

Artículo Original

Caracterización de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en Santiago de Cuba

Characterization of patients diagnosed with ectopic pregnancy in Santiago de Cuba

Roberto Michael Blanco-Alvarez¹  , Sonia Haila Carbonell-Labadie¹ , Christian Cascaret-Cardona¹ , Ariadna García-Savigne¹ 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No. 1. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el embarazo ectópico es el resultado de una alteración en la fisiología reproductiva que permite la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Es una de las tres principales causas de muerte materna.

Objetivo: caracterizar a las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en Santiago de Cuba entre 2018 y 2019.

Método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Provincial Saturnino Lora, Santiago de Cuba, de enero de 2018 a diciembre de 2019. Universo constituido por 245 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y muestra de 229 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: predominó el grupo etarios de 26 a 35 años (63,1 %). El 55,5 % de las pacientes refirió partos anteriores, y el 97,4 % fueron ingresadas en el servicio de Cirugía General. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor bajo vientre (65,1 %), y la impresión diagnóstica que predominó fue el embarazo ectópico (52,4 %) y el embarazo ectópico roto (21,8 %). Se observó un predominio de la salpingectomía izquierda (46,3 %) como tratamiento.

Conclusiones: las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico se encontraban entre los 26 y 35 años, con antecedentes obstétricos de partos previos. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor bajo vientre. En la mayoría de las pacientes la impresión diagnóstica inicial coincidió con el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico, y la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia fue la salpingectomía izquierda.

Palabras- clave: Embarazo Ectópico; Mortalidad Materna; Blastocisto; Procedimiento Quirúrgico; Salpingectomía.

ABSTRACT

Introduction: ectopic pregnancy is the result of an alteration in reproductive physiology that allows implantation of the blastocyst outside the endometrial cavity. It is one of the three leading causes of maternal death.

Objective: to characterize the patients diagnosed with ectopic pregnancy in Santiago de Cuba between 2018 and 2019.

Method: observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study at the Saturnino Lora Provincial Hospital, Santiago de Cuba, from January 2018 to December 2019. Universe made up of 245 patients with a diagnosis of ectopic pregnancy and a sample of 229 patients who met the criteria. of inclusion and exclusion. Descriptive and inferential statistics were used.

Results: the age group from 26 to 35 years (63,1 %) predominated. 55,5 % of the patients reported previous deliveries, and 97,4 % were admitted to the General Surgery service. The most frequent reason for consultation was lower abdominal pain (65,1 %), and the predominant diagnostic impression was ectopic pregnancy (52,4 %) and ruptured ectopic pregnancy (21,8 %). A predominance of left salpingectomy (46,3 %) as treatment was observed.

Conclusions: the patients with a diagnosis of ectopic pregnancy were between the ages of 26 and 35, with an obstetric history of previous deliveries. The most frequent reason for consultation was lower abdominal pain. In most of the patients, the initial diagnostic impression coincided with the definitive diagnosis of ectopic pregnancy, and the most frequently performed surgical intervention was left salpingectomy.

Keywords: Ectopic Pregnancy; Maternal Mortality; Blastocyst; Surgical Procedure; Salpingectomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es el resultado de una alteración en la fisiología reproductiva que permite la implantación del blastocisto fuera de la cavidad

Citar como: Blanco-Alvarez RM, Carbonell-Labadie SH, Cascaret-Cardona Ch, García-Savigne A. Caracterización de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en Santiago de Cuba. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023 [citado Fecha de acceso]; 19:e947. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/947>

DOI: 10.5281/zenodo.8388144

Recibido: 24-03-2023

Aceptado: 24-07-2023

Publicado: 28-09-2023

Editor: Univ. Angel Echevarria Cruz 

Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Pinar del Río, Cuba.

