



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,
Volumen 8, Número 1.

DOI de la Revista: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1

**FACTORES DE RIESGO, SINTOMATOLOGÍA,
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL
GOYENECHÉ DE AREQUIPA – PERÚ,
DURANTE EL PERIODO ENERO 2010 A
DICIEMBRE DEL 2016**

**RISK FACTORS, SYMPTOMS, DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF ECTOPIC PREGNANCY AT GOYENECHÉ HOSPITAL IN
AREQUIPA – PERU, DURING THE PERIOD JANUARY 2010
TO DECEMBER 2016**

Christian Manuel Rodríguez Núñez
Universidad Católica de Santa María

Cynthia Daniela Salinas Herrera
Universidad Católica de Santa María

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7598

Factores de Riesgo, Sintomatología, Diagnóstico y Tratamiento del Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa – Perú, Durante el Periodo Enero 2010 a Diciembre del 2016

Christian Manuel Rodríguez Núñez ¹
christianmrn1994@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-4055-4452>
Universidad Católica de Santa María

Cynthia Daniela Salinas Herrera
csalinas_2010@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7478-2338>
Universidad Católica de Santa María

RESUMEN

El embarazo ectópico es una complicación frecuente y peligrosa del embarazo, la cual, durante los últimos años, ha mostrado un aumento en su incidencia. Debido a esto, es importante conocer los factores de riesgo que facilitan la aparición de ésta, así como la forma de presentación, los métodos diagnósticos y de tratamiento, para mejorar el manejo y resolución de los nuevos casos. El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo, la sintomatología, métodos de diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en pacientes del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo enero 2010 a diciembre del 2016. En donde los principales factores de riesgo relacionados al embarazo ectópico están tener edad entre 20 y 39 años, ser conviviente o soltera, haber tenido más de una pareja sexual, la ingesta de la píldora del día siguiente y las enfermedades inflamatorias pélvicas como antecedente. Los principales signos y síntomas encontrados fueron retazo menstrual, dolor abdominal, sangrado genital, náuseas y vómitos, dando como resultado la incidencia de presentación de embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa entre los años 2010 y 2016 fue de 18.48 casos por cada 1000 partos.

Palabras clave: embarazo ectópico, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, incidencia

¹Autor principal
Correspondencia: christianmrn1994@gmail.com

Risk Factors, Symptoms, Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy at Goyeneche Hospital in Arequipa – Peru, During the Period January 2010 to December 2016

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a frequent and dangerous complication of pregnancy, which, during the last years, has shown an increase in its incidence. Due to this, it is important to know the risk factors that facilitate the appearance of this, as well as the form of presentation, diagnostic and treatment methods, to improve the management and resolution of new cases. The objective of this study is to determine the risk factors for, the symptomatology, the methods of diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in patients of the Goyeneche Hospital of Arequipa during the period January 2010 to December 2016. The main risk factors related to ectopic pregnancy were age between 20 and 39 years, being a cohabitant or single, having had more than one sexual partner, taking the morning after pill and pelvic inflammatory diseases as a history. The main signs and symptoms found were menstrual delay, abdominal pain, genital bleeding, nausea and vomiting. The main treatments were partial and total salpingectomy. The incidence of ectopic pregnancy presentation at the Goyeneche Hospital in Arequipa between 2010 and 2016 was 18.48 cases per 1000 deliveries.

Keywords: ectopic pregnancy, risk factors, diagnosis, treatment, incidence

*Artículo recibido 30 diciembre 2023
Aceptado para publicación: 31 enero 2024*



INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es una complicación del embarazo donde el ovulo, una vez fertilizado, se implanta y desarrolla en algún tejido distinto al endometrio, fuera de la cavidad uterina, pudiendo ser en trompas uterinas, cuello uterino, ovarios, entre otros.

Para el año 2004, según reportes de la OMS y la UNICEF, el embarazo ectópico era causante del 5 al 12% de muertes maternas a nivel mundial. Actualmente dicha frecuencia ha reducido notablemente, pero la incidencia está en incremento por factores dependientes de las pacientes y los centros asistenciales, siendo aun una “complicación no resuelta”

Un mayor número de parejas sexuales, el aumento de las enfermedades inflamatorias pélvicas, la “píldora del día siguiente”, tratamientos de infertilidad, entre otros, son factores causantes de este incremento, el cual se reafirma con estudios Norteamericanos y Cubanos, y Finlandeses, los cuales reportan que en una década, dicha patología se incrementó en un 50% y 100% respectivamente. En el Perú, en el 2015, la incidencia osciló entre 1-2 casos por cada 100 partos, y constituyó el 1.58% del total de muertes maternas.

La diversidad de factores que contribuyen a la presentación de esta patología me motivó a realizar el presente estudio, en el cual se consideran todos los embarazos ectópicos, con algunas excepciones, atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo comprendido entre los años 2010 al 2016.

Marco Teórico

El embarazo ectópico, caracterizado por la gestación fuera de la cavidad uterina, es una preocupación médica y social, siendo una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico gineco-obstétrico con morbilidad y mortalidad materna significativas, especialmente en el primer trimestre. Informes de la OMS y UNICEF revelan que hasta el 2004, los embarazos ectópicos contribuyeron al 5-12% de las muertes maternas. Posteriormente, ha habido un aumento importante de casos a nivel mundial, incluido nuestro país.

Desde el siglo XVII, el embarazo ectópico ha sido objeto de estudio en Ginecología, con avances significativos en su comprensión y diagnóstico. La fecundación del óvulo, que ocurre en la trompa de Falopio externa, puede resultar en implantación anómala debido a diversos factores, comprometiendo el desarrollo del embrión y la salud de la paciente.^{1,2,3}

Las causas incluyen factores tubáricos u ovulares, como daño estructural en la trompa debido a inflamación pélvica, infecciones de transmisión sexual, apendicitis, tuberculosis, entre otros. El diagnóstico temprano es desafiante, ya que las primeras etapas del desarrollo son similares al embarazo intrauterino normal, pero a medida que avanza, la falta de desarrollo de la decidua lleva a complicaciones maternas.

El embarazo ectópico se asocia a diversos factores, incluyendo la destrucción anatómica de las trompas, alteraciones de la motilidad tubárica, obstrucción y estrechez de la luz de la trompa. La cirugía tubárica previa, especialmente por gestación ectópica anterior, aumenta el riesgo hasta cinco veces, con una recidiva entre 10 y 27%.⁴

Cirugías no relacionadas con las trompas, como cesáreas o cirugías ováricas, generalmente no incrementan el riesgo. La enfermedad tubárica confirmada, a menudo derivada de infecciones de transmisión sexual, eleva el riesgo hasta un 10%, aumentando con cada infección.^{5,6}

Las alteraciones hormonales, como el uso de anticonceptivos orales o dispositivos intrauterinos con progesterona, afectan la motilidad tubárica, contribuyendo al crecimiento anómalo del cigoto y su retención en la trompa. Factores ovulares, como el crecimiento rápido de la mórula o la fecundación antes de la llegada a la trompa, también están implicados. La investigación científica aún enfrenta desafíos para comprender completamente la fisiopatología de cada causa de embarazo ectópico.

En la población general, la incidencia es del 0.8-2%, y suele diagnosticarse en el primer trimestre, predominando entre las 6 a 9 semanas de gestación. El 95% ocurre en la trompa, siendo la ampular la ubicación más común (79.6%). Otras formas incluyen embarazo cervical, ovárico, abdominal, cornual e intraligamentario.^{7,8}

Factores externos como técnicas de reproducción asistida, dispositivos intrauterinos, endometriosis, tabaquismo y píldoras de emergencia también se relacionan con mayor incidencia de embarazos ectópicos. Es crucial comprender estos factores para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de esta condición.^{2,8}

Según Pisarka et al.⁹ los factores de riesgo para embarazo ectópico se dividen según el riesgo en alto, moderado o bajo:

Factores de riesgo alto:

Patología tubárica: Alteración de la anatomía normal de la trompa infección, cirugía, anomalías congénitas, o tumores.

Embarazo ectópico previo: post tratamiento conservador tiene 15% mayor riesgo.

Cirugía tubárica: Además de la misma cirugía, pueden agregarse las lesiones tubáricas subyacentes, resultados de una enfermedad inflamatoria pélvica o un embarazo ectópico previo.

