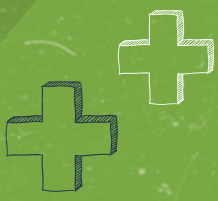




# CAPÍTULO 3

EMBARAZO ECTÓPICO (EE)

Ectopic Pregnancy (EE)



**Autores:**

**Lourdes Elena Barreto Romero**

Médica graduada en la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues. Medicina Estética en Instituto Colombiano de Ciencias Biomédicas. Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria por la Universidad de La Rioja. Magíster en Nutrición y Dietética por la Universidad de las Américas. Médica Nutrióloga tratante en Hospital Humanitario San José  
Correo: [dra.lourdesbarretoromero@gmail.com](mailto:dra.lourdesbarretoromero@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0003-9054-0448>  
Azogues, Ecuador

**Nelson Darío Andrade Torres**

Ginecólogo Obstetra Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
Correo: [nelsonat2005@yahoo.com](mailto:nelsonat2005@yahoo.com)  
<https://orcid.org/0009-0009-0676-0450>  
Azogues, Ecuador



## 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) en el Ecuador según el *INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos* en el año 2014 refleja como la cuarta causa de muerte materna, el término Ectópico proviene *griego ektopos – fuera de lugar*, el EE se considera complicación del embarazo normal donde el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, esta afección puede ser potencialmente mortal si no se trata a tiempo; en la mayoría de los casos, el óvulo se implanta en las trompas de Falopio provocando un embarazo tubárico, también es posible que el óvulo se implante en los ovarios, cuello uterino y la cavidad abdominal (1).

Un embarazo normal se produce cuando un espermatozoide se une a un óvulo, el cual, tras una adecuada división celular, lo transfiere a una estructura embrionaria denominada blastocisto, que se implanta de forma normal o natural en el endometrio, que es el lugar adecuado para el desarrollo de un embarazo normal, por lo que la implantación de un blastocisto en otro lugar que no sea el endometrio se denomina enfermedad ectópica. (2).

En los EEUU, de todos los embarazos el 2% corresponden a un embarazo ectópico, considerándose la principal causa de muerte materna relacionada con el embarazo, el 95% de los embarazos ectópicos se ubicarán a nivel de alguno de los sitios de las trompas de Falopio con mayor frecuencia a nivel de la ampolla, hay que tomar en consideración los segmentos de la trompa desde adentro hacia afuera, el intersticio, el istmo, la ampolla, el infundíbulo y la fimbria; el 5% restante suelen ocupar su implantación a nivel del ovario, cavidad peritoneal o cuello uterino (3).

En las *ART (assisted reproductive technologies)* o en sus siglas en español *TRA (técnicas de reproducción asistida)* técnica que consiste en implantar blastocistos dentro del útero, teniendo un bajo riesgo que uno de estos se implante en un lugar no adecuado, ya que la TRA usa varios blastocistos durante el tratamiento de fecundidad pudiendo llegar a pasar que un útero mantenga una implantación dentro del mismo y otra implantación fuera dando lugar a un embarazo heterotópico es decir cuando existe embrión implantado en la trompa, considerándose a los TAR como un factor de riesgo para un EE (4).



Otro factor de riesgo en esta patología es la utilización de algunos anticonceptivos como dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos de alta carga estrogénica o progestágena como es la píldora de emergencia esto se debe a los múltiples cambios fisiológicos que llevarán a modificaciones funcionales del tracto reproductor femenino provocando un enlentecimiento del movimiento que lleva el blastocisto, explicado de mejor manera sería que al no tomar la medicación de manera adecuada el embarazo se producirá y al no dejar que el blastocisto llegue al útero dará como consecuencia un embarazo ectópico tubárico (5).

Como se podría olvidar de la recanalización tubárica una técnica quirúrgica que se realiza posterior a una ligadura de trompas de Falopio, específicamente con técnica de Pomeroy, es a nivel de la cicatrización de la herida de esta estructura que provoca una disminución de la luz de la trompa de Falopio, en donde se puede dar la implantación del blastocisto, ocasionando como resultado un embarazo ectópico (6).

