

Estudio de los factores relacionados con el embarazo ectópico en el Hospital Materno Tamara Bunke Bíder entre 1991-2015

Study of the risk factors related to the ectopic pregnancy at Tamara Bunker Bider during 1991-2015

Grisell Argilagos Casasayas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-8008-9169>

Inglis Pavón de la Tejera¹ <https://orcid.org/0000-0001-7464-4640>

Lázaro Ibrahim Romero García² <https://orcid.org/0000-0002-3248-3110>

Níger Guzmán Pérez³ <https://orcid.org/0000-0002-0383-8824>

Reinaldo López Barroso⁴ <https://orcid.org/0000-0003-4694-2434>

¹Universidad De Ciencias Médicas, Hospital Materno Norte. Santiago de Cuba, Cuba.

²Hospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

³Hospital Militar Joaquín Castillo Duany. Santiago de Cuba, Cuba.

⁴Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: grisellargilago@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: El embarazo ectópico es un problema en la obstetricia actual; si bien ha disminuido la mortalidad por esta enfermedad, así como su morbilidad ya que los medios diagnósticos existentes permiten un diagnóstico temprano, su incidencia sigue en aumento.

Objetivo: Determinar los factores relacionados con el embarazo ectópico.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-transversal-retrospectivo de todas las pacientes que acudieron al Hospital Materno Norte Tamara Bunke Bíder de la ciudad



Santiago de Cuba, operadas por embarazo ectópico durante veinticinco años(1991-2015). El análisis estuvo constituido por un total de 1999 pacientes, con el criterio de selección dado por su confirmación anatomopatológica, llegándose a recoger un total de 1866 casos. Entre las variables estudiadas se contemplaron los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, así como los elementos que se utilizaron para el diagnóstico.

Resultados: La incidencia del embarazo ectópico en nuestro medio es de 1 cada 37 partos, predominando como factores de riesgo: la edad entre 25 y 29 años (32,3 %), la nuliparidad y primicidad (30,2 % y 32,5 %) respectivamente, los antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (43,8 %), las infecciones vaginales (24,8 %) y el uso del dispositivo intrauterino (49,8 %). La mayoría de los casos se presentaron con los síntomas clásicos de la enfermedad, por lo que el diagnóstico mayoritario al ingreso fue acertado y los métodos auxiliares más utilizados fueron la punción del fondo de saco de Douglas (42,3 %), sola o combinada con la ultrasonografía y la laparoscopia.

Conclusiones: Predominan los factores de riesgo descritos. La incidencia del embarazo ectópico sigue siendo alta.

Palabras clave: embarazo ectópico, factores de riesgo, enfermedad.

Abstract

Introduction: Ectopic pregnancy is a problem in current obstetrics, although mortality due to this disease has decreased, as well as its morbidity since the existing diagnostic means allow an early diagnosis, its incidence is still increasing.

Objective: To determine the factors related to the ectopic pregnancy.

Methods: A descriptive-cross-sectional-retrospective study was carried out on all the patients who attended Tamara Bunke Bider Northern Maternal Hospital in Santiago de Cuba city, operated on due to ectopic pregnancy, during twenty-five years (1991-2015). The analysis was constituted by a total of 1999 patients, with the selection criterion given by their pathologic confirmation, resulting in a total of 1866 cases. Among the



variables studied, the risk factors related to this disease were considered, as well as the elements that were used for the diagnosis.

Results: The incidence of the ectopic pregnancy in our environment is 1 out of 37 childbirths, prevailing as risk factors: the 25- 29 age group (32.3 %), nulliparity and primiparity (30,2 % and 32,5 %) respectively, the history of pelvic inflammatory disease (43.8 %), vaginal infections (24.8 %) and the use of intra-uterine device (49.8 %). Most of the cases were presented with classic symptoms of the disease, reason why the majority diagnosis on admission was right and the auxiliary methods most used were the Douglas cul-de-sac puncture (42.3 %), alone or combined with ultrasonography and laparoscopy.

Conclusions: There was a prevalence of the risk factors described. The incidence of ectopic pregnancy is still high.

Keywords: ectopic pregnancy, risk factors, disease.

