

**Embarazo ectópico. Consideraciones en su diagnóstico**

Ectopic Pregnancy. Considerations on its diagnosis

**Dr. Francisco Fernández Rodríguez; Dr. Jorge Porrata Maury ; Dra. Militza Olivé López; Dra. Mayra Sánchez Lueiro**

Hospital Ginecobstétrico Docecente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó una investigación descriptiva, longitudinal y retrospectiva a pacientes a las cuales se les diagnosticó embarazo ectópico en el Hospital Provincial Materno-Infantil Ana Betancourt de Mora en el período comprendido entre el 1<sup>o</sup> de enero y el 31 de diciembre de 1996 para determinar los pacientes estudiados los errores diagnósticos planteados inicialmente con las diferentes patologías en relación con el nivel de atención donde fueron valorados, así como destacar los que recibieron tratamiento médico y las remitidas a otro nivel de atención o egresados de esos centros. El universo de estudio lo constituyeron 119 pacientes portadoras de embarazo ectópico, de las cuales 16 recibieron tratamiento médico inicial en la atención primaria y ocho fueron remitidas a otros centros en el Hospital Provincial recibiendo tratamiento médico ambulatorio y 15 pacientes fueron egresados de esta institución con diferentes diagnósticos. La inflamación pélvica fue el planteamiento diagnóstico más significativo con 21, seguido por la metrorragia con 13. Merece especial consideración que el 47% de las mujeres recibió atención médica en los diferentes niveles de planteamientos diagnósticos erróneos y el 12, 6% fueron dados de alta del Hospital Materno Provincial.

**DeCS:** EMBARAZO ECTÓPICO; ERRORES DIAGNÓSTICOS.

## **ABSTRAC**

A descriptive, longitudinal and retrospective research was carried out in patients with ectopic pregnancy diagnosis in Ana Betancourt de Mora Infant-Maternity Provincial Hospital within the period from January 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup>, 1996 to determine in the studied patients diagnosis mistakes staded initially with different diseases in relation with the level of case in which they were assessed, as well stressing those who received medical treatment and those remitted to other level of case, or discharged from other centres.

The study universe was composed of 119 patients carriers of ectopic pregnancy, 16 of them received initial medical treatment and 8 were remitted to other centre. It is important to note that 10 patients were assessed in the Provincial Hospital receiving out-patients medical treatment and 15 patients were discharged from this institution with different diagnosis. Pelvic inflamation was the most significant diagnosis criterium with 21, followed by metrorrhagia with. It is noteworthy the consideration that 47% of women received medical case at different levels with wrong diagnostic criterio and 12, 6% were discharged from the Provincial Maternity Hospital.

**DeSC:** PREGNANCY, ECTOPIC; DIAGNOSTIC ERRORS.

## **INTRODUCCIÓN**

El blastocito se implanta normalmente en la capa endometrial que reviste la cavidad uterina. La implantación en otra localización constituye un embarazo ectópico.

La liberación sexual ocurrida después de la década del 60 y el consecuente incremento de las enfermedades de transmisión sexual a partir de este momento han elevado continuamente la incidencia de estas peligrosas afecciones, lo que se asocia a un aumento de la mortalidad en las mujeres en la edad fértil (1-4).

En Estados Unidos se incrementa a 1 por cada 80 embarazos, es tan desproporcional el aumento de esta entidad respecto al crecimiento de la población que, entre 1970 y 1987, se reportó que la misma se había cuatriplicado y aún hoy día continúa siendo la segunda causa de muerte materna en este país. España también multiplica por 4 su incidencia en los últimos 20 años. En países de alto desarrollo industrial y sistema de salud eficiente como Finlandia, se reportó un 10,

9% de embarazos ectópicos por mil embarazos diagnosticados en 1973 (1 por cada 97 embarazos) a 20,9 por mil en 1982 (1-3).

Las razones del incremento del número de embarazos ectópicos en EUA no están totalmente claras, sin embargo, se han publicado aumentos similares en Europa Oriental, Escandinavia Y Gran Bretaña. (5)

La disminución notable de muertes por embarazo ectópico se debe probablemente a la mejora del diagnóstico y el tratamiento. Still Dorfman y Cols (1984) estimaron la tasa de mortalidad de embarazos ectópicos puede reducirse otro 50% mediante diagnóstico y tratamiento aún rápidos (5).

En nuestro país el embarazo ectópico fue la causa del 11,8% del total de muertes maternas directas ocurridas en 1985 a 1995.