A pesar de leyes nuevas libertinas y autopercepciones aceptadas por políticas que no se apegan a lo biológico y lo natural la mujer genotípicamente de nacimiento sin ninguna patología que lo impida es la única que podrá llevar un embarazo, una mujer en edad fértil, posee una carga ovárica desde el momento que está en el vientre de su madre, después del nacimiento hasta llegar al inicio de su vida fértil con la menarquia que corresponde a la primera menstruación independientemente de la edad de la paciente por término general entre los 12 y 15 años de edad hasta la menopausia o última menstruación en nuestra experiencia en el Ecuador entre los 47 a 52 años de edad, este período de tiempo entre los 12 y los 52 años correspondería a la etapa fértil de la mujer.

Lo que significa que una mujer es potencialmente propensa a sufrir un embarazo ectópico por el hecho de ser fértil y tener una vida sexual activa, a esto hay que sumar factores de riesgo como: aumento de infecciones de transmisión sexual por *Chlamydia trachomatis*, anticonceptivos que disponen a embarazos ectópicos, mala técnica de esterilización quirúrgica, técnicas *de reproducción asistida*, *la cirugía tubárica*, *la salpingostomía para un embarazo tubárico* y *la tuboplastia por infecundidad*

posterior a una esterilización quirúrgica o reparación tubárica por un embarazo ectópico que rompió la trompa con anterioridad (6).

La mortalidad que provoca el embarazo ectópico alcanza hasta el 5% de muertes maternas en los países desarrollados, desde hace 10 años al momento ha existido una considerable disminución de muertes maternas a causa de embarazos ectópicos (7).

### **Embarazo Tubárico**

Es una de las formas que se puede presentar un EE, su resolución puede ser de manera espontánea produciéndose un aborto tubárico, que quiere decir, la salida del producto de la gestación a través de la fimbria cayendo en cavidad abdominal; cuando se da la implantación en la ampolla de la trompa se puede dar un aborto tubárico y cuando se presenta en el istmo hay ruptura de la trompa; cabe destacar que la estructura de la trompa de Falopio varía de acuerdo a sus diferentes segmentos, de esto dependerá si el EE se desprende en su totalidad o no de esta estructura anatómica (8).

### **Embarazo abdominal**

Este EE es infrecuente, es importante recalcar que la fecundación se da a nivel tubárico y posteriormente migra para implantarse en cavidad abdominal, los síntomas van a depender si al momento de desprenderse de la trompa presenta hemorragia abundante pudiendo ser intervenido o simplemente implantarse y permanecer en el fondo de saco por varios años como un tumor encapsulado o calcificarse y formar un litopedion conocido como un feto calcificado (9).

### **Embarazo ectópico heterotópico**

El término embarazo combinado ha sido reemplazo por embarazo heterotópico, es decir un embarazo normal en el útero que coexiste con una segunda implantación fuera del útero, siendo la presentación más común el embarazo tubárico - uterino, sin embargo, se ha observado casos de EE combinado con implantación en el ovario, en cuello uterino, incluso en otras ubicaciones (10).

### **Embarazo tubárico multifetal**

Estos embarazos tubáricos son poco frecuentes, la literatura describió casos clínicos donde observaron embarazos tubáricos gemelares con presentación de los embriones en la misma salpínge; otros casos de EE con implantaciones de un gemelo en cada trompa, incluso describieron un caso raro en donde observaron luego de la fertilización in vitro, que la implantación se dio en la misma trompa de tres embriones (10).

## **2. CLÍNICA**

El cuadro clínico de esta patología varía sobre todo por la presencia o no de su rotura, hoy en día las pacientes acuden de forma temprana y se cuenta con tecnología suficiente para llegar a un diagnóstico más preciso, sin embargo, la clínica de un EE es sutil o inexistente, la mayoría de estos embarazos son diagnosticados antes de su ruptura por el motivo de que la paciente acude a consulta pensando que tiene un embarazo normal o que está presentando un aborto (11).

