

COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO ECTOPICO OPERADO EN TERAPIA INTENSIVA.

AUTORES:

****Dr Ernesto La Fontaine Terry***

*****Dr Juan O Roura Carrasco.***

******Dra Zoila J. Corrales Wong.***

*******Lic Enf. Margelis Cutiño Guerra.***

****Especialista de 1er grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente. Diplomado en Terapia Intensiva.***

*****Especialista de 2do grado en Medicina Intensiva. Profesor Instructor.***

******Especialista de 1er grado en Ginecoobstetricia .***

*******Profesora Instructora.***

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLINICO – QUIRURGICO
“MANUEL ASCUNCE DOMENECH”. CAMAGÜEY. CUBA.**

Carretera Central Oeste Km 4/½

Correo electrónico: dirhmad@shine.cmw.sld.cu

Teléfono: (53) (32) 282012

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional – descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento del embarazo ectópico operado en la sala de terapia intensiva del Hospital Provincial Docente Clínico - Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”, Camaguey, desde Enero a Diciembre del 2005. El universo y la muestra estuvo constituida por el total de 23 pacientes operadas de embarazo ectópico. Los datos primarios fueron tomados del libro registro de morbilidad de la sala e historias clínicas y llevadas a una encuesta confeccionada a criterio de los autores y en correspondencia al objetivo principal de la investigación. Se analizaron distintas variables: edad, paridad, factores de riesgo, síntomas y/o signos, medios diagnósticos, complicaciones postoperatorias, estadía y estado al alta. Se encontró que el 78.3% de las pacientes presentaban edades entre 20 a 34 años, mientras el 52.2% eran nulíparas. Predominaron los abortos en el 61.5% de las mujeres, mientras el 34.6% presentaron dolor en bajo vientre. Predominó el ultrasonido abdominal como medio diagnóstico en el 87% de los casos. La anemia prevaleció como complicación en el 43.5% de las señoras y en el 56.5% su estadía fue entre 48 a 72 horas. La mortalidad materna no fue afectada.

Palabras clave: Embarazo ectópico. Embarazo intersticial.

INTRODUCCION

Se entiende por embarazo ectópico la implantación del blastocisto fuera de su lugar normal. De estos embarazos, aproximadamente el 98% son tubáricos: 60% ampulares, 30% ístmicos, 5% fímbricos y 3% intersticiales, el 2% restante corresponde a otras localizaciones: ováricas, cervicales, intraligamentarias y abdominales, (1)

El embarazo ectópico es considerado como una gestorragia de la primera mitad de la gestación, caracterizada por: amenorrea y/o trastornos menstruales, dolor abdominal y síntomas subjetivos de embarazo sin excluir otras manifestaciones clínicas. (2-3)

El embarazo ectópico se considera un problema de salud pública en todo el mundo, ya que su incidencia continúa incrementándose y es una de las principales causas de mortalidad materna. (4)

La localización del embarazo ectópico influye en el riesgo de mortalidad, se ha observado que el embarazo ectópico intersticial junto con el embarazo ectópico abdominal son más letales que otros, reportándose hasta 9% de los casos. (5-7)

Se invocan como factores de riesgo: enfermedad pélvica inflamatoria, dispositivos intrauterinos, anticonceptivos orales con progestinas o combinados, embarazo ectópico previo, aborto espontáneo o inducido, esterilidad o infertilidad previa, inductores de ovulación, embarazo por técnicas de reproducción asistida, operaciones sobre las trompas buscando fertilidad, esterilización tubárica, tabaquismo, etc.); sumándose a esto un nuevo comportamiento sexual y social de la humanidad (8-11).

El riesgo de muerte a partir de un embargo extrauterino es 10 veces mayor que el del paro vaginal y 50 veces mayor que el del aborto inducido (12,13). Por otra parte, la posibilidad de un embarazo ulterior exitoso es significativamente menor en estas mujeres, especialmente si son primíparas y mayores de 30 años. (12)

El embarazo ectópico ha experimentado un aumento progresivo de su incidencia en los últimos años y a pesar de que la tecnología avanzada permite un diagnóstico oportuno y precoz, además del conocimiento de factores de riesgo, quedan aún por resolver la morbilidad materna derivada de esta afección (14,15). El diagnóstico temprano aumenta tanto la supervivencia materna como la conservación de la capacidad reproductiva. (16)

Dado a la morbilidad materna que trae aparejada esta entidad que muchas veces requiere ingreso en unidades de terapia intensiva nos motivamos a realizar un estudio con el objetivo de conocer el comportamiento del embarazo ectópico operado en terapia intensiva.

OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer el comportamiento del embarazo ectópico operado en terapia intensiva.

