

## EMBARAZO ECTÓPICO Y SU MORBILIDAD EN EL HOSPITAL MATERNO - INFANTIL "GERMÁN URQUIDI"

Dr. Antonio García Flores Ginecólogo - Obstetra. H.M.I.G.U.  
 Dr. Juan Carlos Molina Maldonado Ginecólogo - Obstetra. H.M.I.G.U.  
 Dra. Ines Molina Argote - Ginecóloga - Obstetra  
 Dr. Carlos Ojalvo Santiesteban - Ginecólogo - Obstetra. H.M.I.G.U.  
 Dr. Hugo Castrillo Mhur Ginecólogo - Obstetra.

### RESUMEN

En el presente trabajo se tomaron en cuenta las Historias Clínicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico que acudieron al Hospital Materno Infantil German Urquidi en el periodo comprendido entre enero de 2003 - 2005

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de las pacientes portadoras de esta patología ginecológica, confirmando su diagnóstico por clínica y exámenes complementarios.

De las 102 pacientes (100%) afectadas, el grupo etareo más comprometido está entre los 20 - 29 años (56,4%), la paridad de las mismas corresponde a primigestas y segundigestas 43 casos (42,15%).

Las cesáreas y los abortos previos son antecedentes que se deben tomar en cuenta ya que el 12,7% (13 casos) presentaron este antecedente.

Las pacientes usuarias del D.I.U. (22 casos) (21,56%) también pueden complicarse con un embarazo ectópico como se demostró en el presente estudio.

Las múltiples parejas sexuales (entre 2 y 3) son también una causa que puede inducir a esta complicación, 47 casos (46,04%).

Los niveles de instrucción intermedia 45 (44,11%),

presentan mayor incidencia de embarazo ectópico. Todas las pacientes (100%) 102 casos fueron sometidas a una laparotomía, 77 casos resueltos por salpinguectomía (75,49%) 5 casos (4,9%) salpingostomía, y otras variantes de la cirugía tubaria.

Con estos resultados obtenidos, la incidencia de embarazo ectópico en nuestro Hospital es del 0,52% y la relación con el número de recién nacidos es de 1 por cada 191.

### PALABRAS CLAVES

Embarazo Ectópico, eutópico, Salpinguectomía, Salpingostomía.

### SUMMARY

In the present work clinical histories of the patients were taken into account with I diagnose of ectopic pregnancy that went to the Maternal Hospital Infantil German Urquidi in the period between January of 2003 and December of the 2001.

I am made a retrospective, descriptive and analytical study of the carrying patients of this pathology gynecology, confirming his I diagnose by complementary clinic, laboratory and examinations. Of the 102 (100%) affected the etareo group it jeopardize this between the 20 – 29 years (56,4%)

the parity of the same ones corresponds to primigestas and segundigestas 43 cases (42,15%). Caesarean and the previous abortions are antecedents that are due to take into account since 13 cases (12,7%) presented/displayed to be carrying of this additional pathology. The usuary patients of DIU 22 cases (21,56%) also easily can be complicated the present with a ectopic pregnancy like work.

The multiple sexual pairs between 2 and 3 are also a cause that can induce to this complication 47 cases (46,04%).

Also we must mention that the levels of intermediate instruction 45 cases (44,11%) undergo grater incidence to be complicated by ectopic pregnancy.

All the patients 102 cases (100%) were put under a laparotomia and solve by salpinguectomia 77 cases (75,49%) and salpingostomia 5 cases (4,9%) and other variants of the tubarica surgery. With these obtained results, the incidence of ectopic pregnancy in our Hospital is of 0,52% and the relation with I number of new born is of 1 by each 191.

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo ectópico es una patología ginecológica relacionada con el embarazo y que paulatinamente va aumentando su incidencia debido al incremento de las E.T.S., pacientes sometidas a protocolos de técnicas de reproducción asistida y microcirugía tubaria que predisponen de una manera importante a esta complicación. Su seguimiento adquiere importancia ya que después de un embarazo ectópico previo y lesión tubaria, se incrementa la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico tubario

(10-25%). Sin embargo, también hay que mencionar que 50 – 80% puede tener un embarazo ectópico previo y llevar un embarazo a termino en el siguiente, por lo tanto es importante diagnosticar oportunamente los factores predisponentes para esta patología.

