

Caracterización de las pacientes con Embarazo Ectópico en el Hospital Materno “10 de Octubre”. Año 2011

Damarys Álvarez Zapata*, Enrique Minaberriet Conceiro**, Dolores Puertas Álvarez***, Odalys Govín Puerto****

*Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Ginecología. Profesora Asistente. Hospital Docente Ginecobstétrico. Materno “10 de Octubre”. damarys.alvarez@infomed.sld.cu

**Especialista de primer Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Profesor Instructor. Máster en Salud Ambiental. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre” minabarriet@infomed.sld.cu

***Especialista de Primer Grado en Higiene Escolar. Profesora Asistente. Máster en Atención Primaria de Salud. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre” Cuba. dolores.puertas@infomed.sld.cu

****Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Profesora Asistente. Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre” minabarriet@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico (EE), se considera tanto en nuestro país como en el mundo una de las causas de morbilidad y mortalidad materna del primer trimestre de la gestación, pone en peligro la vida y se refleja en un daño a la salud reproductiva de la mujer, elevando la tasa de muerte materna directa. Dada la alta incidencia del mismo en nuestro centro se decidió caracterizar las pacientes con embarazo ectópico mediante un estudio descriptivo de corte transversal entre enero y diciembre del año 2011. El universo estuvo comprendido por todas las pacientes diagnosticadas con dicha patología en esta institución de salud. A todas las pacientes incluidas en el estudio se les revisó las Historias Clínicas y el Registro continuo de la actividad quirúrgica, se les caracterizó según grupo de edad, historia obstétrica, factores de riesgo, formas clínicas de presentación, localización anatómica e intervención quirúrgica realizada. Para resumir la información se utilizó como medida de resumen el porcentaje. Se concluyó que el embarazo ectópico fue más frecuente en el grupo de edades de 26-30 años. Predominó la multiparidad en la historia obstétrica. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la sepsis vaginal y el uso de Dispositivos Intrauterinos. En la mayoría de los pacientes se presentó como forma clínica el embarazo ectópico roto. La localización anatómica más frecuente fue en ambas trompas, La salpingectomía fue la intervención quirúrgica que se realizó con mayor frecuencia

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

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años el embarazo ectópico (EE), es un problema de salud sexual y reproductiva, no solo en nuestro país sino en el mundo. Diferentes autores a nivel mundial, incluyendo investigadores cubanos del tema admiten que "existe un aumento de la frecuencia del embarazo ectópico en el mundo,

incluyendo a Cuba", hasta 5 veces más cuando se compara con la década del 70.
1, 2, 3,4

El embarazo ectópico es una de las causas de morbilidad y mortalidad materna del 1er trimestre de la gestación, que pone en peligro la vida y se refleja en un daño a la salud reproductiva de la mujer. Después de un embarazo ectópico, la posibilidad de que un embarazo posterior sea intrauterino es de 50 a 80%, y la de embarazo tubario es de 10 a 25%. Se considera que esta afección adquiere gran importancia, ya que mundialmente "hasta el 2004, al embarazo ectópico, se debe entre el 5 y el 12 % de las muertes maternas, lo que constituye un problema no resuelto" y así lo destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).⁵

Oliva, promulga que en EUA han estimado una tasa EE de 16,9 por mil embarazos, por lo que afirma que se produjo un incremento de 5 veces en comparación con las tasas de 1970. En el Reino Unido se informa una tasa de 8,3 por 1 000 embarazos y en los Países Bajos es 10,2 por 1 000 nacidos vivos, pero en Suecia se incrementó de 5,8 a 11,1 por mil embarazos en 15 años y en Noruega la incidencia aumentó de 95 por 100 000 mujeres entre 1976 y 1981 hasta 154 por 100 000 mujeres de 1988 a 1993.⁶ Anorlu, en un estudio realizado de 100 casos en el norte de Europa, en 1999 encontró una incidencia de 1 por 43 partos y constituyó el 48,5 % de las emergencias ginecológicas.⁷

