



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL “DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ”**

**“FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS MÁS FRECUENTES DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL  
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA  
GONZÁLEZ EN EL PERIODO DE ENERO 2016 A DICIEMBRE 2018.”**

**TÉSIS:**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

**DRA. NATALIA MONSERRAT SÁNCHEZ SOLIS**

**ASESOR:**

**DRA. ALEJANDRA HERRERA ORTÍZ  
MÉDICO ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE GINECOOBSTETRICIA**

**CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO DE 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

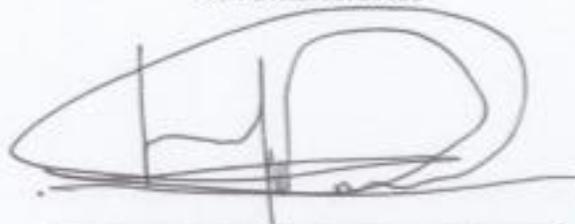
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

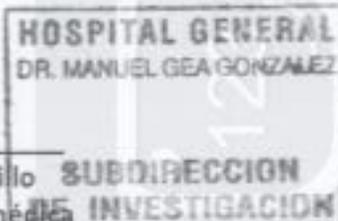
AUTORIZACIONES



Dr. Héctor Manuel Prado Calleros  
Director de Enseñanza e Investigación



Dr. José Pablo Maravilla Campillo  
Subdirector de Investigación Biomédica

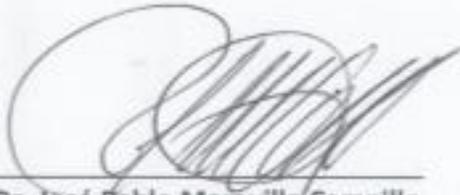


Dr. Jorge Román Audifred Salomón  
Titular del curso  
Jefe de división de Ginecoobstetricia



Dra. Alejandra Herrera Ortiz  
Asesor de tesis  
Médico adscrito a la división de Ginecoobstetricia

Este trabajo de tesis con número de registro: 11-54-2019 presentado por la especialidad de Ginecología y Obstetricia y se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Dra. Alejandra Herrera Ortiz con fecha 30 de julio 2019 para su impresión final.



Dr. José Pablo Maravilla Campillo  
Subdirector de Investigación Biomédica



Dra. Natalia Monserrat Sánchez Solís  
Residente de cuarto año de Ginecoobstetricia

**"FACTORES DE RIESGO CONOCIDOS MÁS FRECUENTES DE EMBARAZO ECTÓPICO EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ EN EL PERIODO DE ENERO 2016 A DICIEMBRE 2018."**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la División de Ginecoobstetricia bajo la dirección del Dr. Jorge Román Audifred Salomón, con el apoyo de la Dra. Alejandra Herrera Ortiz y adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

**COLABORADORES:**



---

**Dra. Alejandra Herrera Ortiz**  
**Investigador Principal**



---

**Dra. Natalia Monserrat Sánchez Solís**  
**Investigador Asociado Principal**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a mi familia, en especial mi madre que ha estado siempre junto a mí en este camino. Gracias a este hospital, que me ha enseñado más que medicina. Gracias a todo el personal desde administrativo hasta enfermería y camilleros que han facilitado mi trabajo. Gracias al servicio de ginecología y obstetricia, a todos sus adscritos que son mis maestros y que me han brindado paciencia y apoyo en todo momento. Gracias a mis compañeros de residencia por formar un equipo conmigo para sacar adelante las guardias. Y, sobre todo, gracias a todas las pacientes que han depositado en mis manos su confianza y su vida.

## Índice.

• Introducción .....	3
• Material y métodos .....	5
• Resultados .....	5
• Discusión .....	6
• Referencias .....	7
• Figuras y tablas .....	8

## Resumen

**Introducción:** En México la incidencia varía de uno por cada 200/500 embarazos a 1.6 a 2 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos. Se han identificado factores de riesgo en el estilo de vida e historia clínica de las pacientes como tabaquismo, ingesta de alcohol, cirugías pélvicas, historia de ligadura de trompas, historia de infertilidad, así como terapias de reproducción asistida y uso de DIU. El diagnóstico temprano de esta patología es fundamental. Todas las mujeres sexualmente activas y en edad reproductiva que presenten dolor abdominal o sangrado vaginal deben someterse a pruebas de detección de embarazo.