Recibido: 17/07/2024

Aprobado: 02/09/2024

Introducción

Después de la fecundación y el tránsito por la trompa de Falopio, lo normal es que el blastocito se implante en el revestimiento endometrial de la cavidad uterina. De ser diferente se produciría una gestación eutópica o intrauterina.

Un embarazo tiene esta característica cuando el huevo anida y se desarrolla en su lugar habitual: la cavidad endometrial. Su alojamiento en cualquier otro lugar constituye un embarazo ectópico.⁽¹⁾

Según estudios, 1,3 a 2% de los embarazos son ectópicos y de éstos, 98%, se producen en las trompas de Falopio. Si la implantación ocurre también fuera de ella, entonces esta



entidad sería a nivel del cérvix uterino, cuerno, cicatriz anterior, ovario y cavidad abdominal.^(2,3)

La incidencia, por otra parte, ha ido en aumento desde mediados del siglo XX. Dicho incremento parece estar relacionado con la utilización de técnicas de reproducción asistida, tratamientos de esterilidad y el uso de algunos métodos anticonceptivos como lo es el empleo creciente del dispositivo intrauterino(DIU), y con el mayor influjo de la enfermedad inflamatoria pélvica, que es la causa más importante.^(3,4)

Esta lesión tubaria previa, ya sea por un embarazo ectópico anterior o cirugía para corregir la infecundidad con fines de esterilización, atribuye una mayor amenaza para tener otro de esta índole.⁽¹⁾ Algunos factores de riesgos que le repercuten son: el hábito de fumar, uso de anticonceptivos tales como los DIU, la anticoncepción de emergencia con altas dosis de estrógenos, endometriosis, uso de minipíldoras de progestágenos, frecuencia de parejas e inicio precoz de las relaciones sexuales.⁽⁴⁾

Los síntomas por las que las mujeres acuden en busca de atención médica están dados por dolor abdominopélvico, hemorragia vaginal anormal, hipersensibilidad abdominal y pélvica, y si no está complicado no hay modificación de los signos vitales; pero la respuesta a la hemorragia moderada comprende signos vitales sin cambios, con un aumento discreto de la tensión arterial o respuesta vasovagal con bradicardia e hipotensión.⁽⁵⁾ La prevalencia entre mujeres jóvenes que acuden a un servicio de urgencias por sangrado, dolor o ambos durante el primer trimestre, es 6 al 16%.⁽²⁾

Concertar un diagnóstico oportuno permite llevar a cabo el tratamiento quirúrgico o médico definitivo de un embarazo ectópico; si no se produce la ruptura, se acompaña de menor mortalidad y mayor morbilidad, así como un mejor pronóstico para una fertilidad futura.

A pesar del enfoque comunitario de la medicina en Cuba, el diagnóstico del embarazo ectópico sigue siendo tardío, ya que en la mayoría de las mujeres se encuentra fisurado o roto por lo que requieren tratamiento quirúrgico radical. El peligro real está dado en el hecho de su mortalidad y/o invalidez desde el punto de vista reproductivo para la mujer



y su familia, al ver limitada o anulada su capacidad de procreación. Debido a ello, se ha constituido este trabajo.

Métodos

Se realizó una investigación de tipo descriptiva retrospectiva en el Hospital Materno Norte “Tamara Bunke Bíder”, de Santiago de Cuba, desde el año 1991 y hasta 2015.

La población de estudio estuvo constituido por un total de 1906 pacientes, que cumplieron con el criterio de selección dado por la confirmación en Anatomía Patológica del embarazo ectópico, excluyéndose los casos donde se extraviaron los documentos que impidieron la recogida completa de los datos. La muestra se obtuvo de manera intencional y quedó conformada por 1866 casos. Entre las variables estudiadas se contemplaron los factores de riesgo relacionados con esta enfermedad, así como los elementos que se utilizaron para el diagnóstico.

Tras la recopilación de información, se aplicaron diferentes técnicas e instrumentos. Se desarrolló 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, y 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 relacionada con factores epidemiológicos, así como la semiología, tratamiento y evolución.

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 las tablas se procesaron en Microsoft Excel 2010. Se mostraron como medidas de resumen, las frecuencias absolutas y relativas.



