



**Cuba Salud**

IV Convención  
Internacional de Salud  
17-21 de octubre, 2022

## **Embarazo ectópico. Algunas consideraciones de interés en la morbilidad y mortalidad maternas.**

Carlos Moya Toneut<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Provincial General Universitario “Mártires del 9 de abril”/Departamento Ginecobstetricia, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba, carlosmt@infomed.sld.cu

**Resumen: Introducción:** El embarazo ectópico, también conocido como “el gran simulador de la Ginecología” es una de las causas de hemorragias en el primer trimestre del embarazo y la primera de muertes maternas en esa etapa gestacional a nivel mundial, es además un problema de salud en ascenso y del cual Cuba no está exenta. **Objetivos:** Estimular el dominio del método clínico y proveer a los profesionales de salud de un material que contribuya a la disminución de las muertes maternas y la morbilidad grave por esta causa. **Método:** Se realiza una amplia revisión sobre la temática para presentar en conferencia o tema libre. **Resultados:** Se postulan principios para el diagnóstico clínico precoz de dicha entidad, los cuales fueron publicados en un libro editado por la Editorial de Ciencias Médicas de La Habana en el año 2017. **Conclusiones:** Se concluye que con el dominio del método clínico y su aplicación es posible desafiar al embarazo ectópico que tantas vidas maternas ha cobrado.

**Palabras clave:** embarazo, ectópico, hemorragias, muertes maternas.

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico del griego ectos, fuera, y topos, lugar, lo describe por primera vez Albulcasis, en 1863: su paciente presentaba una tumoración abdominal que supuró y finalmente se abrió a través de la pared abdominal, lo que trajo como consecuencia que saliera un esqueleto fetal.

El embarazo ectópico se incrementa en el mundo y en Cuba:

Los cambios en las prácticas sexuales, el incremento consecuente de la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria, así como la mayor aplicación de las técnicas de reproducción asistida son, entre otras, las causas del aumento de la incidencia de embarazo ectópico en las últimas décadas (de 1 a 2 % de las gestaciones) y, además, una de las primeras causas de muerte materna, muchas veces liderando como la primera causa.

Otros factores que intervienen en el incremento de la incidencia de embarazos ectópicos son: hay una mayor proporción de embarazos ectópicos que se diagnostican, el empleo de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino, pacientes con embarazos ectópicos previos o cirugía abdominal, especialmente tubárica, endometriosis, tabaquismo y factores neurógenos.

En Cuba también se incrementa la incidencia de embarazos ectópicos y es una causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo.

Tabla 1. Defunciones maternas directas y por embarazo ectópico en Cuba (2000 – 2020). Tasa por 100 000 nacidos vivos

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MM Directas	47	41	43	48	27	43	42	25	36	39	38
MM por EE	5	6	6	8	7	4	8	3	5	5	4
TMMD	34,1	29,6	31,1	35,1	21,2	37,3	37,7	21,3	29,4	30,0	29,7
TMM por EE	3,5	4,3	4,2	5,8	5,5	3,3	7,2	2,7	4,1	3,8	3,1
Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
MM Directas	42	27	27	26	31	32	25	32	36	35	699
MM por EE	4	7	5	5	2	2	1	3	3	2	95
TMMD	31,6	21,5	21,4	21,2	24,8	27,4	21,7	27,5	23,7	33,3	-
TMM por EE	3,0	5,6	4,0	4,1	1,6	1,7	0,9	2,6	2,7	1,9	-

Fuente: Anuario Estadístico de Salud. MINSAP.

MM= Muertes maternas EE=Embarazo ectópico

TMM= Tasa de mortalidad materna TMMD= Tasa mortalidad materna directa

Fuente: Estadísticas MINSAP

En los países desarrollados, la mortalidad asociada al embarazo ectópico ha disminuido de forma global, pero continúa siendo la primera causa de muerte en el primer trimestre de la gestación. El diagnóstico precoz del embarazo ectópico resulta esencial para prevenir una hemorragia grave, causante del 90% de las muertes maternas, asociada a la ectopia y a una disminución del índice de fertilidad. En Cuba es un aspecto priorizado por el Ministerio de Salud Pública (Minsap), y su Programa de Atención Materno-infantil.

Teniendo en cuenta este problema de salud, el autor se dedicó al estudio de la temática a lo cual da salida con la publicación de un libro de texto que se encuentra publicado en la BVS de Infomed, para que sirva de guía a ginecobstetras, médicos de familia, cirujanos, etc, así como estudiantes de las ciencias médicas y del cual sale esta conferencia.