**Objetivo general:** Conocer los factores de riesgo conocidos más frecuentes de embarazo ectópico en pacientes embarazadas que acudieron al Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo comprendido entre el 01 de enero 2016 y el 31 de diciembre de 2018.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con 174 pacientes embarazadas del servicio de Ginecología y Obstetricia que ingresaron con el diagnóstico de abdomen agudo, de las cuales se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico, en el periodo del 01 de enero del año 2016 al 31 de diciembre del 2018, en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

**Resultados:** Se registraron 174 casos, con una edad media de 28 años (DE). No se logró determinar la edad gestacional media en estos embarazos ya que no todos los expedientes contaban con esta información. Con respecto a sus antecedentes, 72 casos (41.3%) se presentaron en primigestas y 102 casos (58.6%) en multigestas. En lo referente a los hallazgos transquirúrgicos, 167 casos (95.9%) fueron embarazos ectópicos rotos y 7 casos (4.02%) no rotos. En cuanto a complicación con choque hipovolémico, se encontraron 24 casos (13.7%). Del total de casos confirmados de embarazo ectópico, 171 casos (98.2%) se localizaron a nivel de salpínges, 2 casos (1.14%) se presentaron cornuales y 1 caso (0.57%) se trató de embarazo ectópico abdominal. De acuerdo a los factores de riesgo conocidos asociados a embarazo ectópico, el antecedente de cirugía pélvica se presentó en 38 casos (21.8%), antecedente de un embarazo ectópico previo en 10 casos (5.7%), tabaquismo en 54 casos (31.03%), antecedente de legrado uterino instrumentado en 28 casos (16.09%), un caso de útero bicorne (0.57%) y no se encontraron factores de riesgo conocidos asociados en 72 casos (41.3%). Del total de casos confirmados de embarazo ectópico, 165 casos (94.82%) se trataron con laparotomía y 9 casos (5.1%) con laparoscopia, con una estancia

intrahospitalaria media de 2.5 días (DE 1.4).

**Conclusión:** De los 174 pacientes registrados en este estudio, se identificaron como factores de riesgo conocidos asociados a embarazo ectópico, el antecedente de cirugía pélvica se presentó en 38 casos (21.8%), antecedente de un embarazo ectópico previo en 10 casos (5.7%), tabaquismo en 54 casos (31.03%), antecedente de legrado uterino instrumentado en 28 casos (16.09%), un caso de útero bicornue (0.57%) y no se encontraron factores de riesgo conocidos asociados en 72 casos (41.3%). Estos resultados concuerdan con lo reportado por Audrey J. Gaskins y Beatriz Escobar, concluyendo que, en la población del Hospital Dr. Manuel Gea González, los factores de riesgo conocidos más frecuentes son el tabaquismo, la cirugía pélvica y el antecedente de embarazo ectópico previo. Por lo que se recomienda realizar campañas de educación para la salud sobre esta patología y sus manifestaciones clínicas e identificar los factores de riesgo conocidos asociados a ectópico en nuestras pacientes durante su control prenatal durante el primer trimestre para llevar un seguimiento más estrecho de estos embarazos con ultrasonidos y hGC de control, con la finalidad de conseguir un diagnóstico y tratamiento oportunos.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico; cirugía pélvica; laparotomía; laparoscopia; control prenatal.

## Introducción.

El embarazo ectópico (EE) se define como un embarazo que ocurre fuera de la cavidad uterina (1, 2, 3). El sitio más común de embarazo ectópico es la trompa de Falopio o tuba uterina (2, 4). La mayoría de los casos de EE tubárico que se detectan en forma temprana pueden tratarse con éxito, ya sea con una cirugía mínimamente invasiva o con tratamiento médico con metotrexato. Sin embargo, el EE tubárico en un paciente inestable es una emergencia médica que requiere una intervención quirúrgica rápida (2).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el EE representa aproximadamente el 2% de todos los embarazos reportados (2, 5, 6). Sin embargo, la verdadera incidencia actual del embarazo ectópico es difícil de estimar porque muchos pacientes reciben tratamiento ambulatorio donde no se realiza un seguimiento de los eventos (2). En México la incidencia varía de uno por cada 200/500 embarazos a 1.6 a 2 EE por cada 100 nacimientos. Los datos obtenidos en la National Hospital Discharge Survey indican que, si bien la incidencia de EE prácticamente se cuadruplicó entre 1970 (4.5 por 1000 embarazos) y 1989 (16 por 1000), el riesgo de muerte relacionada con embarazos ectópicos disminuyó a 90% (de 35.5 a 3.8 muertes por 10 000) de gestaciones ectópicas (7). A pesar de las mejoras en el diagnóstico y el manejo, la ruptura del EE continúa siendo una causa importante de mortalidad y morbilidad relacionada con el embarazo. En 2011-2013, el EE roto representó el 2,7% de todas las muertes relacionadas con el embarazo y fue la causa principal de mortalidad relacionada con hemorragias (2). En los países en vías de desarrollo las tasas de mortalidad por embarazo ectópico van, aproximadamente, del 1 al 3%, es decir, diez veces más que las informadas en los países desarrollados (7). Se ha informado que la prevalencia de EE en mujeres que acuden a un servicio de urgencias con sangrado vaginal en el primer trimestre, o dolor abdominal, o ambos, alcanza el 18% (2).