Tal ha sido el crecimiento, que en estudios realizados en nuestro hospital en los años comprendidos entre 1968 y 1972 se asistieron a 202 pacientes portadoras de embarazo ectópico, mientras que sólo en 1996 recogimos el dato de 119 pacientes (Pérez Sarría H. Embarazo Ectópico (Tesis), Camagüey, Hospital Materno Provincial.), lo que prácticamente triplica su incidencia 30 años después.

El incremento de las últimas tres décadas del embarazo ectópico, debido principalmente al aumento de factores etiológicos como las enfermedades inflamatorias pélvicas, la utilización de los dispositivos intrauterinos, los abortos provocados, las plastias tubáricas, etc, hace necesaria una modernización en las técnicas para su diagnóstico, actualmente con el advenimiento del ultrasonido abdominal y transvaginal, la dosificación de la fracción B de la gonadotropina coriónica y otros, han representado mejorías sustanciales en la identificación de esta entidad; siendo incuestionable que muchas de las pacientes que en años anteriores escapaban al diagnóstico y evolucionaban favorablemente gracias a la reabsorción del tejido trofoblástico sin accidente, hoy es menos probable que esto suceda dado el mejor seguimiento y manejo del embarazo ectópico.

#### **Graduación de los síntomas:**

- . Dolor: síntoma más frecuente de localización pélvica (95%) o abdominal (2)
- . Amenorrea: Su ausencia no excluye el diagnóstico.
- . Metrorragia: Ausente mientras persiste la función endocrina placentaria, sin ser escasa, intermitente o continua 60-80% de los casos (1) (2) (5) (6).
- . Fiebre: Ocasional, con mayor frecuencia 37,5 valores elevados son raros en ausencia de infección (1) (2).
- . No obstante, a lo típico de la sintomatología hay que considerar que en el embarazo ectópico lo más típico es lo atípico y cuando se piensa de manera razonable en la posibilidad diagnóstica de un embarazo ectópico hay que descartarlo a profundidad, independientemente de que la paciente refiera que se

realizó una interrupción de embarazo reciente o ha sido tratada por una inflamación pélvica, por poner algunos ejemplos atípicos de la entidad.

En el presente trabajo exponemos los principales diagnósticos que provocaron conductas inadecuadas en los diferentes niveles de atención y dilataron el diagnóstico oportuno de esta entidad, factor clave para disminuir la elevada morbi-mortalidad por embarazo ectópico.

## **MÉTODO**

Se realizó una investigación descriptiva longitudinal y retrospectiva a un universo constituido por 119 pacientes en los cuales fue diagnosticado y tratado un embarazo ectópico en el Hospital Provincial Docente Materno-Infantil Ana Betancourt de Mora en el período comprendido entre el 1<sup>ro</sup> de enero y el 31 de diciembre de 1996.

El dato primario fue obtenido del libro Registro de pacientes operados, se revisaron las historias clínicas y se entrevistó directamente a este grupo de pacientes, transfiriendo la información a una encuesta confeccionada al efecto, diseñada para su procesamiento automatizado mediante computadora IBM compatible, utilizando el sistema estadístico Microstat. Se obtuvo distribución de frecuencia y tablas de contingencia.

Las pruebas utilizadas fueron:

- . Estadística Descriptiva
- . Distribución de Frecuencia
- . Chi Cuadrado
- . Test de Hipótesis de Proporción

## **RESULTADOS**

En la Tabla 1 se exponen los resultados con relación al nivel primario de atención, los diagnósticos erróneos y la conducta fueron valorados, un total de 24 pacientes, de los cuales a 16 se les impuso tratamiento médico y ocho fueron remitidos al nivel secundario. La inflamación pélvica fue la condición más frecuente con 9 pacientes y la metrorragia con seis.

**Tabla 1**

<b>DIAGNÓSTICOS</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	
	<b>Tratamiento</b>	<b>Remisión</b>
Inflamación Pélvica	6	3
Metrorragia	4	2
Amenaza de aborto	3	1
Aborto en curso	0	1
Endometritis Post Legrado	0	1
Dolor Pélvico	1	0
Otros	1	0
Total	16	8

En el Hospital Ginecobstétrico Provincial fueron valoradas un total de 25 pacientes de las cuales 10 recibieron tratamiento médico en el Cuerpo de Guardia sin criterios de ingreso, cinco con diagnóstico de inflamación pélvica y cuatro con metrorragia, es significativo que 15 pacientes fueron egresadas de la Unidad con diagnósticos incorrectos, destacándose la inflamación pélvica y la metrorragia con cuatro y tres pacientes, con criterios de interrupción de embarazo fueron egresadas tres.