Revisor: Univ. Adrián Alejandro Vitón-Castillo  Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna”. Pinar del Río, Cuba

© 2023 Autor(es). Este es un artículo en acceso abierto, distribuido bajo los términos de una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio siempre que la obra original sea correctamente citada.



endometrial. Tiene una incidencia reportada en los Estados Unidos de 6,4 por 1,000 embarazos, un número que aumenta a medida que aumenta la edad materna.⁽¹⁾

Se considera una gestorragia de la primera mitad del embarazo, ya que el sangrado que se produce es consecuencia de un trastorno o condición propia del embarazo. El embarazo ectópico es una de las tres principales causas de muerte materna, y la mortalidad por esta causa aumenta cuando se presenta en pacientes de bajo nivel socioeconómico o en países subdesarrollados con dificultades para acceder a los servicios de salud.⁽²⁾

Los cambios en las prácticas sexuales, el consiguiente aumento de la incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria, así como la mayor aplicación de técnicas de reproducción asistida son, entre otras, las causas del aumento de la incidencia de embarazo ectópico en las últimas décadas. En los países desarrollados, la mortalidad asociada al embarazo ectópico ha disminuido a nivel mundial, pero sigue siendo la principal causa de muerte en el primer trimestre del embarazo. El diagnóstico precoz del embarazo ectópico es fundamental para prevenir el sangrado severo, que es la causa del 90 % de las muertes maternas, asociado a ectopia y disminución de la tasa de fertilidad.⁽³⁾

Actualmente, no existe un modelo clínico con significación estadística que pueda predecir de manera confiable la existencia de un embarazo ectópico, debido a que es una entidad que en ocasiones presenta un diagnóstico muy difícil debido al amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con choque hemodinámico. Una de las presentaciones más comunes incluye uno o todos los elementos de la tríada clásica: dolor abdominal, sangrado vaginal anormal y masa anexial palpable; pero no siempre es esta su forma de presentación, de ahí el reto para el ginecólogo: realizar un diagnóstico clínico precoz y certero antes de que se complique, para evitar o minimizar la morbimortalidad asociada a este embarazo.⁽⁴⁾

La mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa uterina, pero otras ubicaciones posibles incluyen: cervical, intersticial, cornual, cicatriz de cesárea, ovario, abdominal. Además, en casos raros puede ser heterotópica en la que coexisten un embarazo intrauterino y otro extrauterino.⁽⁵⁾

Se han identificado varios factores de riesgo que contribuyen al desarrollo del embarazo ectópico; la edad avanzada, el tabaquismo y el consumo de alcohol se mencionan en la literatura como factores de riesgo demográficos y de estilo de vida. Entre los 20 y 30 años existe una mayor prevalencia de embarazos extrauterinos debido a los cambios anatómicos y funcionales que sufren las trompas uterinas, el inicio temprano de su vida sexual y la exposición a infecciones de transmisión sexual. El tabaquismo reciente o prolongado está estrechamente relacionado, ya que los efectos nocivos de la nicotina alteran la motilidad del blastocisto, retrasan el transporte embrionario antes de la implantación y afectan la renovación de las células epiteliales tubáricas.⁽⁶⁾

Mientras que el consumo excesivo de alcohol disminuye la contracción espontánea de las trompas. Los antecedentes médicos personales, como infecciones genitales, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía abdominal inferior, esterilización quirúrgica o aborto, también son factores de riesgo importantes. Las infecciones genitales secundarias a clamidia, gonorrea y otras bacterias causantes de la enfermedad pélvica inflamatoria provocan daño tubárico, interfiriendo en la captura y migración del óvulo y espermatozoide, y se sabe que la cirugía tubárica o abdominopélvica previa aumenta hasta seis veces el riesgo de desarrollar un embarazo ectópico.⁽⁷⁾

En Cuba la mortalidad materna por causas directas e indirectas ocupó en el 2021 una tasa de 176,6 por cada 100 000 nacidos vivos. Específicamente, la mortalidad por embarazo ectópico ocupó una tasa de 3,0 por cada 100 000 nacidos vivos, superior a las tasas de los años 2020 y 2019.⁽⁸⁾

Conocer las características de las pacientes que desarrollan embarazo ectópico es de vital importancia, teniendo en cuenta que constituye una afección potencialmente mortal que se presenta con frecuencia tanto en la atención primaria de salud como en el medio hospitalario, donde se deben identificar eficientemente los factores de riesgo y la sintomatología asociada, para poder realizar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Por todo lo anteriormente expuesto, la presente investigación se desarrolló con el objetivo de caracterizar a las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en Santiago de Cuba entre 2018 y 2019.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Saturnino Lora, en Santiago de Cuba, en el período comprendido entre enero de 2018 a diciembre de 2019.

