

Diagnóstico y tratamiento de pacientes con sospecha de embarazo ectópico

Diagnosis and treatment of patients with suspected ectopic pregnancy

Víctor Francisco Ramírez García¹ <https://orcid.org/0009-0007-9112-3653>

Laura Stephanie Morales Robles¹ <https://orcid.org/0009-0000-8110-6840>

Yunisleydis Moreno Griñán¹ <https://orcid.org/0009-0004-8098-2071>

Yosis Verrier Quesada¹ <https://orcid.org/0000-0002-3596-207X>

Nicolás Lázaro Serrano Varela^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7392-9457>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: nlserrano@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico, es una complicación del embarazo, más frecuente en el primer trimestre, que representa un alto riesgo para la salud incluso para la vida de la mujer, puede presentar complicaciones graves y sin un diagnóstico oportuno puede causar la muerte.

Objetivo: Describir el cuadro clínico y el tratamiento de las pacientes con sospecha de embarazo ectópico ingresadas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias”.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal analítico en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de embarazo ectópico. La población estudiada incluyó a todas las pacientes con sospecha de embarazo ectópico que fueron atendidas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023.

Resultados: Las mujeres ingresadas con mayor frecuencia por sospecha de embarazo ectópico se encontraban entre 20 y 29 años. Un alto porcentaje de pacientes tenía el antecedente de aborto provocado y también resultaron notables el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, el uso de dispositivos intrauterinos y el antecedente de tres o más parejas sexuales.

Conclusiones: El tratamiento de las pacientes con diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico es por lo general quirúrgico, sobre todo en mujeres con inestabilidad hemodinámica.

Palabras clave: embarazo; embarazo ectópico; laparotomía.

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy, is a complication of the first trimester of pregnancy, which represents a high health risk even for the woman's life, it can present serious complications and without timely diagnosis can cause death.

Objective: To describe the clinical picture and treatment of patients with suspected ectopic pregnancy admitted to "America Arias" Hospital between.

Methods: An observational, descriptive, analytical cross-sectional study was conducted in patients with a presumptive or confirmed diagnosis of ectopic pregnancy. The target population included all patients with suspected ectopic

pregnancy who were seen at the 'America Arias' Hospital between January 2022 and December 2023.

Results: The women most frequently admitted for suspected ectopic pregnancy were between 20 and 29 years of age. A high percentage of patients had a history of induced abortion and a history of pelvic inflammatory disease, use of intrauterine devices and a history of three or more sexual partners were also notable.

Conclusions: Treatment of patients with presumptive diagnosis of ectopic pregnancy is eminently surgical, especially in women with hemodynamic instability.

Keywords: pregnancy; ectopic pregnancy; laparotomy; ectopic pregnancy; laparotomy

Recibido: 02/05/2025

Aprobado: 13/05/2025

Introducción

El embarazo ectópico, es una complicación del embarazo, más frecuente en el primer trimestre, que representa un alto riesgo para la salud incluso para la vida de la mujer.⁽¹⁾

Es un problema de salud mundial, asociado con una morbilidad y mortalidad considerables. La incidencia de los embarazos ectópicos varía, con tendencia

ascendente, y las cifras sugieren que se diagnostica en el 1 al 2 % de todos los embarazos. Se estima que las tasas de mortalidad asociadas al embarazo ectópico oscilan entre el 0,1 y el 0,5 % en los países desarrollados, mientras que pueden ser más altas en los entornos de bajos recursos debido al retraso en el diagnóstico y el tratamiento.^(2, 3, 4)

La tasa de mortalidad asociada a esta afección puede ser alarmante, dependiendo de algunas localizaciones anatómicas; tal es el caso de los embarazos ectópicos abdominales, en que estas cifras oscilan entre el 1 y el 18 %.⁽⁵⁾

El embarazo ectópico es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre, aunque los datos históricos muestran que las tasas de mortalidad han disminuido de forma significativa, pasando del 90 % a finales del siglo XIX a 0,14 % en 1990. Esto se debe a las mejoras en el diagnóstico y las técnicas quirúrgicas.^(6, 7)

