

## ARTÍCULO ORIGINAL

### ***Caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el Hospital Abel Santamaría, 2016-2017***

### ***Clinical-epidemiological characterization of ectopic pregnancy at Abel Santamaría Cuadrado General Teaching Hospital, 2016-2017***

**Emilio Yaser Pando Hernández<sup>1</sup>, Carlos Alfredo Milo Valdés<sup>2</sup>, Yaneisy Pérez Rosa<sup>3</sup>, Migdalia de las Mercedes Peña Abraham<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Estudiante de quinto año de Medicina. Alumno ayudante de Neurocirugía. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba. [emilio.pando@ucm.pri.sld.cu](mailto:emilio.pando@ucm.pri.sld.cu)

<sup>2</sup>Estudiante de cuarto año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba. [camv21129614@ucm.pri.sld.cu](mailto:camv21129614@ucm.pri.sld.cu)

<sup>3</sup>Estudiante de quinto año de Medicina. Alumna ayudante de Pediatría. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Pinar del Río. Cuba.

<sup>4</sup>Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer y Educación Médica Superior. Auxiliar. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Cuba. [eddymer@infomed.sld.cu](mailto:eddymer@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** el embarazo ectópico es la implantación del producto de la concepción fuera de la cavidad endometrial; es causa de gestorragia y responsable del 10 % de la mortalidad materna.

**Objetivo:** caracterizar clínica y epidemiológicamente el embarazo ectópico entre enero de 2016 y enero de 2017 en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado".

**Métodos:** se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva y transversal. El universo se constituyó con 62 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Abel Santamaría en el período de tiempo señalado, con diagnóstico confirmado de embarazo ectópico. Se revisaron registros estadísticos e historias clínicas, y se aplicó un modelo de registro de información.

**Resultados:** se constató que la mayor incidencia de embarazo ectópico está en el grupo etario entre los 15 y 25 años para un 47 %. Los factores de riesgo de mayor incidencia fueron los dispositivos intrauterinos en un 34 %. Los síntomas que con más frecuencia se presentaron fueron el dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas, en un 37 %. La técnica quirúrgica más utilizada fue la salpingectomía izquierda en un 39 % de los

casos. La infección en la herida y la infección urinaria fueron las complicaciones más frecuentes para un 32 % de los casos.

**Conclusiones:** en 5 de cada 10 mujeres se hizo el diagnóstico clínicamente. Se hace necesario la creación de nuevas formas y métodos para el manejo de los factores de riesgo de dicha condición, pues su incidencia se incrementa.

**DeCS:** EMBARAZO ECTÓPICO; FACTORES DE RIESGO; MORTALIDAD MATERNA.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** ectopic pregnancy is the implantation of the product of conception outside the endometrial cavity; it is a cause of management and responsible for 10% of maternal mortality.

**Objective:** to characterize ectopic pregnancy clinically and epidemiologically from January 2016 and January 2017 at Abel Santamaría Cuadrado General Teaching Hospital.

**Methods:** an observational, descriptive and cross-sectional research was carried out. The sample consisted of 62 patients treated at the Obstetrics and Gynecology service at Abel Santamaría Cuadrado General Teaching Hospital during the above mentioned period, with a confirmed diagnosis of ectopic pregnancy. Statistical records and clinical histories were reviewed, and a registration model to collect the information was applied.

**Results:** it was found that the highest incidence of ectopic pregnancy prevailed on the age group between 15 and 25 years old (47%). The risk factors with the highest incidence were intrauterine devices (34%). The most frequent symptoms were pelvic pain, menstrual delay and bloody losses (37%). The most used surgical technique was left salpingectomy in 39% of the cases. The infection in the wound and the urinary infection were the most frequent complications for 32% of the cases.

**Conclusions:** in 5 out of 10 women the diagnosis was clinically performed. It is necessary to create new ways and methods to manage the risk factors of this condition, since its incidence increases.