El universo estuvo constituido por los 245 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y la muestra por 229 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, las cuales se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico intencional por criterios de inclusión, exclusión y salida. Se incluyeron en el estudio a las pacientes mayores de 18 años tratadas en el centro donde se realizó el estudio. Se excluyeron las pacientes cuyas historias clínicas contaran con información incompleta para las variables de interés.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas (fuente secundaria) mediante un modelo de recolección de datos elaborado por los autores previa revisión de la literatura científica más actualizada disponible sobre el tema (fuente primaria). Se estudiaron las variables: edad, antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos, servicio de ingreso hospitalario, motivo de consulta, impresión diagnóstica inicial e intervención quirúrgica realizada.

Se creó una base de datos a partir de la información recolectada. Para el procesamiento estadístico se exportaron los datos al Software SPSS versión 25.0 para Windows. El resto de las variables fueron representadas como frecuencias absolutas, relativas y porcentajes.

La investigación fue aprobada por el comité de ética de la institución donde se desarrolló. Toda la información obtenida se utilizó únicamente con fines científicos y se tuvo en cuenta los principios éticos dictados en la II Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La edad media fue de 31,2 años (desviación estándar: 4,9 años; mínimo: 18 años; máximo: 41 años). Entre los grupos etarios existió un predominio de las pacientes entre 26 y 35 años (63,1 %). En cuanto a los antecedentes patológicos personales, el 31 % de la muestra no presentaba comorbilidades, mientras que el 27,9 % tenía antecedentes de enfermedades ginecológicas, y solo el 5,2 % había tenido un embarazo ectópico previo (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes con embarazo ectópico según grupo etario y antecedentes patológicos personales, Hospital Provincial Saturnino Lora, Santiago de Cuba, enero de 2018-diciembre de 2019

Antecedentes patológicos personales	Grupo etario			Total
	18 a 25 años	26 a 35 años	Mayor de 35 años	
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	
Ninguno	4 (11,1)	58 (40)	9 (18,8)	71 (31)
Enfermedad ginecológica previa	21 (58,3)	13 (9)	30 (62,5)	64 (27,9)
Asma bronquial	11 (30,6)	30 (20,7)	0 (0)	41 (17,9)
Diabetes mellitus tipo 2	0 (0)	14 (9,7)	0 (0)	14 (6,1)
Embarazo ectópico previo	0 (0)	4 (2,8)	8 (16,7)	12 (5,2)
Hipertensión arterial	0 (0)	11 (7,6)	0 (0)	11 (4,8)
Hipertiroidismo	0 (0)	7 (4,8)	0 (0)	7 (3,1)
Diabetes mellitus tipo 1	0 (0)	5 (3,4)	0 (0)	5 (2,2)
Alteraciones inespecíficas de la coagulación	0 (0)	3 (2,1)	1 (2,1)	4 (1,7)
Total	36 (100)	145 (100)	48 (100)	229 (100)

En cuanto a los antecedentes obstétricos, 127 pacientes (55,5 %) habían tenido partos anteriores, mientras que 84 pacientes (36,7 %) presentaron el antecedente de abortos, y 18 pacientes (7,9 %) el de operaciones en hemiabdomen inferior (figura 1).

Se identificó que el 97,4 % de las pacientes fueron ingresadas en el servicio de Cirugía General, mientras que el resto fueron ingresadas en los servicios de Cuidados Intensivos (1,3 %), Cuidados Intermedios (0,4 %), Cardiología (0,4 %) y Medicina Interna (0,4 %) (tabla 2).

El motivo de consulta más frecuente por el que acudieron los pacientes al centro hospitalario resultó ser el dolor bajo vientre (65,1 %). Otros síntomas que predominaron en cuanto a su frecuencia fueron el dolor en fosa ilíaca derecha (11,4 %) y el dolor en fosa ilíaca izquierda (8,7 %). Solo 5 pacientes (2,2 %) acudieron refiriendo fiebre o retraso menstrual como motivo principal de la consulta (tabla 3).

La impresión diagnóstica más frecuente fue el embarazo ectópico (52,4 %), seguida del embarazo ectópico roto (21,8 %), donde en el 74,2 % de los pacientes la impresión diagnóstica correspondió con el diagnóstico definitivo. Otras impresiones diagnósticas que resultaron frecuentes fueron el folículo hemorrágico (7 %), la enfermedad inflamatoria pélvica complicada (5,7 %) y la apendicitis aguda (4,8 %) (tabla 4).