A pesar de los avances en la atención médica, los embarazos ectópicos siguen representando riesgos en las regiones en desarrollo, donde las mujeres tardan en acudir a las instituciones asistenciales. La falta de conciencia y los recursos sanitarios inadecuados agravan los resultados.⁽⁸⁾

Es necesario que se establezcan algunas premisas de interés para todos los trabajadores de la salud, en especial para aquéllos que trabajan en la atención primaria. Lo primero es la prevención de algunos factores de riesgo como: las infecciones de transmisión sexual, la enfermedad pélvica inflamatoria, los abortos provocados, entre otros. Otro aspecto importante es el diagnóstico, lo que requiere de un amplio conocimiento del cuadro clínico y los exámenes complementarios necesarios. Aunque el diagnóstico es en ocasiones difícil, es crucial que se realice

de manera precoz, lo cual permite un tratamiento oportuno y la consecuente disminución de la mortalidad por esta afección.⁽⁹⁾

El riesgo de muerte por embarazo ectópico a principios del siglo XXI fue de 1/1 000, comparado 3,5/1 000 en 1970. En Cuba constituyó el 11,9 % del total de las muertes maternas directas entre 1985 y 1995, en 1997 el 22,1 %. En el 2011 se reportó una tasa de mortalidad por esta causa de 3 x 100 000 nacidos vivos.⁽¹⁰⁾

El embarazo ectópico es una afección que puede presentar complicaciones graves y sin un diagnóstico oportuno puede causar la muerte. Es necesario profundizar en el conocimiento de las características clínicas y epidemiológicas que facilitan el diagnóstico de esta entidad, los exámenes complementarios y el tratamiento, tanto de la enfermedad en sí, como de las complicaciones que puedan surgir.

El objetivo del presente trabajo es describir el cuadro clínico y el tratamiento de las pacientes con sospecha de embarazo ectópico ingresadas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal analítico en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de embarazo ectópico ingresadas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023. La población objeto de estudio quedó conformada por 149 pacientes.

Se utilizaron variables que describen aspectos clínicos y epidemiológicos de las pacientes estudiadas como: la edad, los antecedentes de embarazo ectópico y otros posibles factores de riesgo. Otras variables incluyeron motivo de ingreso,

hallazgos en el ultrasonido, diagnóstico transoperatorio y diagnóstico anatomopatológico.

Se revisaron las hojas de cargo del cuerpo de guardia para listar las pacientes atendidas o ingresadas con sospecha o confirmación de embarazo ectópico y se examinaron los registros del salón de operaciones y de sala de ginecología.

La información fue recolectada en un formulario confeccionado al efecto y se almacenó en una hoja de cálculo electrónica del programa Microsoft Excel, que fue exportada al programa *IBM SPSS Statistics* en su versión 25 para crear la base de datos y realizar el análisis de las variables.

Las variables cuantitativas fueron resumidas usando estadígrafos propios de la estadística descriptiva y las cualitativas usando la distribución de frecuencias.

Los resultados se presentaron en forma de textos y tablas. Se utilizaron tablas de contingencia que permitieron describir dos variables y determinar la posible relación entre estas. Se aplicó la prueba exacta de Fisher para determinar el p (valor), con un valor de alfa de 0,05.

Aspectos éticos

La investigación se sustenta en los principios de la ética, resguardando el derecho de los sujetos a proteger su integridad, registrados en la declaración de Helsinki de 1964, y enmendados por las Asambleas Mundiales de Hong Kong en 1983; Edimburgo 2000; Tokio 2004; Seúl 2008 y Fortaleza, Brasil, 2013; los cuales se tuvieron presente durante el desarrollo de la misma.

El estudio tiene una finalidad científica, sin afectaciones del medio ambiente, ni riesgos predecibles. La información obtenida no se empleará para otros fines fuera del marco de la investigación.

Resultados

En el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023, ingresó un total de 149 mujeres por sospecha de embarazo ectópico. La edad de las mujeres varió entre 17 y 42 años, con una edad media de 26,1 años y una mediana de 25,9 años. La moda fue 21 años.