**DeCS:** ECTOPIC PREGNANCY; RISK FACTORS; MATERNAL MORTALITY.

---

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) es la implantación del blastocito en cualquier lugar fuera de la cavidad endometrial. Este es responsable de aproximadamente el 10 % de la mortalidad materna. La tasa global de concepción después de un embarazo ectópico varía de 60 a 80 %, en los embarazos subsiguientes el aborto espontáneo ocurre en una sexta parte de los casos, y aproximadamente una tercera parte son ectópicos recidivantes, sólo la otra tercera

parte nacerá viva.<sup>1</sup>

El embarazo ectópico se considera una gestorragia de la primera mitad del embarazo, pues el sangrado que ocurre es consecuencia de un trastorno o afección propia de la gestación. Constituye una de las tres grandes causas de muerte materna.<sup>2</sup>

La incidencia de embarazo ectópico en el mundo varía de 1:40 a 1:100 embarazos, ocurre en 0.5 a 2 % de todos los embarazos y su recurrencia es de 15-20 %.<sup>3</sup> En los EE.UU.<sup>4</sup> la incidencia de embarazo ectópico es de 1,5 – 2 %. Se presenta casi el doble en las mujeres de color de piel negra, y se reporta cuatro veces mayor riesgo de mortalidad en mujeres negras en relación con mujeres blancas.<sup>5</sup>

Los síntomas de embarazo ectópico a veces consisten en los mismos síntomas que produce un embarazo, como mamas sensibles o malestar estomacal. También puede presentarse con sangrado vaginal anormal que ocurre fuera de la fecha del período menstrual. Puede ser leve o intenso, el dolor abdominal o pélvico puede aparecer repentinamente y ser agudo, no es posible aliviarlo, o aparece y desaparece. Además, se puede presentar en un solo lado, la sangre desgarrada puede acumularse debajo del diafragma y producir dolor que se percibe en el hombro, pueden presentarse además mareos o desmayo.<sup>6</sup>

Los factores de riesgo incluyen cirugía tubárica anterior, antecedentes patológicos personales de embarazo ectópico, infecciones genitales previas, reproducción asistida, el hábito de fumar (el riesgo aumenta a mayor consumo de cigarros), la edad (aumenta por encima de 40 años), uso de dispositivo intrauterino (DIU), multiparidad, aborto espontáneo anterior y exposición de Dietilestilbestrol en el útero.<sup>7</sup>

En Cuba el embarazo ectópico continúa aportando casos que aumentan las cifras de muerte materna. Se reporta que en el período comprendido entre los años 1985 y 1991, del total de muertes maternas, el 33 % fue por hemorragia, y el primer lugar lo ocupó el embarazo ectópico complicado, representando el 37 % de este grupo.<sup>8</sup>

El embarazo ectópico abdominal es el segundo más raro después del cornual, a implantación abdominal es un reto para el ginecoobstetra debido a la escasa incidencia y experiencia que existe para su atención, los embarazos abdominales se clasifican como primarios o secundarios. La mayoría son secundarios como resultado de aborto o rotura de un embarazo tubárico temprano, con implantación secundaria en la cavidad peritoneal.<sup>9</sup>

El embarazo intraligamentario constituye una forma rara de embarazo ectópico y ocurre aproximadamente en 1 por cada 300 gestaciones ectópicas, suele deberse a penetración trofoblástica de un embarazo tubario a través de la serosa hasta el mesosalpinx, con implantación secundaria entre las hojas del ligamento ancho.<sup>10</sup>

La forma complicada de esta urgencia obstétrica sigue cobrando vidas por lo que aún es un problema no resuelto por el sistema de salud. Su diagnóstico se dificulta mucho y la ecografía sólo diagnostica el 60 % de los casos; el diagnóstico en estos casos es muy difícil, por cuanto, no se tiene una sintomatología clara como en un embarazo ectópico tubárico,

sin embargo, con una buena anamnesis es posible reconocer algunos antecedentes, que pueden de alguna manera orientar al diagnóstico, tales como: las infecciones pélvicas, anomalías congénitas, endometriosis, embarazos ectópicos previos, cirugías uterinas o tubáricas, reproducción asistida, fertilización in vitro, inducción de la ovulación y uso de dispositivos uterinos.<sup>11</sup>