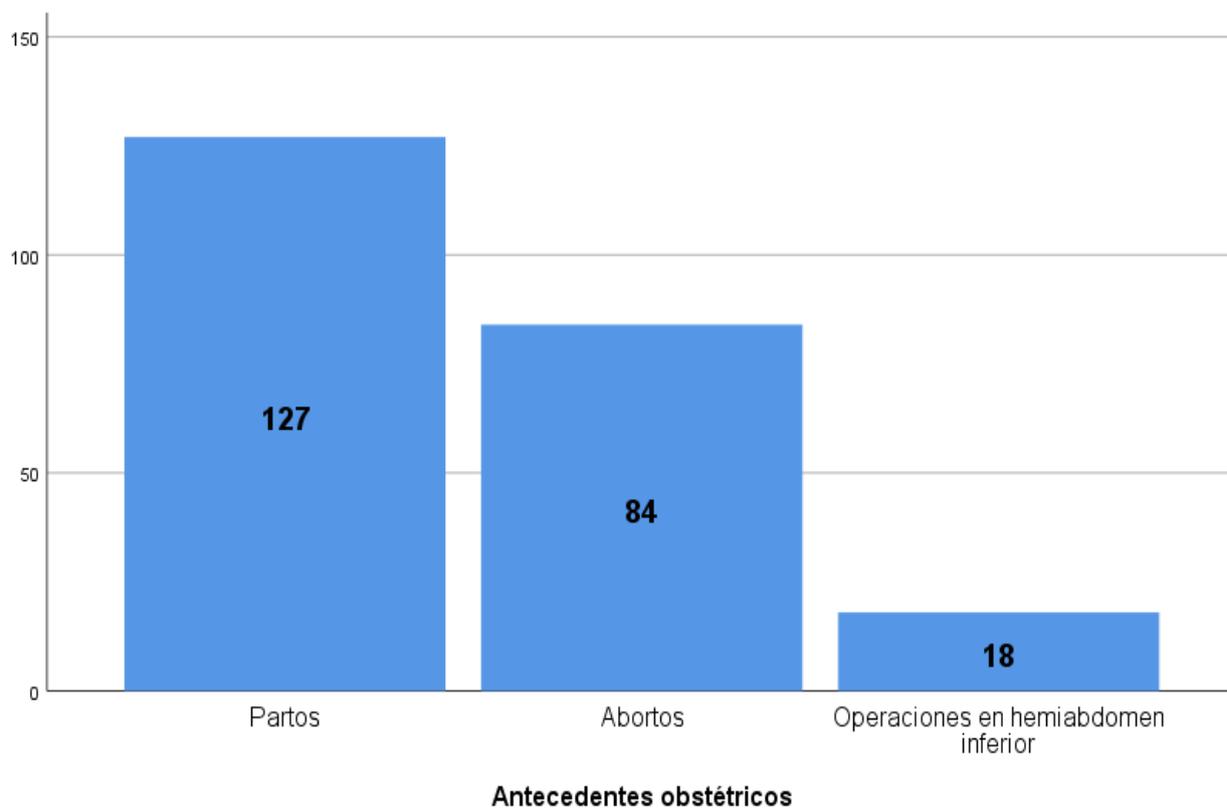


Figura 1. Distribución de pacientes según antecedentes obstétricos

Tabla 2. Distribución de pacientes según servicio de ingreso hospitalario

Servicio	No.	%
Cirugía General	223	97,4
Terapia Intensiva	3	1,3
Terapia Intermedia	1	0,4
Cardiología	1	0,4
Medicina Interna	1	0,4
Total	229	100

Tabla 3. Distribución de pacientes según motivo de consulta

Motivo de consulta	No.	%
Dolor bajo vientre	149	65,1
Dolor en fosa ilíaca derecha	26	11,4
Dolor en fosa ilíaca izquierda	20	8,7
Dolor abdominal	17	7,4
Amenorrea	7	3,1
Fiebre	5	2,2
Retraso menstrual	5	2,2
Total	229	100

Tabla 4. Distribución de pacientes según impresión diagnóstica inicial

Impresión diagnóstica	No.	%
Embarazo ectópico	120	52,4
Embarazo ectópico roto	50	21,8
Folículo hemorrágico	16	7
Enfermedad inflamatoria pélvica complicada	13	5,7
Apendicitis aguda	11	4,8
Hemoperitoneo de causa ginecológica	8	3,5
Absceso del fondo del saco de Douglas	6	2,6
Absceso tuboovárico complicado	2	0,9
Quiste de ovario complicado	3	1,3
Total	229	100