En Cuba, las cifras de muerte materna que existían en la década 1950, se han reducido en un 78,3 %, comparado con el año 2004, pero entre las causas que persisten está el Embarazo Ectópico complicado. La tasa de muerte materna directa por EE en el país se manifiesta progresivamente en los últimos años, de la forma siguiente: En el año 2007, la cifra fue de 2,7 por 100 000 nacidos vivos, asciende en el 2008 a 4,1 por 100 000 nacidos vivos, según el anuario estadístico

nacional, para descender del 2009 al 2011 con tasas de 3.8, 3.1 y 3.0 por 100 000 nacidos vivos respectivamente.^{8, 9,10}

La incidencia del ectópico en nuestro hospital en la última década es de 1052 casos. El número de casos por año fluctúa en un promedio de 95,6 casos. Por cada área de salud atendida en nuestro centro en los últimos 10 años, el municipio que mayor número de pacientes aportó fue San Miguel del Padrón (312 casos), seguido por 10 de Octubre (235 casos), y el porcentaje mas bajo correspondió al Cotorro (137 casos).

Todo lo antes expuesto nos estimuló al estudio de los casos diagnosticados de Embarazo Ectópico en el Hospital, para que en la labor de prevención, tratar de disminuir la posibilidad de que el mismo se produzca, además de ayudar en el diagnóstico precoz para su tratamiento dado el impacto de esta patología dentro de nuestra población femenina. Con este perfil se trazaron los objetivos de identificar la frecuencia de pacientes con embarazo ectópico según grupo de edades, historia obstétrica y factores de riesgo además de describir la frecuencia de pacientes según formas clínicas de presentación, localización anatómica e intervención quirúrgica realizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, de corte transversal, en el Hospital Materno "10 de Octubre", desde el 1 de enero hasta el 31 de Diciembre del año 2011, en un universo de 99 pacientes, seleccionando para este estudio 70 de aquellas mujeres que ingresaron por sospecha de Embarazo Ectópico.

Los criterios de inclusión fueron todas las pacientes con diagnóstico confirmado trans operatorio de embarazo ectópico. Entre los motivos de criterios de exclusión de casos del estudio, estuvieron aquellos en que el diagnóstico intra operatorio no concluyó un Embarazo Ectópico.

Operacionalización de variables.

1. Grupo de edades: Cuantitativa discreta, clasificada en menores de 19 años, 20-25 años, 26-30 años 31-35 años, 36-40 años y mayores de 41 años.

2. Historia Obstétrica: cualitativa nominal politómica, clasificada en gestaciones, partos y abortos.

3. Paridad: cualitativa ordinal clasificada como: 0, nulíparas; 1, primíparas; 2 y más, multíparas.

4. Factores de riesgo: Cualitativa nominal politómica, clasificada como:

Antecedentes de Embarazo ectópico referente al antecedente de implantación del cigoto fuera de la cavidad uterina. Dispositivo intra-uterino referente a la colocación dentro del útero de un dispositivo para impedir la implantación del cigoto. T de cobre, Multiload , Anillo , Medusa. Fumadora: Si la paciente fuma. Infertilidad: Imposibilidad de concebir un hijo durante 2 años o más. Sepsis vaginal: Antecedentes de leucorrea específica o inespecífica. Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica: referente a la triada constituida por dolor, fiebre y leucorrea.

5. Formas clínicas de presentación: Cualitativa ordinal clasificada como: Embarazo ectópico no complicado, fisurado y roto.

6. Localización anatómica: Cualitativa nominal politómica. En Trompas, Cuernos, Fimbrias, Ovarios y Abdominal.

7. Tipo de tratamiento quirúrgico: Variable Cualitativa nominal politómica. según la intervención quirúrgica realizada: Salpingectomia, Laparotomía, Anexectomia más Salpingectomia, Oforectomia Parcial, Histerectomía

Los datos se recogieron del registro continuo de la actividad quirúrgica mensual del hospital, de donde se obtuvo la información primaria de las pacientes, para solicitar las historias clínicas en el departamento de estadísticas del hospital.

