

Embarazo ectópico
Ectopic pregnancy

Medina Chacón, Gabriela*
Pérez Zulueta, Rosangel María*

¹ ICBP “Victoria de Girón”. Estudiantes de primer año de la carrera de Medicina. La Habana. Cuba

RESUMEN

Introducción. El embarazo ectópico constituye una urgencia médica al comprometer de manera inminente la vida de la mujer.

Objetivo de la investigación estuvo relacionado con analizar la importancia del diagnóstico precoz del embarazo ectópico en la mujer en edad fértil y su prevención en relación a los factores de riesgo que la condicionan.

Métodos. Se utilizaron un total de 19 referencias bibliográficas con palabras clave: embarazo, embarazo ectópico, factores de riesgo.

Resultados. El embarazo ectópico es una entidad que ocasiona muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina en la etapa fértil de la vida. Su localización más frecuente es la tubárica, y su forma clínica complicada, con utilización del ultrasonido como método diagnóstico no invasivo, debido a su alta especificidad.

Conclusiones. Se consideró importante valorar los factores de riesgo, para posteriormente realizar un diagnóstico precoz que conduzca a un tratamiento exitoso y conservador de la fertilidad.

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

SUMMARY

Introduction. The pregnancy ectopic constitutes a medical urgency when committing in an imminent way the woman's life.

Objective of the investigation was related with analyzing the importance of the precocious diagnosis of the pregnancy ectopic in the woman in fertile age and its prevention in relation to the factors of risk that condition it.

Methods. They were used a total of 19 bibliographical references with words key: pregnancy, pregnancy ectopic, factors of risk.

Results. The pregnancy ectopic is an entity that causes maternal deaths and morbidity among the adolescents, although it prevails in the fertile stage of the life. Their more frequent localization is the tubárica, and its complicated clinical form, with use of the ultrasound like method diagnostic non invasive, due to its high specificity.

Conclusions. It was considered important to value the factors of risk, for later-mind to carry out a precocious diagnosis that leads to a successful treatment and conservative of the fertility.

Words key: pregnancy, pregnancy ectopic, factors of risk.

I. INTRODUCCIÓN

Para toda mujer estar embarazada constituye el clímax de su realización personal, el embarazo transforma el contexto familiar si se tiene en cuenta que desde el punto de vista psicológico reafirma su consolidación como familia ante la sociedad.

El Embarazo ectópico (EE) constituye una emergencia médica, que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %), provoca un sangramiento interno de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no morir, el daño para la trompa puede ser perecedero y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

El EE fue descrito por primera vez en el siglo x por Abulcasis, médico de la ciudad de Córdoba y considerado como padre de la cirugía moderna. (Lurie, 43:1)

Se plantea que alrededor del 25 % de las mujeres *no* presentan la amenorrea y confunden el sangrado uterino que frecuentemente ocurre en el embarazo tubárico (el más frecuente) con una menstruación verdadera. Si no se hace el diagnóstico temprano, algunas pacientes pueden desarrollar la clásica triada de amenorrea, sangramiento vaginal irregular y dolor en hipogastrio. No olvidar que históricamente el embarazo ectópico ha sido llamado "el gran simulador de la Ginecología". (Cabezas, 2013)

Según el anuario estadístico (2015) ocupa la quinta causa de muerte materna con una tasa de 1.6 por 100 000 nacidos vivos.

Fernández (2017) considera que el pronóstico de fertilidad en las pacientes afectadas por esta entidad es sombrío y que el tratamiento destinado a conservar la trompa, solo puede ser realizado cuando este es diagnosticado de una manera segura y rápida; mientras más temprano se realice el diagnóstico, mayor será la posibilidad de conservar la trompa y mantener la fertilidad futura.

Si se tiene en cuenta que en contexto cubano hay una elevada incidencia de factores de riesgo que se relacionan con el embarazo ectópico como el aumento del embarazo en la adolescencia, el incremento de las infecciones de transmisión sexual con inflamación pélvica asociada, las autoras identifican como *problema científico*: el embarazo ectópico constituye una patología grave para la mujer que la padece con alteración de su fertilidad y peligro inminente de muerte con mayor trascendencia que los factores de riesgo que la provocan.

