



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACION

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**“EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTE MULTÍPARA EN
HOSPITAL II-1 ILO, 2018”**

PRESENTADO POR

BUSTINZA PAULET, MARCO ANTONIO

ASESOR

DRA. KARINA NAVARRO GUTIERREZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA - PERÚ

2019

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA

PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	ix
ABSTRACT.....	xi

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACION	2
1.3 MARCO TEÒRICO.....	4
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	4
1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	9
1.3.2 MARCO TEORICO: EMBARAZO ECTÓPICO	15
1.3.2.1 DEFINICION Y RESEÑA HISTORICA:.....	15
1.3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA	16
1.3.2.3 FISIOPATOLOGÍA	18
A. CAMBIOS EN LA TROMPA:.....	18

B. CAMBIOS EN EL ÚTERO:	19
1.3.2.4. ETIOLOGIA	20
a. Salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)	20
b. Iatrogénica	20
- Fallo de la anticoncepción	20
- Cirugía tubárica.....	21
- Adherencias intra pélvicas	21
- Terapia de Reproducción Asistida	22
- Otros factores.....	22
c. Factores que facilitan la anidación en la trompa	22
d. Causas embrionarias	22
1.3.2.5 FACTORES DE RIESGO	23
1.3.2.6 LOCALIZACIÓN	23
1.3.2.7 EVOLUCIÓN	24
1. Embarazo ectópico tubárico	24
2. Embarazo ectópico ovárico	25
3. Embarazo ectópico abdominal	25
1.3.2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	25
a. Torsión de quiste de ovario y apendicitis aguda	25
b. Aborto	25
c. Rotura de cuerpo amarillo o quiste folicular	25

d. Salpingitis aguda	26
1.3.2.9 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	26
a. EMBARAZO ECTÓPICO AGUDO:.....	26
b. EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO:.....	27
c. EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO O ANTIGUO (EEC).....	28
1.3.2.10 DIAGNOSTICO.....	29
1. Clínico	29
2. Exámenes Complementarios	30
2.1 Laboratorio	30
2.2 Ecografía	31
a. Hallazgos intrauterinos	32
b. Anexos	33
c. Fondo del saco de Douglas.	33
1.3.2.11 TRATAMIENTO.....	33
1. Médico.....	33
Metotrexato de dosis única o mono dosis.....	34
Metotrexato en “dos dosis”	35
Metotrexato multidosis.....	35
2. Quirúrgico	36
3. Expectante	37
1.3.2.12 COMPLICACIONES	38

1.3.2.13 PRONOSTICO.....	38
---------------------------------	-----------

1.3.2.14 PREVENCIÓN.....	38
---------------------------------	-----------

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS.....	40
---------------------------	-----------

2.1.1 Introducción	40
---------------------------------	-----------

2.1.2 Objetivos	41
------------------------------	-----------

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO EMBARAZO ECTÓPICO

EN PACIENTE MULTIPARA HOSPITAL NIVEL II-1 ILO. 2018.....	42
---	-----------

RESUMEN.....	42
---------------------	-----------

ANAMNESIS:	42
-------------------------	-----------

1.1 Filiación.....	42
---------------------------	-----------

1.2 Antecedentes	42
-------------------------------	-----------

a. Antecedentes Personales.....	42
--	-----------

b. Antecedentes Gineco-obstétricos.....	43
--	-----------

c. Antecedentes familiares	43
---	-----------

1.3. Enfermedad Actual	43
-------------------------------------	-----------

a. Tiempo de enfermedad	43
--------------------------------------	-----------

b. Síntomas principales	43
--------------------------------------	-----------

c. Historia de la enfermedad	44
---	-----------

INFORME OPERATORIO	53
---------------------------------	-----------

EPICRISIS GINECOLOGICA	62
2.3. DISCUSIÓN Y/O DE ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS DURANTE LA ATENCIÓN	63
2.4 CONCLUSIONES.....	64
2.5 RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFIA.....	66

RESUMEN

El Embarazo Ectópico es la implantación del huevo que se realiza fuera de la cavidad uterina, ubicándose en una de las trompas, ovario o cavidad abdominal. Es sumamente peligroso por el diagnóstico tardío de la enfermedad y elevada tasa de morbilidad materna por la hemorragia, debido a la rotura de la trompa.

Presentamos el caso clínico de paciente primigesta nulípara, referida de un Centro de Salud al servicio de emergencia del hospital, con factores de riesgo: antecedentes de aborto, promiscuidad e ITS. Es evaluada por médico general pasa a observación y luego de 24 horas, se solicita evaluación a ginecología, quien realiza el diagnóstico de Embarazo Ectópico; pasa a sala de operaciones con una unidad de sangre. Paciente tiene una evolución favorable y es dada de alta cuatro días después.

El análisis de este trabajo académico, tiene por objetivo reconocer factores de riesgo, determinar el diagnóstico precoz e identificar el manejo y tratamiento adecuado ya que una intervención temprana y oportuna del Embarazo Ectópico, logrará mejores resultados maternos, disminuyendo la morbilidad.

El trabajo es una revisión de caso de carácter descriptivo y retrospectivo, tomando como fuente la Historia clínica de paciente con diagnóstico de Embarazo Ectópico en Hospital II-1 Ilo. Se concluye que, el diagnóstico inicial y la detección de las complicaciones fueron erróneas, luego de la evaluación del especialista se realizó el tratamiento y los procedimientos de acuerdo a los protocolos.

