

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Embarazo Ectópico y su prevalencia en el área de Ginecología y  
Obstetricia de la Clínica Santa Cecilia “Novaclinica” desde Enero 2010  
hasta Diciembre 2010**

**Byron Alejandro Galarza Romero**

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención  
Del título en Medicina

Quito

Abril de 2011

**Universidad San Francisco de Quito**  
**Colegio de Ciencias de la Salud en Medicina**

**HOJA DE APROBACION DE TESIS**

**Embarazo Ectópico y su prevalencia en el área de Ginecología y  
Obstetricia de la Clínica Santa Cecilia “Novaclinica” desde Enero 2010  
hasta Diciembre 2010**

**Byron Alejandro Galarza Romero**

Dr. Mantilla Gonzalo PhD. ....  
Pediatria – Neonatología .....  
Director de Tesis .....

Dr. Herrera Patricio .....  
Pediatria – Neonatología .....  
2do Director de tesis .....

Quito  
Abril 2011

© Derechos de autor

Byron Alejandro Galarza Romero

2011

## **RESUMEN**

Se conoce como embarazo ectópico, aquel embarazo que se produce fuera de la matriz uterina y que se aloja en otro lugar próximo como por ejemplo, las trompas de Falopio, ovarios, entre otros.

El embarazo ectópico es uno de los problemas en el campo de la Ginecología y Obstetricia que afecta única y exclusivamente a mujeres en edad fértil que buscan embarazo, y que a nivel mundial ha tenido un importante crecimiento tanto a nivel de los países de tercer mundo así como también los países de primer mundo; convirtiéndose actualmente en una causa de morbilidad; así como también el alto riesgo de mortalidad materna a nivel mundial.

En la actualidad, los casos de embarazo ectópico han ido en aumento en relación con años anteriores; así según un estudio realizado en Chile en el 2007, indica que en países desarrollados la incidencia de embarazo ectópico aumentó entre tres a cuatro veces en los últimos 20 años (13).

Es por ello que dicho proyecto tiene como objetivo determinar las diversas causas que pueden predisponer a un embarazo ectópico en las pacientes que acudieron a la Clínica Novaclinica durante el periodo de enero a diciembre del 2010

## **ABSTRACT**

It is known as ectopic pregnancy that occurs outside the uterus or womb that is hosted on another nearby place such as the fallopian tubes, ovaries, among others. Ectopic pregnancy is one of the problems in the field of Gynecology and Obstetrics that exclusively affects women of childbearing age who seek pregnancy, and worldwide has been significant growth in both third world countries and as well as first world countries, now becoming a cause of morbidity as well as the high risk of maternal mortality worldwide.

At present, cases of ectopic pregnancy have been increasing in previous years, as well as a study in Chile in 2007, indicates that in developed countries the incidence of ectopic pregnancy increased from three to four times in the last 20 years (13). That is why this project will identify the various causes that may lead to the formation of an ectopic pregnancy in patients who went to Novaclinica between January to December of 2010

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>	<b>Pág. iv-v</b>
<b>TABLA DE CONTENIDOS</b>	<b>Pág. vi</b>
<b>1. PARTE. INTRODUCCIÓN</b>	<b>Pág. 1</b>
<b>2. PARTE. FUNDAMENTO TEÓRICO</b>	<b>Pág. 3</b>
2.1 ANATOMIA APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	<b>Pág. 3</b>
2.2 HISTORIA Y DEFINICIÓN	<b>Pág. 4</b>
2.3 EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA	<b>Pág. 5</b>
2.4 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO	<b>Pág. 6</b>
2.5 PATOGENIA	<b>Pág. 8</b>
2.6 CLINICA	<b>Pág. 9</b>
2.7 DIAGNÓSTICO	<b>Pág. 10</b>
2.8 TRATAMIENTO	<b>Pág. 11</b>
<b>3 PARTE. METODOLOGIA</b>	<b>Pág. 13</b>
3.1 DISEÑO EPIDEMIOLOGICO DE ESTUDIO	<b>Pág. 13</b>
3.2 SELECCIÓN	<b>Pág. 13</b>
3.3 MATERIALES Y METODO	<b>Pág. 13</b>
3.4 NORMAS ETICAS	<b>Pág. 14</b>

3.5 VALORACION DE DATOS	Pág. 14
3.6 ANALISIS DE DATOS	Pág. 15
<b>4 PARTE. RESULTADOS</b>	<b>Pág. 16</b>
<b>5 PARTE. DISCUSION</b>	<b>Pág.29</b>
<b>6 PARTE. CONCLUSIONES</b>	<b>Pág. 32</b>
<b>7 PARTE. REFERENCIA</b>	<b>Pág. 33</b>
<b>8 PARTE. ANEXOS</b>	<b>Pág. 35</b>

## **1.- INTRODUCCIÓN**

El embarazo ectópico se lo puede definir como todo aquel embarazo en el que el huevo fertilizado por un espermatozoide se implanta por diversas razones fuera de la cavidad uterina endometrial, por lo cual también se lo conoce como embarazo extrauterino (1). El embarazo ectópico toma el nombre de acuerdo al lugar donde se implante pudiendo ser

tubario, uterino cornal, uterino cervical o en casos muy impresionantes puede ser abdominal, intraligamentario y hasta en la cicatriz uterina causado por cirugías previas (1).

El embarazo ectópico es una emergencia médica como tal, ya que pone en riesgo la salud reproductiva debido a que puede presentarse una disminución o una pérdida total de la fertilidad materna; además de ser un riesgo para la vida de la madre ya que el embarazo ectópico es el causal del 5 al 20 % de muertes maternas por diversas causas como la hemorragia intraperitoneal entre otras. (7) Entre el año de 1985 y 1991 el 33% del total de muertes maternas en Cuba fueron a casusa de hemorragias causado por embarazo ectópico complicado y entre los años 2005 al 2007 se contabilizo que el 13.7% de muertes maternas fueron por esta misma condición. (4) El embarazo ectópico intersticial suele estar asociado con hemorragias intra-abdominales que amenazan la vida de la madre con un riesgo de 2 al 5% de mortalidad por dicha causa. (6)

Si bien es cierto la tendencia del embarazo ectópico es ir en aumento cada año, podemos decir que la mortalidad materna va en descenso, esto gracias a la instauración de métodos de diagnostico cada vez más avanzados así como también a la experticia del médico especialista de poder diagnosticar a tiempo el problema para evitar las posibles complicaciones que trae consigo el embarazo ectópico (9).

Es así, que para lograr disminuir su morbilidad y mortalidad, es preciso un diagnóstico oportuno y precoz; esto dependerá de una adecuada educación de la población sobre sus principales aspectos clínicos, evolución y riesgos los mismos que deben ir en conjunto con un sistema de salud eficiente, el mismo que se inicia desde el nivel primario de salud hasta el nivel hospitalario. (16)

En nuestro país, el embarazo ectópico es de igual manera una problema de salud, el mismo que va en gran aumento debido a diversas causas. En un estudio realizado en Ecuador, en el Hospital Gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el año 2005 y con un tiempo de toma de muestras de 6 meses, se concluyo que el 81% de los embarazos ectópicos estudiados fueron a causa de una EPI de base en pacientes entre los 19 y 30 años de edad, y el 10% de los casos fueron en nulíparas. (20).

A pesar de dicho estudio realizado, se desconoce una estadística exacta en el país sobre dicho problema de salud, ya que en los resultados que se encuentran en el INEN del Ecuador, el embarazo ectópico entra dentro de una gama de problemas de salud en Gineco-obstetricia, por lo que no se encuentra como un diagnostico puro.

