

Multimed 2017; 21 (2)

MARZO-ABRIL

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS M. DE CÉSPEDES

Factores relacionados con el embarazo ectópico

Factors related to ectopic pregnancy

Esp. Ginecobst. Alejandro Virelles Pacheco,¹ Esp. Ginecobst. Rolando Bonet Fonseca,¹ Esp. Ginecobst. Reynier Santiesteban Vázquez.¹

¹ Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo, Granma. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el embarazo ectópico constituye un problema mundial de salud, se considera en el mundo una de las principales causas de muerte materna incluyendo países desarrollados.

Objetivos: determinar factores relacionados con el embarazo ectópico.

Método: estudio descriptivo en el periodo comprendido del 1º de enero de 1999 hasta el 30 de septiembre del 2007 en el Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, provincia Granma.

Resultados: la edad, la enfermedad inflamatoria pélvica y la punción del fondo de saco de Douglas estuvieron relacionadas con esta enfermedad. También en los resultados tuvieron relación la anemia y la localización tubárica.

Conclusiones: la edad de 20 a 40 años, la enfermedad inflamatoria pélvica y la punción del fondo de saco de Douglas fueron los factores que se presentaron con mayor regularidad en relación con el embarazo ectópico, la anemia fue la complicación más frecuente con localización tubárica, la salpingectomía fue técnica quirúrgica más empleada.

Palabras clave: embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, fondo de saco de Douglas, anemia.

ABSTRACT

Introduction: ectopic pregnancy is a global health problem, it is considered in the world one of the main causes of maternal death, including developed countries.

Objectives: to determine factors related to ectopic pregnancy.

Method: descriptive study in the period from January 1, 1999 to September 30, 2007 at the Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes University of Bayamo, Granma province.

Results: age, pelvic inflammatory disease and Douglas pouch puncture were related to this disease. Anemia and the tubal location were also related to the results.

Conclusions: the age of 20 to 40 years, pelvic inflammatory disease and Douglas pouch puncture were the factors that presented more regularly in relation to ectopic pregnancy, anemia was the most frequent complication with tubal location, and salpingectomy was the most commonly used surgical technique.

Key words: ectopic pregnancy, pelvic inflammatory disease, Douglas' pouch, anemia.

INTRODUCCIÓN

Aunque al principio todos los embarazos son ectópicos, ya que la fecundación se produce en el tercio externo de la trompa de Falopio, el útero es el único órgano en el que la implantación del huevo es normal y se desarrolla en la cavidad uterina.¹ Es el único órgano a través del cual un nuevo ser en el término de su embarazo puede salir al exterior por vías naturales.²

Los aspectos conocidos de la epidemiología del embarazo ectópico (EE) varía con los diferentes grupos de población vinculados con esta complicación reproductiva. La frecuencia media global de EE en los Estados Unidos de América varía entre 1 y 2 por cada 34 nacimientos, en Finlandia 1 por cada 37 nacidos vivos, en Suecia 1 por cada 66 y en Cuba 1 por cada 25 nacidos vivos. Actualmente en los Estados Unidos y Canadá son los responsables del 10 al 15 % de los diagnósticos de cirugía de urgencia y la segunda causa de muerte materna.²

En estudios realizados sobre la frecuencia de EE en el hospital Vladimir I. Lenin de Holguín durante los años 1975 a 1996 se observó un incremento marcado de 47 casos en 1975 a 208 en 1996. En este centro hospitalario en el año 1998 apareció una frecuencia de 1 por cada 55 nacidos vivos.³

Según la localización del EE se puede decir que la evolución es tanto más tranquila cuanto más se aleja del útero; así vemos que en los embarazos fímbricos, ováricos y abdominales primitivos, el crecimiento tiene lugar por lo común libremente en la cavidad peritoneal y no entra el embarazo en conflicto con su cápsula y no se produce crisis. ⁴

Dentro de la etiopatogenia reconocemos que es multifactorial pero no podemos obviar como causa predominante las infecciones genitales principalmente los de transmisión sexual, las cirugías tubáricas y el uso de dispositivos intrauterinos (DIU).