Actualmente, con los avances de los medios complementarios se logra diagnosticar el EE tempranamente permitiendo la utilización de tratamientos médicos con el metrotexate, cloruro de potasio y mifepristona, así como la cirugía laparoscópica o cirugía de mínimo acceso con fines terapéuticos; siempre y cuando este no esté complicado.<sup>12</sup>

La presente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente el embarazo ectópico entre enero de 2016 y enero de 2017 en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado".

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", durante el período comprendido entre enero de 2016 y enero de 2017. El universo quedó conformado por 62 pacientes a las cuales se les confirmó el diagnóstico de EE durante el período de tiempo antes señalado.

La información se obtuvo a través de la revisión y análisis de las historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a intervención quirúrgica por embarazo ectópico. Como fuente primaria para la recolección de la información se utilizó la historia clínica, aportándonos los datos necesarios para el desarrollo de cada una de las variables en estudio. Los resultados obtenidos se analizaron a través de diferentes pruebas estadísticas, como: frecuencia absoluta y por ciento como medida resumen para todas las variables, utilizando la herramienta Microsoft Excel 2016.

Para desarrollar la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos no poniendo en evidencia ningún dato personal del paciente. Además, se contó con la aprobación del Comité de Ética y el Consejo Científico de la institución, se pidió autorización para la consulta de las historias clínicas. Se garantizó que los resultados de la investigación serían expuestos exclusivamente en marcos científico médicos con el objetivo de elevar la calidad de la atención médica a los pacientes. En la investigación que se realizó, los datos obtenidos se utilizaron con fines estrictamente científicos.

## **RESULTADOS**

Se pudo constatar que la mayor incidencia de embarazo ectópico está en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 25 años para un 47 %, viéndose más afectada la raza blanca.

**Tabla 1.** Distribución de frecuencias de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico según grupos de edades y raza. Hospital General Docente "Abel Santamaría", 2016–2017.

Grupos de edades	Raza						Total	
	Blanca		Negra		Mestiza			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>15-25</b>	22	35	4	6	3	5	29	47
<b>26-35</b>	12	19	3	5	5	8	20	32
<b>36-45</b>	7	11	3	5	3	5	13	21
<b>Total</b>	41	66	10	16	11	18	62	100

**Fuente:** historia clínica

En cuanto a los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, la mayor incidencia fue de los dispositivos intrauterinos en un 34 % de los casos.

**Tabla 2.** Distribución de los factores de riesgo según los grupos de edades.

Grupos de edades	Factores de riesgo												Total	
	CTA		T		ICT		EMA		M		DIU			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>15-25</b>	2	3	5	8	9	15	0	0	3	5	10	16	29	47
<b>26-35</b>	2	3	6	10	1	2	0	0	2	3	9	15	20	32
<b>36-45</b>	1	2	1	2	1	2	6	10	2	3	2	3	13	21
<b>Total</b>	5	8	12	19	11	18	6	10	7	11	21	34	62	100

**Fuente:** historia clínica

CTA: Cirugía tubárica anterior, T: Tabaquismo, ICT: Infección por Chlamydia Trachomatis, EMA: Edad Materna Avanzada, M: Multiparidad, DIU: Dispositivo Intrauterino.

En cuanto a los síntomas que con mayor frecuencia se presentaron en las pacientes se encontraron el dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas, en un 37 % de los casos.

**Tabla 3.** Distribución de frecuencias de los síntomas más frecuentes que constituyen el motivo de consulta para las pacientes con embarazo ectópico.