## **2.- MARCO TEORICO**

### **2.1.- Anatomía Aparato Reproductor Femenino**

El aparato genital femenino está compuesto por dos glándulas conocidas como los ovarios en los cuales se producen los óvulos, los mismos que serán fecundados por el espermatozoide del barón par dar lugar a la formación de un nuevo ser humano. Las

trompas de Falopio o uterinas las mismas que conducen los óvulos ya fecundados hasta la cavidad uterina. El útero en el cual se desarrolla el huevo ya fecundado. Finalmente tenemos la vagina y la vulva que son los órganos de la copulación (17).

Los ovarios son dos, uno izquierdo y uno derecho, ubicados en la cavidad pélvica detrás de los ligamentos anchos. Su función es la formación y liberación de células sexuales y secreción endocrina de hormonas femeninas como los estrógenos y la progesterona. El ciclo ovárico dura alrededor de 28 días. Se crean varios folículos de los cuales solo uno alcanzará la maduración completa y dará la salida al óvulo. Esta fase de maduración dura aproximadamente 14 días y es la primera fase del ciclo. (17) (18)

Las trompas de Falopio o uterinas son dos conductos que se extienden a lo largo del borde superior del ligamento ancho. Consta de 4 porciones que son: *pabellón* que se encuentra de manera ensanchada a nivel del ovario y su borde esta circundado por unas prolongaciones conocidas como fimbrias las cuales se comunican con el ovario, la *ampolla* la cual es más voluminosa mide entre 7 y 8 cm y a diferencia del istmo es aplanada, el *istmo* el mismo que es cilíndrico y emerge de la pared uterina entre los ligamentos útero-ovárico y el redondo y mide entre 3 y 4 cm, y *porción intramural* la cual está relacionada con la pared del útero y mide aproximadamente 1cm. Su función es la de llevar los óvulos fecundados hasta el útero por medio de las fimbrias que generan un torrente líquido, el mismo que arrastra al óvulo hasta el orificio abdominal donde es frenado por la mucosa y los cilios del pabellón donde el ovulo esperará al espermatozoide para ser fecundado, luego de lo cual es ayudado por los cilios del epitelio y las contracciones de la capa muscular para llegar al útero, un proceso que dura aproximadamente 3 días este o no fecundado el óvulo. (17) (18)

El útero se encuentra ubicado entre la vejiga y el recto por debajo de las asas intestinales. Tiene la forma de una pera y en la media cuenta con un istmo que lo divide en dos partes

que son el cuerpo en la parte más abultada y en el cuello uterino la parte inferior que se continúa con la vagina. En su borde superior conocido como fondo se encuentra la entrada de las trompas de Falopio en los ángulos uterinos. Cuenta con varias capas internas como lo son el endometrio o mucosa, el miometrio o muscular y la capa adventicia o serosa. Su función se basa en mantener el embrión durante el tiempo de gestación y en la expulsión del feto cuando este ya se encuentra a término o maduro. (17) (18)

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva, mide de 7 a 10cm aproximadamente, sus paredes son elásticas y plegadas para permitir la salida del feto al momento del parto. El fondo del saco vaginal está en contacto con el fondo del saco de Douglas. (18)

## **2.2.- Historia y Definición:**

El embarazo ectópico fue descrito por primera vez en el siglo XI, y, hasta mediados del siglo XVIII, era una patología generalmente fatal. John Bard informó la primera intervención quirúrgica exitosa para el tratamiento de un embarazo ectópico en la ciudad de Nueva York en 1759. La tasa de supervivencia a principios del siglo XIX era muy baja. (3)

La palabra ectópico proviene de las palabras griegas *ectos*: “fuera” y *topos*: “lugar”, por lo cual se define como un embarazo que se produce en cualquier lugar fuera de la cavidad uterina, y que puede llevar a una alta morbi-mortalidad si no se resuelve el problema con tiempo. El embarazo ectópico se trata de una de las gestorragias de la primera mitad del embarazo cuya expresión clínica habitual es la tríada clásica de dolor abdominal, sangrado y amenorrea.

## **2.3.- Epidemiología e incidencia**

El embarazo tubario o ectópico se produce debido a la implantación del blastocito fuera de su lugar, es decir fuera de la cavidad uterina teniendo como principales lugares de

implantación otras áreas anatómicas; es así que el 98 % corresponde a la localización tubárica, distribuida en: un 60 % ampular, 30 % ístmico, 5 % fimbrico y 3 % intersticial; el 2% restante corresponde a otras localizaciones: ováricas, cervicales, intraligamentarias y abdominales (9)

Aun así las causas de embarazo ectópico siguen siendo un reto en el campo de la investigación científica, debido al gran número de elementos causales que ocasionan esta patología (4).

En la actualidad frecuencia de los embarazos ectópico van en aumento, según varios estudios, el embarazo ectópico ha tenido un crecimiento importante entre tres a cuatro veces más en un lapso de 20 años (13). Según el *American Pregnancy Association*, en los EEUU, hay aproximadamente 2'000000 de mujeres que pierden sus embarazos al año, donde 64.000 son por causa de embarazo ectópico; es decir que 1 de cada 60 mujeres presentan alguna vez en su vida un embarazo ectópico en los EUA. (14). De igual manera se estima que cerca de una de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones causado por el mismo. En países europeos como en el caso de España, por ejemplo, se estima que los embarazos ectópicos constituyes aproximadamente 2.3% de todos los embarazos por año. (15)

#### **2.4.- Etiología y Factores de Riesgo:**

Hay una serie de factores que predisponen a los embarazos ectópicos. A pesar de ello, en una tercera parte o hasta la mitad de los embarazos ectópicos, no se identifican factores de riesgo predisponentes, por lo cual sus causas aún no están plenamente esclarecidas, pero se invocan como las más probables la destrucción de la estructura anatómica de la trompa de

Falopio por causas quirúrgicas, las aberraciones de la motilidad tubárica por infecciones, desequilibrios hormonales y la transmigración del oocito entre otros. (7)

De igual manera se conocen otros probables factores que pueden estar íntimamente ligados a la probabilidad de que se pueda generar un embarazo ectópico como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI), enfermedades de transmisión sexual (ej. Clamidia), procedimientos quirúrgico pélvicos y abdominales, tabaquismo, historia de embarazo ectópico previo, antecedentes etarios y otros como el consumo de medicamentos hormonales como anticonceptivos y el uso de dispositivos intrauterinos. (4) (19)

Las mujeres que sufren o han sufrido de casos de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), suelen presentar una alta incidencia en la formación de embarazos ectópicos o extrauterinos. La causa más frecuente mencionada en la literatura es el antecedente de infección, especialmente la que es causada por *Chlamydia trachomatis*. Los pacientes con infección por clamidias suelen presentar una gama de presentaciones clínicas, que pueden ir desde una cervicitis asintomática hasta una salpingitis florida ó una enfermedad inflamatoria pélvica ya mencionada. Esto es el resultado de una acumulación de tejido cicatrizante que se acumula en las trompas de Falopio llevando al daños a los cilios en las trompas lo cual es la causa de que se presente el embarazo ectópico. Sin embargo, si los dos tubos se ven ocluidos por la EPI, el embarazo no se produce lo cual sirve de protección contra la formación de un embarazo ectópico. (21).

