

# *Estudio comparativo del Embarazo Ectópico en pacientes asistidas en Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas. 2004 / 2006.*

**Revista Médica Electrónica 2007;29 (6)**

HOSPITAL DOCENTE GINECO-OBSTÉTRICO "JULIO RAFAEL ALFONSO".  
Estudio comparativo del Embarazo Ectópico en pacientes asistidas en Hospital  
Docente Ginecobstétrico de Matanzas. 2004-2006.

Comparative study of the Ectopic Pregnancy in patients assisted at the  
Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas. 2004-2006.

## **AUTORES**

Dra. Carmen Fernández Arenas. (1)

Dra Mayra Guerra Castro. (2)

**E-mail:** [mayra.guerra@infomed.sld.cu](mailto:mayra.guerra@infomed.sld.cu)

Lic. Silvio F. Soler Cárdenas. (3)

1) Especialista II Grado Ginecobstetricia. Profesor Asistente de Histología. Hospital  
Docente Ginecobstétrico "Julio R. Alfonso".

2) Dra.en Ciencias Médicas. Especialista II Grado Dermatología. Profesora  
Auxiliar.Hospital Faustino Pérez.

3) Msc. Educación Médica Superior. Lic. Matemática. Escuela de Salud Pública.

## **RESUMEN**

Considerando que el 2 % de los embarazos son ectópicos, por ocurrir la fecundación en la trompa de Falopio, y pudiendo originar graves alteraciones con riesgo de muerte materna, cuya prevalencia se multiplica mundialmente, en Cuba y en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas "Dr. Julio Alfonso Medina", reportándose un estudio prospectivo descriptivo comenzado en dicho centro desde el 2004 hasta el 2006 de las pacientes ingresadas con sospecha de Embarazo Ectópico, con el objetivo de evaluar el comportamiento de la entidad en estas pacientes, así como su incidencia, edad y los principales factores de riesgo, se estableció la correlación entre el diagnóstico clínico y los hallazgos histopatológicos en las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, entre otras variables. Los datos se recopilaron en una planilla confeccionada para ello, con el consentimiento escrito de las pacientes. Esta información obtenida permitió confeccionar una base de datos, procesada por el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 10.0. La mayor frecuencia del embarazo ectópico fue de 37,4 % durante el 2005, siendo más alta en el grupo de 25-34 años en los tres años (54.3 %). El mayor número de las pacientes usaban DIU (44.5 %) y/o se habían interrumpido algún embarazo previamente (44.1 %). Existió una alta correlación clínica histopatológica (más del 86 %) en los Embarazos Ectópicos (EE) no complicados. Concluimos que existe una alta frecuencia de Embarazo Ectópico que se desplaza al grupo de edades de las adolescentes y recomendamos educar a la población para prevenir los factores de riesgo y acudir precozmente al médico.

**DeCS:**

**EMBARAZO ECTÓPICO/diagnóstico**

**EMBARAZO ECTÓPICO/epidemiología**  
**EMBARAZO ECTÓPICO/mortalidad**  
**EMBARAZO EN ADOLESCENCIA**  
**HUMANO**  
**ADULTO**  
**FEMENINO**

## **INTRODUCCIÓN**

Desde el siglo XI (año 1063 DC), Albucassi describe por primera vez el Embarazo Ectópico, pero hasta el siglo XIX no existe tratamiento exitoso para dicho problema y fue Lawson Taint quien practicó la primera salpingectomía por Embarazo Ectópico, con sobrevivencia de la madre, entonces Wynne, en 1919, siguiendo las indicaciones de L. Taint, sólo tuvo una mortalidad del 4.3 %. De esta entidad nosológica, se escribe desde el siglo XI, sin embargo, hasta el siglo XIX no se logra controlar la muerte por ella; pero desde esa fecha hasta la actualidad se multiplica su prevalencia mundialmente.