Tabla 1. Edad agrupada de las pacientes ingresadas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023 por sospecha de embarazo ectópico

Grupo de edad	N	%
Menores de 20	15	10,1
20 a 24 años	48	32,2
25 a 29 años	57	38,2
30 a 34 años	15	10,1
Mayores de 35 años	14	9,4
Total	149	100

Fuente: Historias clínicas.

El mayor número de ingresos fue en mujeres entre 20 y 29 años (70,4 %), las mujeres menores de 20 años y entre 30 y 34 representaron ambas el 10,1 % y las mayores de 35 el 9,4 %.

La tabla 2 muestra los síntomas más frecuentes que motivaron el ingreso. En ocasiones el motivo de ingreso fue un solo síntoma, aunque lo más común fue la combinación de dolor hipogástrico con el sangrado vaginal.

Tabla 2. Motivo de ingreso en las pacientes ingresadas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023 por sospecha de embarazo ectópico

Motivo de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Dolor hipogástrico	44	29,5
Retraso menstrual	6	4,0
Sangrado vaginal	2	1,3
Dolor hipogástrico y sangrado vaginal	80	53,7
Dolor, sangrado vaginal y retraso menstrual	17	11,4
Total	149	100,0

Fuente: Historias clínicas.

El dolor estuvo presente en el 94,6 % de las pacientes, tanto de manera aislada o combinado con sangrado vaginal y retraso menstrual. El retraso menstrual como único síntoma, solo fue referido por 4 % de las pacientes, mientras que el sangrado vaginal solo en 1,3 %.

En la tabla 3 se correlacionaron los factores de riesgo en mujeres incluidas en la investigación y la confirmación diagnóstica de embarazo ectópico por histopatología. El antecedente de aborto provocado fue el más frecuente, fue referido por el 92,6 % de las pacientes estudiadas, sin embargo, de todos los antecedentes explorados en las pacientes, solo el de embarazo ectópico tiene un valor de p inferior al valor del alfa, lo que nos permite plantear que existe una relación estadística significativa entre el antecedente de embarazo ectópico y el diagnóstico positivo de dicha entidad.

Tabla 3. Correlación entre antecedentes personales de las pacientes ingresadas por sospecha de embarazo ectópico y la confirmación diagnóstica de la entidad

Antecedente	Conformación del diagnóstico (N=82)	Valor de p
-------------	-------------------------------------	--------------

		Sí		No		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Embarazo ectópico previo	Sí	22	14,7	1	0,7	23	15,4	0,000
	No	44	29,6	82	55	126	84,6	
Enfermedad pélvica inflamatoria	Sí	27	18,2	26	17,4	53	35,6	0,234
	No	39	26,2	57	38,2	96	64,4	
Cirugía abdominal previa	Sí	10	6,7	5	3,4	15	10,1	0,059
	No	56	37,6	78	52,3	134	89,9	
Aborto provocado	Sí	59	39,6	79	53,3	138	92,6	0,152
	No	7	4,7	4	2,7	11	7,4	
Uso de dispositivo intrauterino	Sí	20	13,4	21	14,1	41	27,5	0,580
	No	46	30,9	52	41,6	108	72,5	
Tres o más parejas sexuales	Sí	20	13,4	33	22,1	53	35,6	0,153
	No	46	30,9	50	33,6	96	64,4	

($\alpha=0,05$). $p < 0,05$, existe una relación estadística significativa entre las dos variables

En la tabla 4 establece la correlación entre los hallazgos ultrasonográficos en las pacientes ingresadas por sospecha de embarazo ectópico y la confirmación diagnóstica por histopatología. El ultrasonido fue realizado a 143 pacientes, 96 % del total de la población, de ellas, en 69 se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico (46,3 %). A 74 pacientes, 49,7 % del total, se le realizó ultrasonido, pero no se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico.