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas realizadas, se observó un predominio de la salpingectomía izquierda (46,3 %), seguido de la salpingectomía derecha (15,7 %), la anexectomía derecha (13,1 %) y la anexectomía izquierda (7,4 %). Solo el 1,3 % de las pacientes tuvo que ser sometida a histerectomía total (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes según intervención quirúrgica realizada

Intervención quirúrgica	No.	%
Salpingectomía izquierda	106	46,3
Salpingectomía derecha	36	15,7
Anexectomía derecha	30	13,1
Anexectomía izquierda	17	7,4
Resección en cuña del ovario derecho	17	7,4
Salpingectomía bilateral	12	5,2
Resección en cuña del ovario izquierdo	8	3,5
Histerectomía total	3	1,3
Total	229	100

DISCUSIÓN

En el presente estudio se describen las características de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en Santiago de Cuba.

Los resultados acerca de la edad media y rango de edad predominante obtenidos en esta investigación, no coinciden con los descritos por Hernández *et al.*⁽⁹⁾, quien en un análisis de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado entre 2016 y 2017 obtuvo que el grupo etario más frecuente fue de 15 a 25 años. Por otra parte, Garlobo *et al.*⁽¹⁰⁾ en su estudio sobre las características de las pacientes operadas de embarazo ectópico en el servicio de Ginecología del Hospital General Docente Orlando Pantoja Tamayo en el año 2019 describió que su muestra se encontraba en el grupo de edad de 20 a 29 años. Ambos estudios presentaron como limitación, a entender de los autores, la no descripción de la edad media de las muestras, así como tampoco la edad mínima ni la edad máxima.

Se conoce que las edades reproductivas extremas son factores de riesgo para el desarrollo de embarazos ectópicos, ya que el sistema reproductor inmaduro puede ser causa de la implantación aberrante del blastocito, así como también la disminución del moco uterino y los trastornos hormonales presentes en las mujeres al final de la edad reproductiva.⁽¹¹⁾

En esta investigación existió predominio en la muestra de las pacientes que no presentaban comorbilidades, aunque sí antecedentes de enfermedades ginecológicas. Estas, en especial las infecciosas, tienen un papel fundamental en la fisiopatología del embarazo ectópico. Las alteraciones en la anatomía de las trompas de

Falopio y el útero explican perfectamente la implantación anómala del embrión fuera del endometrio.⁽¹²⁾ Fong-Pantoja et al.⁽¹³⁾ en un análisis de la morbilidad materna por las principales complicaciones obstétricas identificadas en la bibliografía encontró a las hemorragias posparto, el embarazo ectópico, aborto, embolismo de líquido amniótico, la eclampsia y la sepsis.

Davenport et al.⁽¹⁴⁾ en su trabajo aborda parte de la fisiopatología del embarazo ectópico, y explica que este se ve con mucha más frecuencia (entre 5 y 8 veces más) en pacientes con antecedentes de aborto e intervenciones quirúrgicas ginecológicas y de hemiabdomen inferior. Además, Relova et al.⁽²⁾ describe que, entre 86 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, predominó como antecedente obstétrico el parto, el aborto y las operaciones de hemiabdomen inferior en ese orden, lo cual coincide con lo reportado en la presente investigación.

En este trabajo se observó además que la mayoría de las pacientes fueron ingresadas en el servicio de Cirugía General, mientras que el resto fueron ingresadas en los servicios de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios, Cardiología y Medicina Interna. Se conoce que el embarazo ectópico constituye una entidad clínica que precisa un abordaje quirúrgico, y en hospitales generales (no así en los gineco-obstétricos) la atención a estas pacientes se lleva a cabo por los cirujanos generales, aunque los gineco-obstetras también están capacitados para el abordaje de estos pacientes como una de las gestorragias del primer trimestre. Los autores consideran que las pacientes ingresadas fuera del servicio de Cirugía General fueron casos complicados o con comorbilidades descompensadas que requirieron la atención de otras especialidades.

