

Hospital docente provincial general "Carlos Manuel de Céspedes"
Bayamo, Granma

ALGUNOS FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO ECTÓPICO

Dr. Carlos Guerra Verdecia,¹ Dra. Natalia Hernández Fonseca,¹ Dr. Norberto Guerra Vázquez,¹ Dra. María Margarita Millán Vegas¹ y Dr. Joaquín Proenza Masías¹

RESUMEN: Se realizó un estudio retrospectivo de 256 pacientes que tuvieron el diagnóstico operatorio de embarazo ectópico en el período comprendido desde el 1ro. de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 1996, ambos inclusive, en el Servicio de Ginecología del Hospital "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo, provincia Granma, con el objetivo de conocer la relación de algunos factores epidemiológicos, clínicos diagnósticos y terapéuticos en esta entidad. Se estudiaron variables como: edad, paridad, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, localización y operación realizada; se utilizaron técnicas de estadísticas descriptivas como la del porcentaje, y de significación estadística como el Chi cuadrado y la diferencia entre proporciones, tomándose como valores significativos de $p < 0,01$. El 37,9 % de las pacientes tenía entre 19 y 24 años y en este grupo de edad el 15,4 % había padecido de inflamación pélvica con diferencias significativas con respecto a otros grupos de edad ($p < 0,01$). Los factores predisponentes que aparecen en los primeros lugares fueron: inflamación pélvica, esterilidad y legrados con el 37,9; 26,6 y 19,5 %, respectivamente. El método más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %). Las principales complicaciones fueron la anemia (62,1 %) y el *shock* hipovolémico (25,3 %).

Descriptores DeCS: **EMBARAZO ECTOPICO/cirugía; ANEXITIS/complicaciones; LEGRADO; INFERTILIDAD/complicaciones.**

Aunque al principio todos los embarazos comienzan siendo ectópicos – ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa–, el útero es el único órgano en el que la implantación del huevo es normal y el desarrollo en la cavidad uterina. Es el único órgano a través del cual un nue-

vo ser en el término de su desarrollo puede salir al exterior por las vías naturales. El embarazo ectópico fue descrito por primera vez por *Albucasis* en 1863; *Mauriceau* en el siglo XVII lo incluyó en su texto como complicación obstétrica. En 1883 *Lawson Taint* practicó la primera salpingectomía por

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

embarazo ectópico con supervivencia de la madre.² En la antigüedad el número de mujeres sin hijos era mayor que hoy en día, pero era menor el número de embarazos ectópicos por obstrucción total de las trompas. Con el empleo de los antibióticos que evitan la obstrucción de las trompas, aumentó el número de mujeres con hijos, pero se incrementó el número de embarazos ectópicos.¹⁻³

Según la localización del embarazo ectópico, se puede afirmar que la evolución es tanto más tranquila cuanto más se aleja del útero. Así vemos que en los embarazos fimbriales, ováricos y abdominales primitivos, el crecimiento tiene lugar por lo común libremente en la cavidad peritoneal, por lo que no entra el embarazo en conflicto con su cápsula y no se produce crisis.⁴

La incidencia de esta enfermedad es diferente en varios países; así por ejemplo en el año 1994 la reporta Finlandia en 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.⁶ 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.⁵⁻⁷

En estudios realizados sobre la frecuencia del embarazo ectópico en el Hospital Docente "Vladimir I. Lenin" de Holguín durante los años 1975-1990-1996 se observó un incremento marcado, de 47 casos en 1995 a 208 en 1996. En nuestro centro hospitalario en el año 1989 apareció con frecuencia de 1 por 107. Por ser un objetivo priorizado del programa de atención materno infantil se involucran los servicios de Medicina y Cirugía para perfeccionar el diagnóstico de esta entidad. Decidimos realizar este trabajo para conocer su compor-

tamiento actual y contribuir a disminuir la tasa de mortalidad materna. [Álvarez Zuñiga D, Trujillo Lanuza, A, Pineida Pacen J, Guerrero Pérez J. Embarazo ectópico en el Hospital "Vladimir I. Lenin" de Holguín. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología; 1997 May 5-9; Ciudad de La Habana: Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología 1997.]

[Prado JL, Goicolea A. Aspectos epidemiológicos clínico y diagnóstico del embarazo ectópico en el Hospital Docente "Eusebio Hernández" en una serie de 5 años de 1990-1994. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología; 1997 May 5-9; Ciudad de La Habana; Sociedad Cubana Obstetricia y Ginecología 1997.]