Para comprender la importancia de esta patología también debemos mencionar que es causa de mortalidad materna (2 x 10.000 embarazos). Para disminuir este porcentaje es necesario lograr que los médicos en general conozcan los aspectos fundamentales de su sintomatología, evolución, complicaciones, factores de riesgo, prevención y tratamiento médico quirúrgico y lógicamente una adecuada atención médica en los diferentes niveles de atención. 15,16, 17.

## **MATERIAL Y METODO**

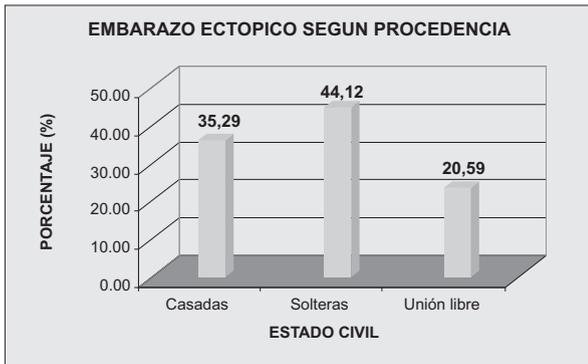
Se realizó una revisión retrospectiva, descriptiva y analítica de los expedientes clínicos de pacientes portadoras de embarazo ectópico complicado y no complicado en el Hospital Materno Infantil "German Urquidi" de la Ciudad de Cochabamba durante el periodo comprendido de enero del 2003 a diciembre del 2001, encontrándose un total de 102 pacientes portadoras de esta patología.

Las variables analizadas fueron edad de la paciente, procedencia, estado civil, N° de parejas sexuales, inicio de vida sexual, método anticonceptivo, nivel de instrucción, antecedentes de abortos, paridad, antecedentes de embarazo ectópico, localización del embarazo ectópico, edad en semanas del embarazo ectópico, procedimientos, diagnósticos, sintomatología y complicaciones, hemoperitoneo, transfusión sanguínea, embarazo ectópico roto y tipo de resolución.

**RESULTADOS**

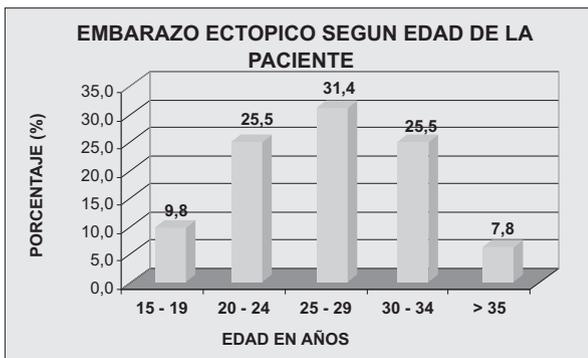
De un total de 19.424 pacientes atendidas (100%), la incidencia de embarazo ectópico es de 102 pacientes que representan el 0,52%.

**GRAFICO 1**



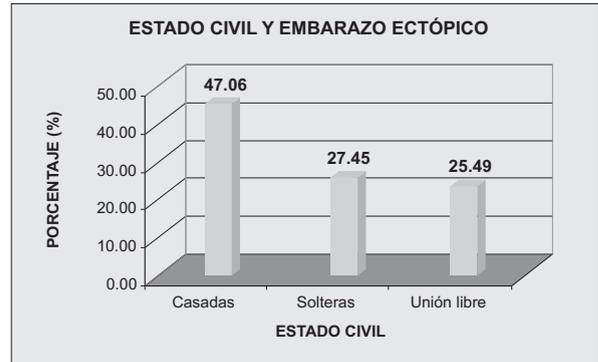
La edad materna más afectada esta entre los 20 y 29 años (56,9%), considerando que en este grupo etáreo se encuentra el mayor número de mujeres que buscan embarazo, lo que condiciona que estén expuestas en mayor porcentaje a este riesgo.