El 99 % de los EE son tubáricos y dentro de ellos el 55 % son en la región ampular, el 25 % en la legión ístmica y el 17 % en las fimbrias (abortos tubáricos), el 1 % en el sector cornual y el 1 % intersticial propiamente dicho; el 1 % restante es ovárico y abdominal. ⁵

La trompa es un órgano de funciones múltiples y no meramente un conducto para los óvulos y espermatozoides. Hay pruebas que sugieren que la unión ampular-ístmica de la trompa se encuentra bajo una regulación hormonal y que la captación del ovulo ocurre principalmente en esa unión. Falk ⁶ ha aportado pruebas recientes de este fenómeno en uno de los primeros embarazos tubáricos registrados en las cuales el óvulo estaba adherido a un pliegue tubárico y la salpingitis no constituía un factor a tener en cuenta. La progesterona promueve la motilidad tubárica y la permeabilidad de la unión ístmica ampular, las alteraciones en los niveles de estrógenos y la progesterona pueden constituir un factor significativo en el transporte del óvulo fertilizado a través del oviducto; lo cual puede producir una gestación tubárica, en especial en aquellos casos en los que no existen pruebas visibles de salpingitis. ^{7,8}

El EE constituye un problema mundial de salud ^{9,10} y se considera en el mundo una de las principales causas de muerte materna incluyendo países desarrollados. Por ser un objetivo priorizado del programa materno infantil que involucra a médicos de medicina general integral, medicina interna y cirujanos generales aparte de los ginecobstetras, para perfeccionar sus conocimientos en cuanto a factores epidemiológicos y en su diagnóstico se decidió realizar este trabajo para conocer su comportamiento actual y contribuir a disminuir la tasa de mortalidad materna por dicha causa y recordar además que lo más típico del EE es lo atípico que es, de ahí que se conoce como el gran simulador.

A partir de estas dificultades se plantearon las siguientes interrogantes científicas: ¿Cuáles son algunos de los factores que tienen mayor incidencia en el embarazo ectópico?, ¿Qué complicaciones se presentaron y qué técnicas quirúrgicas se emplearon con mayor frecuencia?

El EE es una afección relevante dentro del ámbito de la ginecología y obstetricia porque puede ser una causa frecuente de muerte de mujeres sanas en edad fértil.¹¹ Su prevalencia se ha triplicado mundialmente en los últimos 20 años y se estima un aumento de su frecuencia alrededor de 6 veces, con leve tendencia a disminuir en algunos países en los cuales se han empleado medidas para impedir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un aumento de anticonceptivo hormonales.¹² Favorablemente la mortalidad ha disminuido por los avances en el diagnóstico y tratamiento, diagnóstico de la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia.^{13,14}

Propusimos como objetivos determinar algunos factores relacionados con el embarazo ectópico así como evaluar la frecuencia, edad, factores epidemiológicos y criterios diagnósticos del EE y señalar las complicaciones, localización y técnicas quirúrgicas empleadas.

Como hipótesis se precisó que: la edad, algunos factores epidemiológicos, medios diagnósticos, la localización, las complicaciones y las técnicas quirúrgicas están relacionadas con el embarazo ectópico.

El EE a pesar de la preocupación con que se atiende y de los recursos dedicados para su diagnóstico y tratamiento es causa de muerte inclusive en hospitales de países desarrollados y en Cuba también se aprecia ese aumento de la incidencia de EE según el anuncio estadístico del MINSAP¹⁵ donde informa una tasa de 3,5 por 10 000 nacidos vivos en el año 2000 que se elevó hasta 5,8 por 10 000 el año 2003.

El conocimiento tanto práctico como teórico de este tema por parte del personal de salud, no solo aquellos que trabajan en maternidades; sino también en servicios de cirugía general y medicina interna ya que como se ha dicho es el gran simulador y muchas pacientes van a esos servicios donde son atendidas. Esto ayudaría mucho a la reducción de la mortalidad ya que se haría un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de esta enfermedad.

MÉTODO

Esta investigación se desarrolló en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, provincia Granma, en el periodo comprendido del 1ro de Enero de 1999 hasta el 30 de Septiembre del 2007.

El universo estuvo constituido por el número de pacientes que ingresaron en el servicio de Ginecología con el diagnóstico de EE en el periodo mencionado (n=37332).

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud, en materia de investigación para la salud. Al ser nuestra investigación sin riesgo no requiere consentimiento informado. Se consideró y respetó la visión bioética los principios de autonomía, justicia, equidad, beneficencia y no maleficencia.

Se incluyeron en el estudio todas las pacientes con el diagnóstico de EE (n=880) en el periodo de tiempo y servicio mencionado y se excluyeron todas las pacientes cuyo diagnóstico se le realizó en otro hospital o servicio.