Los antecedentes quirúrgicos como por ejemplo la ligadura de trompas como método anticonceptivo es uno de los principales problemas que puede predisponer a un embarazo ectópico. Estudios demuestran que aproximadamente del 60- 70% de los embarazos que se generan después del cauterio tubárica pueden terminar en embarazos ectópicos; Las mujeres que se han sometido a una cirugía de recanalización tubárica con el fin de volver a

quedar embarazadas también tienen un mayor riesgo de embarazo ectópico. Otras cirugías abdominales también pueden ser predisponentes a la formación de embarazos ectópicos, principalmente si estos fueron realizados a nivel pélvico y en menor grado abdominal. La formación de nuevo tejido puede obstruir las trompas y generar una dificultad para el transporte del óvulo fecundado al útero, lo cual genera una alta probabilidad de producir un embarazo ectópico a futuro. (11) (22)

Una mujer con una historia de embarazo ectópico previo, tiende a aumentar el riesgo de futuros casos de embarazo ectópico el cual es de aproximadamente del 10%. En general, una paciente con embarazo ectópico previo puede llegar a tener una probabilidad entre 50-80% de tener un subsecuente embarazo intrauterino o normal, pero existe un importante 10-25% de probabilidades de que se presente un futuro embarazo ectópico. (12)

Factores de riesgo menores incluyen la historia de tabaquismo, donde algunos estudios han demostrado que existe un alto riesgo de embarazo ectópico en mujeres fumadoras el mismo que puede ser del 1.6 al 3.5 veces mayor. En este caso también se ha sugerido un efecto dosis-respuesta, es decir, que el riesgo de embarazo ectópico incrementa paulatinamente con el número de cigarrillos fumados al día. La edad materna menor a los 18 años y superior a 35 años es otro de los factores de riesgo para dicha entidad. Los múltiples compañeros sexuales, el riesgo de ETS, el uso de Dietilestilbestrol, la endometriosis entre otros, los cuales también forman parte de las probables causas de embarazo ectópico. (12) (13)

Lo que se puede afirmar es que no existe una relación clara de embarazo ectópico con el uso de anticonceptivos orales previos a terminar un embarazo o una herida quirúrgica por cesárea anterior. Los embarazos que se presentan con el uso de dispositivos intrauterinos son muy raros, pero se estima que entre el 25 - 50% de estos embarazos pueden llegar a ser ectópicos. (12)

### **2.5.- Patogenia:**

Un embarazo ectópico ocurre cuando el óvulo fertilizado se desarrolla fuera del útero. Durante la etapa de ovulación, el ovario es el encargado de liberar el óvulo, el mismo que es atraído y absorbido por una de las trompas de Falopio. Al ingresar el ovulo es impulsado por diminutos cilios, similares a pelos hasta que el espermatozoide del hombre fertiliza el óvulo de la mujer en las trompas de Falopio, para luego llegar al útero donde se implanta y comienza a desarrollarse. (3)

Es así que normalmente, la fecundación del óvulo se efectúa en la trompa de Falopio, pero su implantación tiene lugar en el útero. Sin embargo, existen ciertas causas que pueden conllevar a una obstrucción de la trompa (por ejemplo, debido a infecciones previas ya mencionadas), o si hay daño en la motilidad tubárica. El óvulo puede desplazarse lentamente o incluso puede quedar atascado en su trayecto, lo cual conllevaría a que el óvulo fecundado no llegue al útero, debido a que en la gran mayoría de los casos el embrión se adhiere a la mucosa de la trompa de Falopio y se encaja activamente en el revestimiento de las mismas, dando como resultado que se produzca un embarazo ectópico. Dado que se encuentra fuera del útero, el embarazo ectópico no se puede desarrollar debidamente y es necesario dar tratamiento. (1) (3)

### **2.6.- Clínica:**

La clínica del embarazo ectópico puede variar, esto según la localización y evolución del mismo. Puede presentarse de manera asintomática hasta en un 50% de los casos, ya que en el otro 50% puede presentarse una reabsorción espontánea. En general puede aparecer dolor y signos de gestación incipiente. En caso de presentar sintomatología, se puede observar

una tríada clínica del embarazo ectópico en el cual se presenta dolor, amenorrea y sangrado vaginal. Los síntomas pueden o no presentarse desde las primeras semanas de embarazo. (15) (16).

Normalmente el dolor suele ser abdominal a nivel pélvico y puede aparecer como un común dolor de estómago o como cólicos. La diferencia es que el dolor es muy fuerte y se localiza en la parte baja del abdomen. También es posible sentir dolor al orinar o al hacer un movimiento brusco. Las pacientes pueden presentar otros síntomas comunes a los embarazos precoces, incluyendo náuseas, plenitud, fatiga, dolor abdominal bajo, cólicos fuertes, dolor en el hombro, entre otros. (21)

En otros casos, el embarazo ectópico puede presentarse como accidentado. Es así que al cuadro anterior se añade dolor intenso en la fosa ilíaca del lado donde se generó el embarazo ectópico, el mismo que es brusco como si fuera una puñalada. El saco de Douglas se vuelve sensible y puede presentarse signos variables de peritonismo. Se presenta de igual manera una clínica secundaria a la hemorragia la misma que se acompaña de hipotensión, palidez y en última instancia puede ser fulminante y conllevar a la paciente a un shock en minutos. El dolor está relacionado con la presencia de sangre en cavidad peritoneal, pero no existe correlación entre la intensidad del mismo y la cuantía del hemoperitoneo. El dolor irradiado al hombro (omalgia) es otro signo importante que provoca irritación del nervio frénico, y puede ser indicativo de una rotura del embarazo ectópico. (15)

## **2.7.- Diagnóstico:**

Además de valorar los aspectos clínicos junto con una exploración cuidadosa de la paciente, existe una serie de pruebas que nos ayudarán a confirmar o descartar el diagnóstico del embarazo ectópico. Se debe tener en cuenta que ni los factores de riesgo ni

el cuadro clínico de un embarazo ectópico son lo suficientemente sensibles o específicos para establecer un diagnóstico definitivo. Por lo tanto, cualquier paciente en edad reproductiva debe ser estudiada si presenta con dolor abdominal, cólicos, o sangrado vaginal durante su embarazo o si se piensa que esta cursa uno. (15).

Es así que cuando existe la sospecha de que una mujer cursa con un embarazo ectópico se puede hacer uso de dos métodos diagnósticos que acompañados con la clínica pueden darnos un indicio si es o no un embarazo ectópico. Estos métodos son los estudios de laboratorio y la imagen.