Palabras claves: Embarazo ectópico, Embarazo extrauterino, Hemorragia, Muerte Materna.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is the implantation of the egg that is made outside the uterine cavity, located in one of the tubes, ovary or abdominal cavity. It is extremely dangerous due to the late diagnosis of the disease and high rate of maternal morbidity and mortality due to hemorrhage, due to the rupture of the tube.

We present the clinical case of a nulliparous primiparous patient, referred from a Health Center to the emergency service of the hospital, with risk factors: antecedents of abortion, promiscuity and STIs. A general practitioner evaluates it and after observation, after 24 hours, a gynecology evaluation is requested, which performs the diagnosis of Ectopic Pregnancy; He immediately goes to the operating room with a unit of blood. Patient has a favorable evolution and is discharged four days later.

The analysis of this academic work, aims to recognize risk factors, determine early diagnosis and identify the appropriate management and treatment since an early and timely intervention of Ectopic Pregnancy, will achieve better maternal results, decreasing morbidity and mortality. The work is a review of a descriptive and retrospective case, taking as a source the clinical history of a patient diagnosed with Ectopic Pregnancy in Hospital II-1 Ilo.

It is concluded that, the initial diagnosis and the detection of the complications were erroneous, after the evaluation of the specialist the treatment and the procedures were carried out according to the protocols.

Key words: Ectopic pregnancy, extrauterine pregnancy, hemorrhage, maternal death.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud advierte que en forma diaria alrededor del mundo aproximadamente 830 mujeres mueren por razones que se pueden prevenir, y estas defunciones están directamente relacionadas a la etapa del embarazo, parto y postparto; y el 99% de estas muertes suceden en países en vías de desarrollo como es el caso nuestro, produciéndose un mayor porcentaje en las zonas rurales y marginales. Esto demuestra las diferencias estructurales que existen entre las zonas urbanas y rurales o alejadas; por lo que la atención especializada en estas pacientes es crucial, ya que pueden salvarle la vida de las gestantes. (1)

Para el año 2012, se encontraron como causas de muertes maternas que proceden de causa directas, reportadas por el Ministerio de Salud: Hemorragias (40.2%), Trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio (32%), Aborto y complicaciones del mismo (17.5%) e Infecciones

médicas relacionada al embarazo (4.1%). Al 2015 las causa que se hallaron fueron: Hemorragias: embarazo ectópico (33%), Trastornos hipertensivos que acompañan al embarazo, (31%), Infecciones que están relacionadas al embarazo (13%), Aborto (9%), Trauma obstétrico (3%), otras causas directas (11%). (2)

La tasa de mortalidad materna se viene reduciendo en un 44% entre los años 1990 y 2015, la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030.

1.2 JUSTIFICACION

Es una situación alarmante en la mayoría de mujeres cuando estas salen embarazadas, como para sus parejas y familiares/acompañantes, que pueda presentarse alguna complicación durante la gestación, como es el caso del embarazo ectópico, en especial si no se reconoce oportunamente la sintomatología, así como realizar un diagnóstico oportuno y el adecuado tratamiento, por lo que convierte a esta patología en una amenaza inmediata para la vida de la mujer, que si no se soluciona a tiempo acabará con la vida de muchas mujeres.

La motivación para revisar este caso clínico, es por la elevada incidencia que se está presentando en nuestra provincia de Ilo, y que en la mayoría de oportunidades, la paciente desconoce la sintomatología y por lo tanto el diagnóstico viene siendo erróneo y tardío y a la vez por las complicaciones que puede dejar, como es una hemorragia aguda e insidiosa que se produce durante las primeras semanas del embarazo, siendo entonces una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad materna en el primer trimestre en

nuestro país, a pesar que con el transcurso del tiempo se ha tratado de disminuirla a través de estrategias como captación precoz de las gestantes, la identificación y el reconocimiento de signos de alarma, la atención por personal calificado para la vigilancia obstétrica, el aseguramiento al SIS de madres gestantes, entre otros.

Su incidencia ha aumentado en los últimos años, pero se ha visto una disminución en su morbimortalidad, por lo cual es importante conocer sus factores de riesgo y la clínica de esta patología para realizar un diagnóstico precoz y evitar posibles complicaciones maternas, inclusive la muerte.

Es conocido por todos que la Muerte Materna, es un indicador de relevancia para el país, que nos demuestra la ausencia y/o una respuesta inadecuada de los servicios de salud ante la elevada incidencia de enfermedades en el embarazo, siendo una de ellas el embarazo ectópico, y por ser una patología que amenaza la vida de las mujeres gestantes, entonces debe ser el compromiso del Ministerio de Salud lograr reducir estas estadísticas, como una señal de desarrollo del país y el compromiso de nosotros los profesionales de salud que atendemos a las gestantes, en actuar frente a esta situación, mostrando siempre una actitud humanista y positiva.

Es por eso la razón de la revisión del presente caso clínico, el que tratara de dar a conocer la incidencia, los factores de riesgo, las características clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico, así como el diagnóstico precoz, la referencia oportuna y tratamiento adecuado de estos casos, desde el primer nivel de atención hasta el establecimiento de mayor complejidad.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

El embarazo ectópico es un problema sanitario que quebranta y vulnera la salud de la mujer gestante, por lo que varios investigadores de distintas especialidades han tratado de buscar y expresar la ocurrencia y las causas que pueden originar esta patología:

Torres L. (2013) Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato Ecuador.