Tabla 4. Relación entre los hallazgos ultrasonográficos en pacientes con sospecha de embarazo ectópico y la confirmación del diagnóstico por histopatología

Hallazgos ultrasonográficos		Confirmación del diagnóstico (N=82)						Valor de p
		Sí		No		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Ultrasonido realizado	No	0	0,0%	6	4,0%	6	4,0%	0,022
	Sí	69	46,3%	74	49,7%	143	96,0%	
Saco gestacional ectópico	No	13	8,7	53	35,6	66	44,3	0,000
	Sí	56	37,6	27	18,1	83	55,7	
Tumoración anexial	No	56	37,6	38	25,5	94	63,1	0,000
	Sí	13	8,7	42	28,2	55	36,9	
Líquido libre en abdomen	No	26	17,4	35	23,5	61	40,9	0,196
	Sí	45	30,2	43	28,9	88	59,1	

Prueba exacta de Fisher. ($\alpha=0,05$). $p < 0,05$, existe una relación estadística significativa entre las dos variables

Al analizar la relación entre los hallazgos ultrasonográficos y el diagnóstico positivo de embarazo ectópico se observa que todos los hallazgos descritos en el ultrasonido tienen un valor de p inferior al alfa, exceptuando la presencia de líquido libre en abdomen, con un valor de p superior.

El hallazgo ultrasonográfico más frecuente en las mujeres con confirmación diagnóstica del embarazo ectópico fue la presencia de un saco gestacional ectópico.

En la tabla 5 se muestran la relación entre los hallazgos transoperatorios y el resultado de Anatomía Patológica. El diagnóstico transoperatorio más frecuente fue el de embarazo ectópico, seguido por los quistes o tumoraciones a nivel del ovario y en el 8,1 % de los casos, no se describen hallazgos macroscópicos anormales en el transoperatorio y resultaron ser laparotomías blancas, con la única utilidad de descartar la afección.

Tabla 5. Correlación de los hallazgos macroscópicos transoperatorios y los resultados de anatomía patológica en las pacientes operadas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico “América Arias” entre enero de 2022 y diciembre de 2023 por sospecha de embarazo ectópico

Resultado Anatomía Patológica	Hallazgo transoperatorio										Total	
	Embarazo ectópico		Folículo hemorrágico		Quiste folicular		Quiste simple		Laparotomía blanca			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Embarazo ectópico tubárico	82	55,0	0	0	0	0	0	0	0	0	82	55,0
Hematosalpinx	3	2,0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,0

Folículo hemorrágico	0	0	2	1,3	0	0	0	0	0	0	2	1,3
Cuerpo lúteo hemorrágico	0	0	11	7,4	2	1,3	1	0,7	0	0	14	9,4
Cuerpo lúteo	0	0	6	4,0	4	2,7	1	0,7	0	0	11	7,4
Quiste Morgagni	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	1	0,7
No realizado	24	16,1	0	0	0	0	0	0	12	8,1	36	24,1
Total	109	73,2	19	12,7	6	4,0	3	2,0	12	8,1	149	100

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 5 se observa que, en el 55 % de las mujeres a las que se le realizó cirugía por sospecha de embarazo ectópico, se conformó el diagnóstico en el estudio microscópico de la pieza extraída.

Otros diagnósticos histológicos fueron hematosalpinx, cuerpo lúteo hemorrágico, folículos ováricos y un caso de Quiste de Morgagni. En el 24,1 % de las pacientes no se realizó estudio histológico.

El 99,3 % de las pacientes se mantuvo estable en el posoperatorio y fueron trasladadas a sala abierta para completar su seguimiento y posterior egreso. Una paciente (0,7 %) que presentó descompensación hemodinámica grave al ingreso (choque hipovolémico) requirió más de cuatro unidades de glóbulos en el transoperatorio y posoperatorio. La paciente fue trasladada a unidad de terapia intensiva.

Otras 4 pacientes (2,7 +%) requirieron hemotransfusión en el servicio de posoperatorio y 2 (1,3 %) durante el transoperatorio. El 95,3 % de las pacientes no requirieron hemotransfusión.