Los métodos de laboratorio se basan en el uso de la Gonadotropina Coriónica Humana (B-hCG) en sangre. Si la B-hCG se encuentra en niveles mayores de 1500 mUI/mL (entre la tercera y cuarta semana) o mayor de 6000 mUI/mL (entre la quinta y sexta semana), y si no se visualiza el feto en el saco por vía ecográfica, o este último no está presente, se confirma el diagnóstico de embarazo ectópico. (12) (22)

Los estudios de imagen como el ultrasonido (ECO), es probablemente la herramienta más importante en el diagnóstico de un embarazo extrauterino especialmente si se combina con otros métodos como los de laboratorio. Con mayor frecuencia, se utiliza para confirmar un embarazo intrauterino. La visualización de un saco intrauterino, con o sin actividad cardíaca fetal, a menudo es suficiente para excluir o confirmar un embarazo ectópico. (12)

El diagnóstico por imagen debe realizarse tanto por vía transabdominal como por vía transvaginal, siendo el segundo de mayor sensibilidad y pudiendo establecer el diagnóstico una semana antes en comparación a una ecografía transabdominal. Se puede observar ciertas características como un endometrio grueso más de 8mm y en ciertos casos puede ser delgado. La ausencia de un saco gestacional es parte de diagnóstico así como líquido libre en cavidad peritoneal. (7) (22)

## **2.8.- Tratamiento:**

El manejo y tratamiento del embarazo ectópico ha evolucionado en forma importante en los últimos años, predominando actualmente una terapia conservadora, tanto quirúrgica o médica. El tratamiento expectante y medico es posible y debe ser considerado en casos selectos. (11) (21)

En el manejo expectante, se conoce que algunos embarazos ectópico se resuelven de manera espontanea, sin estar relacionado con el tamaño del embarazo ectópico. Se debe monitorear de manera constante la B-hCG en el tratamiento expectante del embarazo ectópico. Si la B-hCG es menor de 1000ul/ml el manejo expectante es satisfactorio en un 88% de los pacientes. (12) (21)

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico; es un antimetabolito que se une a una enzima conocida como dihidrofolato reductasa, la misma que participa en la síntesis de los nucleótidos de purinas Su función principal es la de interferir con la síntesis del ADN y evitando así que se produzca la multiplicación celular. El MTX es generalmente utilizado para el manejo en pacientes que presentan un embarazo ectópico antes de una ruptura y que se encuentran hemodinámicamente estables. Se puede administrar por vía intramuscular o colocarse directamente dentro del embarazo ectópico, esta última es una ruta que entrega grandes dosis de manera local con una disminuida distribución sistémica, pero es poco utilizada actualmente. El metotrexato en dosis única es más conveniente que aquellas de dosis variables, pero así mismo conlleva un alto riesgo de una embarazo ectópico persistente. (11) (21)

El procedimiento quirúrgico puede ser de dos tipos, el de tipo radical (salpingotomía) o el de tipo más conservador (salpingotomía) y ambos pueden ser realizados por medio de laparotomía o laparoscopia, siendo este último el procedimiento más convencional

utilizado en las últimas dos décadas, y mediante la cual se busca preservar la función de las trompas y permitir a la paciente la oportunidad de mantener la fertilidad. (12)

A estas medidas se incluyen la salpingectomía lineal y el ordeño del producto gestacional fuera de la ampolla distal. El abordaje más radical incluye la resección del segmento de las trompas de Falopio que contiene la gestación, con o sin la re-anastomosis de las trompas al final del procedimiento quirúrgico. Generalmente la estadía hospitalaria suele ser más corta si la paciente se somete a una cirugía por laparoscopia (1.3 días) versus la cirugía por laparotomía (3.1 días). (21)

### **3.- METODOLOGÍA**

#### **3.1.- Diseño epidemiológico**

Para esta investigación se decidió realizar un estudio retrospectivo basándose en la historia clínica postoperatoria de los sujetos en estudio, con el fin de demostrar prevalencia y los

factores de riesgos para el desarrollo de embarazo ectópico, en las pacientes con este diagnóstico.

### **3.2.- Selección de la muestra**

Nuestro universo será el de todas las mujeres atendidas por embarazo durante un año calendario en la clínica Santa Cecilia de Quito, Ecuador; enfocándonos predominantemente en todas aquellas pacientes que fueron diagnosticadas por embarazo ectópico. Se obtuvieron un total de 126 casos demostrados.

Se decidió la exclusión de todas las pacientes con historia clínica incompleta y pacientes menores de 18 años; debido a su estado mismo de ser menores de edad y de requerir la aprobación de los padres de familia para su inclusión.

### **3.3.- Materiales y Métodos**

Se utilizó como materiales las historias clínicas otorgadas por estadística de la Clínica Santa Cecilia “Novaclinica”, las cuales se escogieron de manera aleatoria y se revisó cada caso para obtener las variables de estudio y los factores de riesgo en cada paciente.

### **3.4.- Normas Éticas**

Este estudio se basó en los principios básicos para toda investigación médica, la cual se basa en la declaración de *Helsinki* adoptada por la 18ª asamblea médica mundial y enmendada por la 29ª, 35ª, 41ª, 48ª, 52ª, asamblea médica mundial en la cual se establece que es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser

humano. Por dichas razones y como ética profesional, se guardara absoluta reserva y confidencialidad de los nombres de los sujetos de estudio, así como de su historia clínica.

El impacto ambiental de dicho estudio es el de poder tener una idea clara de como están las estadísticas del presente problema de salud en la Clínica Novaclinica; así como también el de dar a conocer a toda aquella mujer en busca de un embarazo las probables causas de embarazo ectópico, con la finalidad de que estas busquen ayuda por un especialista

### **3.5.- Valoración Logística: Variables de Estudio**

- Edad, Genero
- Hábitos
  - o Tabaquismo
  - o Alcoholismo
  - o Uso de Drogas
- Ocupación
- Número de Gestas
- Parejas Sexuales
- Historia Ginecológica
  - o Uso de anticonceptivos y métodos de barrera
  - o ETS
  - o Enfermedades del aparato reproductor Femenino (Ej: Vaginitis, EPI, etc.)
- Antecedentes Quirúrgicos

### **3.6.- Análisis de Datos:**

Los análisis de datos se realizaron por medio del programa Epi Info y/o del programa estadístico SPSS.

#### **4.- RESULTADOS**

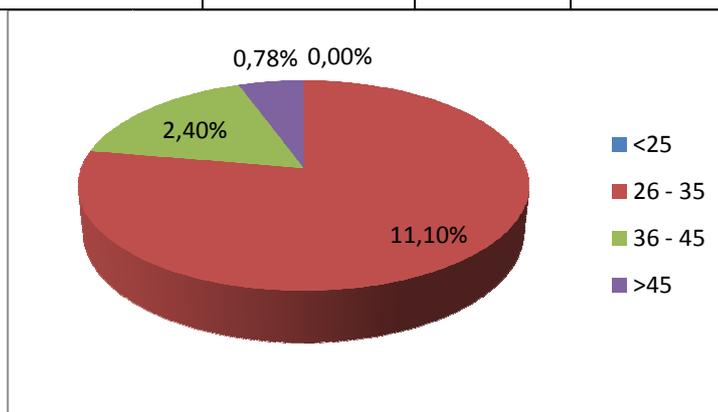
Del total de 126 sujetos de la muestra, se obtuvo que 18 pacientes habían sido diagnosticadas o tratadas por embarazo ectópico en algún momento de su vida, lo cual representa el 14,3% del total de la muestra.