Exposición in útero al dietilestilbestrol (DES): tiene un riesgo 5 veces mayor debido a la morfología anormal de la trompa y posiblemente a la alteración de la función fimbria.

Factores de riesgo moderados:

Infecciones genitales previas: salpingitis inespecífica, chlamidiasis y gonorrea, especialmente recurrente.

Infertilidad: No es en sí un factor de riesgo, pero el embarazo ectópico es más frecuente en las mujeres infértiles, probablemente por la mayor anormalidad tubárica en este grupo de mujeres. La toma de citrato de clomifeno duplica el riesgo de embarazo.

Promiscuidad sexual: Indirectamente al incrementar el riesgo de EPI, y está de malformaciones tubáricas.

Factores de riesgo bajo:

Tabaquismo: Mayor riesgo de una manera dosis-dependiente.

Edad: Mayor riesgo en menores de 18 años y mayor proporción, creciente, en mujeres mayores de 35 años (8 veces más riesgo que en mujeres jóvenes).

Duchas vaginales: Indirectamente por aumentar el riesgo de EPI.

Fertilización in vitro: 7% mayor posibilidad de embarazo heterotópico.

Esterilización tubárica: 0,1 - 0,8% después del primer año de esterilización.

Dispositivos intrauterinos: sobre todo aquellos que liberan progestágenos.

Localización de los embarazos ectópicos:

- Embarazo ectópico ovárico: La incidencia es de 1:7,000 - 40.000 recién nacidos vivos. Al igual que en los embarazos ectópicos de otra localización, la signo-sintomatología es parecida.
- Embarazo ectópico cervical: La anidación tiene lugar en el cuello uterino.
- Embarazo ectópico abdominal: El embrión implanta dentro de la cavidad peritoneal, aunque es muy infrecuente.
- Embarazo intramural: Se localiza en la porción intramural de la trompa. Es la localización más rara de todas.
- Embarazo ectópico heterotópico: Es la localización simultánea de una gestación intrauterina y otra extrauterina (tubárico, cervical, etc). Su frecuencia es baja (1:30.000 a 1: 70.000 gestaciones), y es mayor tras tratamientos de reproducción asistida.

Embarazo ectópico no complicado

El embarazo ectópico no complicado, a menudo silencioso y limitado al primer trimestre, puede llevar a reabsorción total o complicaciones. Los síntomas varían y, en una etapa inicial, se asemejan a un embarazo intrauterino. El examen físico revela sensibilidad en el cuello uterino, tamaño uterino inusual y, a veces, una pequeña tumoración yuxta uterina unilateral, indicativa del embarazo ectópico. Este período inicial, llamado "evolución tranquila", puede preceder a complicaciones posteriores.

Embarazo ectópico complicado

Es la evolución de un embarazo ectópico tubárico luego de la rotura de la trompa, ovario, etc, y el consiguiente hemoperitoneo y riesgo de vida. El diagnóstico muchas veces es más sencillo en esta etapa, pero no siempre se evidencian signos de descompensación y/o shock aun cuando existe hemoperitoneo importante, por lo que es necesario una evaluación exhaustiva de cada paciente.

La evolución espontáneo del embarazo ectópico puede producir tres situaciones:^{2,10}

- **Muerte ovular precoz:** al desvitalizarse el embrión, se originan reacciones fibrosas tardías, produciendo obstrucción total o parcial de la trompa y del cierre de los extremos de esta.
- **Aborto tubárico:** Es la forma más habitual de terminar el embarazo ectópico. Se produce desprendimiento, hematosalpinx y consecuente aborto. Este puede ser completo (sangrado y

desaparición de los síntomas) o incompleto (persistiendo la hemorragia por fragmentos ovulares que pueden llegar a la formación de pólipo placentario).

- **Rotura tubárica:** ístmicas, en las primeras 5 semanas e intramural, entre las 8 y 16 semanas. El sangrado es abundante por rotura de arterias que son ramas del territorio vascular ovárico y uterino, por lo que la hemorragia con frecuencia es fatal.

Diagnóstico

El diagnóstico del embarazo ectópico tradicionalmente se basa en signos clínicos, pero la triada clásica de hemorragia genital, dolor abdominal y masa palpable está presente solo en el 45% de los casos.¹¹ La anamnesis y examen físico inicial pueden ser peculiares, pero el diagnóstico debe confirmarse con ecografía transvaginal y parámetros bioquímicos, principalmente β -HCG. Con la creciente incidencia de embarazos ectópicos, se destaca la importancia de un tratamiento menos agresivo para preservar la fertilidad futura. Los centros de tratamiento deben tener personal capacitado, acceso a ultrasonografía y determinación rápida de β -HCG. La confirmación del diagnóstico incluye la fracción beta de la gonadotropina coriónica (β GCH) y la ecografía pélvica transvaginal. Ambos métodos no invasivos tienen una alta eficacia del 90%.¹⁰³ La culdocentesis o punción del fondo de saco de Douglas puede ser positiva en casos de rotura tubárica, pero métodos no invasivos como la ecografía endovaginal podrían predecir hemoperitoneo.¹²

La laparoscopia diagnóstica es un método invasivo importante con un bajo porcentaje de fallas diagnósticas (0,01%). En pacientes con sospecha de embarazo ectópico complicado, la laparoscopia permite confirmar la ubicación, tamaño, estado y opciones de tratamiento, así como evaluar el futuro reproductivo de la paciente. La combinación de métodos no invasivos y, en casos específicos, la laparoscopia, facilita un diagnóstico preciso y orienta las decisiones terapéuticas.¹³

Tratamiento

El tratamiento del embarazo ectópico varía según la forma clínica y localización. En décadas recientes, ha evolucionado de la laparotomía a la laparoscopia y al tratamiento farmacológico gracias al diagnóstico precoz. Se enfoca en la prevención, eliminando factores de riesgo, y puede incluir tratamiento médico con Metotrexate. La opción quirúrgica, ya sea más invasiva (salpinguectomía, anexectomía, histerectomía) o conservadora (salpingoplastias, resección parcial de ovario), se realiza

mediante laparotomía o laparoscopia, según la situación de la paciente y la experiencia del equipo quirúrgico.

Conducta expectante del embarazo tubarico

La conducta expectante se reservará para los siguientes casos:

- Pacientes estables y asintomáticas.
- Beta HCG < a 1.000 con niveles descendentes.
- Pacientes que tienen facilidad para el control ambulatorio.
- Autorización y compromiso por parte de la paciente de:

Realizarse controles bisemanales de ecografía y β -HCG hasta que los niveles descendan un 50%. A partir de aquí se adecuarán los controles al descenso de la β -HCG. Si las tasas de la β -HCG se estabilizan o ascienden, aparece clínica, hemoperitoneo, o si hay un descenso de la β -HCG solo del 50% a la semana de seguimiento.

Se describe una tasa de resolución espontánea del 69%. El tamaño de la masa no tiene un valor pronóstico claro, pero la disminución en el diámetro de la masa a los 7 días sí lo tiene.^{1,14}

Tratamiento quirúrgico del embarazo tubárico

Se optará preferentemente el tratamiento quirúrgico en los siguientes casos:³

- Pacientes con clínica.
- β -HCG > 3.000 mUI/mL.
- Masa anexial > a 4 cm, y/o hemoperitoneo > a 100 cc.
- Imposibilidad de un buen control ambulatorio.
- Contraindicación al tratamiento médico.

En la mayoría de los centros, ante una paciente hemodinámicamente inestable, la laparotomía será el método más eficaz y rápido para detener la hemorragia. Se puede optar también por la cirugía laparoscópica, pero requiere un equipo adecuado y un entrenamiento específico.

Las mujeres no sensibilizadas con factor Rh negativo y con sospecha de embarazo ectópico deben recibir profilaxis con 250 UI (50 μ g) RSAA de inmunoglobulina anti-D.¹⁵

La extracción tubárica manual de la trompa afectada (“exprimir la trompa”) no parece un tratamiento aceptable ya que puede dejar un alto índice de tejido trofoblástico persistente. La salpingostomía expone

a la mujer a un riesgo pequeño de sangrado tubárico en el periodo posquirúrgico inmediato y también a la posible necesidad posterior de un tratamiento debido a trofoblástico persistente. En estos casos en lugar de repetición el acto quirúrgico, algunos autores recomiendan Metotrexate profiláctico y controles de β -HCG y ecografía transvaginal antes de la salpingostomía laparoscópica.¹⁶

En caso del embarazo ectópico ovárico, muchas veces el diagnóstico es con frecuencia quirúrgico. Su diagnóstico en la gran mayoría de casos se efectúa durante el acto quirúrgico, por lo que necesita confirmación de anatomía patológica. Es importante intentar preservar la mayor cantidad de tejido ovárico posible mediante la extracción del saco gestacional o la resección en cuña.