Registro y procesamiento de la información.- Con los datos extraídos del registro de la actividad quirúrgica mensual y de las historias clínicas, se elaboró un modelo de recogida de datos especialmente confeccionado para el presente estudio y en dicho modelo se registró toda la información necesaria para cumplir con los objetivos del trabajo.

Forma de presentación y métodos de análisis de los resultados.- Los resultados se muestran en tablas con frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó el programa computadorizado Windows XP, utilizando los programas Word y Excel 2010.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La tabla 1 (ver anexos) muestra que la edad en que se presentó con más frecuencia el embarazo ectópico correspondió al grupo entre 26 y 30 años (38.6%) coincidiendo con la misma frecuencia, un 2.8%, las adolescentes así como las mujeres mayores de 41 años.¹¹⁻¹²

La tabla 2 expresa que de 70 mujeres diagnosticadas y operadas de embarazo ectópico, el mayor número correspondió a las multigestas (68.6%) y aquellas que se habían practicado dos abortos o más (47.1%). Sin embargo es importante señalar que encontramos un porcentaje elevado (40%) de mujeres que aun no han tenido hijos. Este fenómeno se observa de forma más específica en las edades entre 20 y 30 años ,con un 78.6% con limitación a partir de este momento de su fertilidad a una sola trompa.^{5,12,13}

El factor de riesgo que mas se relacionó con el Embarazo Ectópico fue la Sepsis vaginal (31.4%), seguido de la utilización del DIU (30.0%). Tabla 3.^{11, 13,14}

La Tabla 4 nos representa las formas clínicas en que se presentó el Embarazo Ectópico, teniendo en cuenta que el 71.4% correspondió a la forma complicada o rota, donde con más frecuencia pelagra la vida de la mujer. Solo un 11.5% pudo ser tratado quirúrgicamente antes de que ocurriera la ruptura del mismo.¹⁴

En nuestra investigación la localización más frecuente del Embarazo Ectópico fue en ambas trompas sin existir diferencias referentes a la derecha (44.3%) o la izquierda (45.7%). Encontramos ocasionalmente 1 ó 2 casos en las otras localizaciones. Tabla 5.^{4, 15,16}

En correspondencia con la localización en la que se reportó la implantación del Embarazo Ectópico, la intervención quirúrgica más frecuente (Tabla 6) fue la Salpingectomía (88,6%), como conducta final en el informe operatorio. La histerectomía solo se realizó en el embarazo ectópico del cuerno.^{4, 15,16}

El propósito de esta investigación, al estudiar los principales factores de riesgo en el incremento del embarazo ectópico, nos permitiría si no reducir la incidencia del mismo, si identificar a las pacientes de mayor riesgo a nivel del área de salud mediante la consulta de riesgo pre concepcional y una vez que se presente la patología actuar en su diagnóstico precoz y por ende también en el tratamiento precoz del mismo.

El incremento en las edades de 20 a 24 y 25 a 29 años, concuerda con otros estudios que plantean el hecho de que la mayor incidencia de embarazos ectópicos ocurre en el grupo de edades de 20 a 29 años correspondiendo con el momento más fértil de la mujer, justificándose porque en este periodo de la vida de la mujer es donde más se utilizan los métodos anticonceptivos, incremento de la actividad sexual y con el aumento de las enfermedades de transmisión sexual. Este sería el primer factor de riesgo, con probabilidad de ser modificado desde el área de salud actuando sobre aquellos eventos que conllevan al inicio precoz de

las relaciones sexuales y a su vez a un aumento de los métodos anticonceptivos intrauterinos. También educando a la población en aquellas medidas que ayudan al conocimiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) ^{11,14}