**GRAFICO 2**



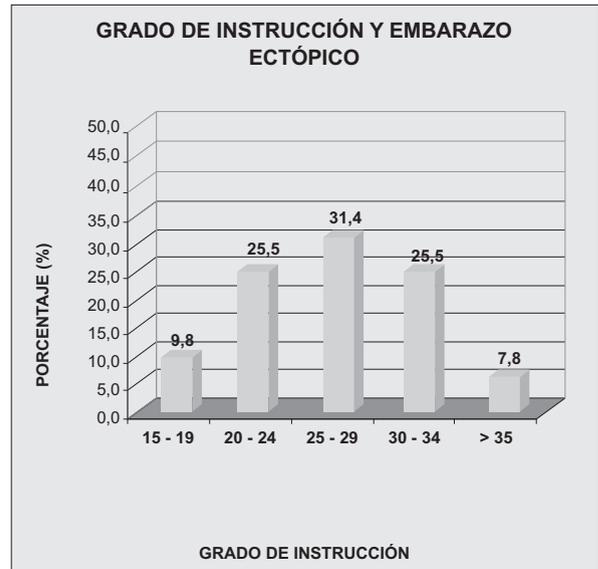
El embarazo ectópico en el presente estudio se presentó en mayor porcentaje en mujeres casadas (47.06%) con relación a solteras y parejas en unión libre.

**GRAFICO 3**



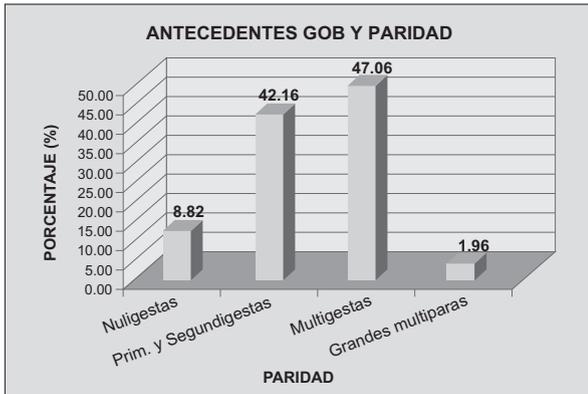
La ocurrencia de embarazo ectópico según la procedencia de estas pacientes, muestra un mayor porcentaje en pacientes procedentes del área peri urbana, posiblemente debido a que a nuestra institución acuden en mayor número las pacientes procedentes de esta área geográfica.

**GRAFICO 4**



En esta gráfica se observa que a mayor grado de escolaridad, la incidencia de embarazo ectópico es mayor, sin ser este un factor determinante en la ocurrencia de esta patología.

GRAFICO 5



La relación de paridad y embarazo ectópico en el presente estudio, muestra que las multiparas presentan esta patología en mayor porcentaje (47,06%) lo que sugiere complicaciones de diversa naturaleza en embarazos previos.

GRAFICO 6



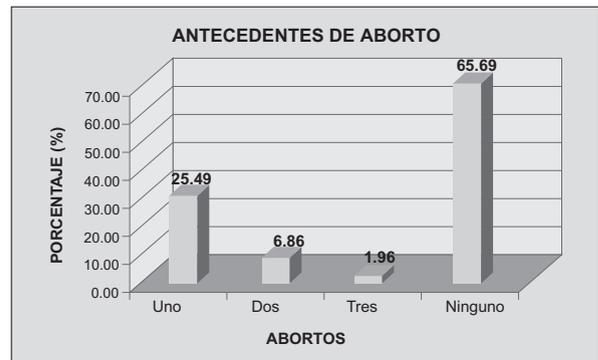
El inicio de la vida sexual, según la edad, muestra que las pacientes que iniciaron esta actividad a temprana edad (15 a 19 años) presentaron un mayor porcentaje de embarazo ectópico, lo que estaría explicado por el mayor riesgo a tener múltiples parejas sexuales e infecciones del tracto genital.