Los embarazos ectópicos abdominales son muy raros. El manejo quirúrgico es una buena opción, pero la exéresis de la placenta es difícil y peligrosa, muchas veces siendo parcial, por lo que en ocasiones es necesario complementarlo con Metotrexate sistémico en el postoperatorio, aunque se dispone de poca bibliografía al respecto.

Tratamiento médico

A la actualidad existen muchos estudios sobre tratamientos médicos que son tan efectivos como la cirugía, pero para ello se debe cumplirse ciertas condiciones¹⁷:

- Pacientes asintomáticas, o con sintomatología mínima.
- HCG < a 3.000 UI /l.
- Masa anexial < a 4 cm, y /o hemoperitoneo < a 100 cc.
- Ausencia de latido cardíaco.
- Facilidad para el control ambulatorio.

Metotrexate intramuscular

El metotrexate es un antagonista del ácido fólico, que actualmente se emplea por vía intramuscular para el tratamiento del embarazo ectópico. Alrededor del 15% de las mujeres responden al tratamiento.

En los casos de embarazo ectópico abdominal, precisa laparotomía con exéresis cuidadosa de los tejidos embrionarios, debiendo complementar el tratamiento con Metotrexate sistémico postoperatorio.^{18,19}

Se debe aconsejar a la paciente evitar el embarazo durante los tres meses siguientes dado el riesgo teratogénico del Metotrexate.²⁰

Aunque el tratamiento médico puede tener éxito a niveles más altos que 3.000 UI/l, datos sobre la calidad de vida, y del costo beneficio demuestran que el tratamiento médico sólo merece la pena con valores debajo de 3.000 UI/l. Los datos sobre el tamaño del embarazo ectópico son menos claros, pero cuanto más grande es la masa anexial, más probabilidad es que haya una ruptura.^{19,21}

Se utilizan dos tipos de protocolos para su administración:

- **La pauta multidosis** emplea 1 mg/kg, alternándose de forma diaria con 0,1 mg/kg de ácido fólico. Administrándose un máximo de 4 dosis. La β -HCG se determina el día del metotrexate, al día siguiente y cada dos días hasta que los niveles de β -HCG descendan en 15% del inicial, este esquema aunque con mayores efectos secundarios, resulta más efectivo.²²

- **La pauta Monodosis** se basa en la superficie corporal, empleando 50 mg/m² en una sola dosis. No requiere el rescate con ácido fólico.

No existe evidencias que la dosis de Metotrexate de 1 mg/kg o bien 50 mg/m² en total, administrada localmente ya sea por control laparoscópico, guiada por ecografía o por cánula del cérvix, sea superior a la sistémica por vía intramuscular, a pesar que se han detectado concentraciones locales 5 veces más altas por vía local que por vía sistémica. La fertilidad ulterior de pacientes tratadas con metotrexate dependerá más de la historia previa de la paciente que del tratamiento en sí del embarazo extrauterino.

^{23,24}

En el caso de un embarazo heterotópico, su manejo es similar al ectópico, salvo dos peculiaridades:

- La evolución de los niveles de β -HCG en sangre no es valorable para evaluar la resolución del ectópico.
- El tratamiento médico que empleemos puede perjudicar a la gestación intrauterina, por lo que se recomienda realizar tratamiento quirúrgico, o médico local (instilación intra-sacular de glucosa hiperosmolar mejor que metotrexate).

Embarazo ectópico cornual, intersticial y cervical

Tratamiento médico

Son localizaciones cuyo tratamiento quirúrgico conlleva a un alto índice de complicaciones por el riesgo de rotura y hemorragia, y finalmente sea frecuente la histerectomía. En estos casos se recomienda, en pacientes clínicamente estables, evaluar las posibilidades de ofrecer el tratamiento médico con metotrexate intramuscular aún con cifras de β -HCG > a 3.000 UI/L. pero con seguimiento estricto.

Si fracasa el tratamiento con metotrexate intramuscular, se ensayará el metotrexate local guiado por ecografía. Los datos con esta estrategia son muy limitados.^{25,26} En los casos que no involucre el embarazo ectópico, se impondrá un tratamiento quirúrgico.

Embarazo cervical

En caso de metrorragias importantes se recomienda la práctica de un legrado cervical asociado a un método de taponamiento (cerclaje o sonda de Foley). La amputación quirúrgica del cérvix se reservará como última opción por la dificultad que entraña y las altas posibilidades de finalizar en histerectomía.

Embarazo cornual e intersticial

En general se diagnostican tarde y cuando se produce, la ruptura la hemorragia es intensa, por lo que tienen una elevada mortalidad (2,5%). El tratamiento tradicional es la resección cornual o histerectomía por laparotomía. En pacientes que deseen descendencia, se aconseja intentar la incisión cornual y extracción de la vesícula gestacional en lugar de la resección cornual, pero en casos complicados puede requerirse la histerectomía.

La laparoscopia ha sido utilizada por equipos entrenados y en embarazos ectópicos no muy evolucionados, pero es una vía compleja. Una de las ventajas del tratamiento médico o conservador del embarazo ectópico cornual es la posibilidad de preservar la fertilidad, pero con la desventaja de una posible rotura uterina.

Embarazo heterotópico

Su manejo es similar al ectópico, salvo dos peculiaridades:²⁷

- La evolución de los niveles de β -HCG en sangre no es valorable para evaluar la resolución del ectópico.
- El tratamiento médico sistémico puede perjudicar a la gestación intrauterina, por lo que se recomienda aplicar el tratamiento médico local (instilación intra-sacular de glucosa hiperosmolar mejor que metotrexate), o bien se emplear el tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS

Tabla 1 Incidencia de embarazo ectópico

Año	N°	Total de partos	Incidencia x1000
2010	27	2292	11.78
2011	24	2325	10.32
2012	45	2072	21.72
2013	48	2100	22.86
2014	31	1961	15.81
2015	53	2095	25.30
2016	53	2454	21.60

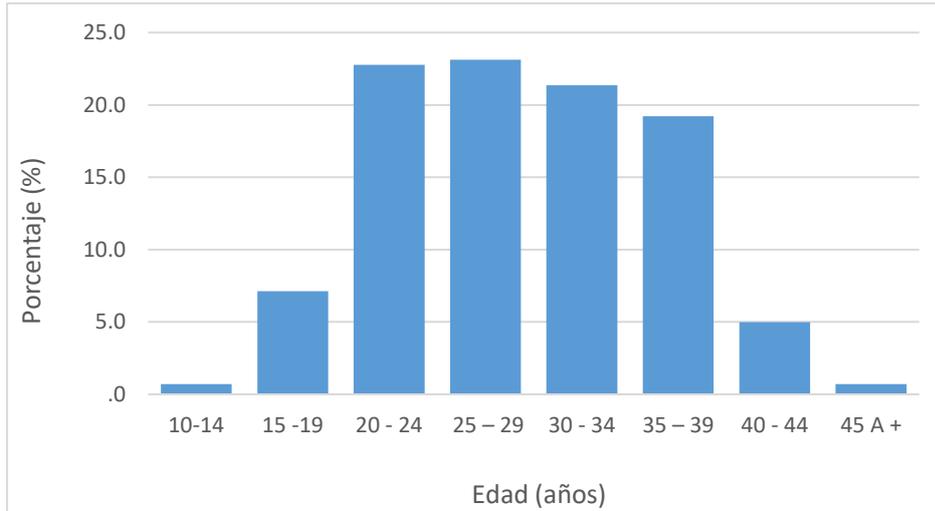
La tabla muestra un incremento en la incidencia de embarazo ectópico a través de los años, siendo en promedio 18.48 casos por cada 1000 partos en los años de estudio.