Es sabido por todos que el Embarazo Ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina, (1-4) por eso es que todos los embarazos comienzan siendo ectópicos, al ocurrir la fecundación en el tercio externo de la trompa, pero lo patológico está en que la implantación del huevo en un sitio impropio, que lo condena casi fatalmente a que sea imposible su desarrollo y viabilidad, no en la fecundación que nada tiene de anormal. Debido a esto, el 2 por ciento de todos los embarazos son ectópicos, (2,4) por ello se estima que aumente su frecuencia seis veces más.

En Cuba se eleva la tasa de Mortalidad Materna por dicha causa ( $5,8 \times 10\ 000$  nacidos vivos en el 2003) y en este hospital en el 2003 se reporta una incidencia de 1:30 nacimientos.

Es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia, pues constituye una causa frecuente de muerte en mujeres sanas en edad fértil, pero favorablemente su mortalidad ha disminuido por los avances diagnósticos y de tratamiento, evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia. (1-5)

A pesar de los conocimientos actuales, no son suficientes la atención y los recursos dedicados para su diagnóstico, ya que sigue siendo causa de muerte, no tan sólo en Cuba, sino en los países desarrollados, por lo que se debe seguir profundizando en el comportamiento del Embarazo Ectópico, sin considerarse un estudio innecesario, por tratarse de asuntos conocidos, ya que el incremento del mismo afirma lo contrario, por este motivo se decide comparar el comportamiento del Embarazo Ectópico en las pacientes asistidas en el Hospital Ginecobstétrico de Matanzas, durante un trienio, como objetivo general y específicamente, determinar las variables clínico-epidemiológicas, así como establecer la correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en las pacientes estudiadas.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo, de todas las pacientes que ingresaron con el diagnóstico presuntivo de Embarazo Ectópico (EE), según criterios de inclusión, en el Hospital Ginecoobstétrico "Dr. Julio Alfonso Medina", de Matanzas desde enero del 2004 hasta diciembre del 2006. Se confeccionó una encuesta para obtener los datos durante el ingreso de las

pacientes, con las variables operacionalizadas (edad, antecedentes ginecológicos, métodos diagnósticos empleados, localización tubárica, formas clínicas del EE y diagnóstico Anatómo-Patológico), previo consentimiento escrito de cada caso. (Ver Anexos).

Se revisaron las estadísticas del hospital sobre EE. Los datos se procesan utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0. Se elaboraron gráficos y tablas simples y de doble entrada donde se presentan los resultados con las distribuciones de frecuencia de todas las variables y se correlacionó la localización del embarazo ectópico con el proceder quirúrgico empleado, así como, el diagnóstico clínico y los hallazgos histopatológicos.

## RESULTADOS

**Tabla No. 1**

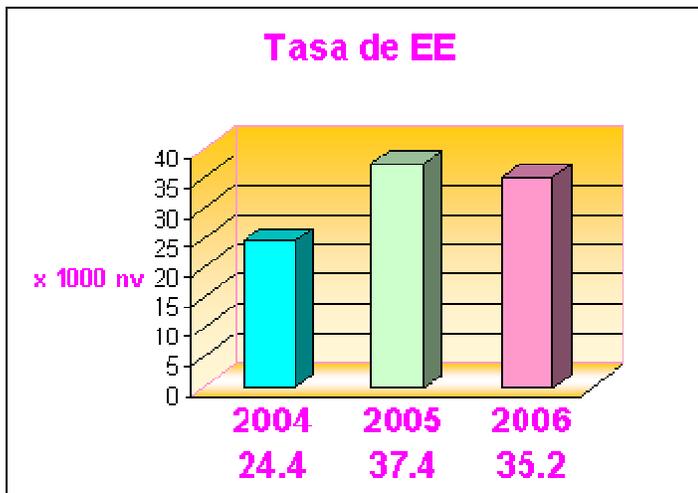
**Relación de Embarazo Ectópico con total de nacimientos. Hospital Ginecobstétrico Dr. Julio Alfonso Medina. Matanzas (2004–2006)**