Se considera que el uso indiscriminado del aborto como método para interrumpir un embarazo es uno de los factores más importante en la aparición de un futuro EE, ya que, al realizar un raspado o aspiración de la cavidad uterina, los cambios inflamatorios locales que se producen a este nivel, ya sea por la acción física o por colonización de gérmenes sobre el endometrio, pueden propagarse y ascender a las trompas y produciendo cambios anatomo-fisiológicos a nivel de las mismas con la consiguiente enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y en el futuro un posible EE. Esto concuerda con lo revisado en la literatura, donde se relaciona el aborto inducido con el mayor riesgo de producir infertilidad secundaria y de hecho el riesgo de ocurrencia de una gestación ectópica, por tanto somos del criterio que sobre esta variable también se puede trabajar a nivel del área de salud, haciendo una clasificación adecuada de las pacientes con riesgo gestacional incrementado y ofertándoles a estas usuarias los métodos anticonceptivos más adecuados para evitar un futuro embarazo desde la consulta de planificación familiar. ^{11,13}

Llama la atención que en nuestro estudio, al analizar la historia obstétrica, se encontró en las mujeres comprendidas entre 20 y 30 años un 78.6% que aun no han parido, correspondiendo un 39.3% al grupo de edades entre 26-30 años, una de las explicaciones que se le da a este fenómeno es el intento de embarazo cada vez más tardío por la integración de la mujer a la vida laboral y estudiantil, así como por las responsabilidades directivas que le impiden su parto en edades más tempranas de la vida adulta, pero lo preocupante en este sentido es que ya estas mujeres quedan con una fertilidad comprometida por el hecho de solo quedar con una trompa disponible para el proceso del embarazo y que como mencionan muchos autores después de un embarazo ectópico, la posibilidad de que un

embarazo posterior sea intrauterino es de 50 a 80%, y la de embarazo tubario es de 10 a 25%.⁵

En nuestro país el embarazo ectópico continúa aportando casos que aumentan las cifras de muerte materna, se reporta que el embarazo ectópico complicado representa el 37 % de los casos. En los años del 2005 al 2007 (en un estudio realizado) el Embarazo Ectópico representó el 13,7 % de las muertes maternas. Esto guarda relación con los datos obtenidos en nuestro estudio donde el embarazo ectópico roto constituye el evento más frecuentemente encontrado.¹⁴

La sepsis vaginal en la mujer, con tratamientos incompletos, y recurrencias fue uno de los principales factores de riesgo en la aparición del embarazo ectópico en nuestro estudio coincidiendo con lo planteado por la literatura consultada, este según nuestro criterio es el tercer factor de riesgo modificable desde el área de salud. Realizando el pesquisaje adecuado dentro de la población en edad fértil y aplicando el tratamiento según la etiología encontrada se podrá disminuir la incidencia y recurrencia de la sepsis y de esta manera sus consecuencias a largo plazo.¹¹⁻¹⁴

Existe discrepancia entre los autores para considerar hasta que punto el dispositivo intrauterino puede influenciar en la incidencia del ectópico.¹² En el caso de los dispositivos intrauterinos, por tratarse de un cuerpo extraño colocado en la cavidad uterina, se produce una reacción inflamatoria a nivel local en el endometrio, que puede propagarse al resto de los órganos genitales con el consiguiente cambio en la morfo-fisiología de los mismos, e inducir afecciones pelvianas; esta infección generalmente se propaga o asciende en el momento de la inserción del dispositivo intrauterino y casi siempre hay asociadas infecciones cérvico-vaginales o de transmisión sexual no diagnosticada. Además constituye un obstáculo que se opone al transporte del huevo y a la nidación en el útero sin

impedir la ovulación y la fecundación, pudiendo conllevar a la nidación ectópica. La duración del uso del DIU incrementa 2,6 veces más el riesgo de sufrir embarazo ectópico, sobre todo cuando su uso es mayor de 2 años. Por tanto proponemos estimular en la población un mejor uso de la consulta de Planificación Familiar donde se negocie con la usuaria el método anticonceptivo apropiado para ella según sus características.¹⁴

Toda la literatura consultada coincide en que la localización más frecuente del (EE) es a nivel de las trompas de Falopio (Embarazo Ectópico tubárico) en el 95 al 98 % de los casos coincidiendo lo planteado con nuestros datos donde esta localización se reporta en el 90% de las pacientes operadas.