Síntomas	No.	%
Dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas	23	37
Dolor pélvico y retraso menstrual	18	29
Dolor pélvico y pérdidas sanguinolentas	6	10
Síntomas de embarazo	8	13
Dolor pélvico	5	8
Lipotimia	2	3
Total	62	100

**Fuente:** historia clínica

La técnica quirúrgica más utilizada fue la salpingectomía izquierda en un 39 % de los casos operados por embarazo ectópico.

**Tabla 4.** Distribución de las técnicas quirúrgicas más usadas según los grupos de edad.

Grupos de edades	Técnicas quirúrgicas						Total	
	SI		SD		SB		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
<b>15-25</b>	9	15	10	16	10	16	29	47
<b>26-35</b>	10	16	6	10	4	6	20	32
<b>36-45</b>	5	8	5	8	3	5	13	21
<b>Total</b>	24	39	21	34	17	27	62	100

**Fuente:** historia clínica

SI: Salpingectomía Izquierda, SD: Salpingectomía Derecha, SB: Salpingectomía Bilateral.

La infección en la herida y la infección urinaria fueron las complicaciones más frecuentes para un 32 % de los casos.

**Tabla 5.** Distribución de frecuencias según tipo de complicación más frecuentes que afectan a las pacientes diagnosticada con embarazo ectópico.

Tipo de Complicación	No.	%
Anemia	11	18
Shock hipovolémico	2	3
Infección de la herida	20	32
Infección urinaria	20	32
Íleo paralítico	7	11
Total	62	100

**Fuente:** historia clínica

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es aquél en el que el óvulo fertilizado se implanta en el tejido fuera del útero. El sitio más común es en la trompa de Falopio. Sin embargo, los embarazos ectópicos se pueden producir en el ovario, en el abdomen y en la parte inferior del útero (cuello uterino).<sup>7</sup>

Se pudo constatar, en la presente investigación, que la mayor incidencia de embarazo ectópico está en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 25 años para un 47 %, viéndose más afectada la raza blanca. Respecto a las edades de presentación del EE, Cabezas Cruz<sup>3</sup> señala que la edad por sí sola no es un factor determinante pero que, a más años vividos, hay más posibilidades de presentar alguno o algunos de los factores ligados con la aparición de la entidad. El envejecimiento genera pérdida progresiva de la actividad mioeléctrica a lo largo de la trompa de Falopio, lo que podría explicar el aumento de la frecuencia de embarazo tubario en las mujeres perimenopáusicas, unido a los cambios hormonales propios de esta etapa de la vida reproductiva que también tienen efecto sobre la actividad tubárica.

Urrutia et al.<sup>13</sup> encontraron en un estudio con mujeres chilenas, que el promedio de edad de los casos de EE fue de 29,4 años, Núñez y Mármol<sup>14</sup> reportaron resultados similares a los reportados en la presente investigación, con la mayor incidencia de EE en pacientes menores de 25 años; Balestena<sup>15</sup> en su estudio encontró que el 73,75 % de los EE fueron en pacientes entre 20 y 29 años de edad. Así mismo, Fernández Suárez<sup>16</sup> concluyen que es una entidad propia de la mujer en las mejores condiciones de su vida reproductiva.

En estudio realizado por Rivero Ramos<sup>12</sup>, en el año 2012, el EE se presentó con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, al ser similar para ambos grupos con una media de 25,43

años en el grupo casos y 24,61 en grupo control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

En cuanto a los factores de riesgo asociados al embarazo ectópico, la mayor incidencia fue de los dispositivos intrauterinos con un 34 %.

El uso del DIU es señalado por la prevención de estos sobre el embarazo intrauterino y sin efecto alguno sobre la implantación intrauterina. Balasch<sup>11</sup> encontró que entre 9 y 17 % de los embarazos en mujeres portadoras de DIU son ectópicos. Tahmina<sup>4</sup> halló en su casuística como valor más significativo y relevante, el uso de DIU con un valor de 0,63; pero también señala que hay discrepancia entre los autores para considerar hasta qué punto el DIU puede influenciar en la incidencia del ectópico.

