

## Factores sociales determinantes en el embarazo ectópico: una mirada desde las ciencias

*Determinant social factors in ectopic pregnancy: a view from the sciences*

*Dra. MSc. Grisell Argilagos-Casasayas, [grisellargilago@infomed.sld.cu](mailto:grisellargilago@infomed.sld.cu),  
<https://orcid.org/0000-0002-8008-9169>; Dra. Odette de la Caridad Somoza-Argilagos;  
Dr. C. Reinaldo López-Barroso; Dr. C. Níger Guzmán-Pérez*

*Hospital Maternidad Norte Tamara Bunke Bidel, Santiago de Cuba;  
Hospital Infantil Norte Juan de la Cruz Maceira, Santiago de Cuba;  
Hospital General Juan Bruno Zayas, Santiago de Cuba;  
Hospital Militar Joaquín Castillo Duany, Santiago de Cuba, Cuba*

### Resumen

El estudio del embarazo ectópico en la carrera de Medicina es de vital importancia. Pues el embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo. Desde el triunfo de la Revolución cubana el estudio de este suceso ha sido fundamental para la realización de un diagnóstico temprano para tratar de minimizar las muertes maternas que trae consigo. Con la integración de diferentes ciencias se ha obtenido buenos resultados en la atención y supervivencia de las féminas que presentan un embarazo ectópico, por ello este artículo tiene como objetivo valorar los aportes de las ciencias al diagnóstico temprano del embarazo ectópico en mujeres que acudan a consulta de ginecología

**Palabras clave:** embarazo ectópico; ginecología; diagnóstico temprano; muertes maternas.

### Abstract

The study of ectopic pregnancy in the Medicine career is of vital importance. For ectopic pregnancy is the leading cause of maternal mortality during the first trimester of pregnancy. Since the triumph of the Cuban Revolution, the study of this event has been essential for an early diagnosis to try to minimize the maternal deaths that it brings. With the integration of different sciences, good results have been obtained in the care and survival of women who have an ectopic pregnancy, therefore, this article aims to assess the contributions of the sciences to the early diagnosis of ectopic pregnancy in women who come to the consultation gynecology.

**Key words:** ectopic pregnancy; gynecology; early diagnosis; maternal deaths.

## Introducción

El embarazo ectópico es la primera causa de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo, y es evidente el incremento de este fenómeno en los últimos años a nivel mundial. En Cuba se reporta que en el período comprendido entre los años 1985 y 1991, del total de muertes maternas, el 33 % fue por hemorragia, y el primer lugar lo ocupó el embarazo ectópico complicado, representando el 37 % de este grupo. En el período del 1992 al 2001 el embarazo ectópico fue el responsable del 11 % de las muertes maternas en el país, y en los años del 2005 al 2007, el embarazo ectópico representó el 13,7 % de las muertes maternas (Cabezas, 2015). En el 2011 se reportó una tasa de mortalidad por esta causa de 3 x 100 000 nacidos vivos (Minsap, 2017).

La Dirección Nacional de Estadísticas del Minsap (2017) comenzó, a partir del año 2012, a coleccionar el número de pacientes operadas por embarazo ectópico en las diferentes unidades hospitalarias de todo el país. Durante el año 2012 por esta causa fueron operadas 3 799; mientras que en el 2013, recibieron este tratamiento 4 706. En Santiago de Cuba desde el año 2012-2015 se reportaron alrededor de 56 809 captaciones de embarazos y de ellos alrededor de 1 969 fueron embarazos ectópicos diagnosticados y tratados en este periodo de tiempo (Minsap, 2017).

El riesgo de muerte a partir de un embarazo extrauterino es 10 veces mayor que el del parto vaginal y 50 veces mayor que el del aborto inducido, la posibilidad de un embarazo ulterior exitoso es significativamente menor en estas mujeres especialmente si son primíparas y mayores de 30 años, el diagnóstico temprano aumenta tanto la supervivencia materna como la conservación de la capacidad reproductiva (Cabezas, 2015).