Los síntomas clásicos de un EE es un retraso de la menstruación que puede seguir de la hemorragia vaginal leve, si el EE presenta ruptura va a ocasionar un dolor de moderada intensidad en hipogastrio con característica aguda desgarrante que se acompaña de signos vasomotores con hipotensión, vértigo y síncope (11).

Además, existe un aumento de la sensibilidad al examen abdominal y pélvico por un tacto bimanual generando un dolor muy intenso en anexos debido a la presencia de sangre en la cavidad peritoneal a nivel pélvico lo que suele provocar un abultamiento del fondo de saco posterior que nos puede orientar hacia un diagnóstico de un EE roto; aproximadamente un 50% puede presentar hemorragia intraperitoneal abundante ocasionando irritación diafragmática caracterizada por dolor en el cuello y hombro, en especial en la fase de inspiración (11).

También existe la presencia de síntomas gastrointestinales como náusea y vómito, otros síntomas como vértigo, malestar general, astenia, bradicardia, hipotensión, si el EE se rompe el dolor se puede localizar en cualquier sitio abdominal, al examen físico se puede observar el signo de candelabro (presencia de

dolor al tacto bimanual con movilización de cérvix de manera lateral), a la exploración de los anexos es posible en algunas ocasiones palpar una masa anexial; en la ruptura del EE se presenta una hemorragia intraabdominal que puede llevar a shock hipovolémico (1).

### 3. AGRUPACIÓN SINDRÓMICA

Los síntomas del EE representa una gran variabilidad dentro de los cuadros de dolor abdominal, pudiendo clasificarse en grupos sindrómicos, esto va a depender de su origen y características, dentro de estos, encontramos al *dolor inflamatorio o peritoneal, oclusivo, perforativo, traumático y anexial* (2).

El síndrome irritativo se debe a la presencia de sangre sobre todo cuando el EE se ha roto provocando una hemorragia que al contacto con la cavidad peritoneal da una inflamación con posterior dolor; si el EE se encuentra en la trompa de Falopio y se produce su ruptura provocará un abdomen agudo perforativo, traumático e inflamatorio debido a que el tejido de continuidad de la trompa se encontrara afectado y se conoce también con el nombre de EE accidentado; la presencia de sangrado vaginal se puede clasificar dentro de grupos sindrómicos dependiendo del lugar de origen y sus características, dentro de ellos encontramos el sangrado uterino anormal, el sangrado intermenstrual, el sangrado postcoital y el sangrado posmenopáusico (2).

### 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen múltiples patologías compatibles con dolor abdominal a nivel de la cavidad abdominopélvica siendo los más comunes la amenaza de aborto, abortos, endometritis, EPI, absceso tuboovárico, quistes, torción de anexos, mittelschmerz, dismenorreas, causas gastrointestinales, genitourinarias, musculoesqueléticas entre otras.

En un aborto provocado o espontáneo al iniciar la eliminación del contenido uterino a través de la vagina provocará la presencia de un dolor cólico intenso en hipogastrio acompañado de sangrado transvaginal, el mismo que evolucionara

dentro de las 24 horas, este dolor es muy parecido al de EE accidentado, el método de diagnóstico definirá el tratamiento (12).

La enfermedad inflamatoria pélvica sea de tipo infecciosos, estructural o funcional, provocará una sintomatología de dolor crónico de meses hasta años con dispareunia a diferencia del embarazo ectópico se desarrolla un dolor en cuestión de semanas considerado un cuadro agudo a subagudo (12).

Quiste ovárico roto, en esta patología se produce un dolor en hipogastrio por crecimiento anormal de estructuras quísticas serosas o hemorrágicas, debido a que ha alcanzado un tamaño suficiente donde las estructuras anexas de la pelvis no soportan su presencia, de igual manera sucede si se produce la torsión del pedículo con dolor intenso en hipogastrio, el diagnóstico es a base a la prueba de *hCG-B* y una ecografía transvaginal (12).