Discusión

El grupo de edad con mayor prevalencia fue entre 20 y 29 años, que corresponde con los resultados Patel y Chouhan, que plantearon un predominio de mujeres con posible embarazo ectópico en grupo de mujeres entre 21 y 30 años, con un porcentaje de 70,4 %.⁽⁶⁾

Así mismo, Gerema, en el sureste de Etiopía y Banotra, en un hospital en Srinagar, en la India, describen resultados similares, con un 63,8 % y un 81,1 % cada uno, en el mismo grupo de edad.^(2, 11)

Otros autores coinciden respecto a la edad de las mujeres en el momento del diagnóstico de embarazo ectópico,⁽⁴¹⁾ sin embargo, Gandotra describe una mayor prevalencia en mujeres mayores de 30 años.⁽¹²⁾ Según Rozali y Asnawi, hubo un predominio en el grupo de edad entre 25 a 35 años.⁽¹³⁾

En relación a los antecedentes en la paciente, se exploró: embarazo ectópico previo, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía pelviana previa, abortos provocados, uso de dispositivos intrauterinos y más de 3 parejas sexuales. La mayor frecuencia fue la de antecedente de aborto provocado, seguidos por el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria y tres o más parejas sexuales. El antecedente de embarazo ectópico se describió en 15,4 % de los casos, sin embargo, al relacionarlo con la confirmación del diagnóstico, fue el único de los factores de riesgo con una relación estadística significativa.

Las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico tienen un mayor riesgo de recurrencia.⁽¹⁵⁾ Un evento previo confiere un riesgo del 10 % en embarazos posteriores, y dos o más, aumentan este riesgo a más del 25 %.⁽¹⁾

Chaudhary & Gadre, en 2023, publicaron un caso único de una mujer con 3 recurrencias de embarazo ectópico.⁽¹⁶⁾ Mingmei et al. afirman que las mujeres con

un embarazo ectópico previo se enfrentan a una tasa de recurrencia del 15 %, que puede duplicarse hasta el 30 % después de dos episodios. ⁽¹⁷⁾

Baxi, en un estudio publicado en el 2024, plantea que el antecedente de salpingitis crónica se encuentra presente en el 71,5 % de los embarazos ectópicos tubáricos,⁽²⁷⁾ mientras que Patel y Chouhan, identificaron el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria en el 16,7 % de los casos y un historial de infertilidad en el 14,8 %.⁽⁶⁾

Espinosa, en una revisión sobre el tema publicada en el 2021, relaciona el incremento en la tasa de embarazos ectópicos a factores de riesgo entre los que menciona: aumento en la tecnología de reproducción asistida, antecedentes de cirugías realizadas en las trompas de Falopio, tabaquismo y el uso de dispositivos intrauterinos.⁽¹⁴⁾

Por su parte, Mishra y colaboradores, relacionan el embarazo ectópico con el antecedente de cirugía tubárica, el uso de DIU, antecedente de operación cesárea, abortos provocados, embarazos ectópicos previos e infertilidad.⁽¹⁸⁾

El embarazo ectópico se presenta con síntomas disímiles que a menudo pueden confundirse con los de un embarazo normal. Reconocer estas diferencias es crucial para el diagnóstico y el tratamiento oportunos. En la población estudiada, el dolor estuvo presente en el 94,6 % de las pacientes, bien como único síntoma o asociado al sangrado vaginal o al retraso menstrual.

Estos resultados contrastan con los publicados por Meyur en el año 2020, que plantea que la amenorrea es el síntoma más común de presentación en pacientes con embarazo ectópico. También menciona que otros trastornos menstruales pueden ser el motivo de consulta.⁽¹⁹⁾

Sin embargo, los datos reportados por Eke, en Nigeria y Di Gennaro, en Italia, sí coinciden con los hallazgos del presente trabajo y plantean el dolor como síntoma más frecuente, seguido por el sangrado vaginal anormal, retraso menstrual y síncope.^(20, 21)