Tabla 2 Edad

Edad (años)	N°	Porcentaje (%)
10-14	2	0.7
15 -19	20	7.1
20 - 24	64	22.8
25 – 29	65	23.1
30 - 34	60	21.4
35 – 39	54	19.2
40 - 44	14	5.0
45 A +	2	0.7
Total	281	100.0

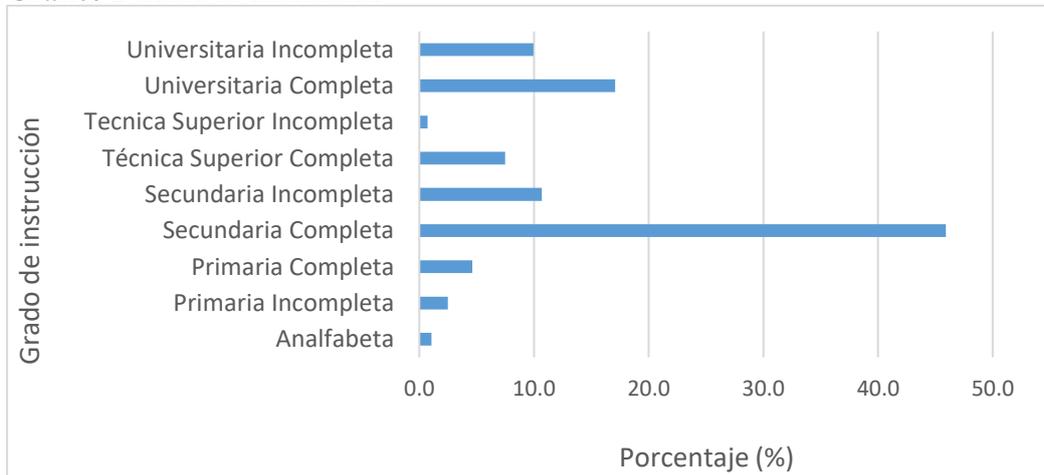
La presente tabla muestra que el mayor número de casos de embarazo ectópico sucedió en pacientes entre 20 y 39 años, siendo dentro de éste, el periodo comprendido entre los 25 y 29 años, el que presentó mayor número de casos con 23.1% del total.

Gráfico 1 Edad



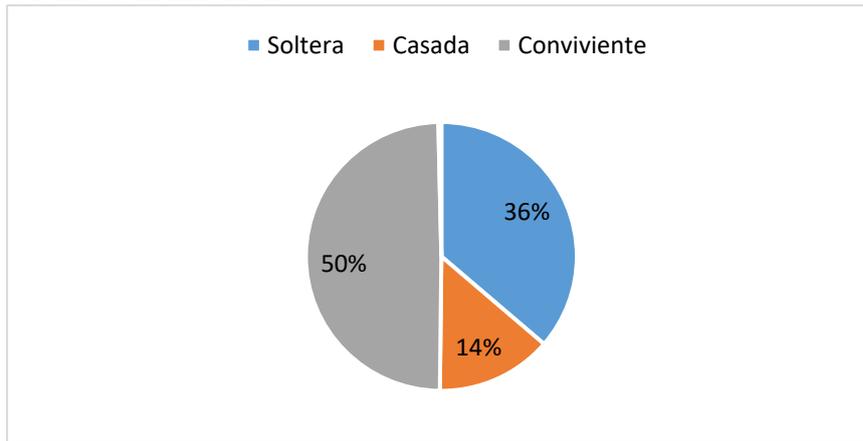
Edad promedio \pm DE (min – max): 28.92 \pm 7.03 años (21.89 – 35.95 años)

Gráfico 2 Grado de instrucción



El 45.9% de pacientes tuvo un nivel de instrucción de Secundaria completa, seguido de “universitaria completa” con el 17.1% del total.

Gráfico 3 Estado Civil



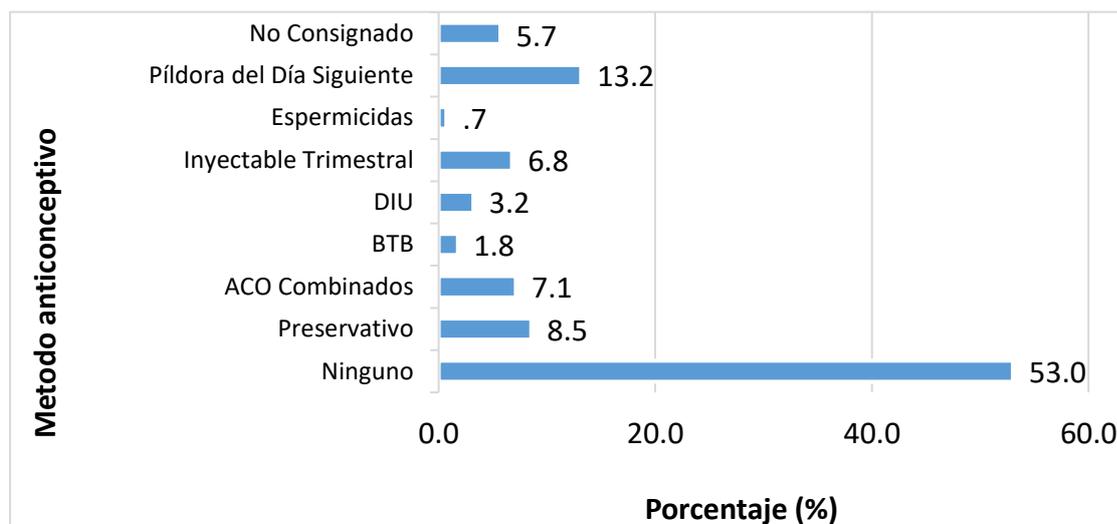
La mayor proporción de pacientes fueron convivientes (49.5%), seguido de Solteras con el 36.3% del total.

Tabla 3 Edad de inicio de relaciones sexuales

Edad (años)	N°	Porcentaje (%)
<13	1	.4
14	8	2.8
15	23	8.2
16	37	13.2
17	45	16.0
18	61	21.7
19	38	13.5
20	19	6.8
21	7	2.5
22	10	3.6
>22	14	5.0
No consignado	18	6.4
Total	281	100.0

El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 18.03 ± 2.4 años, estando el pico máximo a los 18 años (23.3%), seguido de los 17 años (17.1%).

Gráfico 4 Método anticonceptivo utilizado



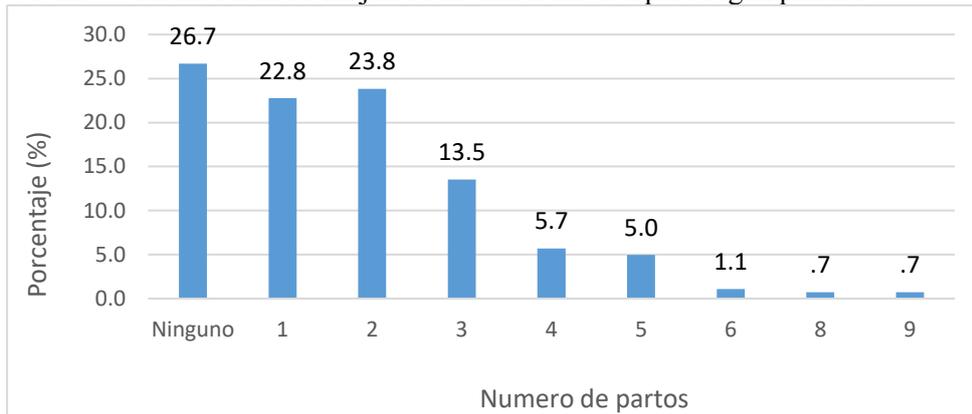
El 53.0% de pacientes no hizo uso de método anticonceptivo alguno, mientras que la píldora del día siguiente fue el método anticonceptivo más usado (13.2%).