Resultados

Sigue siendo un problema en la obstetricia actual el embarazo ectópico; si bien ha disminuido la mortalidad por esta enfermedad, así como su morbilidad, ya que los medios diagnósticos existente permiten un diagnóstico temprano, su incidencia sigue en aumento. En Estados Unidos representa 2 % de los embarazos del primer trimestre y compone 6% de las muertes ligadas al mismo.⁽¹⁾

Tabla 1: Incidencia del embarazo ectópico en 25 años

Años	No. De partos	No. De embarazos Ectópicos	Incidencias
1991	3959	46	1-86
1992	3303	48	1-68
1993	3114	60	1-51
1994	3254	64	1-50
1995	3039	64	1-47
1996	3237	77	1-42
1997	2871	70	1-41
1998	3335	83	1-40
1999	3325	83	1-40
2000	3412	86	1-39
2001	3242	85	1-38
2002	3206	87	1-36
2003	2472	80	1-43
2004	3072	98	1-31
2005	2893	70	1-41
2006	2636	86	1-41
2007	2705	87	1-31
2008	3249	167	1-19
2009	3080	139	1-22
2010	3089	106	1-29
2011	3143	52	1-60
2012	2999	42	1-71
2013	3458	88	1-36
2014	3247	78	1-38
2015	3217	53	1-60
Total	75 315	1999	1-37

Desde 1991 hasta 2015, en el Hospital Materno Norte Tamara Bunke Bíder, se realizaron 75 315 partos y se operaron 1999 pacientes por embarazo ectópico con una incidencia de 1 cada 37 partos; siendo los años 2008 y 2009 los que presentan mayor repercusión, al presentarse 1 cada 19 y 1 cada 22 partos respectivamente (Tabla 1).



Tabla 2: Embarazo ectópicos según edad materna

Edad (años)	No.	%
15-19	102	5.5
20-24	512	12.4
25-29	603	32.3
30-34	367	19.7
35-39	209	11.2
+ de 40	73	3.9
Total	1866	100

Fuente: Historia Clínica

La tabla 2 muestra que la incidencia aparece con mayor frecuencia en la edad de mayor fertilidad, entre 20 y 34 años, para 64,4 %; sin embargo, en edades menores de 19 o mayores de 40, está alrededor de 10 %.

Según la paridad, es más frecuente en mujeres nulíparas y primíparas en 30,2 % y 32,6 % respectivamente, siendo menos frecuente a medida que aumenta el número de hijos.

Tabla 3: Embarazo ectópico según antecedentes ginecológicos

Antecedentes ginecológicos	No.	%
Enfermedad inflamatoria pélvica	816	43.5
Infecciones vaginales	455	24.4
Embarazo ectópico anterior	216	11.6
Operaciones abdominales	204	10.9
Trastornos menstruales	122	6.5
Infertilidad	53	2.8
Ninguno	455	24.3

En la tabla 3 aparece como principal antecedente ginecológico la enfermedad inflamatoria pélvica con 43,5 %, seguida las infecciones vaginales 24.4 %, del embarazo ectópico anterior 11,6 % y las operaciones abdominales anteriores 10,9 %. Solo 24,3 % de las pacientes no refirió ningún antecedente.

Un 49,7 % de las pacientes con el diagnóstico de embarazo ectópico, usaban DIU como método anticonceptivo y el 22,6 % anticonceptivos hormonales, fundamentalmente píldoras combinadas.



Tabla 4: Embarazo ectópico según síntomas presentes.

Síntomas	No.	%
Dolor abdominopélvico	1176	62.7
Sangramiento a manchas	1005	53.8
Retraso menstrual	995	53.3
Síntomas subjetivos de embarazo	897	48.1
Amenorrea	324	17.4
Lipotimia	315	16.9
Palidez cutáneo mucosa	309	16.5
Otros	52	2.8

Los síntomas que predominaron como se observa en la tabla 7 fueron el dolor abdominopélvico (62.7 %), el sangramiento a manchas (53.8 %), el retraso menstrual (53.3 %) y los síntomas subjetivos de embarazo (48.1 %).