**Tabla 2**

DIAGNOSTICOS	HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL	
	HCG	EGRESO
Inflamación Pélvica	5	4
Metrorragia	4	3
Interrupción de Embarazo	0	3
Amenaza de Aborto	0	1
Aborto en curso	0	2
Endometritis Post-Legrado	0	2
Dolor Pélvico	0	0
Otros	1	0
Total	10	15

En la Tabla 3, cuando analizamos el comportamiento de los diferentes diagnósticos realizados en otras unidades Hospitalarias, se destaca que cinco pacientes fueron remitidas a nuestro centro hospitalario, condición preocupante, ya que el traslado en ocasiones de un Centro a otro pudiera traer demora en la conducta, con evidente riesgo.

**Tabla 3**

Diagnósticos	Otros Hospitales	
	H	REMISION
Inflamación Pélvica	1	2
Interrupción de Embarazo	0	2
Dolor Pélvico	1	1
Total	2	5

## DISCUSIÓN

Es importante destacar que el universo estudiado, con 56 pacientes para un 47, 05% recibieron atención médica previa con planteamientos diagnósticos erróneos, lo que más incidió fue la inflamación pélvica con 21 (35, 59%), seguido de la metrorragia con 13 mujeres (23, 21%), de estas pacientes el 28, 57% recibieron el tratamiento médico ambulatorio en la atención primaria y un 26, 78 % egresaron con otros diagnósticos del Hospital, cifra que nos afecta por los resultados desfavorables que puede ocasionar el diagnóstico tardío de esta entidad.

Burner y Col (1986) comunicaron que 300 mujeres con embarazo ectópico, aproximadamente la tercera parte, había sido vista una vez y el 11% dos veces antes de que se estableciera el diagnóstico correctamente.

Es considerado por algunos investigadores que el error diagnóstico que alcance el 20% está dentro de los límites, ya sea falsos positivos o falsos negativos (8), por ciento éste que se supera en el estudio realizado, constituyendo un indicador inmediato de la necesaria profundización de los conocimientos semiológicos y clínicos del personal médico en aras de evitar las graves consecuencias que esto trae consigo.

## **CONCLUSIONES**

Considerar a toda paciente con síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica y metrorragia concomitante, sospechosa de embarazo ectópico, ya que representó el 58, 8% de diagnósticos incorrectos en nuestro estudio.

El egreso hospitalario constituye un evento de tranquilidad para la paciente, debemos descartar el embarazo ectópico con todos los elementos a nuestro alcance, en las entidades señaladas, por el alto riesgo de mortalidad en una paciente ambulatoria.

## **RECOMENDACIONES**

Actualización de todo el personal médico que en alguna medida esté en la posibilidad de atender a pacientes con un embarazo ectópico y disponer del flujograma que de manera práctica se cumpla en todas las unidades de atención secundaria, adecuándolo a cada instancia.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Novak ER, Jones GS, Jones HW. Embarazo Ectópico. En: Tratado de Ginecología. La habana: Ed. Científico Técnica. 1994; 18: 425-46.

2. Willians Prichard A.J. Mac Donald, CP. Embarazo Ectópico. En: Tratado de Obstetricia. México: Ed. Panamericana. 1996; 32: 679-702.
3. Martín Ojeda V. Embarazo ectópico. Hospital Docente Ginecobstétrico. Matanzas: Diciembre, 1991.
4. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J. Molina Guerra C. Embarazo Ectópico Correlación de algunos factores. Rev Cubana de Obst Gin. 1996; 21(1): 5-10.
5. Willians –Tratado de Obstetricia. 1996:682.
6. Botero Uet, Jubiz HA, Henco Guillermo. Embarazo Ectópico. En: Obstetricia y Ginecología. Colombia: Varvajar SA. 1992: 180-88.
7. Cowan BD. Ectopic Pregnancy. Cur- Open Obstet Gynedd, 1993; 5(3) : 328-32.
8. Botero VJ, Jubiz IIA. Ienco Guillermo. Embarazo ectópico. En: Obstetricia y Ginecología. Colombia: Carvajal SA, 1992: 180-88.

*Dr. Francisco Fernández Rodríguez*. Especialista de I Grado de Ginecología y Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay Camagüey. Hospital Ginecobstétrico Docecente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.