## II. MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa que incluyó diversos textos, artículos y materiales impresos. Se consultaron las bases de datos SciELO, Lilacs, Latindex, Medline, Scopus, mediante las palabras clave en español, para ampliar los resultados de la pesquisa. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos resultaron: artículos disponibles en los portales de datos seleccionados que se relacionan con el embarazo ectópico. Se excluyeron las cartas al editor y los artículos repetidos. El resultado de la búsqueda mostró 127 entre textos y artículos. Después de una lectura de los títulos fueron excluidos 20 artículos por no ser pertinentes con los objetivos de la investigación, para un total de 107 títulos referenciados en el texto. La información se procesó por medio de una lectura detallada de los artículos incluidos y el análisis de documentos. Se consultó a especialistas en ginecobstetricia, cirugía, imagenología y medicina general integral. Se confeccionó un libro que fue presentado, aprobado y publicado por la Editorial de Ciencias Médicas de La Habana y, basado en este libro se confecciona esta conferencia.

## III. RESULTADOS

El diagnóstico del embarazo ectópico (EE) es difícil. Mondor señalaba que el primer requisito es pensar en él, y con razón se afirma que simula varias entidades nosológicas. En la etapa no complicada, un EE puede ser totalmente asintomático o presentar los mismos síntomas de un embarazo normal, situación esta que dificulta el diagnóstico en dicha etapa. Diversos autores han coincidido en plantear cuán elevada es la incidencia de errores diagnósticos en esta entidad nosológica sobre todo en la etapa no complicada. El diagnóstico del EE ha mejorado con la era sonográfica, sobre todo cuando se combina con determinaciones de beta-HCG.

Las imágenes ultrasonográficas asociadas con el EE son las siguientes: ausencia de saco gestacional intraútero, presencia de una tumoración anexial donde se observa, en ocasiones, un saco gestacional que contiene un embrión vivo, sangre libre en la cavidad abdominal, imagen de seudosaco gestacional intraútero (central y de bordes finos), material amorfo en trompa dilatada, aumento del flujo y la disminución de la resistencia en el anejo donde se ubica el EE, con respecto al anejo contralateral (Doppler).

Para llevar a cabo un diagnóstico clínico exitoso del EE, el autor señala tener en cuenta los elementos siguientes:

- Los síntomas dependen de la edad gestacional, la localización topográfica y el momento evolutivo.
- En las etapas iniciales puede ser totalmente asintomático o presentarse con síntomas similares a los de un embarazo eutópico.
- Ante toda mujer en edad reproductiva que presente dolor abdominopélvico no se descartará la posibilidad de un EE, incluso en pacientes jóvenes que nieguen tener relaciones sexuales.

- Una gran proporción de pacientes en las que se diagnostica un EE, no presenta factores de riesgo para desarrollarlo.
- Ante toda paciente con antecedente de EE, y síntomas y/o signos de la entidad, buscar la posibilidad de un nuevo EE.
- El uso de métodos anticonceptivos no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico.
- La confirmación de un embarazo eutópico por ultrasonografía no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico (se debe recordar la existencia de embarazos heterotópicos).
- Luego de una interrupción de embarazo intraútero, si persisten los síntomas y signos de gestación, se debe pensar en la posibilidad de un embarazo heterotópico, lo que adquiere mayor valor si persisten pruebas de embarazo positivas o se tacta una masa anexial.
- En toda laparotomía exploratoria donde se detecte un embarazo ectópico tubárico, revisar el anejo contralateral por la posibilidad de un embarazo ectópico bilateral.
- Las pacientes histerectomizadas no están exentas de presentar un embarazo ectópico.
- Ante una paciente con sangrado genital anormal, sobre todo que rememore la “borra de café”, y en la que persista el sangrado luego de un legrado diagnóstico hemostático, habrá que pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico.
- Recuerde que las pacientes con esterilización quirúrgica pueden tener un embarazo ectópico (embarazo ectópico de muñón de trompa residual).
- La amenorrea es algo difícil de precisar en el diagnóstico de un embarazo ectópico, ya que el sangrado genital –aunque escaso– se puede confundir con la menstruación.
- En todo EE, en sus etapas iniciales, al examen físico se puede comprobar que el útero está discretamente aumentado, generalmente por debajo del tamaño que le corresponde para el tiempo de amenorrea.
- La no existencia de amenorrea, no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico.
- Ante la duda o sospecha clínica de embarazo ectópico agote todos los medios diagnósticos disponibles para llegar al mismo.