Años	Nacimientos	Casos EE
2004	2654	65
2005	2750	103
2006	2497	88
Total	8154	256

**Fuente:** Archivo Estadístico. Hospital "Dr. Julio Alfonso Medina", Matanzas.

**Gráfico No. 1**

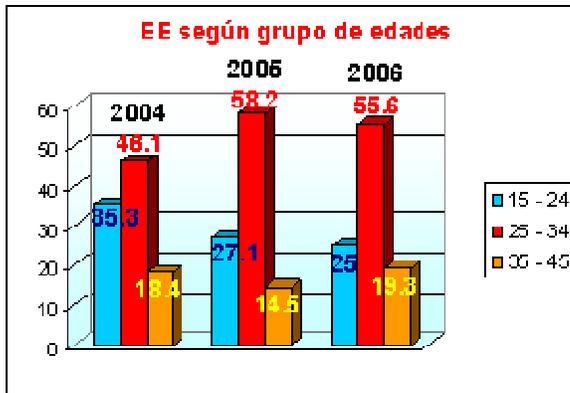
**Tasa de Embarazo Ectópico. Hospital Ginecobstétrico. Matanzas. Dr Julio Alfonso Medina .Años 2004–2006.**



**Gráficos No. 2-A No. 2- B**

**Distribución de casos de Embarazo Ectópico según grupo de edades. Hospital Ginecobstétrico. Dr. Julio Alfonso Medina. 2004–2006**

2-A 2-B



No. 2- B



Tabla No. 2

Distribución porcentual de antecedentes ginecológicos. Hospital Ginecobstétrico Dr. Julio Alfonso Medina. Años 2004-2006.

Antecedentes Ginecológicos	2004		2005		2006		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
DIU	31	47.7	44	42.7	39	44.3	114	4.5
EIP	16	24.6	26	25.2	20	22.7	62	24.2
A Orales	3	4.6	5	4.8	3	3.4	11	4.3
ITS	0	-	2	1.9	1	1.1	3	1.2
E. Quirúrgica	3	4.6	3	2.9	0	-	6	2.3
Plastia tubárica	1	1.5	2	1.9	5	5.6	8	3.1
EE previo	9	13.8	14	13.6	10	11.3	33	12.9
Int. Embarazo y/o Leg. terapéutico	38	58.5	44	42.7	31	35.2	113	4.1

Fuente: Encuesta Clínica. 2004-2006

**Tabla No. 3**  
**Relación de métodos empleados para el diagnóstico del Embarazo Ectópico.**  
**Hospital Ginecobstétrico. Matanzas. Dr. Julio Alfonso Medina.**  
**Años 2004–2006.**

Métodos Diagnósticos	2004		2005		2006		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Culdocentesis	38	58.4	48	46.6	57	64.7	143	55.8
Ultrasonografía	46	70.8	56	54.4	60	68.1	162	63.3
Laparoscopia	19	29.2	27	26.2	15	17	61	23.8

Fuente: Encuesta Clínica. 2004-2006.

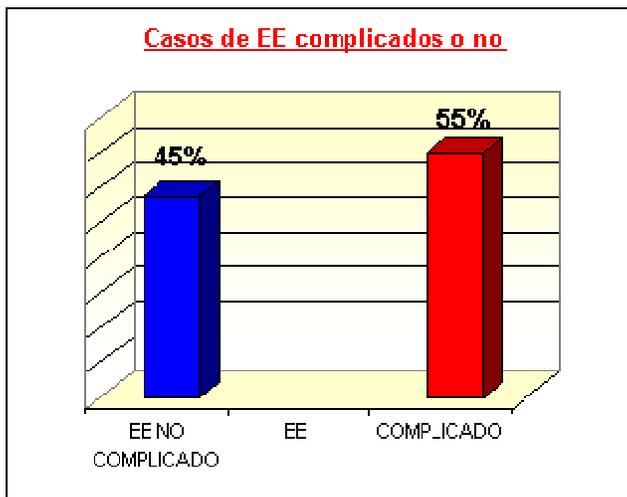
**Tabla No. 4**  
**Correlación entre diagnóstico clínico–histopatológico del Embarazo**  
**Ectópico. Hospital Ginecobstétrico. Matanzas. Dr. Julio Alfonso Medina**  
**2004-2006.**

Diagnóstico Inicial	Correlación Histológica							
	2004		2005		2006		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
EE NO COMPLICADO	38	86.8	44	90.9	33	100	115	45
EE COMPLICADO	27	66.6	59	84.7	55	78.1	141	55
TOTAL	65	100	103	100	88	100	256	100

Fuente: Encuesta Clínica. 2004-2006.