Se confeccionó un formulario donde se relacionan las principales variables objeto de estudio el cual les fue llenado a todas las pacientes que ingresaron en el servicio de Ginecología con el diagnóstico de EE en el periodo comprendido del 1ro de enero de 1999 hasta el 30 de septiembre del 2007.

Se revisaron las historias clínicas y registro de nacimientos. Para la variable frecuencia se determinó el número de EE operados con el número de nacidos vivos en el periodo estudiado. La variable edad se clasificó en pacientes menores de 20 años, de 20 a 40 y más de 40 años.

Los factores epidemiológicos del EE incluyeron: el antecedente de inflamación pélvica, esterilidad, legrados previos, DIU, y EE previo. En cuanto a los criterios diagnósticos se realizó punción del fondo de saco de Douglas, laparoscopia, ultrasonido y punción abdominal.

Se evaluaron además las complicaciones, localización y técnica quirúrgica empleada. La variable complicaciones se dividió en anemia, shock hipovolémico, sepsis urinaria y sepsis de la herida quirúrgica. Para la variable localización se consideró la tubárica, ovárica, abdominal, cervical e intraligamentaria.

En la variable técnica quirúrgica se evaluó la salpingectomía, ooforectomía, salpingooforectomía e histerectomía.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se efectuó una revisión bibliográfica del tema considerando los aspectos que se relacionan al EE y se utilizaron conceptos básicos de la estadística descriptiva (frecuencia absoluta y frecuencia relativa).

Los datos fueron representados en tablas de doble entrada, para su procesamiento se utilizó el programa EXCEL y para su interpretación y análisis se tuvo en cuenta el cálculo de la frecuencia absoluta y relativa. La información obtenida se comparó con otros estudios realizados tanto nacional como internacional.

RESULTADOS

En el periodo de estudio que corresponde del 1º de enero de 1999 al 30 de septiembre del 2007 ocurrieron en el hospital un total de 37 332 nacidos vivos con un total de 880 EE lo cual da una frecuencia de 1 por cada 42 nacidos vivos.

En cuanto a la edad de estas pacientes se observó que predominó el grupo de 20 a 40 años de edad con un 64.55 % superior a los grupos menos de 20 y mayor de 40.

Por otro lado se obtuvo como resultado (tabla 1) que un gran porcentaje de las pacientes tenían antecedentes de inflamación pélvica (48.52 %), con antecedentes de legrados realizados el 25.0 % y con uso de dispositivos intrauterinos el 14.65 %.

Tabla 1. Embarazo ectópico según factores epidemiológicos. Hospital Carlos Manuel de Céspedes.

Factores epidemiológicos	Número	Por ciento
Inflamación pélvica	427	48,52
Legrados previos	220	25,0
Dispositivos intrauterinos	129	14,65
Esterilidad	64	7,28
Antecedentes de EE	40	4,55
Total	880	100

Con respecto a los medios diagnósticos (tabla 2) el más utilizado fue la punción del fondo de saco de Douglas con el 48.52 %, esta se considera positivo cuando la sangre obtenida por punción no coagula lo que ayuda de manera importante a hacer el diagnóstico; el 29.31 % del diagnóstico se realizó por laparoscopia la que se le practica a pacientes que estaban hemodinámicamente estables y sin signos de reacción peritoneal, lo que es superior a lo obtenido por ultrasonido y punción abdominal.

Tabla 2. Embarazo Ectópico según medios diagnósticos. Hospital Carlos Manuel de Céspedes.

Medios diagnósticos	Número	Por ciento
Punción de saco de Douglas	427	48,52
Laparoscopia	258	29,31
Ultrasonido	169	19,20
Punción abdominal	26	2,97
Total	880	100

En relación con las complicaciones se demostró (tabla 3) que la anemia y el shock hipovolémico fueron las más frecuentes con el 64.54 % y el 27.27 % respectivamente superando a la sepsis urinaria y la sepsis de la herida quirúrgica.

Tabla 3. Embarazo ectópico según complicaciones. Hospital Carlos Manuel de Céspedes.

Complicaciones	Número	Por ciento
Anemia	568	64,54
Shock	240	27,27
Sepsis urinaria	63	7,16
Sepsis de la herida quirúrgica	9	1,03
Total	880	100

La localización tubárica fue encontrada en el 89.20% demostrándose la superioridad al compararla con la localización ovárica, abdominal, cervical e intraligamentaria (tabla 4).