Tabla 4 Antecedentes ginecológicos

Antecedente	N°	Porcentaje (%)
Ninguno	220	78.3
Leucorrea	40	14.2
Endometritis	8	2.8
EPI	8	2.8
Endometriosis	5	1.8
Total	281	100.0

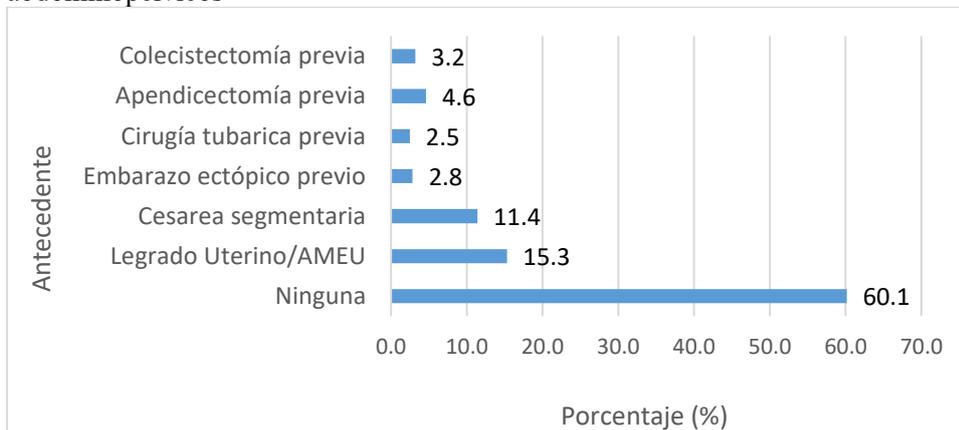
La mayoría de pacientes no tuvieron antecedentes ginecológicos. La leucorrea fue la manifestación más frecuente (14.2%).

Gráfico 5 Distribución de mujeres con embarazo ectópico según paridad



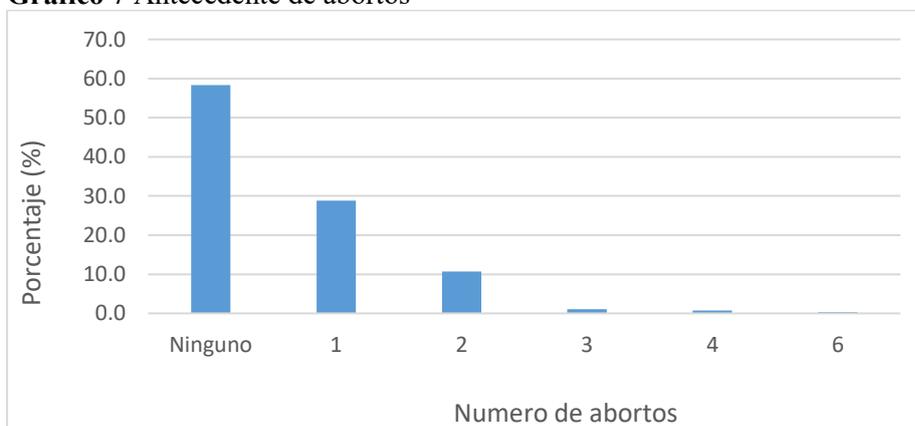
El 26,7% de las pacientes con embarazo ectópico fueron nulíparas, siendo el grupo predominante, seguido de secundíparas con 23.8% y primíparas con 22.8% del total de pacientes.

Gráfico 6 Distribución de mujeres con embarazo ectópico según antecedentes quirúrgicos abdominopélvicos



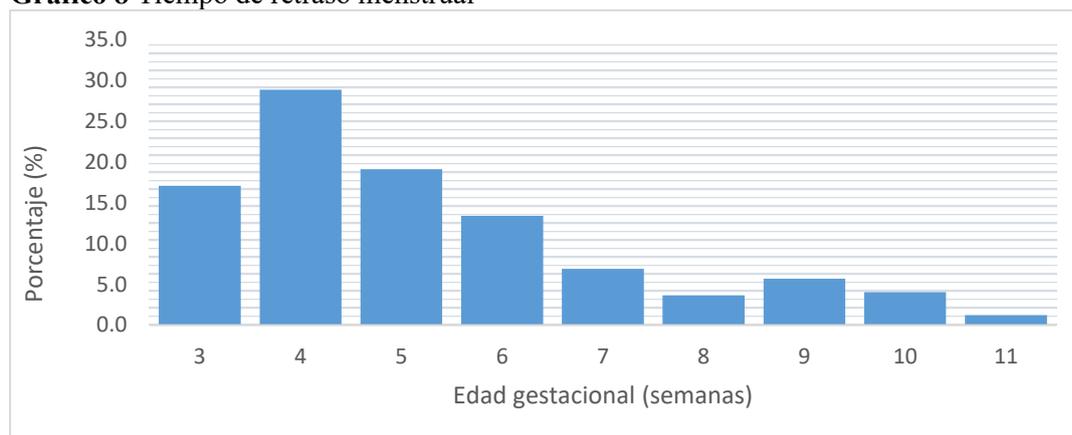
La gran mayoría de pacientes no tuvieron antecedentes de cirugías abdominopélvicas. El antecedente quirúrgico con mayor predominancia fue el legrado uterino/AMEU (15.3%), seguido de Cesárea segmentaria previa en 11.4% de las pacientes.

Gráfico 7 Antecedente de abortos



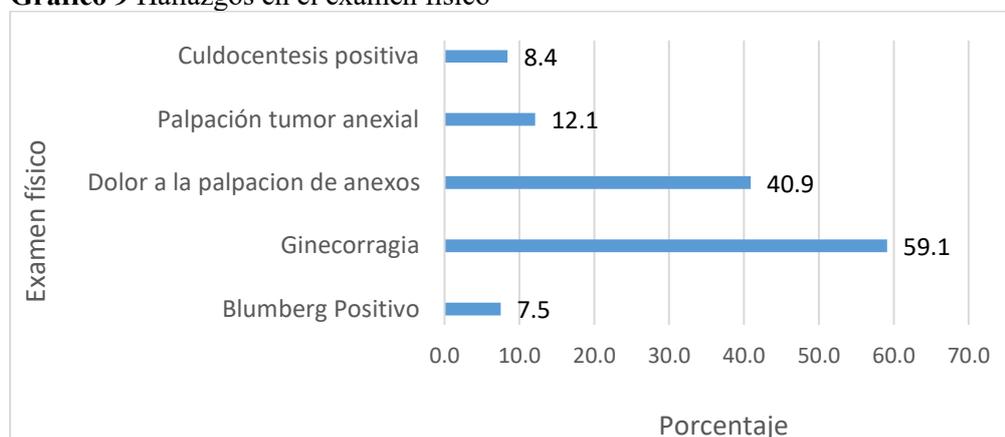
La mayor parte de pacientes no tuvieron antecedente de abortos, mientras que el 28.8% y 10.7% del total de pacientes tuvieron 1 y 2 abortos respectivamente.

Gráfico 8 Tiempo de retraso menstrual



La edad gestacional promedio fue de 5.26 ± 2.0 semanas, siendo el pico máximo las 4 semanas, con un 28.9%, y, en segundo lugar, 5 semanas con 19.1% del total.

Gráfico 9 Hallazgos en el examen físico



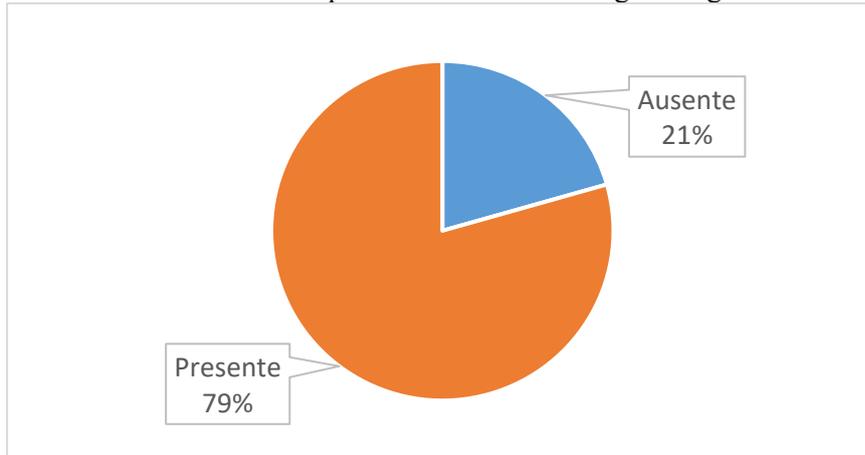
La ginecorragia fue el hallazgo más frecuente, estando presente en el 59.1% de pacientes, seguido de dolor a la palpación de anexos, presente en el 40% de las pacientes. Por otro lado, el signo de rebote o Blumberg positivo solo estuvo presente en el 7.5% de pacientes, siendo el hallazgo menos frecuente dentro de las pacientes en estudio.