Resumen: El siguiente trabajo tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a embarazo ectópico, así como la incidencia.

Se revisó las historias clínicas de dos grupos de pacientes, tomándose como primer grupo pacientes con embarazo ectópico y el segundo grupo de comparación con pacientes de embarazo normal atendidas durante el mismo periodo seleccionadas aleatoriamente, ambos grupos conformado por 27 pacientes.

Viendo los datos de los grupos de pacientes comparados, se descubrió que los principales factores de riesgo que incidieron en la aparición de embarazo ectópico fueron: la procedencia rural 70,4%, el antecedente de tabaquismo 51,9%; factores de riesgo relacionados con la sexualidad: inicio de relaciones sexuales activa temprana antes de 18 años con un 77,8%, más de 1 pareja sexual un 74,1%; los factores de riesgo gineco-obstétricos: las multíparas con un 51,9%, la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), 59,3%; y el antecedente de aborto 40,7%.

Conclusión: Los factores de riesgo asociados encontrados guardan relación con la aparición de Embarazo ectópico, por lo que hay que tener en cuenta su detección lo más precoz posible y su prevención. (3)

Fernández C. (2010) El embarazo ectópico se incrementa en el mundo.

Revisión bibliográfica. Cuba.

Resumen: Se efectuó una revisión bibliográfica, en donde se incluyó trabajos nacionales e internacionales obtenidos de impresos y de una activa búsqueda en Internet, con la finalidad de encontrar las causas de la elevada incidencia del Embarazo Ectópico en su forma clínica complicada. Y del mismo modo indagar sobre sus elementos histórico-epidemiológicos y clasificar el Embarazo Ectópico; ahondar sobre su fisiopatología, así como diagnosticarlo y manejarlo terapéuticamente.

Se realizó la recopilación de datos que permitan alertar a los médicos del primer nivel de atención, así como a los médicos especialistas en Gineco-obstetricia, de cuándo sospechar la presencia de un Embarazo Ectópico y poder hacer el diagnóstico antes de que ocurra su complicación y lograr una disminución de la elevada mortalidad que se asocia a esta entidad.

Conclusiones: en esta revisión bibliográfica, el autor concluye:

- Que el embarazo ectópico es una entidad frecuente dentro de la Gineco obstetricia, y que se ha elevado en las últimas décadas, ocasionando muertes maternas y morbilidad entre las adolescentes, aunque predomina mayormente en mujeres en edad fértil de la vida.
- La forma de implantación es el embarazo tubárico, en su forma clínica complicada y se utilizó la ecografía como método determinante no invasivo, por su alta especificidad para el diagnóstico.

- Existe relación entre el diagnóstico precoz del Embarazo Ectópico y la forma clínica no complicada, ayudado por el desarrollo tecnológico alcanzado en los últimos siglos, logrando evitar muertes maternas y mantener la fertilidad de la mujer. (4)

Moya C, Pino F, Borges R, Aguiar R, Olano Y, M. (2013)
Comportamiento del Embarazo ectópico. Cuba.

Resumen: se hizo un estudio para poder describir el comportamiento del embarazo ectópico en el Hospital Universitario Mártires del 9 de abril de Sagua la Grande, entre los años 2008 y 2011.

La investigación fue de tipo descriptiva transversal. La muestra se formó con todas las pacientes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia, con diagnóstico confirmado de Embarazo Ectópico, quedando formada por 140 pacientes. Donde se revisaron las historias clínicas y los registros estadísticos.

Demonstraron que existe una elevada incidencia de Embarazo Ectópico, entre las edades de 20-39 años, con antecedentes de partos anteriores y residentes en zonas urbanas, la EIP fue el principal factor predisponente, los síntomas fueron: amenorrea, dolor en hipogastrio y hemorragia genital. Para realizar el diagnóstico se usó el método clínico.

La localización más frecuente es la tubárica y la cirugía más utilizada fue la salpingectomía. No hubo muertes maternas. Las complicaciones fueron: anemia y shock hipovolémico, la hospitalización fue menor a tres días.

Conclusiones: los autores encontraron que incidencia del embarazo ectópico se ha incrementado en esos años y no se hallaron muertes maternas. En 7 de cada 10 mujeres se hizo el diagnóstico clínicamente.

Casi una quinta parte de las mujeres con embarazo ectópico eran de mediana edad y 8 de cada 100 eran adolescentes menores de 20 años. (5)

Orellana J. (2016) Embarazo Ectópico complicaciones y factores de riesgo. Estudio para realizar en pacientes del hospital Matilde Hidalgo de Procel. Guayaquil-Ecuador.

Resumen: El presente trabajo es de diseño no experimental, de corte transversal retrospectivo el método utilizado es de observación analítica. El Universo está constituido por 100 pacientes con Embarazo ectópico que fueron atendidos en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el período 2013 – 2015.