Tabla 4. Embarazo ectópico según localización. Hospital Carlos Manuel de Céspedes.

Localización	Número	Por ciento
Tubárica	785	89.20
Ovárica	70	7.95
Abdominal	9	1,02
Cervical	9	1.02
Intraligamentario	7	0.79
Total	880	100

Según la técnica quirúrgica los resultados muestran que la salpingectomía con el 89.20% fue la técnica más practicada, lo que está en correspondencia con la localización tubárica mencionada anteriormente (tabla 5).

Tabla 5. Embarazo ectópico según técnica quirúrgica. Hospital Carlos Manuel de Céspedes.

Técnica quirúrgica	Número	Por ciento
Salpingectomía	785	89.20
Oforectomía	62	7.3
Salpingooforectomía	26	2,97
Histerectomía	7	0.80
Total	880	100

DISCUSION

Con la rápida disminución de los embarazos intrauterinos registrados en la década pasada se ha puesto de manifiesto en mayor medida la frecuencia del embarazo extrauterino desde el punto de vista clínico. Esta modificación en la relación entre los embarazos intrauterinos y extrauterinos se ha visto acentuada por los cambios de actitud en las costumbres de la población sexualmente activa.

Se demostró en esta investigación que la frecuencia es de 1 embarazo ectópico por cada 42 nacidos vivos. Resultado similar fue encontrado por Pedro González ¹⁶ en el periodo 2001-2005; no así por los resultados del Dr. Novo en su trabajo de terminación de residencia realizado en el Hospital Provincial Carlos Manuel de

Céspedes. Ya en 1999 en este mismo hospital el Dr. Carlos Guerra ¹⁷ en su publicación en la Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia encontró una frecuencia de 1 por cada 49 nacidos vivos.

Esto nos da una idea de cómo esta frecuencia va disminuyendo con el paso de los años y eso se atribuye a la mayor frecuencia de las exploraciones ginecológicas, y abortos provocados, tratamientos frecuentes y reiterados de pacientes con trastornos de la fertilidad y a las infecciones ginecológicas sobre todo las de transmisión sexual.

Hay países donde la frecuencia es mayor que en Cuba como Jamaica con 1 por cada 28 nacidos vivos, ¹⁸ es bueno señalar aquí que el diagnóstico se hizo por la clínica y hallazgos quirúrgicos y que no se correlacionó con los resultados anatomopatológicos por lo que la frecuencia hubiera sido menor.

Con respecto a la edad de las paciente se encontró que predominó el grupo de 20 a 40 años, estos resultados coinciden con lo encontrado por Convallo ¹⁹ y Trilles ²⁰ que fueron de 65.15 y 63.21; respectivamente, esto se puede explicar porque es la etapa de la vida en que más se embarazan las mujeres, es más frecuente el uso de dispositivo intrauterino lo que conduce a la aparición frecuente de procesos inflamatorios pélvicos y por lo tanto aumentan los trastornos de la fertilidad.

También es llamativo que un grupo de estas pacientes eran adolescentes, lo cual esta explicado porque cada día disminuye la edad de las primeras relaciones sexuales y con ello el aumento de los abortos y las enfermedades de transmisión sexual por la falta de inmadurez de las pacientes y de protección contra estas enfermedades.

Al analizar los factores epidemiológicos vemos como el antecedente de inflamación pélvica constituye el mayor porcentaje de estos; Morgan ²¹ señala que los dispositivos intrauterinos son los responsables del mayor número de EE; pero la mayoría de los autores sí consideran las enfermedades de transmisión sexual como causantes de procesos inflamatorios pélvicos, las de mayor valor actualmente.

Rosell ²² considera que los abortos inducidos pueden ser uno de los varios factores de riesgo de EE lo que coincide con la investigación realizada; el mismo Rosell plantea que más alarmante es la prueba reciente de que el aborto inducido puede acrecentar el riesgo de EE. En un estudio realizado en Atenas, Grecia, donde los

abortos eran ilegales él conocía que se había duplicado después del aborto inducido. Este dato lleva a una incontrolable especulación acerca del impacto potencial que la tasa actual de abortos selectivos puede ejercer sobre el futuro potencial reproductivo de mujeres jóvenes en los países donde el aborto electivo es ilegal y se emplea como otra opción para controlar la natalidad.