GRAFICO 7



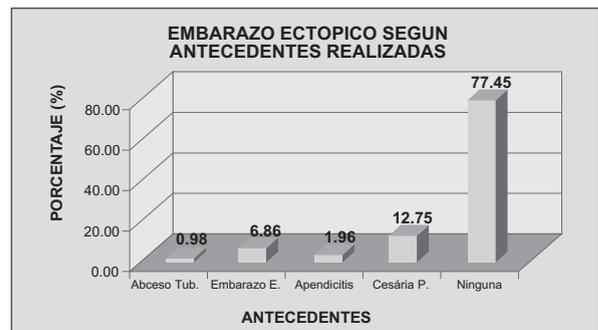
El método anticonceptivo más usado antes de un embarazo ectópico fue el DIU con 22 casos (21,78%), en plena concordancia con otros estudios publicados internacionalmente que apoyan esta relación.

GRAFICO 8



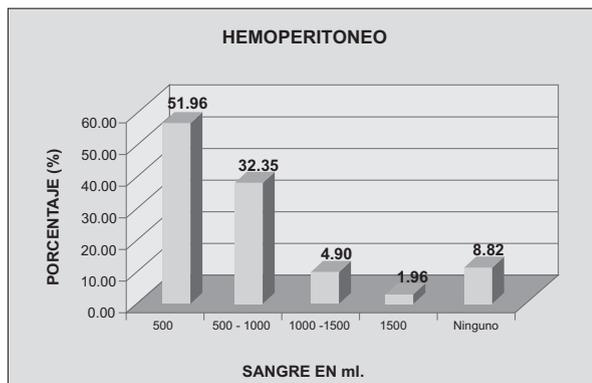
El antecedente de abortos previos como riesgo de embarazo ectópico actual es importante, ya que traduce las infecciones del tracto genital ocasionadas por las condiciones precarias en que se resuelven estas complicaciones.

GRAFICO 9



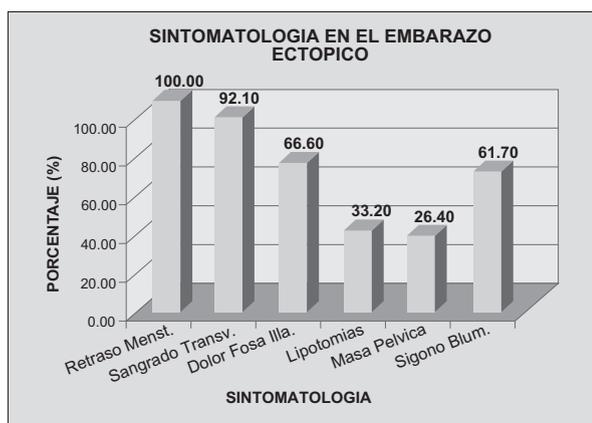
El principal antecedente en el embarazo ectópico, que resalta está dado por el embarazo ectópico previo, lo que sugiere un compromiso aneural patológico que favorece la recurrencia de esta patología.

GRAFICO 10



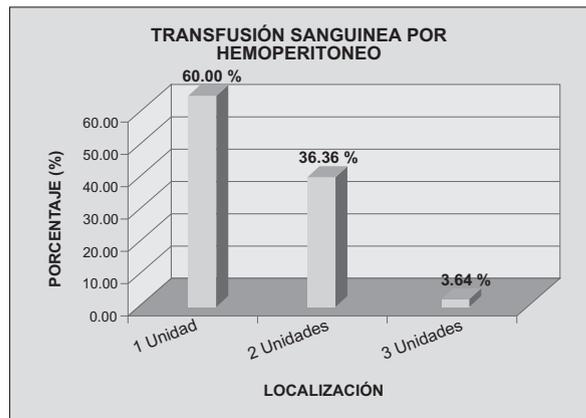
El mayor porcentaje de hemoperitoneo en el embarazo ectópico roto fue de hasta 500 ml. (51.96%) lo que justifica el número de pacientes que requirieron la transfusión de una unidad de sangre (60%).