En los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tardío, lo que conduce en todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor clave responsable de tales índices elevados de mortalidad en mujeres que sufren de embarazo ectópico. En consecuencia, el embarazo ectópico sigue siendo una patología que pone en riesgo la vida, a veces es mortal y su tratamiento suele requerir una intervención de emergencia que con frecuencia incluye la salpingectomía (Protocolos SEGO, 2007; Caraguay, 2010). El Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible, establecido en mayo del 2016 por los países miembros de la CEPAL, es el mecanismo regional para el seguimiento y examen de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, incluido los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas, así como sus medios de implementación, y la Agenda de Acción de Addis Abeba (CEPAL, 2011).

Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento

de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muertes más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna. A raíz de esta situación, cuando está por concluir la era de los ODM, la tasa de mortalidad anual sigue siendo inaceptablemente alta: 289 000 defunciones maternas, 2,6 millones de mortinatos, 5,9 millones de defunciones de niños menores de cinco años –incluidas 2,7 millones de defunciones de recién nacidos– y 1,3 millones de defunciones de adolescentes. Muchas de estas defunciones se habrían podido evitar. Muchas más personas sufren enfermedades y discapacidades y no logran desarrollar todo su potencial, lo cual supone pérdidas y costos enormes para los países, tanto actualmente como para las generaciones futuras (CEPAL, 2011).

**Objetivo:** Valorar los aportes de las ciencias al diagnóstico temprano del embarazo ectópico en mujeres que acudan a consulta de ginecología.

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio cuanti-cualitativo, con métodos empíricos y teóricos, con una construcción sistémica y científica del conocimiento, estableciendo la relaciones e interdependencia de los fundamentos teóricos del embarazo ectópico, revelando sus características fundamentales, con un enfoque dialectico, crítico y complejo.

## **Resultados**

### *Aportes desde las diferentes ciencias del conocimiento*

La **Bioética** debe estar presente en todas las especialidades médicas, es una disciplina relativamente nueva. Se han formulado una serie de definiciones respecto a la disciplina de la Bioética, siendo una de ellas la adoptada por la Unidad Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Santiago de Chile: “ el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinario entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra (García, 2011).

Los conflictos éticos relacionados con el embarazo ectópico, que emanan, por ejemplo del incumplimiento de normas o limitaciones de la atención primaria y que ponen en peligro la vida de las mujeres que acuden a consulta con factores de riesgo y síntomas clínicos de sospecha de esta entidad, incumplen con el principio de “la no maleficencia” y el de la “beneficencia”. En Cuba la relación médico –paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando éstos entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el

principio de justicia el que entra en juego para mediar entre ellos. El cumplimiento de los principios éticos para la medicina, es una responsabilidad del personal médico, así como del resto de los implicados en todo el proceso de evaluación, ejecución y control de la asistencia médica, que deben estar por encima de todos los posibles intereses (García, 2011).

La **Bioestadística**, es la disciplina que se encarga del desarrollo y de la aplicación de métodos estadísticos para resolver problemas relacionados con las ciencias de la vida, como aquellos que surgen en medicina, salud pública o biología. Los primeros intentos de hacer coincidir las matemáticas de la teoría estadística con los conceptos emergentes de la infección bacteriana tuvieron lugar a comienzos del siglo XX. El cambio más radical en la dirección de la epidemiología se debe a Austin Bradford Hill (1897-1991) con el ensayo clínico aleatorizado y, en colaboración con Richard Doll (n. 1912), el épico trabajo que correlacionó el tabaco y el cáncer del pulmón (Bernaux, Naking, Toushew y Akira, 2004).

El pensamiento estadístico no sólo resuelve y entiende la compleja metodología para dar respuesta a hipótesis, sino que es capaz de organizar el “sistema” que involucra la investigación desde el diseño general, diseño de muestreo, control de calidad de la información, análisis y presentación de los resultados en investigaciones sobre embarazo ectópico (Bernaux, Naking, Toushew y Akira, 2004). En el campo de la medicina, el análisis bioestadístico de estudios observacionales puede ayudar a identificar factores de riesgo relacionados con el desarrollo de las diferentes enfermedades, determinar validez y fiabilidad de las pruebas utilizadas para el diagnóstico del embarazo ectópico. El Modelo Estadístico es un tipo de razonamiento inductivo muy utilizado en las ciencias, y se aplica a fenómenos cuya frecuencia se obtiene mediante el cálculo de probabilidades (p), permitiendo hacer una estimación predictiva en base a experiencias obtenidas en el estudio de los EE a nivel mundial en general y en Cuba en particular (Marana, 2005). En los últimos años se ha producido un gran auge de la investigación Bioestadística, mediante el desarrollo de nuevos métodos de análisis matemáticos, los que ha contribuido la obtención de resultados cuantitativos lo que permite conocer la cantidad y frecuencia en la aparición de la enfermedad.