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las 256 pacientes a las cuales se les diagnosticó un embarazo ectópico en el departamento de ginecoobstetricia del hospital provincial docente "Carlos Manuel de Céspedes", de Bayamo, Granma, en el período comprendido del 1ro. de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1996. Para la recolección de los datos primarios se confeccionó un formulario que incluye las siguientes variables: edad, paridad, factores epidemiológicos, medios diagnósticos, localización, así como la operación realizada y las complicaciones. La información fue recolectada por el autor revisando los expedientes clínicos de las pacientes operadas de embarazo ectópico en el período de estudio. Los resultados se tabularon por el método de los palotes y se hallaron los porcentajes con una calculadora manual.

Se confeccionaron cuadros expresados en números absolutos y porcentajes y estos resultados fueron comparados con otros estudios realizados con este mismo

método. Se utilizaron técnicas para la significación estadística (Chi cuadrado y diferencias de proporciones), tomándose como significativos valores de $p < 0,01$.

Resultados

En la tabla 1 aparece una frecuencia de 1 embarazo ectópico por cada 49 partos. Similar fue el resultado encontrado por *Pedro González*⁹ en el período 1990-1994 en el hospital docente ginecoobstétrico "Eusebio Hernández", no así por el doctor *Novo* en su trabajo de terminación de residencia que fue de 1 por 107 partos en 1989 en nuestro hospital. Esto nos da una imagen del aumento de la aparición de dicha enfermedad, cuyo incremento es atribuido a la mayor frecuencia de exploraciones uterinas, maniobras anticoncepcionales, abortos provocados, tratamientos frecuentes y reiterados de esterilidad y a las infecciones ginecológicas.

TABLA 1. Embarazo ectópico según su frecuencia

Período	No. de partos	Embarazos ectópicos	Frecuencia
1994-1996	12 677	256	1 x 49 partos

En la tabla 2, el 33,9 % de las pacientes tenían entre 19 y 24 años, seguido del grupo de 25 a 30 años con 21,09 %. Diferentes autores como *Betancourt*⁸ encuentran la mayor frecuencia entre 25 y 30 años. Estas diferencias de resultados consideramos que están determinadas por la mayor frecuencia de embarazos en nuestra provincia en edades más tempranas, lo que es altamente significativo ($P < 0,01$). *Thorburn*⁹ en un estudio cita que más de la mitad de sus casos tenían entre 19 y 24 años, lo que se corresponde con nuestros resultados.

TABLA 2. Embarazo ectópico según edad

Edad (años)	No.	%
Hasta 18	48	18,7
19-24	97	33,9
25-30	54	21,1
31-36	32	12,5
Más de 36	25	9,7
Total	256	100

$Z = 3,586$; $P = 1,678$ H 10-4; $p < 0,01$.

En la tabla 3 vemos que un porcentaje de estas mujeres tenían antecedentes de inflamación pélvica (33,9), con antecedentes de esterilidad (26,6) y en 3er. lugar legrados anteriores (19,5), son significativos $p < 0,05$. Otros autores señalan como más importante el uso de dispositivos intrauterinos (DIU); por ejemplo, *Magman*,¹⁰ quien además señala la posible coincidencia de DIU con enfermedad inflamatoria pélvica o enfermedades de transmisión sexual como el elemento predisponente de más valor actual. *Rusell*¹¹ y *Parazzini* consideran que los abortos inducidos pueden ser uno de los varios factores de riesgo de embarazos ectópicos, lo que coincide en nuestra investigación (regulaciones menstruales con 15,6 % y legrados con 33,2 %).

En la tabla 4, con respecto al medio diagnóstico, el más utilizado fue la punción del saco de Douglas (36,7 %) entre las cuales el 77,3 % fue positiva de sangre que no coagula, lo que contribuyó de manera significativa a realizar el diagnóstico; en un porcentaje importante (29,3) el diagnóstico se apoyó en la laparoscopia.

La diferencia de proporciones entre la punción del fondo de saco de Douglas y la laparoscopia no es significativa; no así entre la punción del Douglas, el ultrasonido y la punción abdominal, que resulta altamente significativa ($P < 0,01$). El doctor *Nelson Rodríguez* al confeccionar la ruta crítica para el diagnóstico de sospecha del

TABLA 3. Embarazo ectópico según factores epidemiológicos

Factores epidemiológicos	No.	%
Inflamación pélvica	97	33,9
Esterilidad	68	26,6
Legrados	50	19,5
Regulaciones menstruales	38	14,8
Dispositivos intrauterinos	32	12,5
Antecedentes de embarazo ectópico	3	1,2
Total	256	100

Z= 2,80; p= 0,0113; p < 0,05.

TABLA 4. Embarazo ectópico según medios diagnósticos

Medios diagnósticos	No.	%
Punción del Douglas	94	36,7
Laparoscopia	75	29,3
Ultrasonografía	51	19,9
Punción abdominal	36	14,1
Total	256	100

Z= 3,663; p= 1,245 H 10-4; p < 0,01.

embarazo ectópico le confiere el valor máximo a la punción del Douglas por ser cierta, poco complicada y fácil de realizar. Hay autores que señalan que la mayor utilidad del ultrasonido ha sido para identificar a la paciente con embarazo intrauterino, y excluyen el ectópico.