GRAFICO 11



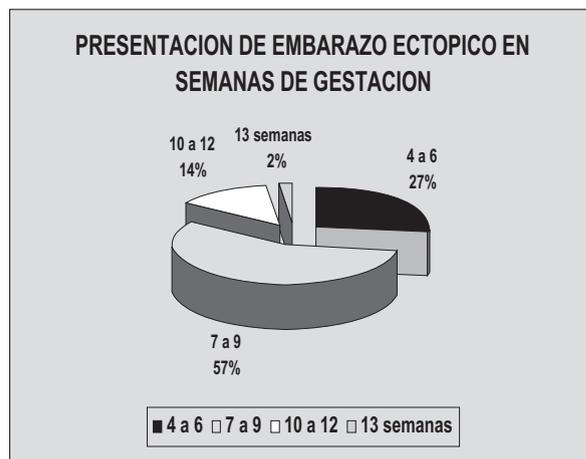
La principal sintomatología del embarazo ectópico, en el presente estudio es el retraso menstrual y sangrado transvaginal, asociados a otros en menor proporción.

GRAFICO 12



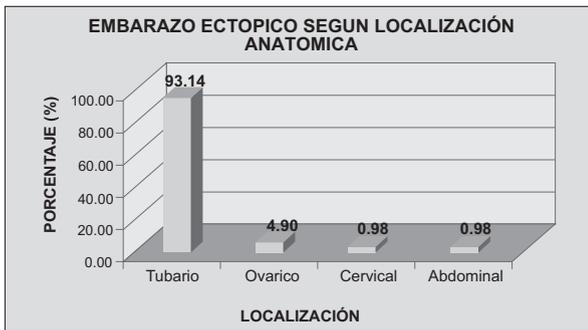
La transfusión sanguínea secundaria a embarazo ectópico complicado asociado a hemoperitoneo, fue de 60% (33 pacientes), requirieron de una unidad de sangre. Dependiendo del estado hemodinámico de las pacientes se requirieron de 2 a 3 unidades en proporciones menores.

GRAFICO 13



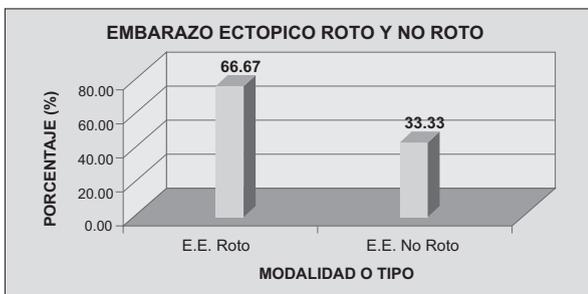
La mayor frecuencia de embarazo ectópico en semanas de gestación fue de 7 – 9 semanas (57%), ya que en este periodo gestacional comienzan a presentar signos y síntomas que inducen a realizar exámenes auxiliares de diagnóstico tendientes a aclarar una sospecha diagnosticada de embarazo ectópico.

**GRAFICO 14**



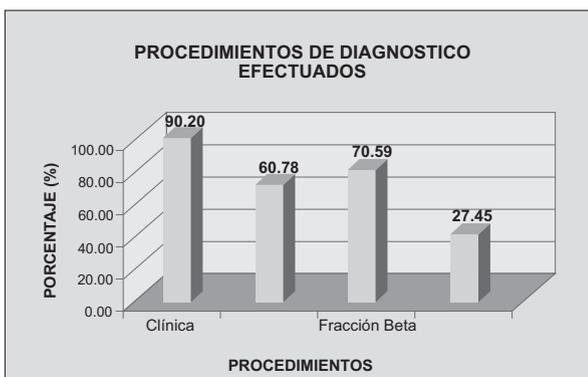
De acuerdo a su localización el embarazo ectópico tubario fue el más alto con 95 casos (93,14%), lo cual coincide plenamente con los reportes realizados por otros autores, además de explicar el mayor número de salpinguectomías realizadas.