El **Laboratorio Clínico** surge hace más de 200 años en Inglaterra, Francia y países sajones con la creación de laboratorios en los hospitales cuya función principal era la ayuda al diagnóstico de los enfermos. El desarrollo del análisis químico y de la química orgánica producido en el siglo XIX propició la introducción de más metodologías para analizar la composición de los fluidos biológicos con fines diagnósticos.

En Cuba se crea la especialidad de laboratorio clínico en el año 1962 y se comienza la introducción de nuevos equipos y tecnologías, siendo ésta especialidad un pilar importante para el progreso y

correcto diagnóstico de otras especialidades médicas. Una vez establecido el diagnóstico clínico de sospecha, se debe realizar un test de embarazo, junto a la analítica general y la determinación del grupo sanguíneo, que nos puede mostrar un descenso del hematocrito. Los tests actuales, con anticuerpos monoclonales para la detección de HCG en orina, son bastante sensibles. Cuando el test de embarazo en orina resulta negativo, lo indicado es la determinación seriada de  $\beta$ -HCG en plasma. Se puede afirmar, que existe una alta probabilidad de embarazo ectópico, si los niveles de  $\beta$ -HCG aumentan por debajo del 65 %, en el espacio de 48 horas (Kulcera, 2007).

En los últimos años se han desarrollado pruebas para la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) en el plasma sanguíneo y en la orina para detectar un embarazo antes de desaparecer el primer ciclo menstrual. Si bien algunos paquetes comerciales de análisis de orina pueden detectar la  $\beta$ -hCG a comienzos de la gestación, éstos están asociados con diferentes tasas de falsos negativos. Además, la necesidad de un valor cuantitativo hace que la prueba del  $\beta$ -hCG en el suero sanguíneo sea el criterio estándar para las pruebas bioquímicas (Kulcera, 2007; Akahn y Baysal, 2005). Se mide la gonadotropina coriónica humana en la sangre, junto con la sonografía. Si está a niveles mayores de 1500 mUI/mL (entre la tercera y cuarta semana) o 5000 mUI/mL (entre la quinta y sexta semana) y si no se visualiza el feto en el saco, o si este último no está presente, se confirma entonces el diagnóstico (Akahn y Baysal, 2005).

Los niveles de progesterona en sangre representan otra herramienta utilizada en predecir las posibilidades evolutivas de la gestación y no para la diferenciación entre gestaciones anormales y embarazos intrauterinos saludables. Los niveles sanguíneos de progesterona no dependen de la edad gestacional, pero siguen siendo relativamente constantes durante el primer trimestre del embarazo normal y anormal, no retornan a los valores de referencia si comenzaron fuera del rango y no se correlacionan con niveles de  $\beta$ -hCG. Sin embargo, no hay consenso sobre un valor específico que distingue entre un embarazo normal de uno anormal (Ocho, Jaramillo, Gómez y Chávez, 2014).

Varios autores han propuesto diferentes puntos de corte en relación con la sensibilidad y especificidad de este examen de sangre. Un valor de progesterona superior a 25 ng/ml demostró una exclusión de embarazo ectópico con 97,4 por ciento de certeza en un estudio. Además, los niveles iguales o inferiores a 5 ng/ml indican un embarazo inviable, bien sea intrauterino o ectópico, y excluyen el embarazo normal con una sensibilidad del 100 por ciento (Ocho, Jaramillo, Gómez y Chávez, 2014).

Actualmente se están estudiando otros marcadores en la sangre y en la orina, a fin de ayudar a distinguir los embarazos normales y anormales. Por ejemplo, el estradiol sérico, la inhibina, la proteína A asociada al embarazo, el glucurónido de pregnanediol, las proteínas de la placenta, la

creatina quinasa y un perfil cuádruple que consiste en progesterona sérica,  $\beta$ -hCG, estriol y alfa-fetoproteína (Ocho, Jaramillo, Gómez y Chávez, 2014). En la actualidad, el uso de cada uno de estos marcadores sólo se indica como una herramienta de investigación hasta que aparezcan evidencias clínicas considerables que demuestren su aplicación clínica.