Tabla 5: Embarazo ectópico según medios auxiliares del diagnóstico

Métodos diagnósticos	No.	%
Punción de saco de Douglas	790	42.3
Punción más ecografía	267	14.3
Punción más ecografía más laparoscopia	177	9.5
Punción más GN en orina	163	8.3
Punción más GN en orina más Ecografía	113	6.1
Punción más GN en orina más laparoscopia	105	5.6
Ecografía	12	0.6
Ecografía más GN en orina	79	4.2
Ecografía más GN en orina más laparoscopia	93	4.5
Ecografía más laparoscopia	67	5.6
Total	1866	100

En la tabla 5 observamos que la punción del saco de Douglas sola y combinada es el medio auxiliar de diagnóstico que mayormente predomina, esto ha ido modificándose teniendo en cuenta los años que abarca el estudio y los adelantos científico técnicos, donde se incluye la determinación de la gonadotropina coriónica en orina y la ecografía.



Discusión

La incidencia de esta afección se ha incrementado, 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.⁽²⁾

A medida que aumenta el diagnóstico, la mortalidad decrece (en EE.UU., alrededor de 1970, hubo 35,5 muertes por 10.000 a 3,8 por 10.000 en 1989). Cabe destacar que en los países desarrollados, el embarazo ectópico es todavía la causa del 10-15 % de las muertes maternas relacionadas con la gestación y supone 80-90 % de los fallecimientos durante el primer trimestre del embarazo.⁽¹⁾

Santiago de Cuba desde el año 2012 y hasta 2015, reportó alrededor de 56809 captaciones de embarazos y de ellos alrededor de 1969 fueron ectópicos diagnosticados y tratados en este periodo. En el transcurso de 2018 al 2022, el Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud Pública de Santiago de Cuba reporta 56 900 partos y 1776 pacientes operadas con el diagnóstico de embarazo ectópico.⁽⁵⁾

La edad materna de mayor prevalencia de EE (embarazo ectópico) difiere en la literatura revisada. Chipana Suásnabar⁽⁶⁾ establece que la misma no es un factor de riesgo significativo para embarazo ectópico, al reportar el valor calculado de 1,808 y el valor P de 0,405; menor que su valor teórico con dos grados de libertad 5,991 y mayor que el nivel de significancia de 0,05, respectivamente. Sin embargo, Ángel Ramos⁽²⁾ en su estudio encontró que la media de edad fue de 27.6 años (rango 14-44; DE 6.5). A su vez, Hermoza y Choque⁽⁷⁾ encuentran 47,5 % de sus pacientes entre 20 y 29 años, con asociación estadística para EE ($p = 0,041$; $x^2 = 13,112$).

Por su parte, otros autores reportan en sus estudios que la edad de mayor prevalencia es en mujeres mayores de 30 años, tal es el caso de Dinc e Issin⁽⁸⁾, quien durante el estudio realizado en Turquía describe que la edad promedio de las pacientes fue de 32,9 años



con un rango entre 23 y 40 años; así mismo, Bermejo Gutiérrez⁽⁹⁾ en su serie encuentra una edad promedio de 31,2 años. Otros autores, también coinciden con que existe mayor incidencia del EE en mujeres mayores de 35 años.^(10,11)

En cuanto a la edad materna se pudiera considerar que el incremento del EE pudiera estar relacionado con la acumulación de factores de riesgos durante el tiempo en estas mujeres, así como a cambios fisiológicos propios de la edad avanzada, tales como los cambios funcionales de las trompas y por consiguiente, las alteraciones en el transporte del óvulo fecundado.

Si se habla de la cantidad de números de partos como factor de riesgo para EE, Ángel Ramos⁽²⁾ describe en su serie que, 179 (25.8 %) cursaban su segunda gravidez, seguida de las primigestas con 169 (23.6 %), 161 (23.2 %) pacientes cursaban un tercer embarazo, 97 (14 %) en el cuarto, 62 (8.9 %) su quinto, 15 (2.2 %) un sexto, 9 (1.3 %) séptimo y 3 (0.4 %) pacientes en su octava gestación.

Torres y Rivas⁽¹²⁾, por su parte, encontró que 58% de las pacientes son multíparas, 23 casos que representan 33 % son gran multíparas, mientras que 6 representan 9% y son nulíparas; al igual que Infason Escobar⁽¹³⁾ y Howard Arnold⁽¹⁴⁾, encuentran predominio del EE en las multíparas. Sin embargo, Hermoza y Choque⁽⁷⁾ encuentran que 43,1 % de sus pacientes con EE son nulíparas y en su estudio Ccorisoncco y Conche⁽¹⁵⁾ observaron que tener solo un parto es factor protector de embarazo ectópico (OR=0,308; IC=0,132-0,723). Como se puede evidenciar, la paridad difiere según la población estudiada.