**Gráfico No.3**

**Frecuencia de Embarazo Ectópico complicado y no complicado. Hospital**  
**Ginecobstétrico. Matanzas. Dr Julio Alfonso Medina. Años 2004-2006.**



**Fuente:** Tabla 4

En la Tabla No.1 se puede valorar que existe un aumento evidente de los casos de EE (65 a 88), a pesar de la disminución de los nacimientos (2654 a 2497). Se observa en el Gráfico No.1 la tasa de EE con tendencia a elevarse en el trienio. Desde 24.4 hasta 35.2 x 1000 nv.

En los Gráficos 2-A y 2-B se observa que el grupo de edades donde fue más frecuente el EE es el de 25-34 años, con un 46, 58 y 46 % aproximadamente en cada año, seguido del grupo de adolescentes y jóvenes (15-24 años), que descendió de un 35 a un 25 % en el trienio y por último el grupo entre los 25 a 35 años, con ligero incremento (18 a 19 %).

En la Tabla No.2 vemos que el uso de DIU constituyó el antecedente más frecuente (44.5 %), seguido de las interrupciones de embarazo con una frecuencia de 44.1 % y la EIP representó el 24.2 % de los antecedentes ginecológicos. En cuarto lugar se presenta el antecedente de EE (12.9 %). No fue significativo el antecedente de ITS (0.8 %).

En la Tabla No.3 de los métodos diagnósticos empleados, la Ultrasonografía (US) fue la más empleada (63.3 %) seguida de la culdocentesis o punción del Douglas que se empleó en el 55.8 % de los casos, mientras que la Laparoscopia sólo se utilizó en un 23.8 %.

En la Tabla No.4 se evidencia una correlación entre el diagnóstico inicial y el resultado Histopatológico (HP) del EE no complicado desde un 87 % en el 2004 hasta el 100 % en el 2006. Con respecto a los EE complicados, existió una correlación clínico-histopatológica que osciló entre el 67 y el 78 % en el período estudiado.

En el Gráfico No.3 del total de casos en el trienio (256) de EE un 45 % no se complicó y el 55 % si fue un EE complicado.

## **DISCUSIÓN**

En el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio Alfonso Medina" de Matanzas se reportó estadísticamente un incremento del EE: en 9 años (1991-1999) hubo un total de 471 mujeres operadas por EE, sin embargo, en sólo 4 años (2000-2003) se diagnosticaron 371 casos. En el 2004 de 2654 nacimientos, se diagnosticaron 65 pacientes con EE, elevándose a 103 casos en el 2005 y 88 en el 2006, a pesar de que los nacimientos decrecieron hasta 2497. Estos datos se muestran a través de la Tabla No.1 y corresponden con los reportados por otros autores del país en diferentes hospitales (2, 4, 5, 7-9) así como a nivel mundial se plantean estas cifras. (1,3, 4, 10-12)

En el Gráfico No.1 se refleja la tasa de EE que exhibe el Hospital en el trienio estudiado que se eleva al igual que en la provincia de Matanzas como se reporta en el Anuario Estadístico de Salud:

- 2004 tasa de 5,5 x 100 000 nacidos vivos
- 2005 tasa de 3,3 x 100 000 nacidos vivos
- 2006 tasa de x 100 000 nacidos vivos (7)

En el Gráfico 2A y 2B, se observa que el grupo de edades con EE más frecuente es el de 25-34 años, lo que es lógico, pues corresponde con la etapa de mayor fertilidad de la mujer, pero es de señalar y alertar que un gran número de

adolescentes y jóvenes (15-24 años), presentaron un EE, favorablemente con tendencia descendente.(4,5)