La **Imagenología** se ha convertido en una ciencia imprescindible para el diagnóstico del EE. Los Ultrasonidos (US) no son más que ondas sonoras imperceptibles al oído humano. Lo que hace que un sonido sea audible o no para el humano es la frecuencia. La historia del US podríamos remontarla a 1794 cuando el italiano Spallanzini intuye y teoriza sobre la existencia de Ultrasonidos, reflexionando sobre la forma de volar de los murciélagos; sin embargo, es hasta 1942 en que el neurólogo Vienes Dussik lo aplica para estudiar el cerebro humano. La limitación de su uso se vio detenido por el poco avance de la tecnología en este campo y es hasta 1968 que la electrónica cambió de forma notable el rumbo de los sonidos y su aplicación en medicina, marcando 1974 un hito en este avance con la introducción de la escala de grises en los aparatos y su consagración como método diagnóstico de la medicina actual. No está demás hacer notar que como los otros métodos diagnósticos, el US no supe una clínica deficiente; sin embargo, está fuera de toda duda que su uso racional e inteligente aporta a la medicina moderna una de las armas más importantes en lo que va de la presente década (Boca y De la Torre, 1996).

El ultrasonido es probablemente la herramienta más importante en el diagnóstico de un embarazo extrauterino, especialmente si se combina con otros métodos. Con mayor frecuencia, se utiliza para confirmar un embarazo intrauterino. La visualización de un saco intrauterino, con o sin actividad cardíaca fetal, a menudo es suficiente para excluir un embarazo ectópico. La excepción es en el caso de un embarazo heterotópico, la combinación de embarazos intra y extrauterino que, aunque es una situación excepcional, se ven cada vez más frecuentes, entre 1 de 4000 a 1 de cada 30 000 embarazos espontáneos. El estudio de los anexos uterinos por un ultrasonido es obligatorio en pacientes sometidas a estimulación ovárica y la reproducción asistida a pesar de la visualización de un embarazo intrauterino, porque son pacientes que tienen 10 veces mayor riesgo de embarazo heterotópico.

El ultrasonido transvaginal tiene mayor resolución que el abdominal y puede ser usado para visualizar un embarazo intrauterino 24 días después de la ovulación o 38 días después del último período menstrual, que suele ser alrededor de 1 semana antes de los que es posible visualizar un ultrasonido transabdominal. El saco gestacional —un término ecográfico y no anatómico— es la primera estructura que se reconoce en un ultrasonido transvaginal. Se ve en el ultrasonido como una zona ecogénica gruesa entorno a un centro hipogénico correspondiente a la reacción

decidualtrofoblástica que rodea el saco coriónico. Las estructuras que representan a un embrión en desarrollo aún no se pueden reconocer sino hasta una mayor edad gestacional (Moya *et al*, 2013).

El ultrasonido transvaginal puede visualizar el saco gestacional intrauterino a las 4.5 - 5 semanas de gestación, la vesícula vitelina puede ser visible a las 5 - 6 semanas cuando el diámetro es mayor de 8 mm, el polo embrionario a las 6 semanas y la actividad cardíaca alrededor de las 7 semanas por lo que constituye un instrumento imprescindible para el diagnóstico temprano del embarazo ectópico (Moya *et al*, 2013).

La **farmacología** es la ciencia que estudia la historia, el origen, las propiedades físicas y químicas, la presentación y efectos bioquímicos, los mecanismos de acción, la absorción. La distribución, la biotransformación y excreción. Así como el uso terapéutico de las sustancias químicas que interactúan con los organismos vivos. La farmacología estudia como interactúa el fármaco con el organismo (Velázquez, 2009).

Hace más de 40 años, en 1982 se empieza a utilizar el metrotexato, el cual es un antagonista del ácido fólico eficaz contra el trofoblasto en proliferación y por lo que es utilizado también para interrumpir embarazos durante el primer trimestre, como tratamiento de embarazos ectópicos. Esta alternativa a la cirugía, se utiliza en 25 % de las pacientes con embarazo ectópico no roto y es cada vez más usado cuando se ha realizado un diagnóstico precoz. Habitualmente se administra a dosis de 50 mg/m<sup>2</sup> a dosis única por vía intramuscular o directamente en el embarazo ectópico, aunque puede también ser usado por vía oral (pero reduce su efectividad en comparación a la vía intramuscular). También se ha empleado en el tratamiento farmacológico la actinomicina D, la inyección de metrotexate, cloruro de potasio o de glucosa hipertónica dentro del saco gestacional tubario, bien por laparoscopia o por ultrasonido transvaginal.