La trompa de Falopio es la ubicación más común de la implantación ectópica, ya que representa más del 90% de los casos. Sin embargo, la implantación en el abdomen (1%), el cérvix (1%), el ovario (1–3%) y la cicatriz por cesárea (1–3%) puede ocurrir y con frecuencia resulta en una mayor morbilidad debido a un diagnóstico y tratamiento retrasados (2).

La mitad de las mujeres que reciben un diagnóstico de EE no tienen factores de riesgo conocidos (2). Las mujeres con antecedentes de embarazo ectópico tienen un mayor riesgo de recurrencia (1). La probabilidad de un EE repetido en una mujer con antecedentes de un embarazo ectópico es de aproximadamente el 10%. En una mujer con dos o más embarazos ectópicos anteriores, el riesgo de recurrencia aumenta a más del 25% (2).

Otros factores de riesgo importantes para el EE incluyen daños previos en las trompas de Falopio, secundarios a una

enfermedad pélvica inflamatoria o cirugía pélvica (2, 4, 8). Entre las mujeres que quedan embarazadas mediante el uso de tecnología de reproducción asistida, ciertos factores, como la infertilidad del factor tubárico y la transferencia múltiple de embriones, se asocian con un mayor riesgo de EE (2, 8). Las alteraciones hormonales características de los ciclos de inducción de la ovulación con citrato de clomifeno y gonadotropina pueden predisponer a la implantación tubárica. Entre 1.1 y 4.6% de las concepciones relacionadas con la inducción de la ovulación son embarazos ectópicos (7). Otros factores de riesgo menos significativos incluyen un historial de tabaquismo y una edad mayor de 35 años (2, 3,4). En cuanto a los métodos anticonceptivos, hasta el 53% de los embarazos que se producen con un dispositivo intrauterino (DIU) colocado son ectópicos (2).

El diagnóstico temprano de esta patología es fundamental. Todas las mujeres sexualmente activas y en edad reproductiva que presenten dolor abdominal o sangrado vaginal deben someterse a pruebas de detección de embarazo, independientemente de si actualmente están usando anticonceptivos (1,2). La triada clásica de dolor abdominal, sangrado transvaginal y masa anexial únicamente se presenta en 45% de las pacientes (1).

Los hallazgos ecográficos de una masa o una masa con un área hipoeoica que está separada del ovario deben generar sospechas de la presencia de un EE; sin embargo, su valor predictivo positivo es solo del 80% porque estos hallazgos pueden confundirse con estructuras pélvicas, como un quiste paratubal, cuerpo lúteo, hidrosalpinx, endometrioma o intestino (2). Un saco gestacional intrauterino con un saco vitelino debe ser visible entre 5 semanas y 6 semanas de gestación, independientemente de si hay una o múltiples gestaciones.

En ausencia de dicha información definitiva, el nivel sérico de hormona coriónicagonadotrópica (hCG) se puede usar como un sustituto de la edad gestacional para ayudar a interpretar un ultrasonograma no diagnóstico (1,2). Las mediciones de concentración de hCG en serie se utilizan para diferenciar entre embarazos anormales y normales. Cuando los hallazgos clínicos sugieren una gestación anormal, se recomienda una segunda medición del valor de hCG 2 días después de la medición inicial para evaluar un aumento o disminución. Una mujer con valores de hCG decrecientes y un posible embarazo ectópico debe ser monitoreada hasta que se alcancen los niveles de no embarazo porque la ruptura de un embarazo ectópico puede ocurrir mientras los niveles están disminuyendo o son muy bajos (2,5).

Aunque el cambio en el que se considera que la hCG se ha estancado no está definido con precisión, sería razonable considerar que los niveles se han estabilizado si han disminuido en menos del 10-15%. Las grandes reducciones en los niveles de hCG son más consistentes con el embarazo intrauterino fallido que el embarazo ectópico (2). Cuando las pruebas séricas y los ultrasonidos son dudosos y tenemos alta sospecha clínica, se puede utilizar la laparoscopia como herramienta diagnóstica (1).