ESPECIFICOS:

1. Discriminar los grupos de edades en relación al embarazo ectópico operado.
2. Exponer la paridad en las pacientes afectadas.
3. Identificar los factores de riesgos presentes en estas pacientes.
4. Conocer los síntomas y/o signos presentados por las pacientes.
5. Describir los medios diagnósticos utilizados.
6. Reflejar las complicaciones postoperatorias presentadas.
7. Precisar la estadía hospitalaria en las pacientes afectadas.
8. Mostrar el estado al alta de terapia intensiva.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio observacional - descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento del embarazo ectópico operado en la sala de terapia intensiva del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey, desde Enero a Diciembre del 2005.

El universo y la muestra estuvo constituido por el total de 23 pacientes operadas de embarazo ectópico. Los datos primarios se obtuvieron del libro registro de morbilidad de la sala y las historias clínicas, y posteriormente llevadas al registro primario (encuesta) diseñado a criterio de los autores del trabajo y en correspondencia al objetivo principal de la investigación.

Las variables estudiadas fueron: edad, paridad, factores de riesgo, síntomas y/o signos, medios diagnósticos, complicaciones postoperatorias, estadía y estado al alta.

Se realizó el procesamiento de los datos mediante paquete estadístico MICROSTAT, se empleó estadística descriptiva y se expresan los resultados en tablas de distribución de frecuencia.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el período estudiado ingresaron en la sala de terapia intensiva un total de 873 pacientes, de éstos, 23 mujeres fueron por embarazo ectópico operado lo que representó el 2.63%, pues en éste hospital por protocolo de trabajo todas las pacientes operadas de ésta patología realizan su postoperatorio en terapia intensiva.

Según la edad materna predominaron los grupos de 20 a 34 años con 18 pacientes para el 78.3%, por su parte las adolescentes con 1 señora representó el 4.3% y las mujeres con 35 años y más 4 pacientes para el 17.4%. Analizando los resultados apreciamos que el grupo de edades donde más aparecieron los embarazos ectópicos operados fue el de 20 a 34 años, coincidiendo esto con la mayoría de la literatura revisada (9,13), por ser éste el período fértil o reproductivo de la mujer. Por su parte en las edades extremas de la vida fértil la incidencia fue baja.

Según paridad predominaron las nulíparas con 12 mujeres lo que representó el 52.2%, seguido del grupo con antecedentes de 1 parto con 7 pacientes (30.4%). Con respecto a la paridad predominó el grupo sin antecedentes de partos previos (nulíparas), mientras que las mujeres con 1 y 2 partos previos representaron el 48% del total de pacientes con embarazo ectópico operado. Estos resultados coinciden con otras los trabajos de Garay et al y Cano et al quienes plantean que el embarazo ectópico es frecuente en mujeres jóvenes, en edad reproductiva, con relaciones sexuales y sin hijos.

La tabla 1 muestra los factores de riesgo donde predominaron los abortos y uso de dispositivos intrauterinos con 8 (61.5%) y 4 (30.7%) pacientes respectivamente. Los abortos y uso de dispositivos intrauterinos fueron los factores de riesgo que prevalecieron, estos resultados son similares a lo publicado por otros autores (8-10), quienes identifican a éstos y muchos otros factores de riesgo como desencadenantes del embarazo ectópico. Es de destacar, que la inflamación pélvica como factor de riesgo solo, se presentó en el 7.6% del total de pacientes afectadas, posiblemente por la pequeña casuística estudiada; pero si la vemos en conjunto (otras causas de inflamación pélvica: abortos mas uso de dispositivos intrauterinos) fue la más significativa (99.8%). (17)

Apreciamos los síntomas y/o signos presentados por las pacientes al llegar al hospital, siendo más frecuente el dolor en bajo vientre con 23 señoras (34.6%), seguido de los trastornos menstruales con 14 mujeres (21.2%) y tumoración anexial con 9 pacientes (13.6%). (Tabla 2). El mayor número de mujeres presentaron como síntomas y/o signos previos dolor en bajo vientre seguido de los trastornos menstruales (de ellos el más frecuente fue la amenorrea y tumoración anexial). Estos resultados coinciden con otras

publicaciones quienes plantean que el dolor en bajo vientre y los trastornos menstruales son los síntomas y/o signos más frecuentes presentados en pacientes con embarazos ectópicos diagnosticados, independientemente que puedan aparecer asociados o no a ésta: vómitos, decaimientos, mareos, sangrado vaginal, así como tumoración anexial. Es de destacar que en nuestro estudio se presentaron además pacientes con otros síntomas como: lipotimias, vómitos, mareos y sangramiento vaginal; que en muchos casos estuvieron asociados al dolor bajo vientre y a los trastornos menstruales, corroborando lo planteado por los autores citados anteriormente. (10-12)