Las alteraciones hemodinámicas complican el diagnóstico y el tratamiento del embarazo ectópico; suelen ser el resultado de una ruptura del sitio de implantación del embarazo ectópico.⁽²²⁾

Los signos vitales son el indicador más preciso de la cuantía de las pérdidas de sangre en pacientes con hemorragia, lo que ayuda a un diagnóstico más rápido.⁽²³⁾

Una laparotomía puede ser necesaria en casos de hemorragia grave,⁽²²⁾ por el contrario, algunos casos de embarazo ectópico pueden tratarse de manera conservadora si la paciente tiene estabilidad hemodinámica.⁽²⁴⁾

A la mayoría de las pacientes incluidas en la presente investigación se le realizó ultrasonografía. El hallazgo más frecuente fue la presencia de saco gestacional ectópico, seguido la presencia de líquido libre en abdomen y por último, por la tumoración anexial.

Craig y coautores señalan que la visualización de un saco gestacional intrauterino por lo general descarta un embarazo ectópico, sin embargo, el endometrio puede estar engrosado y en ocasiones se observa líquido en cavidad endometrial que puede confundirse con imagen gestacional inicial, pero que no tiene doble contorno refringente, este hallazgo es llamado seudosaco.⁽²⁵⁾

En el trabajo de Craig también se destaca que las imágenes del anejo son de suma relevancia en la sospecha ultrasonográfica de embarazo ectópico, puede visualizarse una masa anexial irregular, una imagen anular de la trompa o un saco gestacional, que puede observarse en el 20 al 25 % de las mujeres con embarazo

ectópico. Una imagen de embrión con actividad cardiaca evidente es poco frecuente, se observa en menos del 5 % de los casos.⁽²⁵⁾

Según los datos publicados por Baxi, de 50 casos de embarazo ectópico descritos como hallazgo quirúrgico, en el 92 % se confirmó el embarazo ectópico,⁽²⁶⁾ mientras que Banotra reportó un 92,4 % de casos confirmados.⁽²⁷⁾

Según los resultados de un trabajo realizado en el Hospital Civil Ahmedabad, en la India, 41 pacientes, el 57,4 % de las pacientes operadas por embarazo ectópico, requirieron hemotransfusión en el posoperatorio, lo que evidencia que se debe hacer un uso más amplio de la clínica y los medios diagnósticos para el diagnóstico eficaz y temprano de esta afección.⁽⁶⁾

Otro estudio realizado en la Universidad Médica de Patiala, Garg y Rani reportaron que el 21,8 % de las pacientes necesitaron la transfusión de una unidad de glóbulos, mientras que 23,4 %, dos o más transfusiones. Los autores también concluyen que la intervención a tiempo ayudará a reducir la morbilidad y mortalidad asociada al embarazo ectópico.⁽²⁸⁾

El embarazo ectópico presenta hallazgos histológicos únicos que lo distinguen de otras afecciones ginecológicas. El indicador clave es la presencia de tejido trofoblástico ectópico, con mayor frecuencia en las trompas de Falopio.⁽²⁹⁾

Podemos concluir que el embarazo ectópico es una afección más común en mujeres en la tercera década de la vida y entre los factores de riesgo tiene gran relevancia un embarazo ectópico previo. El dolor hipogástrico es el síntoma más común y el uso de una ecografía facilita la detección temprana y el tratamiento efectivo, que es, de forma general, quirúrgico. La recuperación satisfactoria de las pacientes y el escaso uso de hemotransfusión, es reflejo de intervención oportuna.