En Nigeria, una edad temprana de comienzo de relaciones sexuales aumentó el riesgo de EE casi dos veces. (12)

Después de los 30 años, el riesgo de EE se reduce considerablemente (4), así ocurre al estudiar a las pacientes, sin embargo, en Chile se triplica entre los 35 y 44 años. (3)

Todos los autores revisados coinciden en que la historia de múltiples parejas sexuales, abortos provocados, Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y cirugía pélvica, significativamente aumentan el riesgo de E.E. (1-3, 6, 13, 14)

La autora encuentra en el estudio con una alta frecuencia el uso de DIU. Este dato es reportado por Mol Bw,(11),en su serie, que incrementa 4 veces el riesgo de un EE (6, 8,14). La OMS plantea que la relación está dada por la EIP que se asocia en estas pacientes que ya tienen un método para evitar la concepción, pero evitan las infecciones. (6)

Las interrupciones de embarazo constituyeron el segundo antecedente más frecuente y en relación con ello, Hicks (12) con su estudio reporta un incremento en 14 veces, similar a otros autores. (1,2)

La EIP desde hace algunos años se ha demostrado que tiene una indudable correlación entre las ITS y la mayor incidencia de EE (1, 3, 11, 12). Se ha visto hasta una correlación de 0.93 entre infección por clamidia y embarazo ectópico, (16,17) Aunque el reporte de ITS, es mínimo (1.2 %), no se puede negar su existencia y esto pudiera deberse al desconocimiento de las pacientes por falta de estudio o información o no querer aportar el dato por vergüenza. En cuanto al riesgo de recurrencia del EE, en un metanálisis se demuestra una gran relación entre riesgo de EE y el haber tenido previamente un EE, otros autores también lo reportan. (18,19)

En la Tabla No. 3 se recoge el dato de los métodos diagnósticos empleados para complementar la sospecha clínica y de ellos la Ultrasonografía (US) permitió el diagnóstico en el 63.3 % de los casos estudiados, lo que es lógico, pues la ecografía tiene una Sensibilidad de 87 %; una Especificidad de 94 % y un Valor Predictivo Positivo (VPP) de 90.1% (14); sólo el 5 % de los EE probados no son diagnosticados por US. (1) La rotura del EE ocurre en alrededor del 26 % de las pacientes y en las que clínicamente se sospecha un EE, el uso de culdocentesis o punción del Douglas ha demostrado tener buenos resultados en el diagnóstico de la complicación, en el estudio realizado se confirmó el diagnóstico por este medio en el 55.8 % de los casos, ya que se reporta una sensibilidad variable de 66 % a 96 % y una especificidad de 84 % a 86 % según refieren autores. La laparoscopia sólo fue necesaria en un 23.8 % de los casos, este método es muy útil para diagnóstico y tratamiento.

En esta Tabla No. 4 podemos observar que existió una alta correlación Histopatológica (HP) de los casos de EE no complicado con más del 87 % en el 2004 hasta un 100 % en el 2006. En los casos donde no se apreció correlación entre el diagnóstico inicial y el resultado histopatológico, fue debido a que la Tumoración anexial diagnosticada al ingreso, correspondió con tumoración de ovario. La falta de correlación también es reportada por autores por esta causa. Con respecto a los EE complicados, se halló correlación clínico histopatológica entre

el 67 % en el 2004 y el 78 % en el 2006, el hemoperitoneo fue la forma complicada presente en mayor o menor cuantía. Esta complicación se diagnostica con alta precisión, pero nos hace dudar entre el EE roto y otro sangramiento de causa ginecológica, como el folículo hemorrágico, corroborado por Zenteno y Enríquez en sus reportes.