La apendicitis es una patología que cursa con dolor abdominal, siendo la más frecuente en el diagnóstico diferencial, esta evoluciona dentro de las primeras 24 horas, nos guiaremos por la clínica de la paciente, los antecedentes ginecológicos, prueba de laboratorio *hCG-B* y una ecografía transvaginal; otra patología común es la gastroenteritis proceso infeccioso e inflamatorio del intestino que cursa con dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea, de igual manera se debe indagar clínica de la paciente, realizar hemograma, *BhCG* y pruebas de imagen que nos orienten hacia un diagnóstico claro (12).

## 5. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

### a. LABORATORIO

*Gonadotropina coriónica humana (HbC-G)* se considera fundamental para el diagnóstico de un EE, debido a su rapidez, bajo costo y precisión, los análisis actuales que las pacientes suelen realizarse o que se realiza el momento de la consulta es el enzimoimmunoanálisis en suero o en orina detectando *10 a 20 mIU/ml* siendo positivos en un 99% de los casos (13).

Progesterona sérica con sensibilidad de 92.5% diagnostica un embarazo normal, si la concentración es  $>25$  ng/ml se exceptúa la posibilidad de un EE; por lo



contrario, en embarazos normales cifras de 0.3% es <5 ng/ml sugiriendo un embarazo intrauterino con óbito fetal o un embarazo ectópico, este estudio es limitado hoy en día, actualmente existen marcadores novedosos para la detección de un EE como es *el factor de crecimiento endotelial vascular VEGF, el antígeno carcinoembrionario 125 (CA 125), la cinasa de creatina, la fibronectina fetal y la espectrometría de masa proteómica*, sin embargo, estas pruebas no se utilizan en el día a día (14).

Hemograma se valorará los niveles de hemoglobina y de hematocrito, los mismos que van a descender levemente posterior a una hemorragia intensa, otro dato de relevancia es la presencia de leucocitosis con cifras altas, pudiendo llegar a 30,000, en el caso que se presente un embarazo ectópico roto (14).

## 6. IMAGEN

### a. ECOGRAFÍA

Es considerada el estudio imagenológico por excelencia para el diagnóstico de un EE, esta prueba puede obtener datos exactos de la ubicación y tamaño del embarazo dependiendo de la habilidad del ecografista; la ***ecografía transvaginal*** es el método Gold estándar para el diagnóstico de un embarazo ectópico, demostrara la ubicación del embarazo dentro de la cavidad endometrial o ectópica con la presencia de una imagen trilaminar y ha esto sumado la prueba de embarazo positiva, tiene una sensibilidad del 98% con una especificidad del 38% para un EE; también un factor importante es que pueden aparecer imágenes que confundan durante este estudio como la formación del quiste decidual o el saco seudo gestacional (15).

En la ecografía se puede observar una acumulación intracavitaria de líquido llamado saco gestacional o seudosaco, suele ubicarse en la línea media de la cavidad endometrial a diferencia de un saco gestacional real que se ubica de manera paralela o excéntrica a esta línea, también se puede observar una imagen anecoica ubicada en el endometrio lejos del centro en la línea con el miometrio siendo un quiste decidual; la recomendación del ACOG sugiere que en un saco intrauterino debe

estar presente el saco vitelino pudiendo observarse dicha imagen desde las 5.5 semanas de gesta (15).

Se confirma el embarazo tubárico con la presencia de un signo que puede aparecer como anillo tubárico rodeado de una imagen hipoecoica angosta debido a un edema subseroso, hay que tener en consideración que un EE es difícil de diferenciar de un quiste del cuerpo lúteo por lo que dependerá mucho de las habilidades y conocimientos ecográficos del personal que practique el estudio imagenológico (15).