### Cuadro N°1

## RANGO DE LA EDAD VS EL EMBARAZO ECTOPICO

Figura # 1 : Edad vs embarazo ectopico

			EMBARAZO ECTOPICO		Total	
			NO	SI		
EDAD	Hasta 25 años	Nro Pacientes	12	0	12	
		% dentro de EDAD	100,0%	,0%	100,0%	
	De 26 a 35 años	Nro Pacientes	71	14	85	
		% dentro de EDAD	83,5%	16,5% (11,1%)	100,0%	
	De 36 a 45 años	Nro Pacientes	25	3	28	
		% dentro de EDAD	89,3%	10,7% (2,4%)	100,0%	
	Más de 45 años	Nro Pacientes	0	1	1	
		% dentro de EDAD	,0%	100% (0,78%)	100,0%	
	<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
			% dentro de EDAD	85,7%	14,3%	100,0%



Cuadro y Grafico N°1

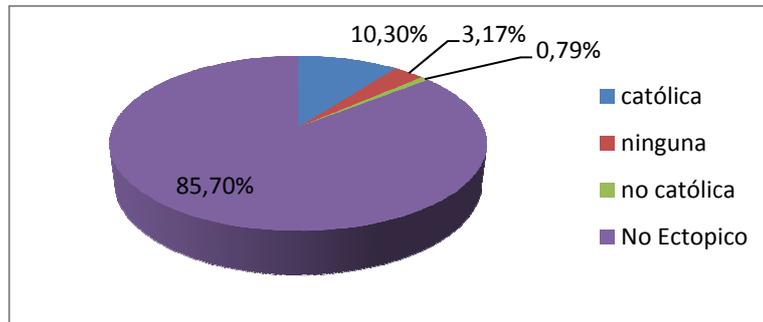
En el cuadro expuesto, se demuestra la relación entre las variables de edad y embarazo ectópico. El mayor porcentaje presentado es del 16,5%, que incluye a 14 de las 85 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico dentro del rango de edad entre los 26 a 35 años. Entre la edad de 36 a 45 años de edad se muestra un porcentaje del 10,7% con 3 pacientes. De la misma manera, en el gráfico expuesto se muestran los resultados porcentuales sobre el total de 126 pacientes; donde 18 pacientes que fueron diagnosticadas de embarazo ectópico, el 11,1% de pacientes han presentado el diagnóstico entre los 26 a 35 años; el 2,4% entre los 36 a 45 años y a duras penas un 0,78% en pacientes mayores de 45 años.

**Cuadro N°2**

**RELIGION VS EL EMBARAZO ECTOPICO**

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
Religion	Católica	Nro Pacientes	73	13	86
		% dentro de Religion	84,9%	15,1% (10,3%)	100,0%
	Ninguna	Nro Pacientes	19	4	23
		% dentro de Religion	82,6%	17,4% (3,17%)	100,0%
	No católica	Nro Pacientes	16	1	17
		% dentro de Religion	94,1%	5,9% (0,79%)	100,0%
<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de Religion	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 2: Religión y Embarazo Ectópico



### Cuadro y Figura N° 2

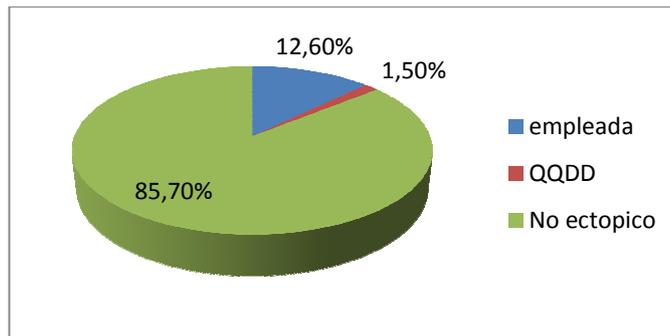
Tomando en consideración que en la población a nivel mundial, el mayor número de creyentes religiosos son practicantes católicos, no se puede descartar el resto de personas creyentes de otras religiones. En relación a lo expuesto, se demuestra en el gráfico, que de 126 pacientes; un total de 18 de ellas fueron diagnosticadas de embarazo ectópico, donde el 10,3% de las pacientes eran practicantes de la religión católica, 3,17% de las pacientes diagnosticadas no pertenecían a ninguna religión y 0,79% eran de diversas religiones.

### Cuadro N°3

#### OCUPACION VS EMBARAZO ECTOPICO

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
<b>Ocupación</b>	<b>Empleadas, Profesionales y no profesionales</b>	Nro Pacientes	78	16	94
		% dentro de ocupacion	83,0%	17,0% (12,6%)	100,0%
	<b>QQDD</b>	Nro Pacientes	30	2	32
		% dentro de ocupacion	93,8%	6,3% (1,5%)	100,0%
<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de ocupacion	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 3: Ocupación vs embarazo ectópico



#### Cuadro y Figura N° 3

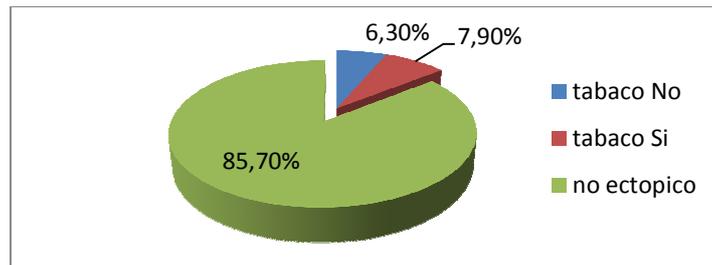
En el cuadro expuesto se demuestra que de 94 pacientes con trabajo estable, el 17.0% (16 pacientes) han sido diagnosticadas de embarazo ectópico; mientras que del total de 32 mujeres que son amas de casa, apenas el 6,3% (2 pacientes) han sido atendidas por un embarazo ectópico. Así, en el gráfico se demuestra que, del total de 126 pacientes, el 85% no han presentado nunca un caso de embarazo ectópico, el 12.6% trabajan y han sido tratadas por embarazo ectópico; mientras que el 1,5% de las pacientes que no trabajan han sido atendidas por el mismo diagnóstico.

### Cuadro N°4

#### TABAQUISMO VS EMBARAZO ECTOPICO

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
Tabaquismo	No	Nro Pacientes	77	8	85
		% dentro de tabaquismo	90,6%	9,4% (6,3%)	100,0%
	Si	Nro Pacientes	31	10	41
		% dentro de tabaquismo	75,6%	24,4% (7,9%)	100,0%
Total		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de tabaquismo	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 4: Tabaquismo vs Embarazo ectópico



#### Cuadro y Figura N°4

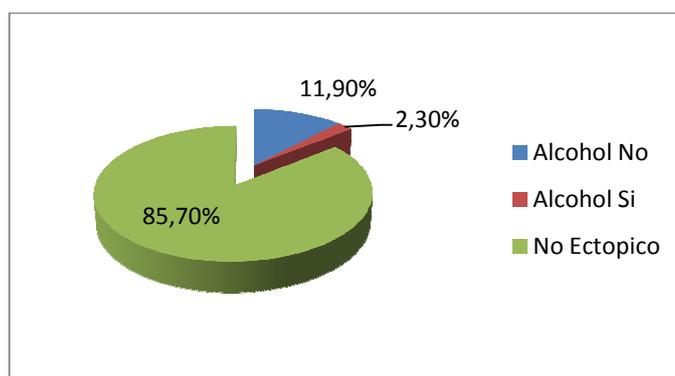
En el siguiente cuadro se demuestra que el tabaquismo tiene una tendencia al embarazo ectópico, puesto que del total de 41 pacientes que fuman, el 24,4% (10 pacientes) han sido diagnosticadas de embarazo ectópico; versus el 9,4% (8 pacientes) que han presentado el mismo diagnóstico pero no tienen tendencia al tabaquismo. Según el estudio realizado, en el gráfico se demuestra que del total de 126 pacientes, el 6,3% de las pacientes que fueron diagnosticadas de embarazo ectópico no consumen tabaco, mientras que el 7,9% de las mujeres diagnosticadas sí tienen tendencia al tabaquismo.