Conclusiones: el autor concluyo lo siguiente:

- De acuerdo con la edad, las mujeres entre los 25 a 30 años tuvieron la mayor prevalencia de un 25% de las que presentaron un embarazo ectópico. El grupo de adolescentes alcanzó el 17% del total de pacientes.
- Con respecto a la raza el 93% de mujeres con embarazo ectópico fueron de raza mestiza. Mientras que afro ecuatorianas represento el 3%.
- En relación a la procedencia, la urbana se sitúa en un 60 %. La ocupación de ama de casa de las mujeres diagnosticadas con embarazo ectópico fue de 51%.
- El rango de 4.1 a 7 semanas de gestación, fue donde más se presentaron la mayoría de los casos de embarazo ectópico con un 53% y de 8-11 semanas con un 26%.
- En cuanto a la sintomatología, 36% de los casos corresponde a la metrorragia, y se encontró en un 32 % el dolor pélvico.

- La trompa de Falopio fue el lugar más predominante de implantación del ovulo fecundado con 93%.
- El tratamiento con metrotexate llega al 3% y el expectante 1 %, siendo ambos utilizados en raras ocasiones.
- La mayoría de las complicaciones que se halló, el aborto tubárico se presentó en un 15% y la rotura de trompa Falopio en 10%. (6)

Moreno C. (2013) Diagnóstico y tratamiento de la gestación extrauterina. Implicaciones médicas y económicas. Madrid.

Resumen: El objetivo de este estudio es identificar la línea terapéutica utilizada, así como los factores determinantes del Embarazo Ectópico.

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y comparativo sobre todas las mujeres sometidas a tratamiento después de un diagnóstico de Embarazo Ectópico, incluyó a todas las pacientes diagnosticadas y sometidas a tratamiento, médico y/o quirúrgico, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

En base a los resultados del estudio, se encuentra un porcentaje de éxito del 86,6% en los pacientes con una determinación de Beta HCG mayor o igual a 2000 U/L y un 96,9% en los que tienen valores menores a estos, con un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80% y un porcentaje de pérdidas del 15%, tomando este criterio se incluyeron una muestra poblacional de 184 pacientes.

Conclusiones: se concluyó lo siguiente:

- Hay una línea terapéutica para el embarazo ectópico, que consiste en el tratamiento médico con Metotrexate en dosis única. Constituye la opción terapéutica, inmediatamente tras una cirugía mínimamente invasiva.

Además, el tratamiento médico en dosis simple constituye la modalidad terapéutica con menor morbilidad y mayor tasa de gestación intrauterina evolutiva.

- El fracaso del tratamiento médico con Metotrexate en dosis única supone un significativo incremento de los costos, así como un aumento de los casos en que precisa resolución quirúrgica, un aumento de las complicaciones y pérdida del futuro reproductivo.

El fracaso terapéutico se asoció a los siguientes factores:

- . Presencia de dolor abdominal en el día del diagnóstico.
- . B HCG plasmática en el día del diagnóstico igual o mayor a 2.000 UI/L.
- . El incremento relativo de los valores de Beta HCG plasmática en el cuarto día post Tratamiento, igual o superior a 42%.
- Entre los factores de respuesta al Metotrexate, que se encontraron se destaca: el dolor abdominal, el diámetro de la masa ectópica, el diagnóstico ecográfico de un pseudo-saco, los niveles plasmáticos de Beta HCG iniciales, y la variación relativa de las cifras de Beta HCG en el cuarto día tras el inicio de la terapia.
- El resultado terapéutico con buen pronóstico, es la disminución de la Beta HCG en suero al cuarto día, igual o superior al 20%. (7)

1.3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Existe muy poca investigación nacional actualizada al respecto, pero se logró encontrar lo siguiente:

Martínez A, Mascaró Y, Méjico S, Mere J. (2013) Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú.

Resumen: El presente estudio describe las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico. Es un estudio descriptivo y retrospectivo. Donde se revisaron 348 historias clínicas de pacientes con diagnóstico definitivo de embarazo ectópico en el periodo 2006-2010.

Se halló una frecuencia de 1 embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue 29,2 años; un 28,5% de las pacientes fue soltera, 65,6% presentó más de una pareja sexual y 25,9% fue nulípara. El 25,9% presentó antecedente quirúrgico de legrado uterino o aspiración manual Endo-uterina; 54,3% tubo relaciones sexuales con la menstruación, 22,1% tubo como antecedente una enfermedad pélvica inflamatoria y 33,8% usó el DIU como método anticonceptivo.

El tiempo de amenorrea fue $6,8 \pm 2,1$ semanas de gestación y el síntoma más importante fue el dolor abdominal (97,9%). Se usó la ecografía transvaginal, para el diagnóstico y demostró una tumoración anexial en un 70,7% de los casos. El tratamiento que se utilizó fue: 94,8% tratamiento quirúrgico, 4% médico y 1,2% expectante. La localización más frecuente fue la tubárica con 94,5%.

Conclusiones: se concluye que la frecuencia encontrada en esta población ha sido mucho mayor a la de estudios locales previos. Las pacientes que ingresan con diagnóstico de embarazo ectópico acuden en su mayoría tardíamente, presentando cuadros complicados que requieren manejo quirúrgico muchas veces radical. (8)

Yglesias E. (2011) Embarazo Ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao-Perú.

Resumen: Se trató de caracterizar clínica y epidemiológicamente, a las pacientes con embarazo ectópico sometidas a laparotomía exploratoria. Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que se realizó en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Se tomó aquellos casos de embarazo ectópico sometidos a laparotomía exploratoria entre el 2008 al 2010. La muestra de estudio fue de 215 pacientes.