En cuanto al uso de DIU, Ángel Ramos⁽²⁾ encuentra en su estudio que el número de pacientes que eran usuarias de estos dispositivos al momento del diagnóstico de EE era 49 (7.1 %), mientras que 77 (11.1 %) de ellas tenían antecedente de haberlo usado. De igual forma Albino y Peña⁽¹⁶⁾, demostraron significación estadística del uso de DIU en relación a la variable dependiente EE (OR: 20,01 IC95 %: 8,10 – 55.77, p: 0,001), representando 79,4 % de los expuestos.

Por el contrario, Huerta y López⁽¹⁰⁾, encontraron que el uso de dispositivo intrauterino en relación con el EE no fue significativo (p=0,033; OR: 2,165).



Según la autora, el mecanismo de acción de los DIU, al acelerar el movimiento peristáltico de las trompas, hace que el huevo fecundando llegue al endometrio cuando aún no ha adquirido su capacidad de implantación; por lo que este dispositivo no constituye un factor de riesgo. No obstante, en la práctica médica se comporta de manera diferente, tal vez sea por la alta asociación de las usuarias del dispositivo con la enfermedad inflamatoria pélvica.

De manera general, Chipana Suásnabar⁽⁶⁾ establece que el uso de métodos anticonceptivos no es un factor de riesgo significativo para embarazo ectópico, al reportar el valor calculado de 0,25 y el valor P de 0,617, menor que su valor teórico con dos grados de libertad (5,991) y mayor que el nivel de significancia de 0,05, respectivamente.

Y en correspondencia con esto, Huerta y López⁽¹⁰⁾, al uso de métodos anticonceptivos orales como factor de riesgo de EE, no le encuentra significación estadística ($p=0,008$; $OR=2,571$); sin embargo, Infason Escobar⁽¹³⁾ encuentra relación entre el uso de levonorgestrel y el EE.

Al hablar en cuanto a relación de enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) como antecedente de EE, Albino y Peña⁽¹⁶⁾ demostraron en su estudio el antecedente EIP en 76,5% de los expuestos, donde se obtuvo un $OR: 40,52$ con un $IC95\%$ desde 21.97 a 75.27, además de un valor de $p: 0001$ mediante el análisis del chi cuadrado. Por su parte, Ángel Ramos⁽²⁾ refiere que en su estudio, el antecedente de EIP estuvo presente en 62 (8.9 %) pacientes. También Huerta y López⁽¹⁰⁾ encuentran relación significativa entre el EE y el antecedente de enfermedad pélvica ($p=0,001$; $OR=3,613$) y, Torres y Rivas⁽¹²⁾ demuestran que 70% de las pacientes estudiadas presentan antecedentes. De igual forma, Chipana Suásnabar⁽⁶⁾ establece que el antecedente de Infecciones de Transmisión sexual (ITS) no es un factor de riesgo significativo del EE, al reportar el valor calculado de 1,01 y el valor P de 0,315, menor que su valor teórico con un grado de libertad (3,841) y mayor que el nivel de significancia de 0,05; respectivamente.

Como puede observarse en lo anteriormente descrito, muchos autores coinciden en plantear que la EIP resulta un factor de riesgo fuertemente asociado a los EE. Esto tiene



su explicación en los mecanismos fisiopatológicos invocados como causantes del EE, siendo obstruida la traslación del huevo fecundado a través de las trompas; una causa muy fundamental para que se produzca el mismo.

Respecto al antecedente de operación abdominal, Bermejo Gutiérrez⁽⁹⁾ encontró que el 20.6 % ($X^2=13.26$) de las mujeres atendidas con EE estuvieron precedidas de una cirugía abdominal pélvica, mientras que 16.7 % no. Por otro lado, Albino y Peña⁽¹⁶⁾ encontraron en su estudio que el antecedente de Cirugía tubárica previa presentó asociación estadística con el EE (OR: 24,72 IC95 %: 6,83 – 133,86, p: 0,001).