Profundizar en el estudio del embarazo ectópico y sus implicaciones en el bienestar físico y psicológico de la mujer resulta de vital importancia para el personal médico y paramédico, sobre todo porque el tener en cuenta en conocimiento de los factores de riesgo permite disminuir la incidencia de la patología y el contar con los conocimientos teórico – prácticos acerca de las manifestaciones clínicas permite determinar de forma precoz si se está en presencia de en EE o no disminuyendo así la aparición de complicaciones que comprometen la salud de la mujer y su calidad de vida.

La sintomatología, al menos antes de su ruptura, es variada, incluso puede ser asintomático, en el caso de existencia de alguno de los factores de riesgo, esto puede guiar al médico y su equipo de salud a un diagnóstico oportuno.

Es por ello que el objetivo de la investiga estuvo relacionado con analizar la importancia del diagnóstico precoz del embarazo ectópico en la mujer en edad fértil y su prevención en relación a los factores de riesgo que la condicionan.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizaron los métodos análisis documental y sistematización con palabras clave como embarazo, embarazo ectópico, factores de riesgo. Se utilizaron un total de 19 referencias bibliográficas relacionadas con el embarazo ectópico.

III. DESARROLLO

Se considera embarazo ectópico a la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina. El término ectópico no es sinónimo de extrauterino, sino que tiene más amplitud, ya que hay gestaciones intrauterinas, como el embarazo intersticial y cervical que también son ectópicos. (Alarcón, Callejo, Vicens, 2013)

Localización o lugares anómalos de implantación

La implantación del embarazo ectópico puede realizarse en la trompa, ovario, cavidad abdominal, cuello o cuerno uterino. De ahí que embarazo ectópico tiene mayor amplitud que el de embarazo extrauterino. En orden de frecuencia, figuran en primer lugar los embarazo ectópico tubáricos; dentro de ellos, las localizaciones ampulares y después las ístmicas. El resto de las localizaciones son muy poco frecuentes: (Valdés, Núñez, Rodríguez, Gutiérrez, 2010)

1. Trompa: embarazo ectópico tubárico (97 %). Se presenta en cualquiera de las porciones de la trompa.

1. Ampolla: embarazo ectópico ampular (93 %). Es la localización más frecuente. Al ser la porción más distensible de la trompa, el embarazo puede evolucionar durante más tiempo. Cabe la posibilidad de que el huevo sea expulsado hacia la cavidad abdominal y se produzca un aborto tubárico.

2. Istmo: embarazo ectópico ístmico (4 %). Al ser la trompa menos distensible, se romperá, hecho que puede ser favorecido por una exploración poco cuidadosa o por el coito, lo que provocará un cuadro de abdomen agudo y shock.

3. Fimbria: embarazo ectópico fímbrico (0,5 %). Puede evolucionar hacia un embarazo abdominal secundario, por la progresión gradual del huevo desde esta porción hacia la cavidad abdominal.

4. Ovario: embarazo ectópico ovárico (0,5 %). La fecundación e implantación ocurren en el mismo ovario, y el embarazo evoluciona hacia su ruptura, con hemorragia y cuadro de shock y abdomen agudo.

5. Abdomen: embarazo ectópico abdominal (1,3 %). Puede ser una implantación primaria o secundaria.

1. La implantación abdominal primitiva es excepcional: se produce la fecundación y la implantación en el peritoneo y los órganos pélvicos abdominales.

2. La implantación abdominal secundaria ocurre como evolución de un embarazo ectópico fímbrico u ovárico, y constituye la única posibilidad de que un embarazo ectópico llegue a término, aunque con frecuencia aparecen malformaciones fetales. Se trata de un cuadro grave, debido a la inserción placentaria en el epiplón, intestino o hígado. Otras veces, el embarazo se interrumpe y puede llegar a calcificarse.

3. En la cavidad abdominal el sitio de más frecuencia es a nivel del fondo del saco de Douglas, por ser el lugar de mayor declive de la cavidad abdominal.

4. Cérvix: embarazo ectópico cervical (0,1 %).

5. Implantación en el ligamento ancho del útero.

Epidemiología

El EE constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente (96-98 %), provocando un sangramiento interno de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte, pero de no

morir, el daño para la trompa puede ser precedero y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

Cabero et al (2012) reportan que a pesar del incremento notable en los últimos 20 años, su mortalidad ha disminuido 10 veces en el mismo periodo de tiempo (35,5 por cada 10 000 a 3,4 por cada 10 000) gracias a la precocidad diagnóstica y las actuales posibilidades terapéuticas.