Otro lugar de exploración es el saco rectouterino, la presencia de líquido libre peritoneal sugiere una hemorragia intraabdominal, en la **ecografía transvaginal con transductor intracavitario** puede llegar a medir desde 50 ml en el fondo de saco posterior, y con la **ecografía abdominal con transductor convex** complementará el diagnóstico ya que nos ayuda a identificar hasta dónde llega el hemoperitoneo, de la misma manera la presencia de una masa o tumoración en el anexo que se acompaña de líquido libre en cavidad peritoneal es un signo sugerente de EE (15).

### **b. CULDOCENTESIS**

Es un método sencillo que se utilizaba anteriormente para detectar hemoperitoneo, se la realizaba con una pinza tira cuello en el cérvix hacia la parte posterior de la sínfisis del pubis, posterior se introduce por el fondo de saco posterior del cérvix una aguja con calibre 16 o 18; llegaremos al fondo de saco rectouterino y si nos topamos con la presencia de líquido podremos aspirar, será positivo si en la aspiración logramos recuperar líquido o sangre, en el caso de no encontrar líquido o sangre no es excluyente de la presencia de un embarazo ectópico (16).

### **c. DIAGNÓSTICO COMBINADO**

Este diagnóstico se realiza con datos clínicos, pruebas sanguíneas y ecografía transvaginal, existen diversos tipos de manejos, por lo que el cumplimiento de algunos criterios diagnósticos nos llevará a concluir con el resultado de un embarazo ectópico.

Ecografía transvaginal, concentración sérica de hCG-B con sus controles posteriores, en incremento o disminución; la concentración sérica de la hormona progesterona, el legrado uterino, la laparoscopia y/o laparotomía; hay que tener en cuenta que para el tratamiento se puede escoger a la paciente de acuerdo a los parámetros de estabilidad hemodinámica para un tratamiento conservador, caso contrario la resolución es eminentemente quirúrgica, un parámetro de inicio para la cuantificación de la hCG-B es de mayor o igual a 1500 mIU/ml con estos valores el porcentaje de encontrar un embarazo uterino vivo es del 100%; si la concentración sérica es de este valor y no encontramos un embarazo intrauterino, estamos frente a un diagnóstico de embarazo ectópico (17).

### **7. TRATAMIENTO**

La laparoscopia procedimiento mínimamente invasivo, nos permite la observación directa de los anexos sean estos trompas, ovarios o fondo de saco peritoneal posterior, para llegar al diagnóstico de un embarazo ectópico, de igual manera se debe correlacionar con valores de laboratorio para su intervención, siendo indicativa cuando existe la ruptura de la trompa de Falopio con hemoperitoneo masivo, se puede realizar salpingostomía y salpingectomía siendo esta última una técnica cuando la paciente no desea seguir fértil, si presenta un segundo embarazo ectópico en la misma trompa o cuando existe un sangrado masivo que no se puede controlar (18).

El tratamiento por laparoscopia antes de que se produzca la rotura del EE tiene un gran beneficio para la paciente disminuyendo la morbimortalidad, mejora la posibilidad de nuevos embarazos, menor tiempo de recuperación en el posoperatorio, estéticamente favorable, entre otras; también es importante el uso del antígeno D, cuando existe la exposición en las mujeres D negativas (19).

#### **a. LAPAROSCOPIA O CIRUGÍA CONVENCIONAL**

Varios estudios realizados que se encuentran en la base de datos de Cochrane demuestran que la permeabilidad tubárica después de ser intervenida por la técnica de salpingostomía disminuyó el riesgo de posteriores embarazos ectópicos en

comparación a quienes fueron intervenidas por cirugía convencional, sin embargo, la laparoscopia presenta beneficios en tiempo más corto de la intervención, menor sangrado, menor dolor del sitio quirúrgico, menor tiempo de hospitalización (7).

La salpingostomía se realiza cuando presenta un embarazo < 2 cm sin ruptura de la trompa, donde se procede con una incisión de 1 - 1.5 cm sobre el EE con bisturí monopolar, de esta manera se logra la evacuación del contenido de la trompa en forma íntegra, se verifica la hemostasia y no se sutura para que la herida cierre por segunda intención; este procedimiento va en desuso (7).