La punción del fondo de saco de Douglas se utilizó como medio diagnóstico más frecuente al igual que la laparoscopia, y no así con los demás medios diagnósticos referidos en el estudio, el Dr. Nelson Rodríguez ²³ al confeccionar la ruta crítica para el diagnóstico de sospecha del EE le confiere el valor máximo a la punción del fondo de saco de Douglas por ser certero, poco complicado y fácil de realizar. Hay autores que señalan que la utilidad del ultrasonido es mayor para identificar la presencia de un embarazo intrauterino y así descartar el ectópico.

Se debe señalar que la culdocentesis es uno de los métodos diagnósticos más útiles de que se dispone para detectar la presencia de hemorragia intraperitoneal. Este simple procedimiento da una información inmediata, en especial en las pacientes donde se sospecha una hemorragia intraperitoneal que no alcanza una magnitud tal que no pueda ser diagnosticada clínicamente. La insistencia de los ginecólogos en insertar una aguja en la cavidad peritoneal a través de la mucosa vaginal menos que estéril obedece en gran medida a la experiencia clínica obtenida con este procedimiento. En ciertas ocasiones esta técnica no ha mostrado sangre al aspirar el fondo de saco de Douglas y por ello ha dado a veces una información falsa negativa al clínico, ya sea por inexperiencia en la colocación inadecuada de la aguja o por escasa colaboración de la enferma. Sin embargo, en la actualidad este procedimiento ocupa un lugar importante en el arsenal exploratorio de este estado y por su incuestionable valor para detectar una temprana hemorragia intraperitoneal.

Como complicaciones, la anemia y el shock hipovolémico fueron los más frecuentes respectivamente, lo que coincide con Fernández Usares ²⁴ en consideraciones en el Diagnóstico de Embarazo Ectópico presentado en el X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología en Ciudad de la Habana los días 5 y 9 de Mayo de 1997.

En ocasiones puede ocurrir que la paciente muera en shock sin dar tiempo a actuar como consecuencia de una hemorragia cataclísmica de Barnes e inundación

peritoneal lo que ocurre por la rotura de la trompa de Falopio con gran hemorragia peritoneal.

La localización del EE es muy variada pero la tubárica es la más frecuente y aunque no fue objeto de estudio, la localización en la trompa derecha fue más frecuente, toda la bibliografía revisada coincide con este trabajo aunque se debe resaltar que hay una tendencia al aumento de la forma ovárica debido a la influencia protectora de los dispositivos intrauterinos sobre el endometrio con respecto a la implantación y a raíz también de la protección parcial ejercida sobre el oviducto proximal; sin embargo, este dispositivo no presenta un efecto protector sobre la capsula ovárica y en consecuencia el embarazo ovárico puede desempeñar un papel más frecuente en los informes futuros de embarazos extrauterinos que es de 3.5 en la actualidad.

Los datos recientes del programa cooperativo del consejo de la población de los Estados Unidos ha aumentado la ocurrencia de un embarazo ovárico por cada 9 embarazos ectópicos que se presentan en mujeres portadoras de DIU. ²⁵

La mayoría de los embarazos ováricos son de origen extrafoliculares mientras que se registran alrededor de un 15 % intrafolicular. Su clasificación en esta última categoría requiere del segundo estadio de la meiosis, así como la fertilización del óvulo dentro del folículo. ²⁶

Al hacer un análisis de la técnica quirúrgica más empleada en el tratamiento del EE se encontró que la salpingectomía fue la técnica más utilizada dado por la localización tubárica del embarazo. Es de destacar aquí que en dependencia del estado de la trompa de Falopio, de la paridad y de la edad de la paciente con su consentimiento informado se realizó salpingectomía bilateral. También es importante mencionar que la histerectomía como técnica quirúrgica se realiza en esta enfermedad y en este estudio se encontró entre otras a una paciente de 20 años de edad sin hijos con embarazo ectópico cervical y que a pesar de realizar legrado y cerclaje tipo McDonald de cérvix como tratamiento conservador no se logró hemostasia y fue necesario la histerectomía como tratamiento definitivo.