Referencias bibliográficas

1. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. [Internet] 2020 May 15 [consultado 31 de ago 2023];101(10):599-606. Disponible en:
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0515/p599.html>
2. Gerema U, Alemayehu T, Chane G, Desta D, Diriba A. Determinants of ectopic pregnancy among pregnant women attending referral hospitals in southwestern part of Oromia regional state, Southwest Ethiopia: a multi-center case control study. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet] 2021 Feb 12;21(1):130. Disponible en:
<https://doi:10.1186/s12884-021-03618-7>
3. Zhang S, Liu J, Yang L, Li H, Tang J, Hong L. Global burden and trends of ectopic pregnancy: An observational trend study from 1990 to 2019. PLoS One. [Internet] 2023 Oct 26;18(10):e0291316. Disponible en:
<https://doi:10.1371/journal.pone.0291316>
4. Bo W, Qianyu Z, Mo L. Global, Regional, and National Burden of Ectopic Pregnancy: A 30-Year Observational Database Study. Int J Clin Pract. [Internet] 2023 Dec 18;2023:3927337. Disponible en: <https://doi:10.1155/2023/3927337>
5. Zuñiga LA, Alas-Pineda C, Reyes-Guardado CL, Melgar GI, Gaitán-Zambrano K, Gough S. Advanced Abdominal Ectopic Pregnancy with Subsequent Fetal and Placental Extraction: A Case Report. Biomed Hub. 2022 Feb 25;7(1):42-47.
<https://doi:10.1159/000521733>.
6. Patel TL, Chouhan G. Clinical study on ectopic pregnancy. International journal of reproduction, contraception, obstetrics and gynecology. [Internet] 2023 Feb; 12(2):382-386. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20230120>

7. Alexander VM. To salping -ectomy or -ostomy: that is the question. F S Rep. [Internet] 2022 Oct 8;3(4):298-299. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.xfre.2022.10.001>.
8. Eli S, Owhonda G, Okagua KE, Iwo-Amah, Ocheche U, Nonye-Enyidah EI, Wakama IE, Inimgba NM. Prevalence of ectopic pregnancy in surgical patients at a tertiary hospital in Rivers State, Nigeria. World Journal of Advanced Research and Reviews, [Internet] 2023. 17(2). Disponible en: <https://doi:10.30574/wjarr.2023.17.2.0038>
9. Lugones Botell M, Quintana Riverón T. Embarazo ectópico y atención primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998 [citado 2025 May 07];14(2): 111-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200001&lng=es.
10. Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Borges Fernández R, Aguiar Delgado R, Olano Trujillo Y, Espinosa Fuentes ML. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2013 Sep [citado 2024 Sep 01]; 39(3): 236-248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300003&lng=es.
11. Banotra P, Rashid A. Evaluating clinical outcomes associated with ectopic pregnancies. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2022 Feb; 11(2):370-373. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20220060>
12. Gandotra N, Zargar S. Risk factors associated with ectopic pregnancy in our sociodemographic setup. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2020 Oct; 9(10):4150-4154. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20204304>

13. Rozali A, Asnawi Z. Overview of Risk Factors for Ectopic Pregnancy at Dr. M Djamil General Hospital, Padang, Indonesia. SJOG. 2023;1(1). Disponible en: <https://doi.org/10.59345/sjog.v1i1.24>
14. Espinoza GS, Garnier FJC, Pizarro AG. Generalidades sobre embarazo ectópico. Revista Médica Sinergia. 2021 [consultado 25 de jun 2022]; 6(05):1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99993>
15. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018 Mar;131(3):e91-e103. Disponible en: <https://doi:10.1097/AOG.0000000000002560>
16. Chaudhary G, Gadre S. A unique case of three recurrent ectopic pregnancy - ampullary, tubal stump, and interstitial in the ipsilateral fallopian tube. Indian journal of applied research. 2023; 13(12). Disponible en: <https://doi:10.36106/ijar/9500997>
17. Mingmei L, Wanxue X, Mingyu L, Shuo Y, Rong L. Ectopic Pregnancy History as an Independent Factor Associated with Recurring Ectopic Pregnancy in Women with Bilateral Salpingectomies. A Matched-Pair Study of IVF Patients. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2024, 51(3), 76. <https://doi.org/10.31083/j.ceog5103076>
18. Mishra VV, Rane PH, Aggarwal RS, Shah KN. A retrospective study on ectopic pregnancy aspiration by transvaginal ultrasound at Institute of Kidney Diseases and Research Centre. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2023 Jun;12(6):1710-1715. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20231541>
-