### Cuadro N° 5

#### ALCOHOLISMO VS EMBARAZO ECTOPICO

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
Alcoholismo	No	Nro Pacientes	98	15	113
		% dentro de alcoholismo	86,7%	13,3%	100,0%
	Si	Nro Pacientes	9	3	12
		% dentro de alcoholismo	75,0%	25,0%	100,0%
<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de alcoholismo	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 5: Alcoholismo vs Embarazo Ectópico



#### Cuadro y Figura N° 5

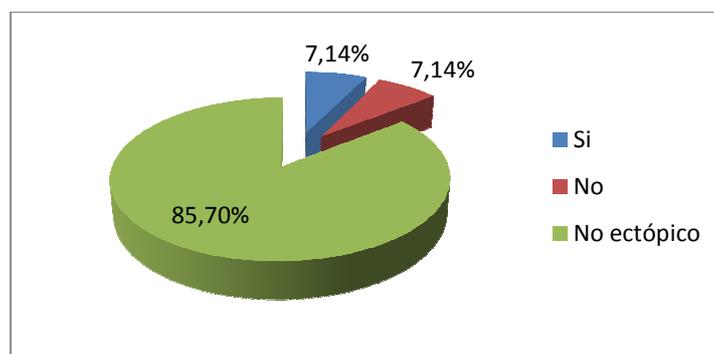
El cuadro y la figura expuesta demuestran que el alcohol no es considerado un factor de riesgo de embarazo ectópico entre las pacientes de la muestra, puesto que del total de pacientes dentro del estudio (126 pacientes), el 11.9% de aquellas que fueron diagnosticadas de embarazo ectópico no consumen alcohol; mientras que, a duras penas el 2,3% del total de pacientes con mencionado diagnóstico si consumen o consumieron alcohol.

### Cuadro N° 6

#### ANTICONCEPTIVOS VS EMBARAZO ECTOPICO

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
anticonceptivos	No	Nro Pacientes	69	9	78
		% dentro de anticonceptivos	88,5%	11,5% (7,14%)	100,0%
	Si	Nro Pacientes	39	9	48
		% dentro de anticonceptivos	81,3%	18,8% (7,14%)	100,0%
<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de anticonceptivos	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 6: Anticonceptivos vs Embarazo Ectópico



#### Cuadro y Figura N° 6

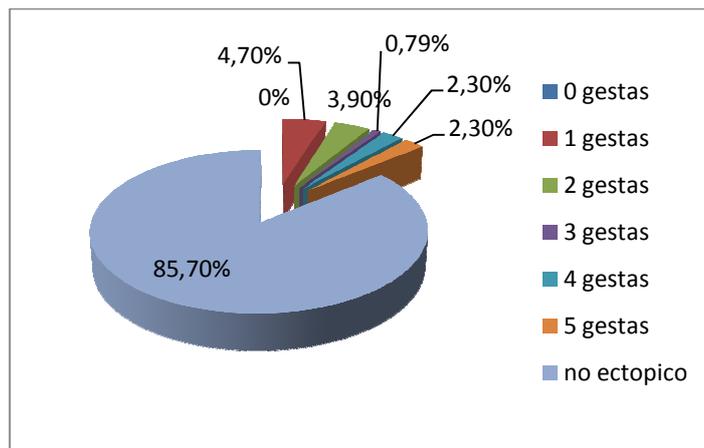
Se demuestra que el uso de anticonceptivos utilizado por las pacientes en el presente estudio no es un factor determinante para el diagnóstico de embarazo ectópico, puesto que del total de pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico en el presente estudio, demuestran que el factor de los anticonceptivos puede ser, como puede no ser un factor de riesgo; ya que el 7,14% (9 pacientes) de pacientes diagnosticadas utilizaron anticonceptivos de algún tipo; y el otro 7,14% (9 pacientes) no utilizaron ningún tipo de método de barrera.

**Cuadro N° 7**

**GESTAS VS EMBARAZO ECTOPICO**

			EMBARAZO ECTOPICO		Total	
			NO	SI		
#gestas	0	Nro Pacientes	2	0	2	
		% dentro de #gestas	100,0%	0,0% (0%)	100,0%	
	1	Nro Pacientes	37	6	43	
		% dentro de #gestas	86,0%	14,0% (4,7%)	100,0%	
	2	Nro Pacientes	42	5	47	
		% dentro de #gestas	89,4%	10,6% (3,9%)	100,0%	
	3	Nro Pacientes	16	1	17	
		% dentro de #gestas	94,1%	5,9% (0,79%)	100,0%	
	4	Nro Pacientes	10	3	13	
		% dentro de #gestas	76,9%	23,1% (2,3%)	100,0%	
	5	Nro Pacientes	1	3	4	
		% dentro de #gestas	25,0%	75,0% (2,3%)	100,0%	
	<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
			% dentro de #gestas	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 7: Gestas vs Embarazo Ectópico



### **Cuadro y Figura N° 7**

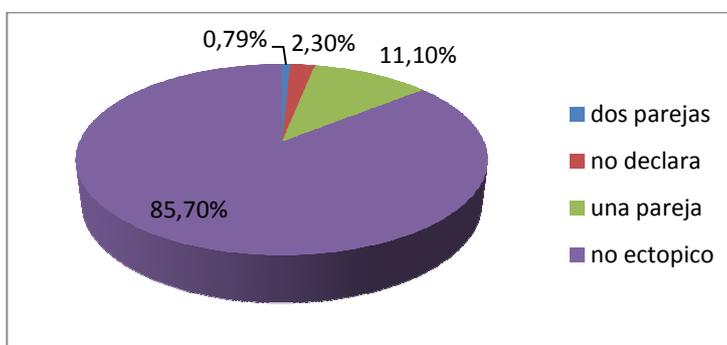
El número de gestas demuestra que puede ser un factor muy importante a tomar en consideración, puesto que según el cuadro y el gráfico descrito, se demuestra que existe una mayor probabilidad de presentar el diagnóstico de embarazo ectópico entre el primer y segundo embarazo; ya que del total de pacientes diagnosticadas con dicho problema, se obtuvo que el 4,70% presentaron el diagnóstico en la primera gesta, seguido de un 3,90% de pacientes que lo presentaron en su segunda gesta. En las pacientes con una tercera gesta el riesgo disminuye considerablemente a un 0,79% de los casos; igualándose en las pacientes con cuatro o más gestas en un riesgo del 2,30% de las probabilidades de que se presente o se repita el diagnóstico en estudio.

### Cuadro N° 8

#### NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES VS EMBARAZO ECTOPICO

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
#parejas sexuales	dos	Nro Pacientes	4	1	5
		% dentro de #parejas sexuales	80,0%	20,0% (0,79%)	100,0%
	no declara	Nro Pacientes	12	3	15
		% dentro de #parejas sexuales	80,0%	20,0% (2,3%)	100,0%
	una	Nro Pacientes	92	14	106
		% dentro de #parejas sexuales	86,8%	13,2% (11,1%)	100,0%
<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de #parejas sexuales	85,7%	14,3%	100,0%

Figura # 8: Parejas sexuales vs Embarazo Ectópico



#### Cuadro y Figura N° 8

En el cuadro y gráfico expuesto demuestran que el número de parejas sexuales no es concluyente para presentar el diagnóstico de embarazo ectópico, puesto que de las 18 pacientes diagnosticadas de dicho problema, el 11,1% han presentado el problema con una sola pareja sexual, mientras que aquellas pacientes que no declaran el número de parejas

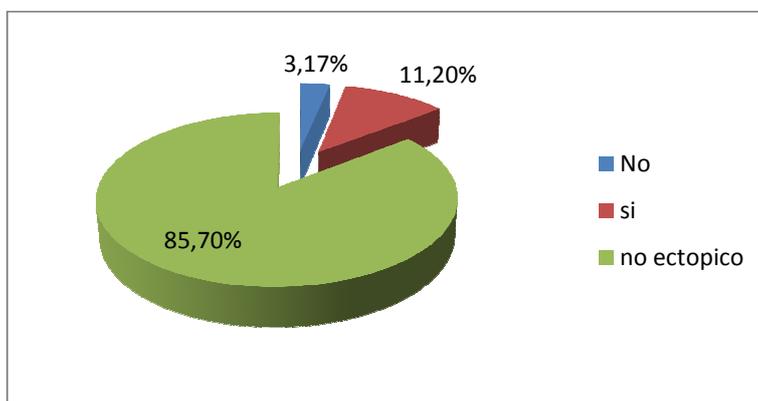
sexuales presentan un riesgo del 2,3% de presentar dicho diagnóstico, dejando un pequeño porcentaje del 0,79% del total para aquellas pacientes que presentan dos parejas.