El tratamiento puede ser conservador con el uso de metotrexate o quirúrgico (1). Sin embargo, existen contraindicaciones absolutas y relativas para el antagonista de ácido fólico. Entre las primeras se encuentra lactancia materna, disfunción renal, hepática, renal o hematológica, hipersensibilidad al medicamento o enfermedad ácido péptica; en cuanto a las contraindicaciones relativas encontramos saco gestacional >3.5cm o presencia de frecuencia cardiaca fetal (1,2).

En nuestro hospital no se conoce los factores de riesgo conocidos más frecuentes propios de su población y con los resultados obtenidos se podrán implementar estrategias efectivas y acciones específicamente encaminadas a los grupos de alto riesgo para prevenir un embarazo ectópico. Por lo que el objetivo de este estudio fue conocer los factores de riesgo conocidos más frecuentes de embarazo ectópico en pacientes embarazadas que acudieron al Hospital General Dr. Manuel Gea González en el periodo comprendido entre el 01 de enero 2016 y el 31 de diciembre de 2018.

### **Material y métodos.**

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con 174 pacientes embarazadas del servicio de Ginecología y Obstetricia que ingresaron con el diagnóstico de abdomen agudo, de las cuales se confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico, en el periodo del 01 de enero del año 2016 al 31 de diciembre del 2018, en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Dentro de las variables principales, utilizamos la presencia o ausencia de los factores de riesgo: uso de dispositivo intrauterino, cirugía pélvica previa, uso de reproducción asistida, embarazo ectópico previo, tabaquismo, alcoholismo u otros, como el antecedente de legrado uterino instrumentado o útero bicorne.

En cuanto a variables generales tomamos en cuenta si la paciente ingresó estable o inestable, si se trató de un embarazo ectópico roto o no roto, las semanas de gestación y la localización del embarazo ectópico.

### **Resultados.**

Se registraron 174 casos, con una edad media de 28 años (DE 2.4). No se logró determinar la edad gestacional media en estos embarazos ya que no todos los expedientes contaban con esta información. Con respecto a sus antecedentes, 72 casos (41.3%) se presentaron en primigestas y 102 casos (58.6%) en multigestas. En lo referente a los hallazgos trans-quirúrgicos, 167 casos (95.9%) fueron embarazos ectópicos rotos y 7 casos (4.02%) no rotos. En cuanto a complicación con choque hipovolémico, se encontraron 24 casos (13.7%). Del total de casos confirmados de embarazo ectópico, 171 casos (98.2%) se localizaron a nivel de salpínx, 2 casos (1.14%) se presentaron cornuales y 1 caso (0.57%) se trató de embarazo ectópico

abdominal. De acuerdo a los factores de riesgo conocidos asociados a embarazo ectópico (**Tabla 1.**), el antecedente de cirugía pélvica se presentó en 38 casos (21.8%), antecedente de un embarazo ectópico previo en 10 casos (5.7%), tabaquismo en 54 casos (31.03%), antecedente de legrado uterino instrumentado en 28 casos (16.09%), un caso de útero bicorne (0.57%) y no se encontraron factores de riesgo conocidos asociados en 72 casos (41.3%). Del total de casos confirmados de embarazo ectópico, 165 casos (94.82%) se trataron con laparotomía y 9 casos (5.1%) con laparoscopia, con una estancia intrahospitalaria media de 2.5 días (DE 1.4).

## **Discusión.**

El embarazo ectópico es una casusa significativa de morbilidad materna y la principal causa de muerte en el primer trimestre del embarazo. De acuerdo a la literatura, como el estudio de Carmen Fernández Arenas, se ha observado un incremento en el número de casos reportados de esta patología y esto se relaciona a diversos factores de riesgo asociados a los antecedentes en la historia clínica de las pacientes y los hábitos en su estilo de vida. De las 174 pacientes registrados en este estudio, se identificaron como factores de riesgo conocidos asociados a embarazo ectópico el antecedente de cirugía pélvica, que se presentó en 38 casos (21.8%), antecedente de un embarazo ectópico previo en 10 casos (5.7%), tabaquismo en 54 casos (31.03%), antecedente de legrado uterino instrumentado en 28 casos (16.09%), un caso de útero bicorne (0.57%) y no se encontraron factores de riesgo conocidos asociados en 72 casos (41.3%). Estos resultados concuerdan con lo reportado en la bibliografía, como en los estudios de Audrey J. Gaskins y Beatriz Escobar, concluyendo que, en la población del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Dr. Manuel Gea González, los factores de riesgo conocidos más frecuentes son el tabaquismo, la cirugía pélvica previa y el antecedente de embarazo ectópico anterior. Por lo que se recomienda realizar campañas de educación para la salud sobre esta patología y sus manifestaciones clínicas para la identificación temprana de la misma y puedan acudir de manera inmediata al servicio de urgencias de presentar esta sintomatología o datos de alarma. Identificar oportunamente los factores de riesgo conocidos asociados a EE en nuestras pacientes durante su control prenatal durante el primer trimestre para establecer un seguimiento temprano y más estrecho de las pacientes con factores de riesgo para embarazo ectópico. El seguimiento deberá incluir ecografía para determinar la localización del embarazo, conjuntamente con la determinación cuantitativa de hGC, con la finalidad de conseguir un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Como se menciona en el último boletín de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sobre embarazo ectópico y el artículo de Joshua H. Barash, un diagnóstico oportuno nos ofrece más opciones de tratamiento, ya que, con