El motivo de consulta más frecuente por el que acudieron los pacientes al centro hospitalario resultó ser el dolor bajo vientre, seguido del dolor en fosa ilíaca derecha y el dolor en fosa ilíaca izquierda. En este sentido, varios autores han reportado resultados heterogéneos como motivo principal de consulta o manifestación clínica predominante. Garlobo et al.⁽¹⁰⁾ también identificó al dolor bajo vientre como la presentación más frecuente, al igual que Relova et al.⁽²⁾ Sin embargo, otros autores como Franco Andrade⁽¹⁵⁾ y Hendriks et al.⁽¹⁶⁾ describen como manifestaciones clínicas predominantes más frecuentes el vómito, sangramiento vaginal y tumoración anexial.

El motivo de la variación de los resultados reportados por diferentes autores no queda claro, pero se podría inferir que el sangrado vaginal, el vómito y la tumoración anexial en la gran mayoría de los casos vienen acompañado de dolor abdominal, habitualmente en el hemiabdomen inferior, que puede incluso localizarse con mucha frecuencia en una de las fosas ilíacas y ser confundidos con cuadros inflamatorios digestivos como apendicitis y diverticulitis agudas.

En la muestra estudiada, las impresiones diagnósticas más frecuentes fueron el embarazo ectópico y el embarazo ectópico roto, por lo que se puede afirmar que existió una sospecha diagnóstica efectiva al tratarse de una enfermedad relativamente difícil de diagnosticar por la gran variedad de manifestaciones clínicas que puede presentar y a la vez confundirse con otras entidades. Otras impresiones diagnósticas que resultaron frecuentes fueron el folículo hemorrágico, la enfermedad inflamatoria pélvica complicada y la apendicitis aguda, lo cual constituyó un resultado esperado por la asociación con los motivos de consulta más frecuentes y porque además así se describe en la literatura.⁽¹⁷⁾

La confusión de cuadros inflamatorios intestinales con embarazo ectópico no es infrecuente, ya que el síndrome peritoneal se puede comportar de manera muy similar en ambas entidades nosológicas. Además, en ocasiones el embarazo ectópico cursa como un hemoperitoneo que, por la gran reacción peritoneal cursa con irritabilidad de toda el área abdominal anterior, que puede llegar hasta un abdomen en tabla y por tanto ser confundido con cuadros perforativos e inflamatorios viscerales. En estos casos, el uso de los medios diagnósticos como la ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada adquieren importancia, ya que permiten descartar algunas entidades e identificar muchas otras como el embarazo ectópico.⁽¹⁸⁾

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas realizadas, se observó un predominio de la salpingectomía izquierda, aunque también con frecuencia se observó la anexectomía. La elección de la intervención a realizar se relaciona en gran medida con la localización del embarazo.⁽¹⁹⁾ Así, los embarazos ectópicos tubáricos, que son los más frecuentes, son sometidos a salpingectomía unilateral, conservando así la capacidad reproductiva de la paciente. Estos resultados coinciden con lo reportado por Stabile et al.⁽²⁰⁾, quien sugiere además la realización de histeroscopia previo a cualquier intervención.

Se concluye que las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico se encontraban entre los 26 y 35 años, con antecedentes obstétricos de partos previos. La mayoría ingresó en el servicio de Cirugía General, y el motivo de consulta más frecuente fue el dolor bajo vientre. En la mayoría de las pacientes la impresión diagnóstica inicial coincidió con el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico, y la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia fue la salpingectomía izquierda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bertin F, Montecinos M, Torres P, Pinto P. Embarazo ectópico cornual, diagnóstico y tratamiento: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2019 [citado 24/3/2023]; 84(1):55-63. Disponible en: [<https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/947>](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-</p>
</div>
<div data-bbox=)