Debemos hacer hincapié sobre una complicación poco frecuente, pero de suma importancia, luego de la salpingostomía por embarazo ectópico, es la persistencia de un cuadro de trofoblasto, pudiendo quedar restos de este implantado en la trompa de Falopio, por lo que se considera desde hace varios años la administración de *1 mg/m2 de metotrexato* en el postoperatorio (7).

### **b. METOTREXATO**

El metotrexato es un antagonista del ácido fólico, fármaco utilizado desde hace décadas que actúa de manera eficaz en el trofoblasto en etapa de proliferación, interrumpiendo embarazos en el primer trimestre de gesta, en 1982 utilizado por primera vez por *Tanaka* en un embarazo ectópico intersticial con resolución positiva, desde aquella época se ha utilizado en diferentes tipos de EE, en estudios realizados se logró aplicar el tratamiento en 350 mujeres de las cuales el 91 % tuvo un manejo exitoso con metotrexato de esta cifra el 80% necesitó una sola dosis (20).

La literatura indica que el tratamiento con metotrexato tiene un alto porcentaje de éxito superior al 86%, siendo la vía de administración muscular en dosis de 50 mg/m<sup>2</sup>, se debe realizar controles posteriores de hCG al cuarto y séptimo día, una vez que los niveles de hCG disminuyan con un porcentaje >15% se debe realizar controles cada semana hasta su remisión; de igual manera si las cifras disminuyen por debajo del 15% se debe administrar una nueva dosis, caso contrario al no conseguir que los niveles disminuyan se debe realizar una intervención quirúrgica; también es importante recalcar que si las cifras de hCG aumentan, es indicativo de

EE persistente que al final necesitará una intervención quirúrgica, sin embargo, se observó estudios donde pacientes necesitaron terapia combinada de metotrexato y cirugía (21).

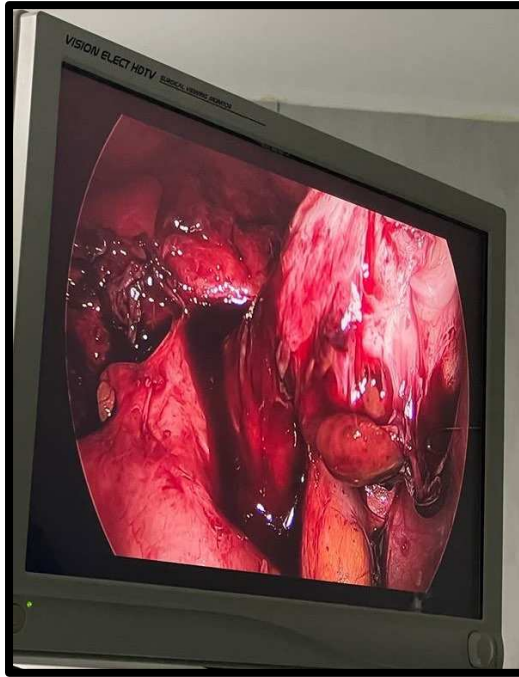
Las contraindicaciones del uso del metotrexato en un EE es la hemorragia intraabdominal, un *embarazo intrauterino*, la *lactancia*, la *inmunodeficiencia*, el *alcoholismo*, la *nefropatía*, *hepatopatía*, *neumopatía crónica*, *las discrasias sanguíneas* y *úlceras pépticas* entre otras patologías, su uso debe ser personalizado con una historia clínica detallada de cada paciente de esta manera se evitará efectos secundarios y secuelas a largo plazo (19).