**Cuadro N° 9**

**ENFERMEDADES GINECOLOGICAS VS EMBARAZO ECTOPICO**

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
<b>Enfermedades Ginecológicas</b>	<b>No</b>	Nro Pacientes	91	4	95
		% dentro de enf_Ginecologicas	95,8%	4,2% (3,17%)	100,0%
	<b>Si</b>	Nro Pacientes	17	14	31
		% dentro de enf_Ginecologicas	54,8%	45,2% (11,2%)	100,0%
<b>Total</b>		Nro Pacientes	108	18	126
		% dentro de enf_Ginecologicas	85,7%	14,3%	100,0%

**Figura # 9: Enfermedades ginecologicas vs Embarazo Ectópico**



**Cuadro y Figura N° 9**

Las pacientes del presente estudio que han sido diagnosticadas en algún momento de alguna enfermedad ginecológica presentan un riesgo del 11,2% de ser o haber sido diagnosticadas de embarazo ectópico; mientras que el 3,17% que no presentaron una

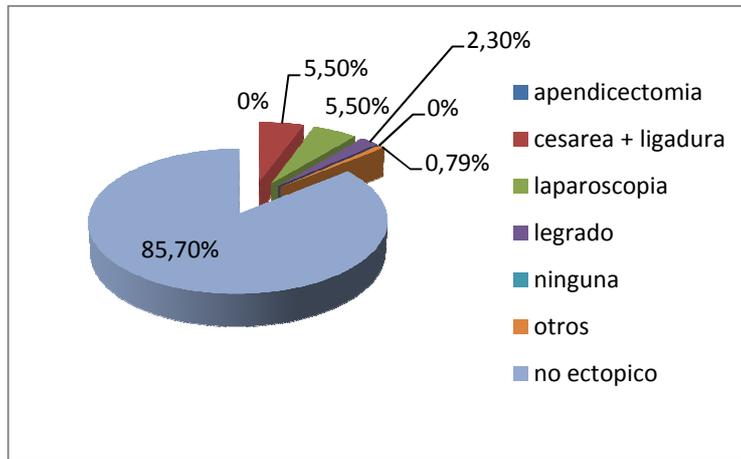
enfermedad ginecológica también fueron diagnosticadas de la misma entidad, lo que nos lleva a que, el riesgo de embarazo ectópico aumento con el riesgo de padecer una enfermedad ginecológica.

**Cuadro N°10**

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS VS EMBARAZO ECTOPICO**

			EMBARAZO ECTOPICO		Total
			NO	SI	
<b>Procedimientos quirurgicos</b>	<b>apendicectomia</b>	Nro Pacientes	4	0	4
		% dentro de Procedimientos quirúrgicos	100,0%	,0%	100,0%
	<b>cesarea/ligadura</b>	Nro Pacientes	59	7	66
		% dentro de Procedimientos quirúrgicos	89,4%	10,6%	100,0%
	<b>laparoscopia</b>	Nro Pacientes	2	7	9
		% dentro de Procedimientos quirúrgicos	22,2%	77,8%	100,0%
	<b>legrado</b>	Nro Pacientes	25	3	28
		% dentro de Procedimientos quirúrgicos	89,3%	10,7%	100,0%
	<b>ninguna</b>	Nro Pacientes	14	0	14
		% dentro de Procedimientos quirúrgicos	100,0%	,0%	100,0%
	<b>Otro</b>	Nro Pacientes	4	1	5
		% dentro de Procedimientos quirúrgicos	80,0%	20,0%	100,0%
<b>Total</b>	Nro Pacientes	108	18	126	
	% dentro de Procedimientos	85,7%	14,3%	100,0%	

Figura # 10: Procedimientos quirúrgicos vs embarazo Ectópico



### Cuadro y Figura N° 10

Luego de investigar los diferentes procedimientos quirúrgicos a los que se expusieron las pacientes en estudio se demuestra que el 5,50% del total de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico son aquellas que fueron intervenidas por cesárea, ligaduras y procedimientos laparoscópicos. Las pacientes que fueron sometidas a legrado en el presente estudio y fueron diagnosticadas de embarazo ectópico presentaron un riesgo del 2,3% de presentar dicho problema de salud.

## **5.- DISCUSIÓN**

En la literatura encontrada se habla que la prevalencia del embarazo ectópico a nivel mundial no ha variado en las últimas décadas, manteniéndose el porcentaje descrito entre 0,5% y 1% a 2% en la actualidad. En el estudio realizado se obtuvo que la prevalencia de embarazo ectópico fue del 14,2%, dentro de la población de pacientes en estudio, es decir un porcentaje mayor al rango porcentual a la expuesta en la literatura.

El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico se encontró dentro del rango de edad entre los 26 y 35 años de edad con un porcentaje del 11,1% del total diagnosticado; resultado que era de esperarse debido a que son pacientes que además de ser jóvenes, gozan de una mayor actividad sexual durante estas edades, en relación a mujeres fuera de este rango de edad. Dichos datos se asemejan a los datos de la literatura encontrada, puesto que las mujeres de mayor riesgo de embarazo ectópico en la misma, se encuentran entre los 19 y 30 años de edad dando así un 10% del total estudiado en la literatura.

De la misma manera cabe destacar que las mujeres que son practicantes católicas presentan un mayor riesgo de embarazo ectópico en relación a pacientes practicantes de otras religiones; pero debemos tomar en cuenta que la mayoría de la población mundial son practicantes católicos, por lo cual es un dato que debemos tener en cuenta para conclusiones finales. Dentro de la misma aseveración debemos tomar en cuenta el embarazo ectópico dentro de las ocupaciones laborales. La literatura no explica mucho de estos dos últimos factores, pero en nuestro estudio se ha decidido tomarlas en cuenta como parte de los factores de riesgo actual.

El tabaquismo ha venido a representar en nuestro estudio, un importante factor de riesgo a ser considerado, puesto que del total de 18 pacientes diagnosticadas de embarazo ectópico,

10 pacientes, o sea el 7,9% del total de pacientes diagnosticadas, tuvieron o tienen tendencia al tabaquismo, por lo cual se estimaría que este sería un probable factor de riesgo para presentar dicha entidad clínica. Por otro lado el alcoholismo no tiene una relación directa con el embarazo ectópico, puesto que la mayoría de las pacientes (15 pacientes diagnosticadas) no consumen o no consumieron alcohol.

En lo que se refiere al uso de anticonceptivos, la literatura no profundiza en dicho tema, pero si menciona que la probabilidad de embarazo ectópico por causa de estas es baja o nula. A pesar de ello en nuestro estudio se demostró que el riesgo de embarazo ectópico es igual, es decir existe un 50% de probabilidad de embarazo ectópico si se hace uso o no de los anticonceptivos sean estos hormonales, de barrera, entre otros.