La incidencia en países Latinoamericanos como Chile, Perú, Argentina y Ecuador oscila entre 1 por 200 partos a 1 por 80 partos (Martínez, Basáez, 2014) ofrecen en la misma década, la incidencia de esta afección en diferentes países, por ejemplo, Suecia en 1:66 nacimientos, Finlandia 1:47 nacimientos, Estados Unidos 1:34 nacimientos y Cuba 1: 25 nacimientos. (Reyes, Marrero, González, 2002)

La incidencia variable de un lugar geográfico a otro, lo que podría explicarse por los múltiples factores de riesgo involucrados que se expresan de forma diferente y/o la calidad del sistema de salud de cada país o lugar estudiado en función de la atención de las pacientes. (Luciano, Roy, Solima, 2001)

En Cuba del 2000 al 2003, la razón de muerte materna por esta afección, se comportó aproximadamente en 40 por 100 000 nacidos vivos, constituyendo el EE la principal causa. Esta frecuencia en Cuba, se elevó del 2001 hasta el 2003, lo que preocupó al Ministerio de Salud Pública (MINSAP), se tomaron una serie de medidas al respecto que lograron una disminución brusca en el 2004, con tendencia lineal al descenso, pero superior a ese año. (MINSAP, 1999)

En 2015 por esa causa solo ocurrieron 2 defunciones, constituyendo la 4ta causa de muerte materna en el país. En nuestra provincia de las 9 muertes maternas que ocurrieron en 2017 ninguna se debió a esta entidad. (Minsap, 2015)

Factores de riesgo

La posibilidad de desarrollo de un embarazo ectópico puede incrementarse por los siguientes factores: Edad materna, aunque es un factor discutido, la frecuencia de embarazo ectópico aumenta de forma bastante clara con la edad (las tasas son 5 veces mayores después de los 35 años que antes de los 30 años). (López, Bergal, López, 2014)

1. Patología tubárica:

1. Enfermedad inflamatoria pélvica: afecta a las mujeres en edad fértil y es la causa más frecuente. En las infecciones por *Chlamydia trachomatis* se ha demostrado que el riesgo de embarazo ectópico se multiplica por seis después de una salpingitis clínica.
2. Cirugía tubárica previa.
3. Endometriosis: tras la enfermedad inflamatoria pélvica, es la segunda causa más importante de embarazo ectópico.
4. Hábito de fumar: dificulta la motilidad de la pared y de los cilios de la trompa de Falopio.
5. Antecedentes de cirugía pélvica o en el hemi abdomen inferior: incrementa el riesgo de presentar un embarazo ectópico debido a las adherencias posquirúrgicas.
6. Fallos en la anticoncepción, en la esterilización tubárica o con la implantación del dispositivo intrauterino liberador de progesterona.
7. Reproducción asistida:
 1. Fecundación asistida: por la presencia de altos niveles de estrógenos administrados o por el paso tubárico de embriones transferidos hacia el interior uterino.
 2. Inductores de ovulación como el Citrato de clomifén, en particular aumenta de forma importante el riesgo de embarazo ectópico (de 4 a 5 veces), independientemente de los factores de infertilidad que posea la paciente, como enfermedades de transmisión sexual y enfermedad tubárica.
 3. Aumento en el número de abortos provocados.

Cuadro clínico

En la etapa inicial y en cualquiera que se localice el embarazo ectópico puede transcurrir igual a un embarazo normal. Al hacer el tacto vaginal se encuentra el cuello uterino poco elevado. Existe cierta sensibilidad dolorosa en ocasiones se palpa una tumoración yuxtaterina unilateral, este periodo ha sido llamado por algunos autores de evolución tranquila, sucesivamente van apareciendo los síntomas que indican intranquilidad y el inicio de complicaciones: la pérdida de sangre y el dolor. (Fernández, 2011)

La tríada clínica clásica del embarazo ectópico es: dolor, sangramiento uterino anormal y masa anexial palpable, generalmente mal definida y dolorosa, que se extiende hacia el fondo del saco de Douglas. Esta tríada se presenta aproximadamente en 45 % de las pacientes

con embarazo ectópico, con un valor predictivo positivo de solo 14 %. Otros síntomas y signos que pueden presentarse incluyen: amenorrea (difícil de valorar, ya que el sangramiento, aunque escaso, se suele confundir con la menstruación), tamaño uterino no correspondiente a la amenorrea, dolor anexial y dolor a la movilización del cérvix. (Fernández, 2011)