75262019000100055&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Cabrera Relova A, Echeverría Mazón I, Correa Martínez L, Salgueiro Medina VE. Características clínicas del embarazo ectópico. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2014 [citado 24/3/2023]; 10(1):77-85. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/172>
3. Tonick S, Conageski C. Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2022 [citado 24/3/2023]; 49(3):537-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.02.018>
4. Yong PJ, Matwani S, Brace C, Quaiattini A, Bedaiwy MA, Albert A, et al. Endometriosis and Ectopic Pregnancy: A Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2020 [citado 24/3/2023]; 27(2):352-361. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.09.778>
5. Załęcka J, Pankiewicz K, Issat T, Ludański P. Molecular Mechanisms Underlying the Association between Endometriosis and Ectopic Pregnancy. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2022 [citado 24/3/2023]; 23(7):3490. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijms23073490>
6. Estrella P, Bustillos Solórzano ME. Actualización del embarazo ectópico para atención primaria de salud. ATENEO [Internet]. 2022 [citado 24/3/2023]; 24(2):138-59. Disponible en: <http://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/232>
7. Scibetta EW, Han CS. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 2019 [citado 24/3/2023]; 46(4):783-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.07.013>
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [Internet]. 2020 [citado 24/3/2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
9. Pando Hernández EY, Milo Valdés CA, Pérez Rosa Y, Peña Abraham Md. Caracterización clínico-epidemiológica del embarazo ectópico en el Hospital Abel Santamaría, 2016-2017. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2018 [citado 24/3/2023]; 13(2):28-38. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/258>
10. Figueredo Garlobo Ld, Monet Alvarez DE, Blanco Paredes Gd, Aguiar González AM, Zayas Fundora E, Vazquez Ortiz EC. Caracterización de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico de enero a diciembre del 2019. *HolCien* [Internet]. 2021 [citado 24/3/2023]; 2(3). Disponible en: <https://revholcien.sld.cu/index.php/holcien/article/view/193>
11. Chouinard M, Mayrand MH, Ayoub A, Healy-Profitós J, Auger N. Ectopic pregnancy and outcomes of future intrauterine pregnancy. *Fertil Steril* [Internet]. 2019 [citado 24/3/2023]; 112(1):112-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.03.019>
12. Ibáñez Cayón F, Soto del Pino Y, Pérez González Y, Portales Cárdenas Y. Tratamiento con metotrexate para el embarazo ectópico cornual. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2017 [citado 24/3/2023]; 43(3). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/244>
13. Fong-Pantoja L. Morbilidad materna en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Docente “Orlando Pantoja Tamayo”, Contramaestre 2014-2019. *Revista Información Científica* [Internet]. 2020 [citado 24/3/2023]; 99(1):20-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332020000100020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Davenport MJ, Lindquist A, Brownfoot F, Pritchard N, Tong S, Hastie R. Time to resolution of tubal ectopic pregnancy following methotrexate treatment: A retrospective cohort study. *PLOS ONE* [Internet]. 2022 [citado 24/3/2023]; 17(5):e0268741. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0268741>
15. Franco Andrade KS. Proceso atención de enfermería en paciente de 28 años con embarazo ectópico con 6 semanas de gestación. [Internet] [bachelorThesis]. Babahoyo: UTB-FCS, 2022; 2022 [citado 24/3/2023]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/12625>

16. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Am Fam Physician [Internet]. 2020 [citado 24/3/2023]; 101(10):599-606. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412215/>

17. Houser M, Kandalaf N, Khati NJ. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls. Emerg Radiol [Internet]. 2022 [citado 24/3/2023]; 29(1):161-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10140-021-01974-7>

18. Guerra Macías I. Importancia del método clínico en el diagnóstico del embarazo ectópico. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2020 [citado 24/3/2023]; 45(4). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/619>

19. Stabile G, Romano F, Zinicola G, Topouzova GA, Di Lorenzo G, Mangino FP, et al. Interstitial Ectopic Pregnancy: The Role of Mifepristone in the Medical Treatment. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado 24/3/2023]; 18(18):9781. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8472240/>

20. Stabile G, Mangino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G. Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Route. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2020 [citado 24/3/2023]; 56(6):293. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/medicina56060293>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Roberto Michael Blanco Alvarez, Christian Cascaret Cardona.

Investigación: Roberto Michael Blanco Alvarez, Sonia Haila Carbonell Labadie, Christian Cascaret Cardona, Ariadna García Savigne.

Metodología: Roberto Michael Blanco Alvarez, Sonia Haila Carbonell Labadie, Christian Cascaret Cardona.

Administración del proyecto: Roberto Michael Blanco Alvarez.

Análisis formal: Christian Cascaret Cardona, Ariadna García Savigne.

Supervisión: Roberto Michael Blanco Alvarez, Sonia Haila Carbonell Labadie.

Redacción - borrador original: Roberto Michael Blanco Alvarez, Sonia Haila Carbonell Labadie, Christian Cascaret Cardona, Ariadna García Savigne.

Redacción - revisión y edición: Roberto Michael Blanco Alvarez, Sonia Haila Carbonell Labadie.