La tabla 3 ofrece los medios diagnósticos utilizados, destacándose el ultrasonido abdominal en 20 pacientes para el 87%. Por su parte la punción abdominal se utilizó en 3 mujeres representando el 13%. El ultrasonido abdominal se destacó como el medio diagnóstico más utilizado en éstas pacientes. En la literatura revisada se plantea la utilización de medios auxiliares diversos y en forma escalonada, pero la mayoría están de acuerdo en la ultrasonografía por los datos tan significativos que aporta, sobre todo si es por vía transvaginal o doppler a color, que establece el diagnóstico a menor edad gestacional y con mayor especificidad; nuestros resultados se ajustan a lo reportado por estos autores. (19)

En el estudio se le realizaron a tres pacientes con diagnóstico confuso punción abdominal siendo las mismas positivas, de ahí el valor que le dan Sivalingan et al a este proceder; mientras que la punción del Douglas y la laparoscopia no se utilizó en el estudio posiblemente por la urgencia de los casos y contar con la ultrasonografía como medio seguro, eficaz y no invasivo; no obstante a esto, Ginath et al le dan gran valor a la punción del Douglas y la laparoscopia, esta última no solamente como medio diagnóstico sino quirúrgico. (18-20)

Apreciamos las complicaciones postoperatorias donde la anemia fue la más frecuente con 10 pacientes lo que representó el 43.5%. (Tabla 4).

La complicación postoperatoria que prevaleció en terapia intensiva fue la anemia, relacionada con las pérdidas sanguíneas que presentaban algunas pacientes al momento de la laparotomía más que de la operación en sí como lo reflejado en la literatura (4,13). En una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico cervical fue necesario reintervenirla por shock hipovolémico, lo que demuestra la gran morbimortalidad de esta entidad y su compromiso reproductivo ulterior como lo plantean Leenman et al y Flystra et al. (21-22)

La sepsis no se reportó en el estudio probablemente por la poca estadía que tuvieron éstas pacientes en terapia intensiva, donde el mayor grupo permaneció solamente 48 a 72 horas; no reportándose muertes maternas por esta entidad

En la tabla 5 observamos la estadía en terapia intensiva donde prevaleció las mujeres con 48 a 72 horas con 13 casos (56.5%).

El 100% de las mujeres egresaron vivas de la sala de terapia intensiva.

TABLA 1: DISTRIBUCION SEGUN FACTORES DE RIESGO.*

FACTORES DE RIESGOS	NUMERO	PORCIENTO
Abortos	8	61.5
Dispositivos intrauterinos	4	30.7
Inflamación pélvica	1	7.6
Antecedentes de embarazo ectópico	-	-
Esterilidad	-	-
Regulación menstrual	-	-
Otros	-	-

Fuente: Formulario

*Más de una enferma presentaron dos o más factores de riesgo.

Tabla 2: DISTRIBUCION SEGUN SINTOMAS Y/O SIGNOS.*

SINTOMAS Y/O SIGNOS	NUMERO	PORCIENTO
Dolor en bajo vientre	23	34.6
Trastornos menstruales	14	21.2
Tumoración anexial	9	13.6
Lipotimias	6	9.1
Vómitos	5	7.6
Mareos	5	7.6
Sangramiento vaginal	4	6.1

Fuente: Formulario

*Varias enfermas presentaron más de un síntomas y/o signo.

TABLA 3: DISTRIBUCION SEGUN MEDIOS DIAGNOSTICOS.

MEDIOS DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCIENTO
Ultrasonido abdominal	20	87.0
Punción abdominal	3	13.0
Punción del Douglas	-	-
Laparoscopia	-	-
Otros	-	-
TOTAL	23	100.0

Fuente: Formulario

TABLA 4: DISTRIBUCION SEGUN COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	NUMERO	PORCIENTO
Anemia	10	43.5
Shock hipovolémico	1	4.3
Sepsis pared abdominal	-	-
Hematoma pared abdominal	-	-
Muertes	-	-
Otros	2	8.7
Sin complicaciones	10	43.5
TOTAL	23	100.0

Fuente: Formulario

TABLA 5: DISTRIBUCION SEGUN ESTADIA.