La presentación clínica del embarazo ectópico ha cambiado en los últimos años, disminuyendo la frecuencia de rotura tubárica, aborto tubárico y otras complicaciones graves, gracias a la mayor exactitud en los métodos de diagnóstico, permitiendo detectar el embarazo ectópico en fases asintomáticas y precoces y desarrollar diferentes protocolos de tratamiento no quirúrgico de este, así como técnicas quirúrgicas menos agresivas. (López, Bergal, López, 2014)

Según la fase en que se encuentra un embarazo ectópico, se pueden dar los hallazgos siguientes: (Fernández, 2011) (López, Bergal, López, 2014)

- * Embarazo ectópico asintomático: al inicio del embarazo, cuando no se han producido complicaciones, la sintomatología es semejante a la de un embarazo normal. La naturaleza no específica de los síntomas y signos de un embarazo ectópico tubárico han llevado a que algunos autores concluyan que un embarazo ectópico no roto no puede detectarse con certeza por la historia y el examen físico. En esta fase, pudiera darse la posibilidad de la interrupción y reabsorción de un embarazo ectópico intersticial, con ausencia de síntomas o escasa presencia de estos, incluso sin llegar a su diagnóstico.

- * Embarazo ectópico sintomático, sin rotura tubárica. La paciente presenta molestias abdominales vagas o dolor abdominal, acompañadas de pequeñas pérdidas sanguíneas.

- * Accidente hemorrágico agudo: la paciente manifiesta síntomas y signos de abdomen agudo, como defensa peritoneal, Blumberg positivo, etc., y de shock hipovolémico, como palidez de piel y mucosas, taquicardia, hipotensión, mareos, sudación fría, etc.

La ruptura del embarazo ectópico se asocia con un incremento de la mortalidad, ya que en los embarazos ectópicos rotos las pacientes tienen una hemoglobina preoperatoria más baja, mayor pérdida de sangre durante la cirugía y mayor frecuencia de transfusiones de sangre. La ruptura tubárica es más frecuente en mujeres sin historia de embarazo ectópico y con uno o más hijos, por lo que hay menos razones para sospecharlo. (Alarcón, Callejo,

Vicens, 2013)

Pruebas diagnósticas

Existen diversos métodos para el diagnóstico del embarazo ectópico, mediante los cuales un número importante de casos puede ser diagnosticado precozmente, lo que influye favorablemente en la mortalidad materna y en la conservación de la fertilidad.

Estos métodos se pueden clasificar en invasivos (laparoscopia y punción del fondo de saco de Douglas y legrado uterino) y no invasivos (determinación de gonadotrofina corionica humana, prueba de embarazo mediante radioinmunoanálisis, ultrasonografía abdominal o transvaginal, estudio con Doppler y otras). (Alarcón, Callejo, Vicens, 2013)

Ultrasonido:

El ultrasonido permite verificar si el embrión está fuera de la cavidad uterina y su localización en otra región (EE se incrementa en el mundo). Preferiblemente se debe utilizar la vía transvaginal ya que esta es más segura y tiene mayor resolución que la abdominal. (EE su interés actual en las aéreas primarias de salud) Este examen puede realizarse a partir de las 5 o 6 semanas y a las 7 semanas de gestación. (Fernández, 2011)

Gonadotrofina corionica humana

La gonadotrofina corionica humana (β hcG) permite conocer si la mujer está embarazada o no, los niveles de β hcG varían a medida que avanza el embarazo, la ausencia de incremento normal de estos valores puede indicar un embarazo ectópico. Sin embargo al comportarse estos niveles de esa manera, podría tratarse de una gestación intrauterina anormal no evolutiva. (Alarcón, Callejo, Vicens, 2013)

Punción del fondo del saco de Douglas o Culdocentesis

Es un método invasivo que se utiliza para saber si hay sangre en el fondo del saco de Douglas, la técnica es positiva si se logra extraer varios ml de sangre incoagulable, tiene un valor predictivo del 80 al 95% de los casos, está indicada solo en caso de urgencias y que no sea posible la ecografía. (Zapata, Ramírez, Cabrera, 2015)

Laparoscopia

Es un método invasivo que se utiliza cuando la ecografía y la β hcG no pueden aclarar el diagnóstico de embarazo ectópico. Mediante este se conoce el estado de los genitales internos y la posible patología asociada al embarazo ectópico. (Zapata, Ramírez, Cabrera, 2015)

Existen otros marcadores séricos que pueden ayudar a diagnosticar el embarazo ectópico entre los cuales se encuentra la progesterona, la glucodelina, la inhibina A, el estradiol, el factor de crecimiento vascular endotelial y la mioglobina.