**GRAFICO 15**



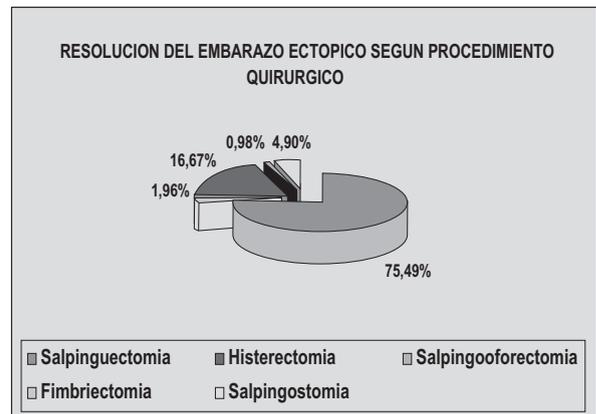
El embarazo ectópico complicado con ruptura tubaria y hemoperitoneo fueron de 68 casos versus el no roto, que fue de 34 casos debido entre otros factores a la tendencia de las pacientes a realizar controles prenatales tardíos.

**GRAFICO 16**



El diagnóstico clínico se efectuó en 92 casos (90,20%), por ecografía sólo en 62 casos (60,78%), estas cifras se explican porque las pacientes con embarazo ectópico complicado acudieron al servicio de emergencias con un cuadro abdominal agudo que no permitieron la realización de una ecografía pélvica.

**GRAFICO 17**



La resolución del embarazo ectópico fue mediante la salpinguectomia en un 75,49%, en concordancia con la localización del embarazo ectópico que en un 93.14% fue tubárico.

**CONCLUSIONES**

El presente estudio nos muestra que la incidencia de embarazo ectópico en H.M.I.G.U. es de 0,52% lo que representa 1 embarazo ectópico por cada 191 nacidos vivos.

La edad más afectada fue la comprendida entre 20 y 29 años de edad 56,45% es necesario resaltar que aquellas pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 20 y 24 (48,03%) años presentaron más casos de embarazo ectópico en relación a los extremos de la vida, menores de 15 y mayores de 35 años.

El mayor porcentaje de embarazo ectópico encontramos en las pacientes del área periurbana con un 44,12%.

Las pacientes casadas fueron las más afectadas por esta patología con un 47% en relación a las pacientes solteras o en unión libre.

En relación al número de parejas sexuales es pertinente nombrar que un 45.09% de las pacientes aducen tener 1 pareja sexual, contrariamente al reportado por otros estudios realizados en años anteriores y en otros hospitales; aunque se ignora el comportamiento sexual de su pareja.

El dispositivo intrauterino (T de cobre) predispone a este tipo de patología, en un 21.7% de las pacientes del presente estudio que utilizó como control temporal de su fertilidad este método.

Aunque el grado de escolaridad no representa una variable de incidencia directa sobre la patología, encontramos que las más afectadas sólo habían cursado nivel intermedio 45 (44,11%).

Las pacientes multíparas con 3 a 4 hijos presentaron más casos de embarazo ectópico (30,39%).

## RECOMENDACIONES

Concientizar a la población en general sobre los riesgos de adquirir esta patología y sobre el riesgo que representan las enfermedades de transmisión sexual, como principal causa de esta complicación ginecológica.

Detección de enfermedades de transmisión sexual y manejo precoz de estas, además de fomentar una salud sexual y reproductiva saludable y responsable.

Fomentar la consulta precoz de paciente con retraso menstrual y sobre todo en pacientes que hacen control de su fertilidad.

Seguimiento de personas portadoras de DIU. Promover el uso de metrotexate para tratamiento médico del embarazo ectópico en casos no complicados y embarazos bajo condiciones específicas para ese manejo.

Fomentar el diagnóstico y manejo adecuado de las leucorreas y concientizar a las pacientes portadoras de esta patología del peligro de presentar un embarazo ectópico.

Fomentar el uso de otros anticonceptivos: orales y de barrera.

Promover el manejo conservador y pretender a la solución quirúrgica mediante la laparoscopia o la convencional y evitar las salpinguectomias muchas veces innecesarias.