En la tabla 5, en relación con las complicaciones, se demostró que la anemia y el *shock* hipovolémico fueron los más frecuentes 62,1 y 25,4 %, respectivamente, lo que es altamente significativo (P < 0,01) y coincide con Fernández Suárez. [Fernández Rodríguez F, Olive López M. Embarazo ectópico, consideraciones en su diagnóstico. X Congreso Nacional de Obstetricia y

Ginecología, mayo 5-9. Ciudad de La Habana, Cuba, 1997.]

Para disminuir la morbilidad y mortalidad que producen es preciso diagnosticarlo precozmente, antes de que aparezcan complicaciones, pues éstas pueden ser fatales, 5-12 % de las causas de muerte materna en nuestro país. Aunque la ultrasonografía puede detectar la existencia de sangre en el abdomen, cuando no pueda realizarse y se sospeche o desee descartar la existencia de una complicación, la punción del fondo de saco de Douglas o de la pared abdominal son muy útiles.

TABLA 5. Embarazo ectópico según complicaciones

Complicaciones	No.	%
Anemia	159	62,1
<i>Shock</i>	65	25,4
Sepsis urinaria	19	7,4
Sepsis de la herida	13	5,1
Total	256	100

Z= 6,829; p= 4,280 H 10-2; p < 0,01.

Podemos concluir que el embarazo ectópico se presenta con una frecuencia de 1 por cada 49 partos.

El mayor porcentaje de las pacientes estaba comprendido en el grupo de 19-24 años, para un 37,8 %.

La inflamación pélvica (37,9 %), la esterilidad (26,5 %) y los legrados previos (19,5 %) fueron los principales antecedentes encontrados.

Al 36,7 % de las mujeres se les realizó punción del fondo del saco de Douglas, y fue positiva en el 77,3 %.

El 62,1 % de las pacientes estudiadas tenían anemia, y el 25,3 % llegaron al *shock* hipovolémico.

SUMMARY: A retrospective study of 256 patients that had an operative diagnosis of ectopic pregnancy at the Gynecology Service of the "Carlos Manuel de Céspedes" Hospital of Bayamo, in the province of Granma, from January 1, 1994, to December 31, 1996, was conducted aimed at knowing the relationship of some epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic factors in this entity. Variables such as age, parity, epidemiological factors, diagnostic aids, localization and performed operation were studied. Descriptive statistical techniques as that of percent were used. Techniques of statistical significance such as the chi square test and the difference between proportions were also applied, taking $p < 0.01$ as significant values. 37.9 % of the patients were between 19 and 24 years old. In this age group 15.4 % had suffered from pelvic inflammation with marked differences in comparison with other age groups ($p < 0.01$). The predisposing factors appearing in the first places were: pelvic inflammation, infertility and curettages with 37.9; 26.6 and 19.5 %, respectively. The puncture of Douglas'pouch was the most used method (36.7 %). The main complications were anemia (62.1 %) and the hypovolaemic shock (25.3 %).

Subject headings: **PREGNANCY ECTOPIC/surgery; ADNEXITIS/complicaciones; CURETTAGE; INFERTILITY/complicaciones.**

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Embarazo ectópico. En: Tratado de ginecología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984;t2:393-413.
2. González Merlo H. Embarazo ectópico. En: Protocolo de conductas. Madrid: Salvat, 1994:330-49.
3. Cabezas E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(1):50-7.
4. Reyes Fuentes S. Embarazo ectópico abdominal. Frecuencia en nuestro medio. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(3):233-40.
5. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1-2):3-7.
6. Vilos GA. Recognizing the signs of ectopic pregnancy. Can J Diagn 1994;11(3):127-35.
7. Cabezas Cruz E. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Rev Cubana Obst Ginecol 1993;19(2):78-90.
8. Betancourt Núñez L. Incidencia de embarazo ectópico en Hospitales de Luanda (RPA) en un año. Rev Cubana Obstet Ginecol 1982;8(2):109-205.
9. Thorbuni. Ectopic pregnancy the "Cpi Nemic" Suumsto Se Over. Lakartidninjen 1995;92(49):4701-6.
10. Magman R, Shulman A, Magman BB, Barle UGF. Ectopic pregnancy. The new gynecological epidemic discate. Inter J Perfil 1992;37:146-64.
11. Rusell JBR. Reported ectopic pregnancy Hum Retrad 1995;10(7).

Recibido: 4 de junio de 1998. Aprobado: 7 de enero de 1999.

Dr. *Carlos Guerra Verdecia*. Hospital docente provincial general "Carlos Manuel de Céspedes", Bayamo, Granma.