Teniendo en cuenta diversos criterios en los documentos revisados, puede considerarse que los métodos no invasivos como la ultrasonografía y la gonadotropina corionica diagnostican el embarazo ectópico en un 90% de los casos mientras que los métodos invasivos se utilizan con mayor frecuencia en embarazo ectópico complicados siendo la laparoscopia el más certero de todos.

Ante estas premisas y teniendo en cuenta que los exámenes complementarios nos permiten orientar con mayor certeza al diagnóstico pero nunca podrán sustituir el método clínico, consideramos que a pesar de ninguna prueba permite el diagnóstico del embarazo ectópico con certeza en etapas iniciales, algunas de ellas en conjunto contribuyen a que el diagnóstico se establezca aun antes de la laparoscopia. (López, Bergal, López, 2014)

Diagnóstico

Para efectuar el diagnóstico ante la sospecha clínica del EE se necesita de exámenes complementarios Fernández (2011) plantea la siguiente secuencia diagnóstica:

- Primero se debe determinar que existe un embarazo, para lo que se debe dosificar de la fracción beta de la gonadotropina corionica (β GCH).

- El segundo paso es demostrar que este no está en el interior del útero y se logra mediante la ultrasonografía (US) de la pelvis, de preferencia por vía transvaginal (TV) y el legrado del útero, con análisis histológico del material obtenido, este último elemento se menciona infrecuentemente por autores.

- El tercer paso, sería conocer si efectivamente se trata de un embarazo ectópico, su localización, tamaño, estado, posibilidades de tratamiento y futuro reproductivo de la paciente. Para realizar el diagnóstico se aplicarán métodos invasivos como: la culdocentesis o punción del Douglas, la laparoscopia y la laparotomía exploradora.

Desde 2002 en nuestro país se estableció un flujograma para el diagnóstico y seguimiento del EE. (Minsap, 2002)

Las autoras consideran que el empleo de este flujograma donde se van necesitando los diferentes métodos no invasivos e invasivos según los resultados en cada momento del

método clínico, junto a la calidad de la atención médica que se brinda en nuestro país ha posibilitado que se ostenten cifras tan bajas de muertes maternas por esta causa.

Evolución

Los embarazos ectópicos tubáricos, aproximadamente el 75% se diagnostica en el primer trimestre, el 12,5% en el segundo y un 12,5% llegan a término. Hay 5 casos documentados de recién nacidos vivos. Otras formas de presentación raras son los embarazos heterotópicos²⁰, formas bilaterales¹⁸, concomitancia con un teratoma maduro²¹ y retención de un feto muerto a nivel ovárico durante más de un año. (Ferrero, Arguelles, Suárez, Orille, Salas, González, 2008)

La evolución del EE depende de su localización inicial: (López, Bergal, López, 2014)

1. EE tubárico:

a. Ampular: el embrión suele ser expulsado a la cavidad abdominal con discreta hemorragia en el fondo del saco de Douglas.

b. Ístmico: se asocia a rotura tubárica precoz con cuadro de abdomen agudo y shock.

c. Fímbrico: el huevo migra hacia la cavidad abdominal.

d. Intersticial: lo habitual es la progresión hacia la rotura uterina.

e. Cervical: suele evolucionar hacia la metrorragia, que puede ser desde leve hasta profusa.

2. EE ovárico: suele progresar hacia la rotura y hemorragia en el lugar de implantación.

3. EE abdominal: puede ser primario (fecundación e implantación en el peritoneo) o secundario (proveniente del ovario o las fimbrias).