Aunque el tratamiento médico de un embarazo ectópico es preferido sobre las opciones quirúrgicas por una serie de razones, incluida la eliminación de la morbilidad de la cirugía y la anestesia, en nuestro medio sigue siendo una práctica común el tratamiento del ectópico por medio de la laparotomía exploratoria y según el lugar de la implantación, la salpingectomía. Otros autores plantean que la cirugía video endoscópica es un procedimiento quirúrgico más ventajoso que la conocida laparotomía, por la rápida recuperación e integración al trabajo, evolución más favorable y menor porcentaje de complicaciones posoperatorias. Dado que en nuestro hospital no contamos con este servicio, pensamos sería propicio continuar insistiendo, a las autoridades pertinentes, en la necesidad de reabrir el mismo. Esto favorecería el rápido tratamiento con un mínimo de complicaciones en nuestras pacientes.^{4, 15,16}

Evitar la mortalidad materna no solo requiere utilizar la alta tecnología, sino también del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la prevención, con apoyo de los medios de comunicación masiva, es decir la mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio riesgo reproductivo y obstétrico, para

así modificar conductas de riesgo que propicien la reducción de costos sanitarios.

17

CONCLUSIONES

El Embarazo Ectópico fue más frecuente en el grupo de edades de 26-30 años. Predominó la multiparidad en la historia obstétrica. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la Sepsis Vaginal y el uso de Dispositivos Intrauterinos. En la mayoría de los pacientes se presentó como forma clínica el EE roto. La localización anatómica más frecuente fue en ambas trompas. La salpingectomía fue la intervención quirúrgica que se realizó con mayor frecuencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 .Williams. Tratado de Obstétrica. 21^{ra} ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
2. Matos Quiala HA, Rodríguez Lara O, Estrada Sánchez G, Martínez Enfedaque M, Saap Nuño A, Osorio Rodríguez M, et al. Caracterización de embarazo Ectópico. Rev inf cient. 2008;58(2):1-9.
3. Cutié Bressler ML, Figueroa Mendoza M, Lestayo Dor ta C, Cubero Menéndez O. Embarazo Ectópico. Su comportamiento en los años 1989-1999. Rev Cub Obstet Ginecol. 2001;27(1): 5-11.
4. Capote Arce R, Carrillo Bermúdez L, Guzmán Parrado R, Varona J, Mohamed Abdelaziz M. Embarazo ectópico cervical: presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 Abr [citado 16 Nov 2010];33(1): Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100002&lng=es

5. Maternal Mortality in 2000. Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
6. Oliva Rodríguez JA. Temas de Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
7. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand [serie en Internet]. 2005 [citado May 2007];84(2):184-8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Display&dopt=pubmed_pubmed&from_uid=15683381
8. Cabezas Cruz E. Evolución de la mortalidad materna en Cuba. Rev Cubana Sal Públ [serie en Internet]. 2006 [citado 17 May 2008];32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100005&lng=es&nrm=iso
9. Anuario Estadístico de Salud en Cuba 2009. Disponible en: <http://translate.google.com/cu/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>
10. Anuario Estadístico de Salud en Cuba 2011. Disponible en: <http://translate.google.com/cu/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.sld.cu/servicios/estadisticas/>
11. Marrero Rodríguez EA, Kinde Pickasaca T, Peraza Méndez C. Embarazo ectópico intersticial. A propósito de un caso. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Eusebio Hernández". Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007;33(3).

12. Rojas Cárdenas J, Derarte PC. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Reporte de un caso. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 58(1);2007:65- 9.

13. Fernández Suárez Maribella, Hernández Cabrera Jesús, Molina Guerra Celia, Dávila Albuerne Bárbaro, Linares Meléndez Ricardo, Benavides García Sonia. Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 1996 Jun [citado 2012 Mar 19] ; 22(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1996000100002&lng=es.

14. Rodríguez Morales Yordanka, Altunaga Palacio Margarita. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2012 Mar 19] ; 36(1): 36-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100006&lng=es.

15. Clark L, Raymond S, Stanger J, Jackel G (1989). «Treatment of ectopic pregnancy with intraamniotic methotrexate--a case report». The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology 29 (1): pp. 84–5. doi:[10.1111/j.1479-828X.1989.tb02888.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.1989.tb02888.x). PMID [2562613](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2562613/).