Conclusiones: El autor concluye lo siguiente, que la prevalencia del Embarazo Ectópico fue de 11,9 por cada 1000 embarazos; es más prevalente en multigestas, y en nulíparas y/o primíparas. El 13,8% de las participantes fueron casadas, 72,8% no tienen empleo y el 23,9% tuvieron estudios secundarios incompletos. El 20,7% presentaron antecedentes de consumo de alcohol, 13,5 % ha fumado tabaco, mientras que el 2,8% refirió consumo de otro tipo de drogas. 54,5% tenían antecedentes de aborto. 37,4% presento una cirugía abdominal pelviana. 11,9% cursaron con Embarazo Ectópico previo. 55,3% no uso métodos anticonceptivos, y un 4,1% utilizaba Dispositivo intrauterino.

Los signos clínicos más usuales que se hallaron es el dolor abdominal con 99,5%, seguido del sangrado vaginal 60%. El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la salpingectomía unilateral. Se encontró predominio por el lado derecho. El 94,8% de los casos fueron de ubicación tubárica, siendo el más habitual el ampollar con un 74,6%. (9)

Quezada E, Chavarri L. (2011) Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital III EsSalud de Chimbote. Chimbote-Perú.

Resumen: El trabajo realizado tuvo el objetivo de determinar los factores de riesgo materno para desarrollar embarazo ectópico. Es un trabajo descriptivo, retrospectivo, y se tomó como muestra a gestantes atendidas durante esos años, hallándose 59 embarazos ectópicos de 4,467 partos eutócicos.

Se trabajó con 59 casos de embarazos ectópicos y en el caso de embarazos eutócicos se considera una muestra de 146 gestantes, donde se vio que la enfermedad inflamatoria pélvica, así como el legrado uterino y el aborto, son unos de los factores que condiciona el embarazo ectópico. En cambio, los factores como la edad, paridad, las relaciones sexuales antes de los 18 años, la cirugía abdomino-pélvica, y el dispositivo intrauterino no son factores de riesgo que condicionen a un embarazo ectópico.

Conclusiones:

Los autores concluyeron que la incidencia de embarazo ectópico en el Hospital III EsSalud de Chimbote durante los años 2007 al 2009 correspondió a 1,32 % y se presentó en pacientes comprendidas entre los 30 y 34 años con un 27,1 %.

El dolor abdominal con un 93,2 %; sangrado vaginal con 33,9 % y hallazgos físicos de tumoración anexial con un 23,7 %; se evidenció que fue el cuadro clínico más frecuente del embarazo ectópico.

La localización del embarazo ectópico se presentó en la zona ampular con 59,3 %, en la zona ístmica 18,6 %, en la fímbrica el 15,3 %, en el cuello uterino y ovario con un 3,4 %.

Así mismo concluyen que son factores de riesgo: los abortos, los legrados uterinos y la enfermedad inflamatoria pélvica, y no son constituyentes de riesgo: la edad, paridad, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años, la cirugía abdomino-pélvica y el dispositivo intrauterino. (10)

Valencia K. (2015) Características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014. Arequipa-Perú.

Resumen: Determinar las características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014. Se utilizó como métodos: la revisión de historias clínicas. Resultados: Se identificaron 90 casos: 18 y 34 años, 80 %; adolescentes menores de 20 años, 4.44 % y de 35 años a más, 15.56 %. El 16.67 %, educación primaria; 52.22 %, educación secundaria, y 31.11 % educación superior. El estado civil preponderante fue: convivientes en 53.33 %, 15.56 % casadas y 30 % solteras. Paridad: 34.44 % primíparas, 41.12 % multíparas y 24.44 % nulíparas. El consumo tabaco: 2.00 % si consume, 98.0 % no lo hace. En 10 % de casos hubo referencia de cirugía tubárica, mientras que 61.11 % se le realizó cirugía abdomino pélvica. El 5.56 % de mujeres tuvo un embarazo ectópico previo, y en 58.89 % hubo antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria. No se encontró casos de uso de DIU ni antecedentes de tratamiento previo para infertilidad.

Conclusiones: Concluye que las pacientes que desarrollaron embarazo ectópico en el Hospital Honorio Delgado Espinoza son jóvenes en edad

fértil, que no consumen tabaco, convivientes, multíparas y con de educación secundaria. Que tienen como antecedentes obstétricos de embarazo ectópico previo en 5.58 %, antecedente de Enfermedad Pélvica en 58.89 %, y no se presentó casos de tratamiento de infertilidad o antecedente de uso de DIU. (11)

Carbajal L. (2016) Embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche. Arequipa-Perú.

Resumen: el autor se propuso encontrar la incidencia y los factores de riesgo del embarazo ectópico que se presentaron en el Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo 2011 al 2015. Usando como método la revisión de historias clínicas de mujeres con embarazo ectópico como diagnóstico.

la incidencia encontrada fue de 17,19 casos x 1000 partos. La edad promedio encontrada fue de 28,91 años. 53,04 % de las mujeres tuvieron secundaria incompleta. El estado civil soltera es de 39,78 %, la de casada 12,71 %, y conviviente 46,96 %. Se hallaron como factores de riesgo: el hábito de fumar fue de 4,42 %. El 46,41 % fueron nulíparas. El 37,02 % tuvieron dos parejas, en el 12,71 % antecedentes de legrado uterino y en un 9,94 % de cesárea; con antecedente de embarazo ectópico previo en 3,87 %. Se reportó enfermedad inflamatoria pélvica en 2,21 % de los casos. El 28,18 % menciona hacer uso de anticonceptivos sólo progestágenos, 7,73 % de preservativo, y 3,87 % con dispositivo intrauterino.