En el Gráfico No. 3 el reporte porcentual de los casos de EE complicados (55 %) y No Complicados (45 %), lo que es de preocupación y actuación por la mayor morbimortalidad a que conlleva el diagnóstico de esta forma de presentación, por eso los diferentes autores recomiendan un diagnóstico precoz para evitar esta complicación.(1-3, 6 )

## **CONCLUSIONES**

El EE se considera frecuente en edades fértiles, con tendencia a elevarse en las adolescentes en los casos estudiados, están relacionados con la interrupción de embarazo, el uso de Dispositivos Intrauterinos y la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, sin considerar las Infecciones de Transmisión Sexual como relevantes. La Ultrasonografía resultó el método diagnóstico comprobatorio más empleado en estas pacientes. La correlación clínico-patológico se consideró adecuada para los casos del estudio, así como el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento, lo cual se considera que puede repercutir en la capacidad reproductiva futura de las pacientes.

## **RECOMENDACIONES**

- La Educación Sexual para adolescentes y jóvenes se impone y para ello se recomiendan las charlas educativas en las escuelas, programas de radio y televisión.
- Educar a la población para que conozca los síntomas precoces y acuda al médico inmediatamente, para de esta manera prevenir las complicaciones inmediatas y tardías.
- Utilizar las biopsias endometriales por congelación para ayudar al diagnóstico del EE.
- Adelantar la realización de la primera ultrasonografía como un pesquisaje de EE, entre las seis y ocho semanas, pudiendo ser realizada por el médico general integral en el área.
- Entrenar al personal médico para emplear la cirugía laparoscópica en el tratamiento del EE, por sus ventajas.
- Uso del tratamiento expectante o medicamentoso conservador, en los casos que lo meriten.
- Ampliar la casuística para los años venideros.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rigol R. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
2. Olalde Cancio R. Embarazo Ectópico: Factores Relacionados Y otras consideraciones. Medcentro. 2004;8(4)
3. Martínez J, Basáez E, Rodríguez P. Embarazo ectópico. Rev Méd Santiago.2000 Jul; 3(12)
4. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud en Cuba. La Habana: MINSAP; 2004.
5. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García M. Embarazo ectópico. Estudio de un año. Hospital Provincial ginecobstétrico "Mariana Grajales". Villa Clara. Medcentro. 2002;6(3)

6. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecobstétrico Hospital Ginecobstétrico "A Arias". Rev Cubana Enfermer.2003 Sept-Oct; 19(3)
7. Coste J, Bouyer J, Ughetto S, Gerbaud L, Fernández H. Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France. (1992-2002).Hum Reprod.2004; 19(9):2014-8.
8. Ankum WM, Mol Bw, Van der Veen F, Bossuyt PM. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. Fertil Steril. 1996; 65:1093-9.
9. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005 Feb ;84(2):184-8.
10. Brennan DF, Kwatra S, Kelly M, Dunn M. Chronic ectopic pregnancy- two cases of acute rupture despite negative beta HCG. J Emerg Med. 2000 ;19:249-54.
11. Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Symptom-free women at increased risk of ectopic pregnancy: should we screen. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002; 81:661-72.
12. Hicks JL, Rodgerson JD, Heegaard WG, Sterner S. Vital signs fail to correlate with hemoperitoneum from ruptured ectopic pregnancy. Am J Emerg Med. 2001; 19:488 -91.
13. Mohamed H, Maiti S, Phillips G. Laparoscopic management of ectopic pregnancy: a 5 year experience. J Obstet Gynecol.2002 ;22: 411-4.
14. Barak S, Oettinger M, Perri A, Cohen HI, Barenboym R, Ophir E. Frozen section examination of endometrial curettings in the diagnosis of ectopic pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(1):43-7.
15. Bjartling C, Osser S, Persson K. The frequency of salpingitis and ectopic pregnancy as epidemiologic markers of Chlamydia trachomatis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 ;79 (2):123-8.
16. Bernoux A. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intrauterine device at the time of the index ectopic pregnancy. Human Reproduction. 2000 ;15: 173-7.
17. Zenteno G. Fisiopatología del Embarazo Ectópico. Ginecol Obstet Mex . 2002;70(1)
18. MINSAP. 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; 2002.
19. Enríquez Domínguez B, Fuentes González L, Gutiérrez González N. Tendencias actuales en el tratamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(3).