CONCLUSIONES

- ✓ La edad de 20 a 40 años, la enfermedad inflamatoria pélvica y la punción del fondo de saco de Douglas fueron los factores que se presentaron con mayor regularidad en relación con el embarazo ectópico

- ✓ La anemia sigue siendo la complicación que se presenta con mayor frecuencia.
- ✓ Estuvo presente superior a las demás la localización tubárica y la salpingectomía como técnica quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella Llusia J, Clavero Núñez J. Embarazo Ectópico. En Tratado de Ginecología. t2. La Habana: Editorial Científico Técnico; 1994.p. 393-413.
2. González Merlo H. Embarazo Ectópico. En Protocolo de conductas. Madrid: Salvat; 2003.p. 330-48.
3. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 15 Oct 2016]; 2011 ; 37 (1) :84-99. Disponible en : http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_01_11/gin11111.htm.
4. Collage Francois des Gynecologies Obstetricies. Hystoire et epidemilogic de Grossesses estrauteriniun. J Ginecol Obst Biol Rep. 2004 ; 12: 325-8.
5. Clavero Núñez JA. Embarazo Ectópico. La crisis en relación con su focalización. En Tocoginecología práctica. Barcelona: Salvat; 2004.p. 217-24.
6. Horne AW, King AE, Shaw E, McDonald SE, Williams AR, Saunders PT, et al. Attenuated sex steroid receptor expression in fallopian tube of women with ectopic pregnancy. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2009 [citado 15 Oct 2016]; 94(12):5146-54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989877/>.
7. Thorburn J. Ectopic Pregnancy. The "epidemic" seems to be over. Lakartidningen. 1995; 92 (49):4701-6.
8. Maymon R, Shulman A, Maymon BB, Bar Levy F, Lotan M, Bahavy C. Ectopic pregnancy, the new gynecological epidemic disease: review of the modern work-up and the nonsurgical treatment option. Int J Fertil. 1992; 37 (3):146-64.
9. Parrilla JJ, Abad L, Server J, Gimeno F, Martinez Román J, Balasch J. Non-surgical treatment of ectopic pregnancy in the sole remaining tube. Hum Reprod. 1995; 10 (7):1866-8.

10. Cabezas E. Embarazo ectópico. Rev Cubana Med Gen Integr.1990; 6(1):50-7.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. 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.
12. Silva Solovera S. Embarazo Ectópico. Revisión bibliográfica. Santiago de Chile: Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Sotero Del Río; 1992-2003.
13. Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM. Ectopic Pregnancy. En: Williams. Textbook of Endocrinology.12ª ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2009.
14. Reyes Pérez A, Marrero Martínez JA, González García M, Bello Sarduy Y, Ponce González F, Eirin Rey E. Embarazo Ectópico. Estudio de 1 año. Medicentro [Internet]. 2002 [citado 15 Oct 2016]; 6 (3). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/649/673>.
15. Casanova Carrillo C. Epidemiología de embarazo ectópico en un hospital ginecobstétrico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2003[citado 15 Oct 2016]; 19 (3):23-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000300003.
16. González Núñez P. Incidencia de Embarazo Ectópico hospital Eusebio Hernández. Periodo 2001-2005. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1995; 8(2):109-205.
17. Guerra Verdecia C, Hernández Fonseca N, Guerra Vázquez N, Millán Vegas MM, Proenza Masías J. Factores relacionados con el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1999 [citado 15 Oct 2016]; 25(1):66-70. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
18. Carr RJ, Evans P. Ectopic pregnancy. Primary Care. 2000; 27(1):169-83.
19. Carvallo F, Pacheco J, Tanaka R; Palomino C. Embarazo ectópico, experiencia nacional en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Acta Médica 1984; 11(4):43-8.
20. Madrazo Basauri M. Valorización clínica del embarazo ectópico. Ginecol Obstet Mex. 2007; 75:304-7.

21. 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/>.
22. Simsek Y, Ay MO. Analysis of ectopic pregnancies admitted to emergency department. Turk J Emerg Med [Internet]. 2016 [citado 15 Oct 2016]; 15(4):151-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882212/>.
23. Rodríguez Hidalgo N. Embarazo Ectópico [Editorial]. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1995 [citado 15 Oct 2016]; 21(1):3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1995000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Fernández Suárez M, Hernández Cabrera J, Molina Guerra C, Dávila Albuérne B, Linares Meléndex R, Benvides García S. Embarazo ectópico: correlación de algunos factores. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1996; 22(1):5-10.
25. Schwarcz R, Sala S, Diverges C. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.p.181-6.
26. Jones III HW. Wentz. Tratado de Ginecología de Novak.11ª ed. México D.F.: Editorial Interamericana-McGraw Hill; 1994.p. 450-514.

Recibido: 21 de diciembre de 2016.

Aprobado: 19 de enero de 2017.

Alejandro Virelles Pacheco. Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo, Granma, Cuba. Email: avirellesp@infomed.sld.cu