El tratamiento conservador puede no anular totalmente el desarrollo del trofoblasto, de modo que éste continúa creciendo y origina un EE persistente. Es una eventualidad poco frecuente, que aparece entre el 2 y el 20% de los casos sometidos a tratamiento conservador. (Alarcón, Callejo, Vicens, 2013)

Tratamiento

El EE se puede tratar de diversos modos, dependiendo de la forma clínica y si está complicado o no. En los últimos años el tratamiento ha cambiado considerablemente; se ha pasado de la salpingectomía laparotómica de los años 70 y precedentes, a la laparoscopia en los años 80 y a la introducción del tratamiento farmacológico en la actualidad debido a

la disponibilidad de las técnicas diagnósticas que han hecho posible un diagnóstico cada vez más precoz. (López, Bergal, López, 2014)

Los tratamientos pueden incluir la prevención, así se eliminan los factores riesgo en los casos factibles, para evitar el daño de las trompas, se educa a la población y se exige al personal de salud el cumplimiento de las normas establecidas para las manipulaciones uterinas. Debe orientarse a la población que busque ayuda del facultativo ante todo dolor en bajo vientre y/o pérdidas de sangre que no coincidan con su menstruación. ⁴ Puede existir una conducta expectante, basada en la observación estricta del cuadro clínico, o empleando tratamiento medicamentoso como el Metotrexate, con el rigor de los criterios de inclusión necesarios en estos casos. (López, Bergal, López, 2014)

El tratamiento quirúrgico, suele ser el más frecuente (salpingectomía total, anexectomía, ooforectomía, histerectomía) o conservador (salpingoplastias y resección parcial de ovario y cuerno, entre otros).

Este puede realizarse por laparoscopia o laparotomía. La laparoscopia es el proceder de elección cuando la dilatación tubárica es ≤ 4 cm, el embarazo es ampular y no existe ruptura tubárica. Los procedimientos que se deben realizar son: salpingectomía parcial o total y la salpingectomía lineal. La laparotomía se empleará en pacientes con ruptura tubárica y que no están hemodinámicamente estables, así como las que no desean una fertilidad posterior. (Ramanah, Sautière, Maillet, Riethmuller, 2012)

Complicaciones

En el mundo el EE constituye una causa importante de mortalidad materna (10-12 % de todas ellas). Esto representa una muerte por cada 1 000 embarazos ectópicos. Si el diagnóstico se efectúa precozmente, la mortalidad solo debía reflejar el riesgo anestésico y el quirúrgico de una laparotomía o laparoscopia programada; pero si está accidentado, la mortalidad se agrava en función del grado de anemia aguda y por el riesgo de practicar una laparotomía o laparoscopia urgente. Se han reportado otras complicaciones como el Shock hipovolémico, Síndrome febril postoperatorio y Sepsis de herida quirúrgica. (Ramírez, Pimentel, Cabrera, Campos, Zapata, 2014)

La rotura de la pared tubárica se produce en aproximadamente el 24% de los casos. Los productos de la gestación dejados en la trompa se reabsorben completamente o, con menor

frecuencia, pueden causar una obstrucción tubárica posterior.

Puede ocurrir que la paciente muera sin dar tiempo a la intervención quirúrgica como consecuencia de una hemorragia cataclísmica de Barnes e inundación peritoneal, en otros casos es posible realizar la operación. (Pesarrodoná, Borrás, Cassado, 2013)

El 50 % de las mujeres con embarazo ectópico no vuelven a concebir y solo el 50 % llegan a tener un hijo vivo. De las que vuelven a quedar gestantes, el 15 % repiten otro ectópico y si valoramos las que tienen una sola trompa y se les practica cirugía conservadora, el riesgo de un embarazo ectópico se eleva al 20 %. (Alarcón, Callejo, Vicens, 2013)

Las autoras meditan sobre el asunto en cuestión y consideran que el pronóstico de fertilidad en las pacientes afectadas por esta entidad es sombrío y que el tratamiento destinado a conservar la trompa, solo puede ser realizado cuando este es diagnosticado de una manera segura y rápida; es por ello que mientras más temprano se realice el diagnóstico, mayor será la posibilidad de conservar la trompa y mantener la fertilidad futura.