Igualmente, Hermoza Gutiérrez⁽⁷⁾ en su serie de 181 pacientes con diagnóstico definitivo de EE encuentra como factor de riesgo de significación estadística, el antecedente de cesárea ($p = 0,034$; $x^2 = 8,657$).

Las operaciones abdominales desarrolladas anteriormente, pueden tener como complicaciones bridas o adherencias que distorsionarían la anatomía de la trompa. Como consecuencia de ello, se dificulta el tránsito del huevo fecundado, lo cual consideramos explicaría su asociación con el EE.

Para establecer comparaciones en cuanto a la condición de haber tenido un ectópico anterior en relación al EE, Huaman Pacco⁽¹⁷⁾ encuentra una razón de prevalencia de 25 %, Ángel Ramos⁽²⁾ lo describe en 9.6 % de sus casos, por lo que Huerta y López,⁽¹⁰⁾ encuentra el antecedente de embarazo ectópico con un valor de la $p=0,027$ y un OR=2,500.

Investigadores como Albino y Peña⁽¹⁶⁾ tras estudiar 112 casos y 448 controles para el análisis inferencial de la variable antecedente de EE, encontraron que 18,2 % (100) de los no exhibidos y 100 % (12) mostrados fueron considerados como caso; sin embargo, no evidenciaron controles expuestos, por lo que fue imposible realizar el cálculo del OR; aunque mediante el análisis del X^2 el valor de p fue 0,001. Este resultado se consideró estadísticamente significativo.

Ccorisoncco y Conche⁽¹⁵⁾ también encuentran en su serie que 29.6 % de gestantes con EE presentaron antecedentes de embarazo ectópico previo (OR=14,2; IC=3,19-63,14).



Sin embargo, Chipana Suásnabar⁽⁶⁾ establece que el EE previo no es un factor de riesgo significativo, siendo el valor calculado de 0,211 y P de 0,646, menor que su valor teórico con un grado de libertad (3,841) y mayor que el nivel de significancia de 0,05, respectivamente. En cambio, Hermoza Gutiérrez⁽⁷⁾ no encuentra el antecedente de EE previo (90,1 % y 95.1 % de sus casos respectivamente).

En nuestro estudio haber tenido un EE previo, tiene tendencia a un mayor alcance con otro embarazo de esta índole, quizás sea porque se resumen varios factores de riesgos anteriores que resultaron causales como el antecedente de EIP y las operaciones anteriores entre los más significativos.

Al tratarse de una enfermedad con alta incidencia y una mortalidad aunque importante, la identificación oportuna de los factores de riesgo como parte de la anamnesis permite un pensamiento clínico que favorece al diagnóstico temprano y manejo integral del EE.

Los síntomas y signos del EE son variados y dependerán si se encuentra roto o no. Al inicio el cuadro clínico correspondiente a una gestación ectópica se puede presentar de manera sutil e inclusive pueden no aparecer. Los síntomas habituales que se manifiestan son el retraso menstrual, sangrado vaginal irregular, abdomen agudo o masa anexial dolorosa: ellos constituyen la triada clásica donde se observa en al menos 50 % de pacientes⁽¹⁾.

Un retraso menstrual puede confundirse con uno de la gestación normal. El sangrado patológico se da posterior a la regla tardía y se presenta entre la sexta y la octava semana a partir de la fecha de la última menstruación^(1,2,6)

Si se produce la ruptura o fisura, la magnitud de los cambios de la tensión arterial y del pulso, depende de la cantidad del sangrado. Si se trata de regular cantidad, esta no traduce ninguna variación o puede presenciarse un aumento leve de la tensión arterial. De manera opuesta, puede observarse una respuesta vasovagal con disminución de la frecuencia cardiaca y presión arterial. Las temperaturas que son superiores a 38⁰C casi siempre se acompañan de una infección.^(1,18)



Al examinar el abdomen puede no presentarse dolor a la palpación si el EE no está complicado, por el contrario, aparecen síntomas propios agudo y al tacto vaginal la masa anexial se observa lateralmente o posterior al útero.⁽¹⁸⁾

Escobar y Carhuaz⁽¹⁹⁾ en su estudio encontraron los factores clínicos asociados a dolores pélvico ($P=0.000$) y al tacto vaginal ($P=0.000$) así como sangrado en el conducto fibromuscular del aparato reproductor ($P=0.000$); y no se asoció masa anexial ($P=0.128$).