19. Meyur R, Sadhu A, Mondal H, Das R. A study of tubal ectopic pregnancy based on the histopathology of fallopian tubes in the age group of 20-35 years. *Int J Med Res Rev.* 2020 [consultado 20 ago 2023]; 8(1):92-96. Disponible en: <https://ijmrr.medresearch.in/index.php/ijmrr/article/view/1148>
20. Eke EO, Ekeleme NC, Ezirim EO, Onwuka CJ, Eke KO. Ectopic Pregnancy: A 10 - Year Review of Cases in A Tertiary Health Institution in Umuahia, South East, Nigeria. *European Journal of Medical and Health Sciences.* 2022. [consultado 20 ago 2023] 4(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24018/ejmed.2022.4.4.1395>
21. Di Gennaro D, Damiani GR, Muzzupapa G, Stomati M, Cicinelli R, M, et al. Ectopic Pregnancy: An Overview. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2022, 49(12), 262. Disponible en: <https://doi.org/10.31083/j.ceog4912262>
22. Gavilanes Sáenz VP, Jurado Melo VC. Embarazo ectópico roto con shock hipovolémico posterior a recanalización tubárica: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social.* 2022. 6(4). Disponible en: <https://doi:10.31243/mdc.uta.v6i4.1817.2022>
23. Khan B. Performance of hemodynamic stability parameters as predictors of ectopic pregnancy, with emphasis on shock index. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2022;11(3):887-891. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20220574>
24. Kukla A, Hogge K, Tjiattas-Saleski L. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *Osteopathic Family Physician.* 2023; 15(4). Disponible en: <https://doi:10.33181/13105>
25. Craig JM, Vaccaro CM, Amor LF, Araya MA. Rol actual de la ultrasonografía en el diagnóstico del embarazo ectópico. *Rev Chil Ultrasonog.* 2008; 11: 22-25.

26. Baxi S, Mitesh K, Sabugar Md, Dhvani P. Muscular and Vascular Fallopian Tube Morphology in Ectopic Tubal Pregnancy. Annals of Pathology and laboratory Medicine. 2024; 11. Disponible en: <https://DOI10.21276/apalm.3292>
27. Banotra P, Rashid A. Evaluating clinical outcomes associated with ectopic pregnancies. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2022 Feb; 11(2):370-373. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20220060>
28. Garg R, Rani S, Kaur SP. One year study of Ectopic Pregnancy in a Tertiary Care Centre. JMSCR. 2019;07(6):831-835. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18535/jmscr/v7i6.139>
29. Govada N, Konkay K, Pola N, Chaganti PD, Yarra CC, Karri MD. Clinical and Histopathological Findings of Ectopic Pregnancy Cases- A Retrospective Study from a Tertiary Care Hospital, Andhra Pradesh, India. National journal of laboratory medicine. 2021; 11(3): 31-35. Disponible en: <https://doi:10.7860/njlm/2022/52700.2638>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores

Conceptualización: Nicolás L. Serrano Varela, Víctor F. Ramírez García.

Curación de datos: Laura S. Morales Robles, Yunisleydis Moreno Griñán

Análisis formal: Víctor F. Ramírez García, Laura S. Morales Robles, Yoísis Verrier Quesada.

Investigación: Víctor F. Ramírez García, Laura Stephanie Morales Robles, Yunisleydis Moreno Griñán.

Metodología: Yoísis Verrier Quesada.

Administración del proyecto: Víctor Francisco Ramírez García.

Recursos: Yunisleydis Moreno Griñán, Yoísis Verrier Quesada.

Software: Víctor Francisco Ramírez García, Laura Stephanie Morales Robles.

Supervisión: Nicolás Lázaro Serrano Varela.

Validación: Yunisleydis Moreno Griñán, Yoísis Verrier Quesada.

Visualización: Víctor Francisco Ramírez García, Laura Stephanie Morales Robles.

Redacción del borrador original: Víctor Francisco Ramírez García, Laura Stephanie Morales Robles.

Redacción, revisión y edición: Nicolás Lázaro Serrano Varela.