Se reconoce que el dolor abdominal es uno de los síntomas más frecuentes en las pacientes que sufren de embarazo ectópico. En esta investigación los síntomas más frecuentes que motivaron la consulta de los pacientes afectados fueron el dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas. Según el estudio "Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecobstétrico" similar al presente, la principal manifestación clínica encontrada fue el dolor pélvico, en un 98,9 %.<sup>10</sup>

Aqueela Ayaz et al.<sup>9</sup> reportaron un predominio de la amenorrea (93,2 %), seguido de dolor abdominal (88,6 %) y malestar abdominal (86 %).

Los síntomas más frecuentes reportados en las pacientes que sufren de embarazo ectópico son los siguientes: retraso menstrual, síntomas subjetivos de embarazo y la presencia en un gran número de casos de dolor abdominal y manchas de sangre de color oscuro. Los signos que pueden encontrarse son: dolor abdominal a la palpación, reacción peritoneal, tacto vaginal donde se describe la presencia de masa tumoral anexial y dolor a la movilización de los genitales.<sup>17</sup>

La técnica quirúrgica más utilizada ante la presentación de embarazo ectópico fue la salpingectomía izquierda, seguida de la salpingectomía derecha y salpingectomía bilateral. En la investigación "Manejo del embarazo ectópico", la salpingectomía derecha fue la técnica quirúrgica que más se realizó, con una prevalencia de 358 pacientes, lo que representó el 80 % de los casos, seguido de la salpingectomía derecha con 51 casos para un 11,4 %.<sup>8</sup>

Respecto a la técnica quirúrgica más utilizada, los autores de esta investigación apoyan totalmente la teoría de realizar salpingectomía parcial bilateral en toda paciente con EE y maternidad satisfecha, por el riesgo elevado que tiene de repetirse en estas pacientes, ya que generalmente el daño tubario es bilateral. Oliva<sup>7</sup> encontró que en el EE tubario el tratamiento destinado a conservar la trompa, solo puede ser realizado cuando este es diagnosticado de una manera segura y rápida; mientras más temprano sea el diagnóstico, mayor la posibilidad de conservar la trompa funcionando.

Silva Solovera citado por Moya Toneut<sup>6</sup> señala que cuando se realiza salpingectomía en pacientes sin antecedentes de cirugía previa y trompa contralateral normal, la incidencia de

embarazo intrauterino es de aproximadamente un 75 a 81 % comparado con un 36 % cuando existe el antecedente de cirugía previa o una trompa contralateral macroscópicamente dañada, con tasas de recurrencia de 10 % y 18 % respectivamente, esto indica la importancia de mirar el aspecto de la trompa contralateral y ponderar los antecedentes de la paciente para darle cifras más concretas de fertilidad futura una vez terminada la intervención.

La infección en la herida y la infección urinaria fueron las complicaciones más frecuentes, en las pacientes del estudio realizado. En el 2004 se diagnosticó el 58,4 % de los EE en su forma no complicada, o sea, sin fisura ni rotura de la trompa uterina, pero a partir del 2005 comenzó a aumentar el número de ellos en su forma complicada, es decir, con hemoperitoneo (57,2 %), hasta llegar al 71 % en el 2007, aumentando así el porcentaje de EE complicado, lo que es preocupante pues, aunque no hubo muertes en los casos estudiados, es la forma clínica que eleva la mortalidad.<sup>5</sup>

Virelles Pacheco et al.<sup>5</sup> ha citado que las muertes en relación con embarazos ectópicos deben ocurrir sólo ante consultas muy tardías de la mujer, pues con una buena organización del servicio se logra un diagnóstico correcto y sin riesgos para la paciente. En estudio realizado en el año 2016<sup>1</sup> las complicaciones presentadas por las pacientes estudiadas fueron: anemia 54,4 %, shock hipovolémico 15,3 %, infección de la herida 9,5 %, infección urinaria 6,1 %, íleo paralítico 2,7 %. No se registró en esta serie ninguna muerte materna por embarazo ectópico.