Rivera y colaboradores⁽³⁾ en su estudio de casos y controles, sobre las manifestaciones clínicas asoció a EE con el dolor pélvico ($OR=28.675$), el sangrado anormal ($OR=12.678$) y la masa anexial palpable ($OR=17.010$).

Fracción beta de la gonadotropina coriónica (β -hCG): es el marcador más utilizado y se sintetiza principalmente por el trofoblasto. Se constituye por una cadena alfa y una cadena beta, siendo esta última la que le confiere su especificidad. Se utiliza para el diagnóstico temprano del embarazo principalmente en gestaciones de origen desconocido y sus valores son de gran utilidad en el diagnóstico temprano del EE, formando parte de modelos predictivos muy difundidos desde el inicio de este siglo.^(1,2)

La ecografía transvaginal es la modalidad de imagen de elección para el diagnóstico del embarazo ectópico. Un examen de ultrasonido del embarazo temprano tiene tres objetivos principales: a) confirmar la ubicación y el número de embarazos, b) establecer si un embarazo normalmente implantado tiene el potencial de desarrollarse más allá del primer trimestre y c) evaluar el riesgo a la salud materna que plantea el embarazo ectópico.⁽²⁰⁾

Por todas estas consideraciones es imprescindible recordar que, el EE, se puede presentar simulando un embarazo de implantación normal, de igual forma, con la sospecha del personal médico y la disponibilidad actual de métodos de diagnóstico, se lograrán alcanzar buenos resultados y evitarán las complicaciones fatales de esta enfermedad.



Para finalizar la investigación, se podría resaltar que a pesar de los avances científicos, la incidencia del embarazo ectópico sigue siendo alta; aun así, no se reportan muertes por esta causa durante el periodo correspondiente.

Referencias bibliográficas

1. Gary Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Sección 6. Complicaciones a principio del embarazo. Capítulo 19. Embarazo ectópico. En: Gary Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams. Obstetricia. 24 ed. Ciudad de México: McGraw Hill Interamericana editores; 2022 [citado 11/09/2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525§ionid=100458429>
2. Del Ángel Ramos, JE. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas. Experiencia de 10 años en un centro de tercer nivel. [Tesis]. Nuevo León -México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2021 [citado 11/09/2024]. 94 p. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/20513/1/Dr.%20Jaime%20Eduardo%20Del%20Angel%20Ramos.pdf>
3. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev. chil. obstet. Ginecol. 2020 [citado 11/09/2024]; 85(6):697-708. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n6/0717-7526-rchog-85-06-0697.pdf>
4. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades del embarazo ectópico. Rev. méd. sinerg 2021 [citado 11/09/2024]; 6(5):e670. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670/1210>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Salud. Anuario Estadístico de Salud. Santiago de Cuba: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas; 2022 [citado. 11/09/2024]. Disponible en: <http://ftp.scu.sld.cu/galen/gestion/34.%20Anuario%20Prov.%202022.pdf>



6. Chipana Suasnabar, I. E. Factores de riesgo para embarazo ectópico. [Tesis]. Huancayo -Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2019 [citado 11/09/2024]. 84 p. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/981/TI037_4305635_6_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Hermoza Gutierrez CG, Choque Mamani LF. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015-2020. RMB 2023 [citado 07/07/2024]; 17(2):20-8. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1947/2116>
8. Dinc K, Issin G. Novel marker to predict rupture risk in tubal ectopic pregnancies: the systemic immune-inflammation index. Ginekología Polska 2023 [citado 03/07/2024]; 94(4):320-325. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36929797/>
9. Bermejo Gutiérrez AG. Incidencia y factores asociados al embarazo ectópico. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo 2015- 2017. [Tesis]. Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María; 2020 [citado 03/07/2024]. 84 p. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0b2809e2-6d64-499f-b660-f853ba146e83/content>
10. Huerta Verde LV, López Villanueva DJ. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, Hospital Victor Ramos Guardia Huaraz, 2019. 2022 [citado 11/09/2024] Disponible en: <https://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/5096>
11. Rodríguez Abalo O del C, Rodríguez Puga R, Dueñas Rodríguez Y, Pérez Díaz Y, Martín Díaz G, Marrero Álvarez Y. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes operadas de embarazo ectópico en la provincia Camagüey. Rev. Cub. Cir. 2023 [citado 01/07/2024]; 62(3):e1517. Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1517/827>
12. Torres Piedra JK, Rivas Torres E. Factores de riesgo de embarazos ectópicos en gestantes atendidas en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor” 2022. [Tesis]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2022 [citado 03/07/2024]. 84 p. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/65986>