Tabla 5 Principales modalidades diagnosticas de embarazo ectópico

Examen	N°/ Total	Porcentaje (%)
Ecografía	248 / 281	88.3
β -hCG	174 / 281	61,9
Culdocentesis	23 / 281	8,4

La ecografía fue realizada en el 88.3% de pacientes, siendo éste el examen auxiliar de mayor preferencia, seguido del dosaje β -hCG y la culdocentesis con 61.9% y 8.4% del total de pacientes respectivamente.

Gráfico 10 Presencia de líquido libre en cavidad según ecografía



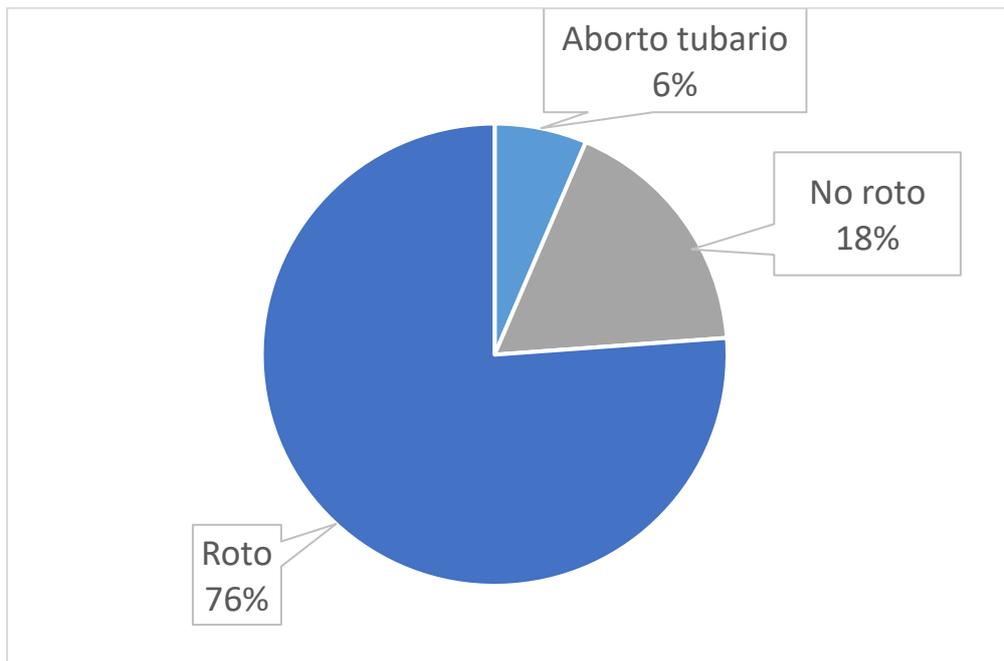
En el gráfico se evidencia que en la gran mayoría de pacientes sometidas a ecografía (79%), se evidencia la presencia de líquido libre en cavidad, mientras que en el 21% restante, éste estuvo ausente.

Tabla 6 Tratamiento realizado

Tratamiento	N°	Porcentaje (%)
Expectante	2	0.7
Laparotomía	278	98.9
Médico	1	0.4
Total	281	100.0

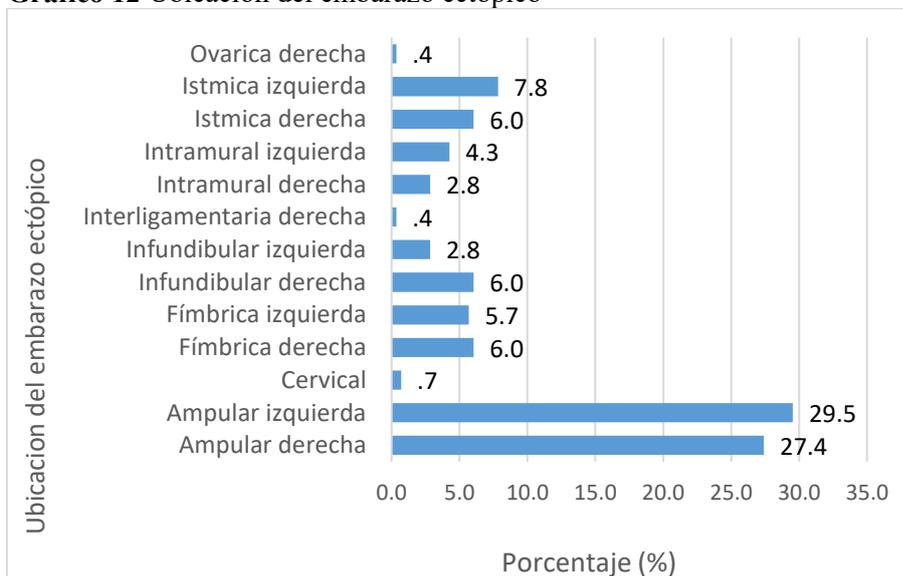
El tipo de tratamiento realizado con mayor frecuencia fue la laparotomía, abarcando el 98.9% del total de casos, siendo el 1.1% restante ocupado por el tratamiento médico y expectante.

Gráfico 11 Estado de la trompa uterina al momento de la cirugía



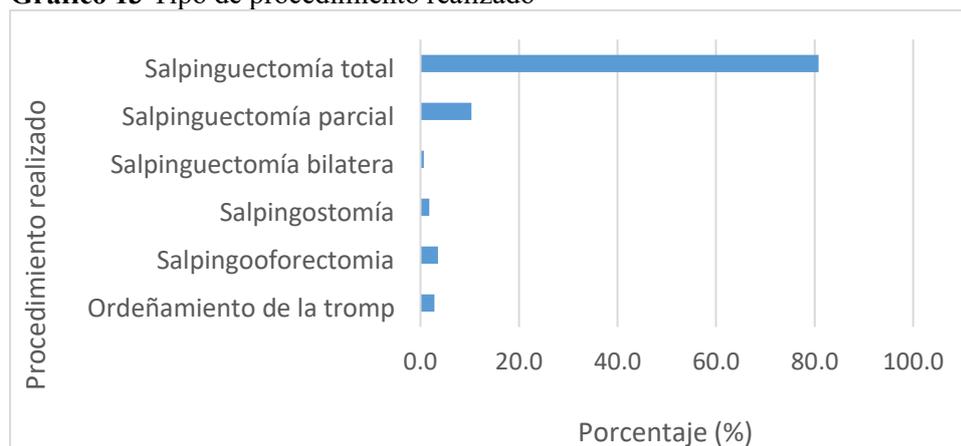
El gráfico muestra que en el 76% de las intervenciones quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico tubárico, la trompa se encontraba rota y que en 24% se encontraba indemne.

Gráfico 12 Ubicación del embarazo ectópico



En los 278 casos tratados con laparotomía, la ubicación más frecuente de los embarazos ectópicos en las mujeres en estudio fueron la ampolla izquierda y derecha, con 29.5% y 27.4% respectivamente.

Gráfico 13 Tipo de procedimiento realizado



La salpinguectomía total fue el procedimiento realizado con mayor frecuencia, siendo éste el 80.8% del total de casos, seguido de la salpinguectomía parcial en el 0.3%

DISCUSIÓN

Presentamos un estudio observacional descriptivo, retrospectivo y transversal efectuado en el Hospital III Goyeneche de Arequipa durante los años 2010 al 2016, en el cual se revisaron historias clínicas en busca de casos de embarazo ectópico, hallándose 281 casos de pacientes ingresadas del servicio de ginecología con el diagnóstico de Embarazo Ectópico.

Entre los años 2010 y 2016 se atendieron un total de 15,299 partos en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, encontrándose una incidencia de 1.8%, resultado cercano al 2.0% encontrado por Martínez en el 2010¹², Cunnighan, que reporta un 2%¹, Chávez, 1.33% en 1986²⁸, Bautista, 1.4% en 1991²⁹, Freund, 1.38% en 1998², Cabrera, 1.3% en el 2003¹¹, Cuero-Vidal, 2.1% en 2006²², mientras que fue mayor al encontrado por Chávez, 0.7% en 1982 en el Hospital Cayetano Heredia³⁰, Dextre, 0.7%³¹, Trelles, 0.4% en el Hospital Rebagliati en el 2002¹⁰, Luglio, 0.54%³², y Zapata, 0.67%³³.

En nuestra investigación, encontramos un aumento progresivo en la incidencia desde el 2011, donde la incidencia era de 11.78 por cada 1000 partos hasta 25.30 casos por 1000 en el 2015, con discreta disminución en el 2016, siendo ésta de 18.48 por cada 1000 partos.