Prevención

Es probable que la mayoría de las formas de embarazos ectópicos que ocurren por fuera de las Trompas de Falopio no sean prevenibles. Sin embargo, un embarazo tubárico (el tipo más común de embarazo ectópico) puede en algunos casos prevenirse, evitando afecciones que podrían ocasionar cicatrización en las Trompas de Falopio.¹⁶

Tomando en cuenta el enfoque preventivo de la medicina cubana y en función de la literatura consultada las autoras consideran que las medidas más importantes la prevención es reducir los factores de riesgo, especialmente aquellos donde está demostrado su relación directa con la patología, entre ellos:

1. Evitar los factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica, como tener múltiples compañeros sexuales, tener relaciones sexuales sin condón y contraer infecciones de transmisión sexual.
2. Diagnóstico y tratamiento oportunos de las Enfermedades de Transmisión Sexual.
3. Diagnóstico y tratamiento de enfermedad inflamatoria pélvica.
4. No fumar.

IV. CONCLUSIONES

El EE es una entidad que se ha elevado en las últimas décadas, ocasionando muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina en la etapa fértil de la vida.

Su localización más frecuente es la tubárica, y su forma clínica complicada, con utilización del ultrasonido como método diagnóstico no invasivo, debido a su alta especificidad.

Es imprescindible pensar en dicho diagnóstico ante una abdominalgia asociada a retraso menstrual y/o metrorragia, y valorar los factores de riesgo, para posteriormente realizar un diagnóstico precoz que conduzca hacia un tratamiento exitoso y conservador de la fertilidad.

V. REFERENCIAS

- Cabero Roura LI, Cabrillo Rodríguez E, Álvarez de los Heros JA, Fuente Pérez P, Martínez Salmeán J, Mellado Jiménez J, et al (Ed.). (2012). Tratado de Obstetricia ginecología y Reproducción (Vols. 2). Madrid: Médica Panamericana.
- Cabezas Cruz, E (2013). Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. Consultado en Mar, 15, 2017 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.
- Callejo Olmos J, Laílla Vicens JM (2013). Obstetricia (Sexta Edición edición). Madrid: Elsevier.
- Fernández Arenas, C (2011). El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol . Consultado en marzo, 15, 2017 en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010&lng=es.
- Ferrero A, Arguelles S, Suárez B, Orille V, Salas JS, González C (2008). Embarazo ectópico ovárico. Clin Invest Gin Obst, 147.
- López Luque, PR, Bergal Mateo, GJ, López Olivares, MC (2013). El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Semergen. Consultado en mayo, 5, 2017 en 40(4):211-7. DOI: 10.1016/j.semerg.2013.11.007.
- Lurie, S (1992). The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: A medical adventure.. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. , 43, 1-7.
- Martínez J, Basáez E, Rodríguez P (2014). Embarazo ectópico. Chila: RMS.
- Ministerio de Salud Pública (2015). Anuario estadístico 2015. Consultado en enero, 10, 2016 en 1. http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. (2002). Orientaciones metodológicas para el manejo y control de todo el sistema de salud de las mujeres con Embarazo Ectópico y sus complicaciones. La Habana: MINSAP.
- Ministerio de Salud Pública (1999). La Salud Pública en Cuba. Hechos y cifras. La Habana: Dirección Nacional de Estadística.
- Miranda Ruiz O, Goyes Ortega R (2015). Embarazo ectópico abdominal: caso reportado en Ambato (Ecuador). Horizontes Médicos, 15, 74-77.
- Pesarrodonna I, Borrás R, Cassado J (2013). Embarazo ectópico, concepto y clasificación. Estudio de sus diversas formas. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ramanah R, Sautière JL, Maillet R, Riethmuller D (2012). Urgencias quirúrgicas no obstétricas durante el embarazo. EMC - Ginecología-Obstetricia. Consultado en enero, 21, 2016 en 47:1-18. doi:10.1016/S1283-081X(11)71048-7..

- Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G, Zapata B (2014). Embarazo heterotópico cervical: reporte de un caso. Rev Peru Gin Obst. Consultado en enero, 21, 2016 en 2014;61(3):301-5.).
- Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García M (2002). Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". MEDICENTRO. Consultado en enero, 21, 2016 en [http Luciano AA, Roy G, Solima E \(2001\). Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. Ann N Y Acad Sci,://www.medicentro.sld.cu/6\(3\):20-41.](http://www.lucianoaa.com)
- Valdés Valdés A, Núñez Pérez HM, Rodríguez García RE, Gutiérrez Lopez, A (2010). Embriología humana (edición). La Habana: ECIMED.
- Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G (2015). La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev Peru Gin Obst, (1), 27-32.