Un 97,79 % presento dolor abdominal como síntoma más importante, seguido de sangrado menstrual irregular con 81,22 %. El 96,13 % de los

casos son cuadros complicados. Los embarazos en la zona tubárica se presentaron en 97,79 % de las pacientes, seguido de embarazo en el ovario con 0,55 %, en un 2,10 % embarazo interligamentario del lado derecho, y un sólo caso de embarazo cervical. El tratamiento utilizado para estos casos fue por laparotomía 98,90 % y salpingectomía en 92,82 %.

Conclusiones: el autor llegó a las siguientes conclusiones que el cuadro clínico quirúrgico del embarazo ectópico es característico: irregularidad menstrual, dolor abdominal y se encontró como factores de riesgo: mujeres en edad fértil, nulíparas, usuarias de progestágenos y conducta sexual de riesgo. La incidencia encontrada del embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche de Arequipa es de 17,19 casos por cada 1000 partos en el periodo de estudio. (12)

1.3.2 MARCO TEORICO: EMBARAZO ECTÓPICO

1.3.2.1 DEFINICION Y RESEÑA HISTORICA:

En un embarazo normal, después de la fecundación y el tránsito por la Trompa de Falopio, el blastocisto es implantado y/o anidado en el endometrio, el cual es un revestimiento que se comporta como una corteza de la cavidad uterina. Entonces la implantación del huevo en otro lugar que no sea esta cavidad se considera ectópica y comprende del 1 al 2 por ciento de todos los embarazos en el primer trimestre. (13)

Se define al embarazo ectópico como la anidación y desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina endometrial y está asociada a la primera causa de mortalidad durante los tres primeros meses del embarazo. (14)

Se reconoce esta enfermedad desde hace décadas y algunos autores han tratado de describirla, Riolaamus en 1604, habla de un embarazo tubárico. Mauriceau incluyó la enfermedad en su libro, como una complicación obstétrica (siglo XVII) y en 1708 Duverney, reportó en una necropsia el primer caso de embarazo heterotópica.

Bourdon, Bernutz y Recamier fueron los que identificaron el primer cuadro clínico de hematocele pélvico en Ginecología, pero fue Nélaton quien describe magníficamente el embarazo ectópico.

En el siglo XIX se logra tratamientos con éxito, fue Lawson Taint, quien practicó la primera salpingectomía con sobrevida materna en 1883. Wynne en 1919, guiado por las orientaciones de Taint obtuvo una mortalidad del 4,3 % en 500 casos estudiados.

Zenteno señala que se inicia la descripción de los factores de riesgo, conductas terapéuticas radicales y conservadoras en el siglo XX y XXI, así que surge el concepto del mínimo acceso que permite la disminución de los daños con el mayor éxito en el tratamiento quirúrgico, se prueban diferentes tratamientos con medicamentos; se logra disminuir la mortalidad, pero aumenta la infertilidad como secuela, sin embargo, con las técnicas de reproducción asistida se logra que las parejas alcancen su deseo de concebir, pero también constituyen un nuevo peligro, el riesgo de embarazo ectópico. (4)

1.3.2.2 EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA

La prevalencia del embarazo ectópico está alrededor del 3 al 12 por cada mil nacidos vivos. En Los EE. UU la incidencia se encuentra en aumentó

de 4,5 por 1000 embarazos, según Pro familia en Colombia se ha notificado una tasa de 15 por mil embarazos. (15)

Una evaluación dentro del Hospital Káiser de California, en los años 1997 a 2000 estimó una tasa de 20.7 por 1000 embarazos (Van Den Eeden, 2005). Para el 2010, Hoover y sus colegas analizaron una gran base de datos en mujeres de 15 a 44 años que estaban aseguradas de forma privada en el Estados Unidos entre 2002 y 2007 y calculó una tasa de 6.4 por 1000 embarazos.

Puede ser que esta disminución en la tasa de embarazo ectópico podría no reflejarse con precisión en los casos ocurridos en poblaciones de mayor riesgo o de bajo nivel socioeconómico, sin seguro. Sternberg y asociados (2014) revisaron los datos de reclamaciones de Medicaid de 2004 a 2008 y comprobaron que las mujeres de raza de color tenían un 46 % más de probabilidades de experimentar un embarazo ectópico en comparación con mujeres blancas, reportando una incidencia de 14.0 por cada 1000 embarazos. (16)

En nuestro país los reportes nacionales presentan incidencia variable de embarazo ectópico. Carbajal, en el 2016 en el hospital Goyeneche encuentra 17,19 casos x 1000 partos (12). Para el 2015 en el Hospital Materno Infantil María Auxiliadora se halló 1/157 partos o 0.63%. En otros estudios nacionales, como el del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Chávez menciona 1/129 partos en 1982, Zanabria 1/152 partos en 1994 y Dextre 1/139 partos, en 1997. Luglio 1/183 partos, en el 2002, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Este aumento significativo

aparecería por los cambios en la conducta de la vida sexual de nuestros jóvenes, que afectan su salud reproductiva. (17)

A nivel local carecemos de estas estadísticas, debido a que aún no se han realizado investigaciones, por lo cual desconocemos la incidencia del embarazo ectópico en nuestro medio.