Obtenido «http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Discusi%C3%B3n:Embarazo_ect%C3%B3pico&oldid=47936399»

16. Ricardo Ramírez JM, Cisneros Domínguez C, Rodríguez Rodríguez RD. Cirugía videoendoscópica y por laparotomía en el embarazo ectópico complicado [artículo en línea].MEDISAN

2009;13(6)<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san02609.htm>[consulta: 19/03/2012].

17. Sánchez Moreno A, Ramos García E, Marset Campos P. La participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud. En Martínez Navarro F, Araujo JM, Castellanos PL, Gili M. Salud Pública. La Habana: Ciencias Médicas;2009 p 317-33.

Anexos

Tabla 1. Frecuencia del Embarazo Ectópico por grupo de edades. Hospital Materno 10 de Octubre. 2011.

Grupo de edades	Número de casos	%
< 19	2	2.8%
20- 25	14	20%
26- 30	27	38.6%
31- 35	13	18.6%
36- 40	12	17.2%
>41	2	2.8%
Total	70	100%

Fuente: Historias Clínicas. Hospital Materno 10 de Octubre.

Tabla 2: Comportamiento del Embarazo Ectópico según la Historia Obstétrica. Hospital Materno 10 de Octubre. 2011.

Historia	0	%	1	%	+2	%	Total	%
----------	---	---	---	---	----	---	-------	---

Obstétrica								
Gestaciones	5	7.1%	17	24.3%	48	68.6%	70	100%
Abortos	17	24.3%	20	28.6%	33	47.1%	70	100%
Paridad	28	40%	24	34.3%	18	25.7%	70	100%

Fuente: Historias Clínicas. Hospital Materno 10 de Octubre.

Tabla 3: Comportamiento de factores de riesgo que inciden en el Embarazo Ectópico. Hospital Materno 10 de Octubre. 2011.

Factores de Riesgo	Número de Casos	%
Ectópico Anterior	3	4.3%
DIU	21	30%
Fumadora	9	12.9%
APP Infertilidad	12	17.1%
Sepsis vaginal	22	31.4%
EIP	10	14.3%

Fuente: Historias Clínicas. Hospital Materno 10 de Octubre.

Tabla 4: Frecuencia del Embarazo Ectópico según su forma clínica de presentación. Hospital Materno 10 de Octubre. 2011.

Clasificación del Embarazo Ectópico	Número de casos	%
Embarazo Ectópico no complicado	8	11,5%
Embarazo Ectópico Fisurado	12	17,1%
Embarazo Ectópico Roto	50	71,4%
Total	70	100%

Fuente: Historias Clínicas. Hospital Materno 10 de Octubre.

Tabla 5: Comportamiento del Embarazo Ectópico según su localización anatómica. Hospital Materno 10 de Octubre. 2011.

Localización del Embarazo Ectópico	Número de Casos	%
Trompa Derecha	31	44.3%
Trompa Izquierda	32	45.7%
Cuerno Derecha	2	2.9%
Cuerno Izquierda	1	1.4%
Fimbria Derecha	0	-
Fimbria Izquierda	2	2.9%
Ovario Derecha	1	1.4%
Ovario Izquierda	0	-
Abdominal	1	1.4%
Total	70	100%

Fuente: Historias Clínicas y Registro continuo de la actividad quirúrgica del Departamento de Estadística del Hospital Materno 10 de Octubre.

Tabla 6: Intervención quirúrgica realizada en el Embarazo Ectópico. Hospital Materno 10 de Octubre. 2011.

Tipo de Intervención Quirúrgica	Número de Casos	%
Salpingectomía	62	88.6%
Laparotomía	2	2.9%
Anexectomía + Salpingectomía	4	5.7%
Oforectomía Parcial	1	1.4%
Histerectomía	1	1.4%
Total	70	100%

Fuente: Historias Clínicas y Registro continuo de la actividad quirúrgica del Departamento de Estadística del Hospital Materno 10 de Octubre.