Orientación adecuada a la paciente que presenta enfermedad anexial, aduciendo que la patología de trompas y ovarios son causas inductoras del embarazo ectópico.

Promover el tratamiento precoz de las infecciones cervicovaginales.

Orientación a la población en general sobre la morbimortalidad de esta patología.

## BIBLIOGRAFÍA

AZOULAY F. "Extrauterine Pregnancy". Rev. Gynecol Obstet. 1994. Pág. 547 - 542.

BOTERO J. "Obstetricia y Ginecología". 4º Edición. 1989.

DESTEFANO F. "Risk of Ectopic Pregnancy Following Tubal Sterilization.". Obstet Gynecol. 1987.

Pág. 326 - 330.

GIAMBANCOL, CHIANCHIANO N., PALMERI V.

"Cervical Pregnancy: An Obstetric Emergency". A Clinical Case. *Minerva Gynecol.* Jul.-Aug. 1998.

GONZALES Merlo. "Obstetricia". 2º Edición. Editorial Salvat. Barcelona. 1985.

HALVONSEN A.C., COLON N.S. "Unilateral Ectopic Twin Pregnancy". *Vgeskn Laeger.* 1994. Pág. 5709 - 5710.

HIDALGO RODRÍGUEZ N., MANILLA FONTE F., VIVO VALDES P., SANCHEZ SUAREZ E. "La Laparoscopia en el Diagnóstico del Embarazo Ectópico". *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 1978. Pág. 355 - 362.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMON SARDA". "Tratamiento Conservador del Embarazo Ectópico Cervical". [www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/99a/36-40.pdf](http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/99a/36-40.pdf).

LAMARQUE VOIRAC A., SALVADOR GARCIA R. "El Embarazo Simultáneo una Realidad Diagnostica". *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 1978. Pág. 283 - 286.

LAMARQUE VOIRAC A., IRANZO MOMBLANC R. "Embarazo Simultáneo". *Rev. Cubana Obstet Ginecol.* 1978. Pág. 109 - 114.

LIPSCOMP G., MACCORD M., STOVALL T., HUFF G., PORTERA G., LING F. "Predictor of Success of Metotrexate Treatment in Women with Tubal Ectopic Pregnancies". *The New England Journal of Medicine.* Vol. 341 Nº 26.

NOVAK E.R., JONES G.S., JONES H.W. "Embarazo Ectópico. En: Tratado de Ginecología". 9º Ed. Editorial Científico - Técnica. 1997. La Habana. Pág. 551 - 568.

PEREZ SANCHEZ A. "Obstetricia". 3º Edición. Editorial Mediterráneo. Pág. 451 - 161.

PINEDA E., ALVARADO E., CANALES F. "Metodologías de la Investigación". 2º Edición. Washington - USA. 1994.

SAIRA JOB N., COSTE J., COUCHER AVELET B.,

GERMAN E., HERNANDEZ J., BOUYEN J.L. "Embarazo Ectópico. Epidemiología: Factores de Riesgo". *Presse Med.* 1995. Pág. 109 - 114.

SCHWARCZ R.L., DUVERGES C.A., DIAZ A.G., FESCINA R.H. "Obstetricia". 5º Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995. 181 - 186.

SILVA S. "Embarazo Ectópico". Hospital de Sotero del Río. Santiago - Chile. 2003

SOLER C., ARGILAGA. "El Manual Merck". 8º Edición. Doyma. 1989.

TACHIVUM R., GOLDENBERG M., LIPITINASCHIACHS OELSNVER G. "Transvaginal Dopple Sonography for Afretin Ectopic Pregnancy: Is it Really Necessary". *JAMA.* 1994. Pág. 820 - 825.

URANGA IMAZ F. "Obstetricia Práctica". 4º Edición. Buenos Aires: Editorial Intermedica. 1997. <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/libros/ectopico.pdf> <http://docencia.med.uchile.cl/pos/ginecolo/Textos/003> <http://latina.obgyn.net/espanol/articles/enero01/la-paroscopy.htm>