1.3.2.3 FISIOPATOLOGÍA

Cuando el embarazo ectópico se produce luego de una ovulación y fertilización natural, esta se asocia con factores de riesgo que pueden ocasionar lesiones en la trompa y alteran el transporte del embrión, impidiendo o retrasando el traslado del mismo. (18)

La trompa de Falopio no posee internamente una capa submucosa lo que facilita el acceso del óvulo fertilizado al epitelio, produciéndose la implantación dentro de la pared muscular. Conforme el trofoblasto corroe la capa muscular subyacente, se va a derramar la sangre materna en los espacios dentro del trofoblasto o en el tejido adyacente. (19)

A. CAMBIOS EN LA TROMPA:

- La implantación en la trompa ocurre mayormente en forma intercolumnar, es decir, entre dos pliegues de la mucosa.
- En el lugar de implantación el cambio es mínimo. Los músculos sufren una hiperplasia e hipertrofia limitadas. Los vasos sanguíneos están edematizados.
- El blastocito penetra a través de la mucosa de la trompa y se encuentra entre la luz y la cubierta peritoneal, llamándose a esto implantación intramuscular.

- Se forma una pseudo cápsula que consiste en fibrina, epitelio de revestimiento y pocas fibras musculares.
- Los vasos sanguíneos son erosionados por las vellosidades coriónicas y la sangre se acumula entre la capa serosa y el blastocito.
- En la trompa, en el sitio de implantación se halla distendido y la pared está adelgazada.
- La sangre puede derramarse desde el extremo fimbriado y puede ocasionar un hemoperitoneo.
- El estiramiento del peritoneo sobre el sitio de la implantación, ocasiona dolor agudo. Finalmente, la ruptura tubárica ocurre cuando los músculos y la serosa se estiran al máximo y sufre necrosis.
- El hemoperitoneo se encuentra en todos los casos de ruptura de embarazo ectópico tubárico.
- Como resultado los trofoblastos de un embarazo ectópico generalmente no crecen como los de un embarazo normal. La producción de hCG en sangre es inadecuada en comparación con un embarazo normal.

B. CAMBIOS EN EL ÚTERO:

Bajo la influencia de la progesterona que libera el cuerpo lúteo, los estrógenos, y la gonadotropina coriónica, hay una cantidad variable de crecimiento del útero con una mayor vascularización. La decidua desarrolla todas las características del embarazo intrauterino, excepto que no contiene evidencia de vellosidades coriónicas. Cuando hay caída de los niveles de hCG endometrial baja el nivel de progesterona, el crecimiento ya no se mantiene. Entonces el endometrio se

desprende ocasionando sangrado uterino. A veces esta decidua se expulsa como una sola pieza a través del cuello uterino. A esto se le conoce como “molde decidual” que puede ser confundido con un aborto espontáneo. (20)

1.3.2.4. ETIOLOGIA

El denominador frecuente de todas las teorías acerca de la causa del embarazo ectópico es el retraso en el transporte del óvulo, y esta es ocasionada por una lesión de la superficie de la mucosa ciliada, producto de una infección o inflamación: (22)

a. Salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

- La pérdida de cilios del epitelio del revestimiento y deterioro de la perístasis muscular.
- Estrechamiento de la luz de la trompa.
- Formación de bolsas por las adherencias entre los pliegues de la mucosa.
- Adhesiones peri tubarias que resulta en acodamiento y angulación del tubo.
- La infección por Chlamydia Trachomatis, es el factor de riesgo más común.
- Enfermedad inflamatoria pélvica crónica y la salpingitis tuberculosa. (22)

b. Iatrogénica:

- **Fallo de la anticoncepción:** las mujeres que usan cualquier método anticoncepción tienen una menor probabilidad de tener un embarazo ectópico, pero cuando la anticoncepción, hay una

mayor incidencia de ectópicos el embarazo, en los siguientes métodos: (20)

- DIU: hasta el 90 % previene el embarazo intrauterino de manera segura. Pero hay un aumento relativo del embarazo tubárico. Los dispositivos TCU 380A y levonorgestrel tienen la tasa más baja de embarazo ectópico, mientras que los que contienen progesterona tienen el más alto índice. Ya sea por infección de las trompas o movimiento anormal de las trompas en el período posterior a la fertilización, la causa no está aún muy clara. (20) (21) (22)
- Bloqueo tubárico o ligadura de trompas: hay un 15-50 % de posibilidad de un embarazo ectópico si ocurre una gestación. Esto puede ser causado a una falla en la técnica quirúrgica de esterilización. El riesgo es más alto después de la coagulación bipolar laparoscópica.
- Uso de píldora de progestina sola o estrógeno poscoital: esta preparación aumenta la eventualidad de un embarazo tubárico, probablemente por una alteración de la motilidad tubárica.
- **Cirugía tubárica:** la cirugía reconstructiva tubárica para mejorar la fertilidad en la mujer aumenta el riesgo de embarazo ectópico significativamente, así como una patología tubárica preexistente, motilidad tubárica alterada, torsión de la trompa o estenosis terminal son factores contribuyentes.
- **Adherencias intra pélvicas:** ocasionadas por una cirugía pélvica previa.