ciertos criterios, la paciente es candidata a manejo conservador con tratamiento farmacológico a base de metotrexate. Incluso de ameritar manejo quirúrgico, si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, puede ofrecerse la vía laparoscópica que tiene menor tiempo de recuperación, menor complicaciones postoperatorias y menor tiempo de hospitalización.

## Referencias.

1. Guía de práctica clínica “Diagnóstico y tratamiento de embarazo tubario”. Evidencias y recomendaciones. Instituto Mexicano de Seguro social; 2009.
2. Tubal Ectopic Pregnancy. ACOG Practice Bulletin, Number 193, March 2018.
3. Audrey J. Gaskins, Sc.D., Stacey A. Missmer, Sc.D., Janet W. Rich-Edwards, Sc.D., Paige L. Williams, Ph.D., Irene Souter, M.D., and Jorge E. Chavarro, M.D., Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. Sc.D. Fertility and Sterility, 110(7), 1328–1337.
4. Ectopic pregnancy. Clinical guidelines. Register No: 1012. Intrapartum NICE Guidelines RCOG guideline. Outcome: 9, 11. Mid Essex Hospital Services NHS Trust.
5. Joshua H. Barash, MD; Edward M. Buchanan, MD; and Christina Hillson, MD Thomas Jefferson. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. University, Philadelphia, Pennsylvania. July 1, 2014. Volume 90, Number 1.
6. Richard Bronson, M.D. Fertility and Sterility. Ectopic pregnancy still a challenge. American Society for Reproductive Medicine. Diciembre 2018. Volumen 110, Issue 7, Pages 1265–1266.
7. Beatriz Escobar-Padilla, Carlos A. Perez-López, Horacio Martínez-Puon. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(3):278-85.
8. G. Geovin Ranji<sup>1</sup>, G. Usha Rani<sup>1</sup>, Sri Varshini<sup>1</sup>. Ectopic Pregnancy: Risk Factors, Clinical Presentation and Management. TheJournal of Obstetrics and Gynecology of India. DOI 10.1007/s13224-017-1075-3.
9. Betsy Zapata, Juan Ramírez, José Pimentel, Santiago Cabrera, Gerardo Campos. La cirugía pélvica y el ectópico previo en la epidemiología del embarazo ectópico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Enero 2015, (61) 27-32.
10. J.Bouyer, J.Coste, H.Fernandez, J.L.Pouly and N.Job-Spira. Sites of ectopicpregnancy: a 10 yearpopulation-basedstudy of 1800 cases. Human Reproduction Vol.17, No.12 pp. 3224–3230, 2002.
11. Mignini L. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico; Comentario de la BSR (última revisión: 26 de septiembre

de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

12. Guía de práctica clínica “Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico en mujeres de edad reproductiva en segundo y tercer nivel de atención” Instituto Mexicano de Seguro social; 03 de octubre 2013.
13. P.R. López-Luque, G.J. Bergal-Mateo y M.C. López-Olivares. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. *Semergen*. 2014; 40(4):211-217.
14. Carmen Fernández Arenas. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011. pp 84-99.
15. Carlos A. Vizueta-Chávez; Byron O. López-Silva; Jorge E. Balon-Benavides; Rosario H. Zambrano-Bonilla. *Dom. Cien.*, Embarazo ectópico en el abdomen agudo obstétrico. ISSN: 2477-8818 Vol. 3, núm. 4, octubre, 2017, pp. 173-189.
16. MSc. Margarita Altunaga Palacio, Dra. Yordanka Rodríguez Morales, MSc. Dr. Miguel Lugones Botello. Manejo del embarazo ectópico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37(4):513-523.
17. Yordanka Rodríguez Morales; Margarita Altunaga. Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico. *Palacio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010:36(1) 36-43.

### Figuras y tablas.

**Tabla 1.** Factores de riesgo conocidos más frecuentes para embarazo ectópico en el Hospital Dr. Manuel Gea González