ESTADIA	NUMERO	PORCIENTO
Menos de 48 horas	9	39.2
48 a 72 horas	13	56.5
Mas de 72 horas	1	4.3
TOTAL	23	100.0

Fuente: Formulario

CONCLUSIONES

1. El embarazo ectópico se presentó en el grupo de edades de 20 a 34 años en un 78.3%, siendo el 52.2% de los casos nulíparas.
2. Los factores de riesgo más frecuentes fueron los abortos y usuarias de dispositivos intrauterinos en un 61.5 y 30.7% respectivamente.
3. Los síntomas y/o signos más frecuentes fueron el dolor en bajo vientre (34.6%), los trastornos menstruales (21.2%) y la tumoración anexial (13.6%).
4. El ultrasonido abdominal fue el medio diagnóstico más utilizado en un 87% y la anemia la complicación más frecuente en el 43.5%.
5. En el 56.5% de los casos la estadía en terapia intensiva fue de 48 a 72 horas, mientras que el 100% de las pacientes egresaron vivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2000: p 153-158.

2. Cunnigham FG, Mac Donald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankains GDV, et al. Williams Obstetricia. 20^a Edición. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana, 1998. p. 569-593.
3. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond ChB, Spellacy WN. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8va Edición. México: Editorial McGraw – Hill Interamericana, 2000. p. 161-179.
4. Tulandi and Salen. Surgical manegement of ectopic pregnancy. Obst Gynecol 1994; 42: 36.
5. Sánchez Contreras J, Hernández Vivar LE, Villalobos Cid MA, Risco Cortés RJ. Tratamiento conservador del embarazo ectópico intersticial y endometriosis con metotrexato y cloruro de potasio por vía laparoscópica y manejo complementario con nafarelina nasal. Rev Obst y Ginecol Méx 2000, 68 (1): 35-38.
6. López Leyva E, Zarama Márquez F, Buitrón García R. Embarazo ectópico abdominal. Rev Obst y Ginecol Méx 2001, 69 (4): 151-154.
7. Gálvez CI, López PC. Embarazo abdominal. Gineco. Ed. Marketing publicidad de México 1998.
8. Rosas Arceo J, Vázquez Benítez E. El factor cervical y el vagino-perineal. En: Medicina Reproductiva en México. JGH. Eds. México. 1999. pp. 175-178.
9. Téllez Velasco S, Hinojosa Cruz JC, Vázquez Benítez E. El factor tuboperitoneal. Cuadro clínico, clasificaciones, secuencia diagnóstica, selección de alternativas terapéuticas y tratamiento médico. En; Medicina Reproductiva en México. JGH. Eds. México.1999.pp.125-137.
10. Zenteno G. Fisiopatología del embarazo ectópico. Rev Obst y Ginecol Méx 2002, 70(1): 36-47.
11. Garay G, Hernández J, Inarra MJ, González JL, Garijo V, Cuartero M. Tratamiento del embarazo ectópico en nuestro medio. Toko. Gin Pract. 1999, 58(1): 7-12.
12. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guia para Obstetricas y Médicos. OPS – 2002.
13. Bonfante RE, Bolaños AR. Embarazo cornual. Ginec Obst Méx 1998; 66: 81-83.
14. Has R, Ermis H, Yildirin A. A 22- Week Cervical Pregnancy. Gynecol Obstet Invest 2000, 50: 139-41.

15. Quesnel García - Benítez C, Lira Plascencia J, Dueñas Riaño JJ. Manejo conservador del embarazo ectópico abdominal secundario (intersticial). Rev Obst y Ginecol Méx 2003, 71 (4): 181-186.
16. Graham F.J.C. Terapéutica quirúrgica conservadora en el embarazo tubario. Rev Obst y Ginecol Mex 2002, 70 (5): 253-258.
17. Cano López LML, Vital Reyes VS, Alvarado-Cabrero I, Ferreira Rios A, Hinojosa-Cruz JC. Esterilidad primaria y embarazo cervical. Rev Obst y Ginecol Mex 2002, 70 (9): 451-456.
18. Sivalingam N, Mak FK. Delayed diagnostic of cervical pregnancy: management options. Singapore Med J 2000; 41: 599-601.
19. Chen D, Kligman I, Rosenwaks Z. Heterotopic cervical pregnancy successfully treated with tranvaginal ultrasound – guided aspiration and cervical – stay sutures. Fertil Steril 2001; 75: 1030-3.
20. Ginath S, Malinger G, Golan A, Shahmurou M, Glezerman M. Successful laparoscopic treatment of ruptured primary abdominal pregnancy. Fertil Steril 2000; 74: 601.
21. Leeman Lm, Wenland CL. Cervical ectopic pregnancy. Arch Fam Med 2000; 9: 72-7.
22. Flystra DL, Cofey MD. Treatment of cervical pregnancy whith cerclaje, curettage and balloon tamponade. J Reprod Med 2001; 46: 71-4.