En cuanto a resultados de estudios locales, la incidencia encontrada en el presente estudio es muy inferior a la descrita por Zevallos Melgar, quien reporta una incidencia de 45.61 casos por 1000 partos en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo – Arequipa⁸. Toda esta información demuestra que la

frecuencia de presentación de esta patología está aumentando, al parecer por los diferentes cambios en la conducta sexual de nuestra población.

La edad promedio de presentación encontrada en nuestro estudio fue 28.92 años, encontrándose el 67.3% de pacientes entre los 20 y 34 años, lo cual coincide con la edad reproductiva ideal y de mayor frecuencia de relaciones sexuales.

La edad promedio de nuestro estudio concuerda con la encontrada por Durand, 29 años³⁵, Yglesias, en el Hospital Carrión con 28.91 años³⁴, Martínez en el H.Loayza, 29 años¹², Coloma, 28.26 años³⁶ y Zevallos, 31.21 años⁸.

El 99% de pacientes eran letradas, predominando la educación secundaria completa con el 45.9%. Yglesias encontró que 58.3% de pacientes tuvieron educación secundaria completa y 44.75% tuvieron universitaria completa³⁴, mientras que Durán encontró educación secundaria completa en 35.7% de pacientes y universitaria completa en 25.7% de ellas³⁵. Esto puede explicarse por que las mujeres con menor grado de instrucción tienden a tener mayor paridad, por lo tanto, un mayor riesgo de embarazo ectópico.

La mayoría de pacientes en estudio fueron convivientes (49.5%), seguido de solteras con el 36.3% del total. La explicación más lógica a este hallazgo es que, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) de 2021, respecto al estado civil o conyugal de la población peruana, el 24,2% de la población de 12 y más años de edad son convivientes y el 23,5% son casados/as.

Los resultados obtenidos por el presente estudio se asemejan a los de Yglesias, quien encontró que el 55.2% de pacientes fueron convivientes³⁴, y con los de Durán, quien encontró que el 40% de pacientes fueron solteras y 40% fueron convivientes³⁵.

Se conoce que el inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para el desarrollo de embarazos ectópicos. En el presente estudio se encontró un promedio de edad de inicio de relaciones sexuales de 18.03 años, predominando en el 75.8% la edad menor de 19 años. El 64% de mujeres tuvieron entre 16 y 19 años, estando esto en relación con los hallazgos de Yglesias, Cabrera y Durán, quienes describieron 61.2%, 62.4% y 62.8% respectivamente^{11,34,35}.

El 53% no usaron métodos anticonceptivos. El método anticonceptivo más utilizado entre las pacientes fue la “píldora del día siguiente” en el 13.2%, dato importante que podría hacer suponer que su uso

estaría relacionado con una mayor frecuencia de presentación de embarazo ectópico, lo cual refutaría la literatura existente, que refiere que éste “método” no influye en la presentación de esta complicación, ya que el riesgo de la población en general es de 0.8% al 2% haciendo o no uso de la anticoncepción de emergencia. Lamentablemente dicha relación no puede ser confirmada en este trabajo de investigación por tratarse de un estudio descriptivo.

Para el 26.7% de pacientes el embarazo ectópico fue su primera gestación, para el 22.8% su segunda y para el 23.8% fue su tercera, porcentajes semejantes a los encontrados por Durán quien describe una frecuencia de 27.14% , 21.4% y 24.2% respectivamente³⁵, y Coloma, quien señala una frecuencia de 72.3% para pacientes en quienes el embarazo ectópico no fue su primera gestación⁸.

El 78.30% de pacientes no refirieron antecedentes ginecológicos. La leucorrea fue referida por el 14.23% y enfermedad inflamatoria pélvica por el 2.85%, este último cercano al descrito por Coloma (1.6%)¹⁸, pero mucho menor al de Durán (8.5%)³⁵, Cuero-Vidal (22.1%)³⁷, Freundt (22.1%)² y Trelles (22.1%)¹⁰.

En lo referente a los antecedentes quirúrgicos abdomino-pélvicos, se encontró que 60.1% de pacientes no tuvieron antecedentes quirúrgicos. El 11.4% de pacientes tuvo una o más cesáreas previas y el 15.3% tuvo el antecedente de habersele realizado un legrado y/o AMEU. Éste último valor es mayor al encontrado en los estudios de Cuero-Vidal en el Hospital Loayza, Trelles en el H. Rebagliati y Durán, quienes refirieron una frecuencia de dicho antecedente en el 22%, 25.9% y 25.5% de pacientes respectivamente^{10,35,37}. Dicho dato podría deberse a que, en el hospital en estudio a diferencia de los otros en mención, se atienden a pacientes principalmente pobres y con menor nivel de educación, en quienes el número de embarazos y abortos (por ende, legrados o AMEUS) es mayor que en mujeres de nivel socioeconómico y educativo alto.

El 87.5% de pacientes presentaron retraso menstrual, teniendo el 78.5% como tiempo de retraso entre 3 a 6 semanas. Se observa un promedio general de 5.26 ± 2.0 semanas. El valor hallado en el presente estudio difiere a los encontrados por Coloma (8.3 ± 3.0 semanas)³⁶, Martínez (7.0 ± 1.9 semanas)¹², Trelles (6.8 ± 2.1 semanas)¹⁰, Zevallos (7.09 semanas)³⁸ y Mercado (7.2 semanas)³⁹, por lo que podríamos considerar que las pacientes del hospital en estudio le dan especial importancia a dicho signo, apoyando al diagnóstico y tratamiento oportuno.

En el presente estudio, el síntoma predominante fue el dolor abdominal, el cual estuvo presente en el 100% de pacientes, hallazgo muy similar al de Yglesias, quien reportó que este síntoma estuvo presente en 99.5% de casos y al de Zevallos Melgar, quien refirió una frecuencia de 95.63% para éste síntoma.^{34,8} Nuestro resultado difiere notablemente de los descritos por Cuero-Vidal, quien reporta una frecuencia de 42.3%.³⁷

La triada amenorrea, dolor abdominal y ginecorragia se presentó en el 88% de pacientes, porcentaje mayor al descrito por Martínez en el H. Loayza (67.5%)³ y Sánchez (35.1%).¹⁶

En la evaluación ginecológica, el sangrado vaginal estuvo presente en el 59.1% de pacientes, frecuencia semejante a la descrita por Zevallos Melgar (68.73%)⁸ e Yglesias (60%)³⁴. El dolor a la palpación abdomino pélvica estuvo presente en el 40% y el dolor a la movilización del cérvix en el 36% de paciente, sinología que concuerda con la literatura nacional e internacional.

En el presente estudio se encontró que la ecografía se realizó en el 88.3% de pacientes, porcentaje igual al descrito por Martínez (89.4%)³ y Cuero-Vidal (84.6%)¹⁵. El dosaje hormonal de β -hCG se realizó en el 61.9% y la culdocentesis se realizó en 11.3% de pacientes.

De acuerdo a los criterios clínicos y de ayuda diagnóstica el 0.7% de las pacientes fueron sometidas a tratamiento expectante y al 0.4% se le dio tratamiento médico. Se practicó tratamiento quirúrgico (laparotomía), en el 98.9% de casos. La laparoscopia diagnóstica y terapéutica no se realizó debido a no estar protocolizada en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital en estudio.

Se encontró durante el acto quirúrgico, la trompa uterina afectada (embarazo ectópico roto) en el 76% de casos, valor menor al encontrado por Cuero-Vidal, quien reporta 88.5%³⁷, y Freund y Martínez, quienes describen una frecuencia de 84.9% y 85.3 respectivamente^{2,12}. Esta diferencia puede deberse al menor tiempo de amenorrea que presentaron las pacientes al momento del diagnóstico comparado con los tiempos encontrados en sus estudios.

En el 98.5% de casos, la localización de embarazo ectópico fue tubaria, dato parecido al reportado por Martínez, quien describe una frecuencia de 94.5%.¹² En nuestro estudio, predominó la localización ampular en el 56.9% de casos, no existiendo diferencia significativa entre el lado izquierdo y el derecho.

En el 1.5% restante la localización fue en ovario e interligamentaria.