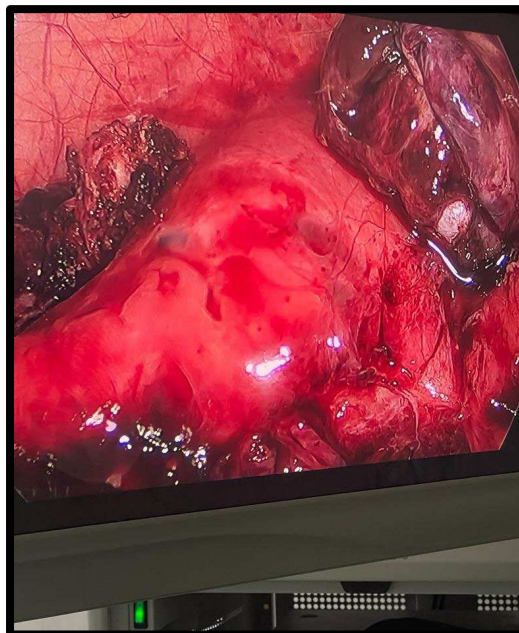
## 8. CONCLUSIÓN

El EE es considerado a la implantación del blastocito en un sitio fuera de la cavidad endometrial, su ubicación más frecuente es la trompa de Falopio, hoy en día es considerado una urgencia en el campo de la ginecoobstetricia con alta morbimortalidad; se debe tener en cuenta a todas las mujeres en edad fértil son potencialmente candidatas a presentar un embarazo, por lo que se debe descartar un EE, pueden cursar asintomáticas o presentar dolor abdominal, amenorrea, sangrados intravaginales, hipovolemia, taquicardia entre otros; los factores de riesgo es el mal uso de anticonceptivos, los DIU, la enfermedad pélvica inflamatoria, la TRA, la recanalización tubárica entre otras causas ya mencionadas anteriormente, su diagnóstico es clínico se debe complementar con laboratorio e imagen, el tratamiento como Gold estándar es la laparoscopia un procedimiento mínimamente invasivo, considerado diagnóstico y terapéutico, sin embargo, existe el tratamiento médico con metotrexato en dosis única, la investigación demuestra cifras estadísticamente similares en el éxito de las diferentes opciones de resolución de esta patología; por último, se debe hacer hincapié en la importancia de su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado para mejorar el pronóstico y conservación de la fertilidad en próximos embarazos.

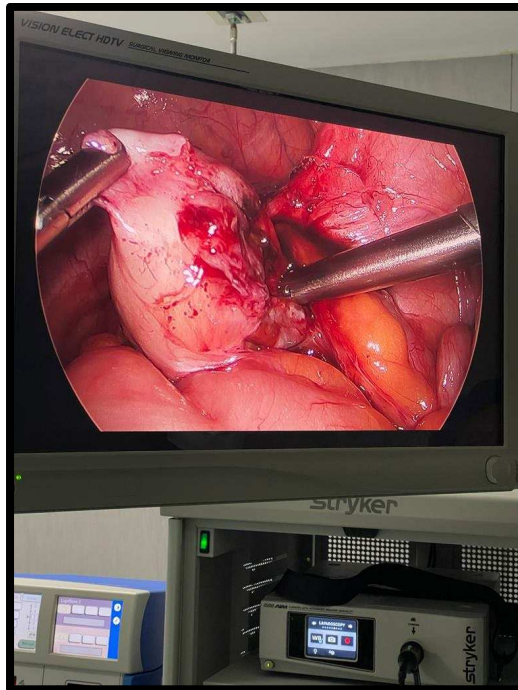
## 9. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



**Figura 1.** Fotografía de la pantalla de torre laparoscópica, Embarazo Ectópico accidentado con presencia de hemoperitoneo. **Fuente:** Autores.



**Figura 2.** Fotografía de la pantalla de torre laparoscópica, Embarazo Ectópico de trompa de Falopio abortada. **Fuente:** Autores.