La **cirugía** como ciencia resultó ser por mucho tiempo el único modo de tratar el embarazo ectópico se ha pasado de la salpingectomía laparotómica de los años 70 y precedentes, a la laparoscopia en los años 80 y a la introducción del tratamiento farmacológico en la actualidad debido a la disponibilidad de las técnicas diagnósticas que han hecho posible un diagnóstico cada vez más precoz. El método quirúrgico de elección es la laparoscopia, a menos que la mujer se encuentre hemodinámicamente inestable. Los procedimientos laparoscópicos se asocian a tiempos operativos menores, menor pérdida de sangre, una estancia hospitalaria menor y menores requerimientos de analgesia. La intervención quirúrgica elegida depende de la situación general de la paciente, sus deseos de futura maternidad y la situación del embarazo tubárico. En caso de shock, se elegirá el procedimiento que resulte más fácil y rápido.

Salpingostomía: esta técnica se utiliza para extraer embarazos ectópicos de < 2cm de longitud. Se realiza la incisión en la trompa y las hemorragias pequeñas se detienen por electrocauterización. La incisión no se sutura y se deja que cicatrice por segunda intención. Se utiliza para intentar mantener la fertilidad en la trompa afectada, por lo que en caso de existir enfermedad tubárica contralateral, esta técnica debe ser considerada. Salpingotomía: es prácticamente el mismo procedimiento que el anterior, con la diferencia de que la incisión se sutura con material absorbible. Salpingectomía: consiste en la extirpación total de la trompa afectada. Se prefiere esta técnica cuando la trompa contralateral se encuentra saludable o cuando se presenta hemorragia por rotura no controlada.

## Discusión

Se entiende como embarazo ectópico la implantación del huevo en un sitio distinto de la cavidad uterina, su fisiopatología no se halla bien precisada, y como su esencia es el resultado del transporte y/o nidación anormal del huevo, se decide que puede ser explicada relacionando su etiología con los mecanismos fisiopatológicos. El embarazo ectópico constituye una verdadera emergencia médica, ya que puede evolucionar hacia la rotura tubárica, pues la trompa es la localización más frecuente, provocando una hemorragia interna de tal magnitud que puede llevar a la mujer a la muerte; de no morir, el daño para la trompa puede ser irreversible y limitar la vida reproductiva de esa mujer.

### *Impacto del diagnóstico temprano del embarazo ectópico en la práctica médica*

El embarazo ectópico es un diagnóstico de alto riesgo, el médico necesita tener un alto índice de sospecha, y comprender que la historia clínica, el examen físico y una toma única cuantitativa de GCh- $\beta$  no descartan un embarazo ectópico. La mayoría de las pacientes embarazadas que se presentan en la sala de urgencia durante el primer trimestre del embarazo, con dolor abdominal o pélvico, independientemente de la presencia de sangrado vaginal deben ser evaluadas por ultrasonografía. Los hallazgos del US en conjunto con los niveles de GCh- $\beta$  guían en el manejo de la paciente.

El embarazo ectópico debe de ser uno de los primeros pensamientos a tener en cuenta del médico de urgencias, cuando evalúa a una mujer en edad reproductiva, que se presenta en la sala de Urgencias con dolor abdominal o sangrado vaginal. Esta preocupación está bien justificada debido a que la frecuencia de embarazos ectópicos ha ido en aumento. Por lo que en éstos tiempos se le ha prestado especial atención a la identificación de elementos predictores que nos permitan realizar un diagnóstico temprano en las mujeres que acuden a consulta de ginecología, ya que de esta forma



disminuirían las complicaciones y se podrían emplear medios conservadores que faciliten la fertilidad futura de la mujer (Velázquez, 2009; Moya *et al*, 2013).