Se concluye que los síntomas más frecuentes que constituyen el motivo de consulta de los pacientes afectados por embarazo ectópico fueron el dolor pélvico, retraso menstrual y pérdidas sanguinolentas, con antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria. Se presenta de manera complicada en la mayoría, y la tuba más afectada es la izquierda. Se hace necesario la creación de nuevas formas y métodos para el manejo de los factores de riesgo de dicha condición, ya que cada vez son más jóvenes las pacientes que presenta embarazo ectópico. En 5 de cada 10 mujeres se hizo el diagnóstico clínicamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simsek Y, Ay MO. Analysis of ectopic pregnancies admitted to emergency department. Turk J Emerg Med [Internet]. 2016 [citado 12 enero 2017]; 15(4): 151-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882212/>.
2. Rivero Ramos AC, Santaya Piñeiro M, Bermudez Balado A, López Espinosa N, Pérez Valdez MC, García Martínez O. Factores que influyen en los criterios de transfusión de glóbulos en el embarazo ectópico complicado. Mediciego [Internet]. 2012 Nov [citado 12 enero 2017]; 18(Supl-2): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18\\_supl2\\_2012/articulos/t-4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/articulos/t-4.html)
3. Cabezas Cruz E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 Oct-Dic [citado 12 enero 2017]; 39(4): 314-5. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2013000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
4. Tahmina S, Daniel M, Solomon P. Clinical analysis of ectopic pregnancies in a

- tertiary care centre in Southern India: a six-year retrospective study. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2015 [citado 15 Oct 2016]; 10(10):QC13-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121740/>.
5. Virelles Pacheco A, Bonet Fonseca R, Santiesteban R. Factores relacionados con el embarazo ectópico. *Rev Med Multimed* [Internet]. 2017; [citado 14 abril 2017]; 21 (2). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/486/785>.
  6. Moya Toneut Carlos, Pino Pérez Felipe Vladimir, Borges Fernández Robinson, Aguiar Delgado Roberto, Olano Trujillo Yordanka, Espinosa Fuentes Mirdo Luis. Comportamiento del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Dic 08]; 39(3): 236-248. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es).
  7. Oliva Rodríguez JA. Embarazo Ectópico. En: Oliva Rodríguez JA. *Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 321-31.
  8. Altunaga Palacio M, Rodríguez Morales Y, Lugones Botell M. Manejo del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 oct-dic [citado 12 enero 2017]; 37(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400008)
  9. Aqueela Ayaz, Sameh Emam, Mian Usman Farooq. Clinical course of ectopic pregnancy: A single-center experience. *J Hum Reprod Sci*. 2013 Jan-Mar; 6(1): 70-73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713582/>
  10. Casanova Carrillo C. Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 12 enero 2017]; 19(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192003000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300003&lng=es)
  11. Balasch Cortina J. Embarazo Ectópico Cervical. Caso 33. En: *Serie Salvat de Casos Clínicos. Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Editorial Salvat; 2009. p. 191-5.
  12. Chirino Acosta P, Sarmiento Vitón A, González Linares M, Cabrera Rumayor A, Soto Paez N. Embarazo ectópico abdominal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río* [Internet]. 2015 [citado 2017 Dic 08]; 19(3): 540-548. Disponible en: [http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2036/html\\_8\\_2](http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2036/html_8_2)
  13. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stuyen L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev chil obstet ginecol*. 2007; 72(3). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262007000300004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000300004).
  14. Núñez J, Mármol L. Embarazo ectópico en el Hospital Manuel Noriega Trigo. *Rev Obstet Ginecol Ven*. 2016; 56(1): 7-12.
  15. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera O. Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet] 2002 dic [citado 12

enero 2017]; 28(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000300004&lng=es)

16. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuérne B, Linares Meléndez R, Benavides García S. Embarazo Ectópico: Correlación de algunos factores. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1996 Ene-jun; 22(1): 5-10. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1996000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1996000100002).