La salpingectomía total se realizó en el 80.8% de los casos. Esta opción se adoptó por el compromiso de la anatomía de la trompa. La salpingectomía parcial en el 10.3% de casos, las cuales en conjunto representaron el 91.1% del total, datos parecidos al 96.75% reportado por Cuero- Vidal³⁷, el 81.9% descrito por Martínez¹² y el 85.28% referido por Zevallos⁸.

CONCLUSIONES

La presente investigación revela importantes hallazgos relacionados con la incidencia y características del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo comprendido entre los años 2010 y 2016. Los resultados obtenidos señalan una tasa de incidencia de 18.48 casos por cada 1000 partos, cifra que se sitúa en proximidad con los valores encontrados en diversas investigaciones previas. Cabe destacar que dicha incidencia presenta un patrón ascendente a lo largo de los años objeto de estudio, lo cual sugiere la necesidad de una vigilancia continua de esta condición médica.

En cuanto a la edad promedio de presentación de embarazo ectópico, se determinó que esta fue de 28.92 años, una cifra que concuerda con la literatura especializada en el tema. Además, se identificaron factores de riesgo asociados a esta patología, entre los que se incluyen tener edades comprendidas entre 20 y 39 años, ser conviviente o soltera, haber mantenido más de una pareja sexual, la utilización de la píldora del día siguiente y la presencia de enfermedades inflamatorias pélvicas como antecedente.

En el análisis sociodemográfico, se observó que la mayoría de las pacientes estudiadas eran convivientes, un estado civil predominante en la población femenina peruana. De manera destacada, el método anticonceptivo más empleado fue la "píldora del día siguiente", lo que insta a la necesidad de investigaciones experimentales que diluciden cualquier correlación directa entre su consumo y un mayor riesgo de embarazo ectópico.

No se evidenció una relación clara entre el número de gestaciones y la probabilidad de desarrollar embarazo ectópico. Por otro lado, la mayoría de las pacientes carecía de antecedentes quirúrgicos relevantes, siendo el legrado y/o AMEU el procedimiento predominante entre las mujeres en estudio.

Entre los signos y síntomas más frecuentes se destacan el retraso menstrual, dolor abdominal, sangrado genital, náuseas y vómitos. Para el diagnóstico de esta condición, los métodos más utilizados fueron la ecografía transvaginal y el dosaje de la Gonadotropina coriónica humana fracción beta en sangre.

En la mayoría de los casos en los que se practicó la laparotomía, se constató que la trompa uterina ya se encontraba rota, subrayando la importancia de diagnósticos tempranos para evitar complicaciones mayores. La localización más frecuente del embarazo ectópico fue tubárica, y dentro de esta, la ampular. Los tratamientos predominantes fueron la salpinguectomía parcial y total, subrayando la necesidad de intervenciones quirúrgicas especializadas para manejar eficazmente esta condición médica. En conclusión, este estudio aporta valiosa información para la comprensión y abordaje del embarazo ectópico, resaltando la importancia de estrategias preventivas y diagnósticos tempranos en la atención de las mujeres en edad reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altaras M, Cohen I, Cordoba M, Ben Nun I, Ben Aderet N. Treatment of an interstitial pregnancy with actinomycin D. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 1321.
2. Botella Llusía J, Clavero Núñez LA. *Tratado de Ginecología*. 14ta ed. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1993
3. Rodríguez Morales Y, Altunaga Palacio M. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2010
4. Hillis S. et al. Recurrent Chlamydia infections increase the risk of hospitalization for ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 176:103-7.
5. Raziel, M. Schachter, E. Mordechai, S. Friedler, M. Panski Ovarian Pregnancy: a 12 year experience of 19 cases in one institution *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 114 (2004), pp. 92- 96
6. Urrutia MT, Poupin L, Alarcón P, Rodríguez M, Stiven L. Embarazo ectópico: factores de riesgo y características clínicas de la enfermedad en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007 ; 72 (3): 154
7. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 1970; 106:1004
8. Cabero Roura L, et al. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. adrid: Editorial Médica Panamericana, 2002: 559.
9. Pisarka M., Carson S. Incidence and Risk Factors for Ectopic Pregnancy. *Clínical Obstetrics & Gynecology*. Ectopic Pregnancy. 2009; 42(1):2-8.

10. Benson R.: Embarazo extrauterino (Embarazo Ectópico) En: Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 4 ED. México, DF: El Manual Moderno,1986:707-16.
11. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossoyt P. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 2006; 65:1093-9.
12. Moschos E, Twickler DM. Intrauterine devices in early pregnancy: findings on ultrasound and Clínical outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 ; 204 (5): 427-e1-6.
13. Pérez Del Miguel Luis Alberto, Factores De Riesgo De Embarazo Ectópico En El Hospital Daniel Alcides Carrión Periodo Enero Diciembre 2010.
14. Lang P, Weis PAM, Mayer HO. Local application of hyperosmolar glucose solution in tubal pregnancy. *Lancet* 1989; 1: 922.
15. Frydman R, Fernández H, Troalen F, Ghillani P, Rainborn JD, Bellet D. Phase I Clínical trail of monoclonal anti-human chorionic gonadotropin antibody in woman with an ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1989; 52: 734.
16. Gervaise A, Fernández H. Le methotrexate dans le traitement medical des grossesses extrautérines non rompues. Étude prospective: injection intramusculaire versus injection in situ sous contrôle échographique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32: 420.
17. Zapata Betsy, Ramírez Juan, Pimentel José, Cabrera Santiago, Campos Gerardo. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. *Rev. peru. ginecol. obstet.* ; 61(1): 27-32.
18. Lipscomb G, McCord M, Stovall T, Huff G, Portera J, Ling F. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999; 341: 1974-8.
19. Li Z, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu I. Laparoscopic surgery in patients with hypovolemic shock due to ectopic pregnancy. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2002; 37: 653-5.
20. Saraj A, Wilcox J, Najmabadi S, Stein S, Johnson M, Paulson R. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing singledose intramuscular methotrexate with salpingostomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 989-94.

21. Fujishita Dubuisson JB, Aubriot FX, Mathieu L, Foulot H, Mandelbrot L, de Jolier JB. Risk factors for ectopic pregnancy in 556 pregnancies after in vitro fertilization: implications for preventive management. *Fertil Steril* 1991; 56: 686-90.
22. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17: 3224-30.
23. F. Odejinmi, M.I. Rizzuto, R. Macrae, O. Olowu, M. Hussain. Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of the literature *J Minim Invasive Gynecol*, 16 (2009), pp. 354-359
24. Fernández H, Benifla JL, Lelaidier C, Baton C, Frydman R. Methotrexate treatment of ectopic pregnancy: 100 cases treated by primary transvaginal injection under sonographic control. *Fertil Steril* 1993; 59: 773-7.
25. Gopal M, Goldberg J, Klein TA, Fossum GT. Embolization of a uterine arteriovenous malformation followed by twin pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 696-8.
26. Robertson DE, Moye MA, Hansen JN. Reduction of ectopic pregnancy by injection under ultrasound control. *Lancet* 1987; 1: 974.
27. Sauer M, Vidali A, James W. Treating persistent ectopic pregnancy by methotrexate using a sliding scale: preliminary experience. *J Gynecol Surg* 1997; 13: 13-6.
28. Botella Llusia J, Clavero Núñez LA. *Tratado de Ginecología*. 14ta ed. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1993.
29. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:184-8.
30. Banssgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas I. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 765-70.
31. Balestena Sánchez JM, Rodríguez A, Reguera Cabrera: Factores epidemiológicos del embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2002 Sep.-dic. 28.
32. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 1970; 106:1004.
33. Cabero Roura L, et al. *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2002: 559.

34. Altaras M, Cohen I, Cordoba M, Ben Nun I, Ben Aderet N. Treatment of an interstitial pregnancy with actinomycin D. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 1321.
35. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy. A metaanalysis comparing “single dose” and “multidose” regimens. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 778-84.
36. Berlingieri P, Bogdanskeiene G, Grudzinskas JG. Rupture of tubal pregnancy in the Vilnius population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 13:85-8.
37. Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17: 3224-30.
38. Cacciatore B, Stenman U, Ylöstolalo P. Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 iu/l (IRP). *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 904-8.
39. Cacciatore B, Korhonen J, Stenman U, Ylostalo P. Transvaginal sonography and serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies selected for expectant management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 297-300.
40. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), INEI 2021.