**Figura 3.** Fotografía de la pantalla de torre laparoscópica, Embarazo Ectópico ovárico.

**Fuente:** Autores.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hu LH SVHS. Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. 2019 noviembre; 9(1): p. 28-36.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87031>
2. Pamela Estrella MB. Actualización del embarazo ectópico para atención primaria de salud. Revista Médica Ateneo. 2022 junio; 24(2).  
<https://colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/232/194>
3. Nicole Andrea Martínez DEBHS. Diagnóstico y manejo del embarazo ectópico: revisión de la literatura. Journal of American Health. 2023 enero-junio; 6(1).  
<https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/159>
4. Sabha L. THE ASSISTED REPRODUCTIVE TECH BILL, 2021. [Online].; 2021 [cited 2021 12 01. Available from:  
<http://164.100.47.4/BillsTexts/LSBillTexts/PassedLoksabha/97-C 2020 LS Eng.pdf>.
5. Alfa Farrás MAIC. Gestación Ectópica. [Online].; 2022 [cited 2022 05 17. Available from: <https://www.medfetal.org/wp-content/uploads/2022/06/ProtocoloGE.pdf>.
6. Dr. Antonio Forgiarini DMADSRC. Infertilidad femenina por factor tubárico: causas y tratamiento. [Online].; 2023 [cited 2023 02 13. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/factor-tubarico-o-tuboperitoneal/>.
7. Williams. Williams Obstetricia. In Carbajal NLG, editor. Embarazo ectópico. España: Mexicana; 2011. p. 238-256.
8. Mariana Ivonne Ibañez RSJ. Embarazo cornual de 31 semanas con ruptura uterina. Reporte de caso. FOM Ginecología y Obstetricia de México. 2022 enero; 90(8): p. 695-700.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412022000800695](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000800695)
9. Hinojosa HAC. Embarazo Ectópico Abdominal. Gaceta Médica Boliviana. 2022 junio; 45(1).  
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/414/4143281008/4143281008.pdf>

10. Daniel Andrés Carrillo JAR. Embarazo heterotópico espontáneo con resultado perinatal favorable, reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Médica. 2021 jan/june; 29(1). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562021000100085](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562021000100085)
11. Alonso Valeria LV. Embarazo ectópico. In Forestieri Orlando UA, editor. Salud de la mujer. Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención. La Plata: Universidad Nacional de la Plata; 2022. p. 490-506. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/147719>
12. Mariana Torres Pineda MAU. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecología y obstetricia de México. 2022 Sep; 26(9). <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v90n7/0300-9041-gom-90-07-590.pdf>
13. Obregón M. Embarazo ectopico. Revisión bibliográfica. Práctica Familiar Rural. 2023 marzo; 8(1). <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/267>
14. Christian Rivera CPVD. Revista Chilena Obstetricia Ginecología. 2020; 85(6): p. 697-708. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000500460&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000500460&script=sci_abstract)
15. Guzman LAC. Criterios ultrasonográficos del embarazo ectópico. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2021 noviembre; 10(3). <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/242>
16. Hugo MQ. Caracterización de embarazo ectópico. Revista Información Científica. 2018; 97(6). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332018000601100](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601100)
17. Ying Long HZYH. Intervenciones para el embarazo ectópico no tubárico. [Online].; 2020 [cited 2020 julio 01. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011174.pub2/full/es#CD011174-abs-0015>.
18. Ginger Macías Corral JMZKPL. Manejo laparoscópico de un embarazo ectópico accidentado. Reporte de caso y revisión de la literatura. [Online].; 2021 [cited



2021 09 01. Available from: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/100-Texto%20del%20art%C3%ADculo-710-1-10-20211007.pdf>.

19. Daniela PG. Tratamiento de embarazo ectópico con metotrexato. Trabajo de titulación. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca, Medicina; 2022. Report No.: 9BT2022-MTI118. <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13085>
20. Miranda AF. Tratamiento del embarazo ectópico no complicado con inyección local de metotrexato. Ginecología Obstetricia México. 2022 enero-febrero; 90(9): p. 726-734. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2022/gom229c.pdf>
21. Padilla Garzón DA. Tratamiento de embarazo ectópico con metotrexato. [Online].; 2022 [cited 2022 noviembre 21. Available from: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13085>