13. Infanson Escobar G. Factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología de un hospital II – 2 de Ayacucho, 2020. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Peruana Unión. ; 2021 [citado 17/01/2024].67 p. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4487>
14. Howard Arnold CC. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, en el período enero-diciembre 2020. 2021 [citado 17/01/2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12331>
15. Ccorisoncco Torres FS, Conche Prado CA. Factores epidemiológicos de riesgo en el embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Vitarte 2020 – 2021. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2022 [citado 17/01/2024].65 p. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6286/UNFV_FMHU_Ccorisoncco_Torres_Felix_Santos_Titulo_profesional_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Albino Flores,CA. Factores asociados al embarazo ectópico en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2017-2019. [Tesis].Huacho-Perú: Universidad Nacional José Fautino Sánchez Carrión . ; 2021 [citado 17/01/2024].72 p. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/4707/ALBINO%20FLORES%2c%20CLAUDIA%20ATENAS%20r%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Huaman Pacco, K. A. (2021). Perfil epidemiológico-clínico-quirúrgico del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital de Quillabamba, 2016-2020. (Tesis) (2021) Disponible en: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/5777/253T20210103_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Agueda JM, Ramírez JJ, Arriaga PI, Delgado IM, Serra VS, Zambrano JL, Alvarado EA, Maiz N, Sáinz Bueno JA, Montes EG. Gestación precoz. Pérdida gestacional temprana. Gestación de localización no conocida. SEGO. 2021 [citado 17/01/2024] ;66(1):22-41. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1680162403.pdf>



19. Escobar Tovar AN, Carhuaz Tacuri YG. "Factores asociados a embarazo ectópico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2022" [Tesis].Huancayo-Perú: Universidad de Roosevelt. 2024 [citado 17/1/2024].48 p. Disponible en:

<https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/2158/TESIS%20ESCOBAR%20-%20CARHUAZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Espinoza Garita S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades del embarazo ectópico. Rev. méd. sinerg. 2021 [citado 17/07/2024];6(5):e670. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/670>

Conflicto de intereses

El autor no declara conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Conceptualización: Dra. Grisell Argilagos Casasayas,Dr. C. Níger Guzmán Pérez

Curación de datos: Dra. Grisell Argilagos Casasayas,Dr. C. Níger Guzmán Pérez, Dr. Lázaro Ibrahim Romero García

Análisis formal: Dr. C. Reinaldo López Barroso

Investigación: Dra. Grisell Argilagos Casasayas,Dr. C. Reinaldo López Barroso

Metodología: Dra. Grisell Argilagos Casasayas,Dr. Lázaro Ibrahim Romero García

Recursos: Dra. Grisell Argilagos Casasayas

Software: Dr. C. Inglis Pavón de la Tejera

Supervisión: Dra. Grisell Argilagos Casasayas

Validación: Dra.Grisell Argilagos Casasayas y Dr. C. Reinaldo López Barroso

Visualización: Dra. Grisell Argilagos Casasayas

Redacción: Dra. Grisell Argilagos Casasayas, Dr. C. Inglis Pavón de la Tejera

Redacción-revisión y edición: Dra. Grisell Argilagos Casasayas y Dr. C. Inglis Pavón de la Tejera



ISSN 1029-3019

MEDISAN 2024; 28(5): e5040

Grisell Argilagos Casasayas (35 %)

Reinaldo Lopez Barros (15 %)

Inglis Pavón de la Tejera (10 %)

Lázaro Ibrahim Romero García (25 %)

Níger Guzmán Pérez (15 %)



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-
NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).