La prevención del embarazo ectópico es una meta difícil de alcanzar y solo debemos conformarnos con el diagnóstico precoz en las mujeres que presentan mayor o menor riesgo para desarrollarlo. La OMS ha reconocido la importancia de hacer el diagnóstico oportuno de los problemas de salud, más aún al tratarse de mujeres gestantes, para así poder orientar acciones no solo como una forma de prevenir problemas individuales y sociales, sino como posibilidad de hacer de la salud un bien común, que se convierta en un medio para lograr bienestar y un aporte al desarrollo social y económico del país. Desde este punto de vista, este proyecto de investigación puede presentar un impacto positivo dentro del componente de salud pública, ya que la generación de nuevos conocimientos en esta área, se espera que sea útil para la toma de decisiones, la formulación de políticas públicas y la orientación de programas de prevención sobre el problema estudiado.

Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico difieren en las mujeres especialmente si se acompaña de rotura de la trompa. Debido a los nuevos avances de la tecnología diagnóstica, estos embarazos pueden ser identificados antes que se produzca la rotura. A menudo los síntomas y signos de un embarazo ectópico son sutiles e incluso inexistentes. Hasta el momento, el embarazo ectópico carece de un instrumento que garantice un diagnóstico temprano seguro y efectivo. Un reto de la obstetricia moderna y del resto de ciencias involucradas en éste intrincado problema es la identificación temprana de los factores de riesgo y los elementos clínicos tempranos para la toma de medidas oportunas. En mano de la relación estrecha que, indiscutiblemente existe entre ellas, estará la mejoría en los indicadores de salud relacionados con dicha entidad

## **Conclusiones**

*Los problemas del diagnóstico temprano del embarazo ectópico alcanzan mejoras cuando se abordan desde la perspectiva de la integridad de todas las ciencias involucradas, mediante el adecuado control de factores sociales y diagnóstico médico. Continúa siendo objeto de investigación la búsqueda de modelos predictivos, metodologías y estrategias que se ajusten a los escenarios médicos para lograr un diagnóstico certero.*

## Referencias bibliográficas

1. Akahn, S. E. y Baysal, B. (2005). Laparotomy or Laparoscopy surgery? Factors affecting the surgeons' choice for the treatment of ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 266, 79-82.
2. Bernaux, A., Naking, S., Toushew, P. B, and Akira, S. (2004). Fertility outcome after ectopic pregnancy and use and intrauterine device at the time of the index ectopic pregnancy. *Hum Reprod*, 15, 1173-1177.
3. Boca L., J., y De la Torre, M. (1996). Embarazo Ectópico en el Hospital Provincial de Esmeraldas desde agosto de 1990-1994. *Educ. Med. Contin.*, (52), 24-30.
4. Cabezas C., E. (2015). El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto. *Rev. Cubana Obstet ginecol.*, 141(2).
5. Caraguay G., J. (2010). *El embarazo ectópico en el Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Provincial General docente de Riobamba*. Recuperado de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3437/1/94T00100.pdf>
6. CEPAL. (2011). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141\\_es.pdfhttps://www.paho.org/hq/index.php?lang=es](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdfhttps://www.paho.org/hq/index.php?lang=es)
7. García G., M. (2011). La bioética en la medicina actual. Una necesidad en la formación del profesional. *Rev. Med. Elect.* ISSN1684-1824.
8. Kulcera, E. (2007). Bel-2 expression as a novel immunohistochemical marker for ruptured tubal ectopic pregnancy. *Human Reprod*, 16, 1286-1290.
9. Marana, R. (2005). Prognostic role of laparoscopic salpingoscopy of the only remaining tube after contralateral ectopic pregnancy. *Fertil Steril*, 63, 303-306.
10. Minsap. (2017). *Médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de salud 2017. La Habana: Ministerio de Salud Pública*. Recuperado de <http://files.sld.cu/dne/files/2017/04/anuario-estadistico-de-salud-2017.pdf>
11. Moya T., C., et al. (2013). Comportamiento del embarazo ectópico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*, 39(3). Recuperado de <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/197/121>
12. Ochoa, C. F., Jaramillo, R. P., Gómez J., A. C., y Chávez, D. A. (2014). Embarazo Ectópico, revisión epidemiológica. *Rev. Méd. Policlín*, 4(1), 37-39.
13. *Protocolos SEGO*. (2007). Prog Obstet Ginecol., 50(6), 377-385. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-1>
14. Velázquez, M. (2009). *Farmacología básica y clínica Edición médica panamericana*. Recuperado de <http://www.medicapanamericana.com>