## **Anexos**

### **Criterios de Inclusión.**

- Pacientes con diagnóstico al Ingreso de:
- Embarazo Ectópico complicado o no. - Posible Embarazo Ectópico.
- Hemoperitoneo. - Gestorragia de la primera mitad del embarazo.
- Tumor anexial.
- Edades: 15 – 45
- Pacientes que den su consentimiento escrito.

### **Criterios de Exclusión.**

- Pacientes ingresadas con otros diagnósticos que no sean los mencionados.  
Edades: menores de 15 años y mayores de 45 años.  
Pacientes que no dan su consentimiento escrito.

### **Criterios de salida de la investigación.**

- Fallecidas
- Alta a petición.
- Diagnóstico no corroborado u otros diagnósticos por exámenes complementarios.

### **Operacionalización de variables**

- Edades (según normas estadísticas de Ginecología con adecuación)

15 – 19 30 – 34

20 – 24 35 – 39

25 – 29 40 – 45

#### 1. Antecedentes Ginecológicos :

Dispositivo Intra Uterino (DIU) \_\_\_\_\_ Esterilización quirúrgica \_\_\_\_\_

Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) \_\_\_\_\_ Plastia tubárica \_\_\_\_\_

Anti Conceptivos Orales (ACO) \_\_\_\_\_ Embarazo ectópico previo \_\_\_\_\_ Infecciones  
Trasmisión Sexual (ITS) \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

#### 1. Métodos diagnósticos empleados.

Punción del Douglas \_\_\_\_\_

Ultrasonográfico \_\_\_\_\_

Laparoscópico \_\_\_\_\_

#### 1. Diagnóstico Anátomo-Patológico.

Embarazo ectópico \_\_\_\_\_

Quiste de ovario hemorrágico \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

### **Consentimiento escrito.**

Yo \_\_\_\_\_

Acepto participar en la investigación del Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas "Dr. Julio Alfonso Medina", después de haberseme informado que no tengo que someterme a ningún procedimiento extra, sólo el necesario para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.

---

Firma del Paciente Firma del Médico

## **SUMMARY**

Considering that 2 % of the pregnancies are ectopic, by fecundation occurring at the Fallopian Tube, and being able to originate serious alterations with maternal death risk, and that its prevalence increases around the world, in Cuba and at the Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas, "Dr. Julio Alfonso Medina", we report a prospective, descriptive study of the patients treated for suspected ectopic pregnancy, carried out in that hospital from 2004 to 2006. The objective was evaluating the entity behaviour in these patients, and also, its incidence, age and main risk facts. We established a correlation between the clinical diagnosis and the histopathologic findings in patients fulfilling the inclusion parameters, among other variables. Data were recorded in a form designed for that, with the written consent of the patients. The obtained information allowed making a database, processed by the statistic packet SPSS for Windows Version 10.0. The highest frequency of the ectopic pregnancy was 37, 4 % during 2005, being higher in the 25- 34 years-old group for the three years (54.3%). The biggest number of the patients used intra-uterine devices (44, 5 %) and/or have had interrupted a pregnancy before (44.1%). There was a high histopathologic clinical correlation (more than 86 %) in the non-complicated ectopic pregnancies. We concluded that there is a high frequency of the ectopic pregnancy, moving to the teenagers' age group, and we recommend educating the population in order to prevent the risk facts and to early visit the doctor.

### **MeSH:**

**PREGNANCY, ECTOPIC**/diagnosis  
**PREGNANCY, ECTOPIC**/epidemiology  
**PREGNANCY, ECTOPIC**/mortality  
**PREGNANCY IN ADOLESCENCE**  
**HUMANO**  
**ADULTO**  
**FEMENINO**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Fernández Arenas C, Guerra Castro M, Soler Cárdenas SF. Estudio comparativo del Embarazo Ectópico en pacientes asistidas en Hospital Docente Ginecobstétrico en Matanzas. 2004-2006. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema8.htm> [consulta: fecha de acceso]