreso, resalta la EIP con 35,59 %, y luego las metrorragias con 23,2 %, además, el 26,78 % fue egresado del hospital con diagnóstico erróneo.²³

Los autores consideran que la tecnología actual, una buena anamnesis y un buen examen físico, siguen siendo complemento importante en el diagnóstico de EE, y como dijo *Logan Clendening*: "El diagnóstico clínico es un arte, y el dominio de un arte no tiene fin, siempre es posible hacer un diagnóstico mejor".

Se concluye que en el municipio Sagua la Grande la incidencia del embarazo ectópico se ha incrementado en los últimos años y no se reportan muertes maternas por esta causa entre 2008 y 2011. En 7 de cada 10 mujeres se hizo el diagnóstico clínicamente. Casi una quinta parte de las mujeres con embarazo ectópico eran de mediana edad y 8 de cada 100, eran adolescentes menores de 20 años.

En el hospital Mártires del 9 de Abril se estima que los resultados son alentadores, ya que los profesionales han hecho gala de elementos de la clínica obstétrica y ginecológica, lo que se traduce en que no han tenido muertes maternas por dicha causa. No obstante se recomienda incrementar las acciones salubristas de promoción y prevención en el nivel primario de salud, haciendo hincapié en el manejo de las infecciones de transmisión sexual y su relación con la enfermedad inflamatoria pélvica como posible causa de daño tubárico responsable de la mayoría de los embarazos ectópicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams. Tratado de Obstetricia. 21ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
2. González Merlo. Obstetricia. 4ta. ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992. p. 330-49.

3. Oliva Rodríguez JA. Embarazo Ectópico. En: Oliva Rodríguez JA. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 321-31.
4. Embarazo Ectópico. En: Botella Llusiá J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. 14ta· ed.TII. La Habana: Ediciones Díaz de Santos; 1993. p. 391-400.
5. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. TII. La Habana: Pueblo y Educación; 1984. p .49.
6. Ramírez Olivella J. Obstetricia. TII. La Habana: Editorial González Porto; 1945. p. 176.
7. Silva Solovera S. Embarazo Ectópico. Revisión Bibliográfica. Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Sótero del Río. Santiago de Chile, 1992-2003. [citado 14 Jun 2009]. Disponible en: <http://www.cedip.cl/documentos/archivos/33.html>
8. Ministerio de Salud Pública. Orientaciones Metodológicas para el Manejo y Control en todo el Sistema de Salud de las Mujeres con Embarazo Ectópico y sus Complicaciones. La Habana: MINSAP; 2002.
9. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2011 [citado 12 Ene 2013];37(1):84-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.
10. Department of Reproductive Health and Research. Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [citado 14 junio 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.Html>
11. Berek JS, Adashi EY, Hillard P A. Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. En: Berek JS (comp). Tratado de Ginecología de Novak. 13ra. ed. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1997. p. 487-541.
12. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuerne B, Linares Meléndez R, Benavides García S. Embarazo Ectópico: Correlación de algunos factores. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1996 ene-jun;22(1):5-10.
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
14. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 dic [citado 12 ene 2013];37(4):513-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008&lng=es.
15. Álvarez Zapata D, Minaberri Conceiro E, Puertas Álvarez D, Govín Puerto O. Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno 10 de Octubre. Año 2011. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2013 [citado

- 10 jul 2013]; 4(1). Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/93/137>
16. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuven L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. Rev chil obstet ginecol. 2007; 72(3).
17. Núñez J, Mármol L. Embarazo ectópico en el Hospital Manuel Noriega Trigo. Rev Obstet Ginecol Ven. 1996; 56(1):7-12.
18. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera O. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2002 dic [citado 14 jun 2009]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000300004&lng=es
19. Balasch Cortina J. Embarazo Ectópico Cervical. Caso 33. En: Serie Salvat de Casos Clínicos. Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Salvat; 1990. p .191-5.
20. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Enfermer. 2003 sep-dic; 19(3).
21. López Vela SM, Pila Díaz R, Páez Jomarrón H, Pérez Expósito I. Embarazo ectópico, su comportamiento en los años 2000-2010. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 12 ene 2013]; 18(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_02_12/pdf/T2.pdf
22. Ministerio de Salud Pública. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1997.
23. Fernández Rodríguez F. Embarazo ectópico. Consideraciones en su diagnóstico. Arch Med Camaguey [Internet]. 1999 [citado 14 junio 2009]; 3(4). Disponible en: [http://revista_electronica_archivo_medico_de_camaguey1999;3\(4\)issn1025-1255.htm](http://revista_electronica_archivo_medico_de_camaguey1999;3(4)issn1025-1255.htm)

Recibido: 10 de junio de 2013.
Aprobado: 25 de junio de 2013.

Carlos Moya Toneut. Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril, Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: carlosmt@hospisag.vcl.sld.cu o yailinro@undoso.vcl.sld.cu