En relación con los medios auxiliares de diagnóstico se tendrán en cuenta los aspectos siguientes: ante una prueba de embarazo positiva, con ausencia de saco gestacional intraútero por ultrasonido ginecológico o ultrasonido transvaginal, pensar, en primer lugar, en un embarazo ectópico; luego, en un embarazo eutópico de menos de 5 semanas, cáncer de mama u ovario hormonodependiente, etcétera; una prueba de embarazo negativa no excluye el diagnóstico de embarazo ectópico; Recordar la posibilidad de un seudosaco gestacional intraútero visible en el ultrasonido ginecológico que se aprecian en ocasiones en los embarazos ectópicos; ante la sospecha clínica de EE se deben realizar ultrasonido transvaginal y ultrasonido abdominal completos explorando todo el abdomen, por los diversos sitios de localización de un EE, que pueden ser los más insospechados; por último, una laparoscopia negativa de EE con poco tiempo de amenorrea tampoco excluye la posibilidad de un EE. El diagnóstico precoz garantiza que la paciente sea atendida en mejores condiciones hemodinámicas con más oportunidades de preservar la vida de la paciente. La hemorragia obstétrica representa siempre motivo de preocupación y es un evento que se presenta con relativa frecuencia.

#### IV. CONCLUSIONES

Es de vital importancia tener presente siempre la posibilidad de embarazo ectópico ante cualquier mujer en edad reproductiva con síntomas o signos relacionados. La aplicación de los principios clínicos para el diagnóstico precoz del embarazo ectópico es fundamental para evitar la morbilidad grave y la mortalidad por esta causa.

#### REFERENCIAS

- 1- Moya Toneut C. Embarazo ectópico. Edit Cienc Méd. La Habana. 2017.
- 2- Sociedad Española de Fertilidad.  
<https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>
- 3- Col de autores. Temas de obstetricia para la atención primaria de salud. Edit Cienc Méd. La Habana. 2019.
- 4- Asturizaga P, Toledo JL. Hemorragia obstétrica. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2018 Jun 08]; 20(2): 57-68. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es).
- 5- Col de autores. Hemorragia obstétrica ¿Qué podemos hacer para mejorar la hemostasia? Hematol. Vol 20. Número extraordinario. XII Congreso del Grupo CAHT: 207-212. Sept [Internet] 2016 [citado 6 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/31-vol-20-congre-2016.pdf>
- 6- Ossé L, Nebout S, Filippov J, Keita H. Hemorragias obstétricas. EMC - Anestesia-Reanimación;43(3):1-8 [Artículo E – 36-820-A-10] 2017. Fecha de consulta 22 de dic de 2017. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1280470317856292.pdf?locale=es\\_ES](https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1280470317856292.pdf?locale=es_ES)
- 7- Zaragoza Saavedra JJM. Hemorragia obstétrica. Rev Mex Anesthesiol. Vol. 39. Supl. 1 Abril-Junio pp S20-S21. [Internet] 2016 [citado 6 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161j.pdf>
- 8- Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Indicadores básicos de salud. ISSN: 1609-4824. La Habana. [Internet] 2017, [citado 10 jul 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
- 9- Briones Garduño J, García Ochoa ED, Díaz de León Ponce M, Guerrero Hernández A, Sandoval Ayala OI. Hemodinamia en hemorragia obstétrica aguda. Rev de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Vol XXVIII, Núm. 2 / Abr.-Jun., pp 100-105. [Internet] 2014. Fecha de consulta: 17 de jul de 2018. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2014/ti142g.pdf>
- 10- Nápoles Méndez D. Consideraciones prácticas sobre la hemorragia en el parto. MEDISAN Jul [Internet]. 2012 [citado 2018 Jul 06]; 16(7): 1114-1136. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000700013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000700013&lng=es).
- 11- Col de autores. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Edit Cienc Médicas. La Habana. 2012.
- 12- Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarkin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594).
- 13- Bécquer García E, Águila Soto PC. Shock hipovolémico. En: Caballero López A.

Terapia intensiva. La Habana: ECIMED; 2009. p.373-573 [citado 11 Abr 2012]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/terapia\\_intensiva04/indice\\_p.htm](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/terapia_intensiva04/indice_p.htm)

14- Cannon JW. Fisiopatología y nuevos enfoques terapéuticos del shock hemorrágico. N Engl J Med; 378:370-9. [Internet] 2018. Fecha de consulta: 15 de jul de 2018. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=92089>

15- Col de autores. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. Rev Mex de Anestesiología. Vol. 41. No. 3 Julio-Septiembre pp 155-182. [Internet] 2018. [citado 14 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/rma>

16- Harrison. Manual de Medicina, 18ª Edic. Secc 2, Cap 12. Estado de choque, p 69-73. Edit McGraw-Hill Interamericana, 2013.

17- Quintero Infante A. Conferencias en evento URGRAV 2017. Hemorragia obstétrica. Rev Cub de Med Intens y Emerg. Vol. 16, suplemento No.2. Pág. 48-61. [Internet] 2017. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2018. Disponible en: [www.revmie.sld.cu](http://www.revmie.sld.cu)