En lo que respecta al número de gestas, se demostró que el mayor riesgo se encuentra en aquellas pacientes nulíparas y pacientes con segundas gestas, lo cual concuerda con la literatura descrita, ya un notable 10% del total de 125 casos de embarazo ectópico se presentaron en nulíparas.

El estado civil, basado en el número de parejas sexuales no fue muy concluyente, debido a que la mayoría de las pacientes que refieren haber tenido una sola pareja sexual presentan mayor riesgo de embarazo ectópico en relación con aquellas que tienen más de una. Esto no se acoge a la literatura, debido a que en el estudio realizado por Klalbermatter y colaboradores, refieren que el tener una sola pareja sexual disminuye el riesgo para presentar dicha patología.

La entidad que al parecer tiene mayor influencia como factor de riesgo para que se presente un embarazo ectópico, y que se acopla a la literatura, son las diversas enfermedades ginecológicas, donde se demuestra que del total de 18 pacientes con dicha entidad clínica, 14 pacientes, o sea el 11% del total diagnosticado, presentaron como causa una enfermedad

ginecológica, siendo la más importante la EPI y los quistes ováricos; lo cual concuerda con la literatura en relación a la primera entidad, como principal agente causal del diagnóstico estudiado.

Los procedimientos quirúrgicos son también una parte importante para la formación de embarazo ectópico, puesto que la mayoría de pacientes con diagnóstico, presentan antecedentes quirúrgico, entre ellos cesáreas anteriores, ligadura de trompas, entre otros procedimientos pélvico – abdominales, lo cual según la literatura descrita son factores importantes en la generación de dicha entidad clínica.

## **6.- CONCLUSIONES**

El embarazo ectópico es una enfermedad multifactorial, por lo cual no se puede aseverar un factor único y definitivo como el agente causal de dicho; pero lo que si podemos decir, en base al estudio realizado, que existe una ligera predisposición en factores como la edad, las enfermedades ginecológicas y los procedimientos quirúrgicos previos como los factores que conllevan a una mayor probabilidad para que se genere dicha entidad clínica.

Cabe mencionar que gracias al diagnóstico temprano y oportuno del embarazo ectópico, se ha logrado disminuir de manera muy considerable la morbi-mortalidad materno-fetal, además de que las intervenciones quirúrgicas para resolver dicho problema han ido mejorando con el paso de los años, haciéndose una solución menos invasiva y con menor riesgo para el paciente, teniendo como resultado una mejor recuperación y menor riesgo de trauma quirúrgico y emocional para la paciente.

Para finalizar, podemos decir entonces, que el presente trabajo es un paso importante en el estudio del embarazo ectópico como problema de salud en el Ecuador, ya que esta entidad afecta a toda mujer en edad fértil, y la mujer ecuatoriana no es la excepción. Esto nos permitirá tener una idea más profunda y exacta de dicho problema en la salud; para así evitar este tipo de complicaciones a futuro, disminuyendo de dicha forma, el riesgo de morbi-mortalidad materna en nuestra sociedad.

## 7.- REFERENCIAS

1. FANEITE P. et.al, (2008), *Embarazo Ectópico 2000- 2007*. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):155-159
2. DE LOS RIOS et.al (2007). *Fertilidad después del tratamiento laparoscópico en embarazo ectópico*. Revista colombiana de Ginecología-Obstetricia pág. 284 – 289  
Extraído el día 28 de Noviembre 2010 de la página <http://www.fecolsog.org>
3. ACOG (2010), *Embarazo ectópico*, Extraído el día 27 de Noviembre de la página [www.acog.org/publications/patient\\_education/sp155.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/sp155.cfm)
4. RODRIGUEZ Y et.al. (2010) *Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico*. Revista cubana de ginecología y obstetricia pag 36 – 43
5. SEPULVEDA J et.al, (2009) *Revisión de caso: embarazo ectópico en cicatriz uterina*. Extraído el Día 20 de Noviembre del 2010 de la página <http://www.fecolsog.org>
6. ZEPEDA J, et.al. (2009). *Embarazo ectópico cornual, reporte de caso*. Extraído el día 20 de Noviembre del 2010 de la página <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no52-4/RFM052000410.pdf>
7. KALBERMATTER D. et.al. (2007), *Prevalencia de embarazo ectopico en el servicio de ginecologia del hospital "Ramón Madariaga" de posadas*. Revista de Posgrado del 8 a VIa Cátedra de Medicina - N° 167
8. DE LOS RIOS, et.al. (2006), *Salpingostomía lineal por laparoscopia para el tratamiento de un embarazo ectópico bilateral espontáneo: reporte de caso*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 1 • 2006 • (54-57) Extraído el día 27 de Noviembre 2010 de la página <http://www.fecolsog.org>
9. GUTIERREZ M. et.al, (2008), *El embarazo ectópico como problema de salud*. REVCOG 2008;13(3):97-100. Extraído el día 18 de Noviembre 2010 de la página <http://www.fecasog.org>
10. VALENTIN R. et.al (2008), *Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. Reporte de un caso*. Rev Cubana Obstet Ginecol 26(2): 87-90
11. TRONCOSO J. et.al (2002), *Tratamiento médico del embarazo ectópico: evaluación prospectiva de la fertilidad*
12. BARNHART K, (2009). *Ectopic Pregnancy*. N Engl J Med Vol 361, Págs: 379-87. Extraído el 23 de Diciembre 2010 de: [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

13. URRUTIA S., María Teresa et al. *Embarazo Ectópico: Factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres Chilenas*. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2007, vol.72, n.3, pp. 154-159. ISSN 0717-7526.
14. AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION. (2010) *Estadística de embarazo en los EEUU*. Extraído el 14 de Diciembre de la página <http://www.americanpregnancy.org/main/statistics.html>
15. GONZALEZ D., SOLA A. et.al (2005) *Embarazo Ectópico. Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria Málaga – España*
16. CASANOVA C. (2004) *Epidemiología del embarazo ectópico en un hospital ginecoobstétrico*. Hospital Ginecoobstétrico "América Arias". Ciudad de La Habana- Cuba
17. ROUVIERE H., DELMAS A. (1999) *Anatomía humana de Rouviere*. Tomo II, 9na edición, Editorial MASSON. Barcelona-España.
18. ORTS LLORCA F. (2003) *Anatomía Humana*. 5 Edición. Tomo III. Editorial científico- médica. Barcelona.
19. WESTROM L. et.al (1981) reeditado (2003). *Incidence, trends, and risks of ectopic pregnancy in a population of women*. *British Medical Journal BMJ*. Volumen 282, Págs. 15 – 18. Extraído el día 01 de Enero 2011 del la página [www.BMJ.org](http://www.BMJ.org)
20. IDROBO I. et.al (2005). *Embarazo ectópico realizado en el área toco-quirúrgico del Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil entre junio 2005 hasta noviembre 2005*. Extraído el 28 de Diciembre del 2010 de la página [www.ginecoguayas.com](http://www.ginecoguayas.com)
21. TAY J.et.al (2000). *Ectopic pregnancy: Clinical Review*. *British Medical Journal BMJ*, Volumen 320, Págs. 916 – 919. Extraído el día 28 de Diciembre del 2010 de la página [www.BMJ.org](http://www.BMJ.org)
22. ESPINOZA D. (2009). *Tasa de Gestación Intrauterina subsecuente al tratamiento quirúrgico del Embarazo ectópico en el Departamento de ginecología y Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el 2000 y 2006*. Tacna Perú.