- **Terapia de Reproducción Asistida:** el embarazo ectópico tubárico se incrementa después de la inducción de la ovulación y los procedimientos utilizados. El riesgo de embarazo ectópico es 5-7% y el de embarazo heterotípico es 1%.

- **Otros factores:**

* Embarazo ectópico anterior: hay una posibilidad del 10-15% de que se repita el cuadro.

* El antecedente de aborto inducido aumenta significativamente el riesgo.

* Defectos de desarrollo de la trompa:

(a) Elongación.

(b) Divertículo.

(c) Aberturas accesorias (ostium).

* La migración transperitoneal, se halla por la presencia del cuerpo lúteo contralateral del óvulo y se nota en la trompa con embarazo ectópico, en aproximadamente 10% de los casos.

c. Factores que facilitan la anidación en la trompa:

- La reanudación temprana de la actividad trofoblástica, esta probablemente se deba a una degeneración prematura de la zona pelúcida.

- Existe una mayor reacción decidual.

- Endometriosis tubárica. (20)

d. Causas embrionarias:

Se incluye anormalidades del huevo/cigoto: anomalías cromosómicas, malformaciones del conducto neural. (22)

1.3.2.5 FACTORES DE RIESGO

El embarazo ectópico está asociado a factores de riesgo que ocasionan daño epitelial en las trompas de Falopio, las mismas que van a alterar el transporte del huevo o su traslado hacía la cavidad uterina; algunas de estas causas no están claras, pero hay factores que incrementan esta posibilidad de que una mujer pueda presentar la patología, como son:

- a) Daño de las trompas de Falopio e infecciones
- b) Salpingitis ístmica nudosa
- c) Historia de Embarazo Ectópico anterior
- d) Anticonceptivos
- e) Cirugía tubárica previa
- f) Ligadura de trompas
- g) Tabaco
- h) Abortos provocados
- i) Píldora del día siguiente
- j) Infección genital previa
- k) Técnicas de Reproducción Asistida. (23) (24)

1.3.2.6 LOCALIZACIÓN

El sitio más común de implantación del embarazo ectópico se encuentra en las Trompas de Falopio, las mismas que representa el 98 % de todos los casos, siendo su distribución la siguiente:

- Ampular 79 %
- Ístmica 12 %
- Fímbrica 6 %
- Cornual (Zona intersticial) 2 %.

La anidación ectópica fuera de las trompas es rara y puede ser abdominal 1,4%, luego ovárica 0,15% y cervical 0,15%; existen otras formas, pero son excepcionales, como en un cuerno uterino rudimentario o asociados a una histerectomía.

La anidación tubárica es la más habitual y dentro de ésta, la localización ampular. La anidación ectópica fuera de las trompas también es rara y puede ser intersticial (7,3%), ovárico/abdominal (4,6%) o cervical (1,5%). Un embarazo excepcional, el heterotópico (coexiste un embarazo intra y extrauterino), tras el empleo de la moderna tecnología como diagnóstico, esta se ve que ha aumentado hasta un 15%. (25)

El embarazo heterotópico. Es un embarazo ectópico que ocurre simultáneamente en combinación con un embarazo intrauterino y el riesgo de este embarazo heterotópico es <1 en 30,000 embarazos espontáneos. La incidencia varía de 1 en 100 a 1 en 500 en los casos de embarazos con terapia de reproducción asistida. (26)

1.3.2.7 EVOLUCIÓN

La evolución del Embarazo Ectópico depende mucho de la localización preliminar, la que se divide en:

1. Embarazo ectópico tubárico:

- a. Ampular: el embrión puede ser expulsado a la cavidad abdominal con una pequeña hemorragia, y este se localiza en el fondo del saco de Douglas.
- b. Ístmico: se halla asociada a una rotura de la trompa de forma precoz con un cuadro de abdomen agudo y shock hipovolémico.
- c. Fímbrico: el huevo o cigoto migra hacia la cavidad abdominal.

- d. Intersticial: habitualmente, a medida que este va creciendo, va hacia la progresión de la rotura uterina.
- e. Cervical: evoluciona hacia la metrorragia, que puede evidenciarse desde un leve sangrado hasta una hemorragia profusa.

2. Embarazo ectópico ovárico:

Puede desarrollarse hasta la rotura del ovario en sí mismo y posteriormente una hemorragia en el lugar de la implantación.

3. Embarazo ectópico abdominal:

Este puede ser primario (cuando inicialmente hay una fecundación e implantación en el peritoneo) o secundario (cuando estas provienen del ovario o las fimbrias) (27)

1.3.2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se realizará con las siguientes entidades clínicas:

- a. **Torsión de quiste de ovario y apendicitis aguda:** a pesar de existir dolor abdominal bajo, para ambos casos la paciente niega retraso menstrual, en el examen físico no se halla masa pélvica. Y en ambos casos los valores de Sub unidad B-HCG generalmente suelen estar negativas.
- b. **Aborto:** en este caso la hemorragia suele ser más profusa e intensa. El dolor es tipo cólico y rítmico en el hipogastrio. En el examen físico, al realizar el tacto vaginal el orificio cervical externo se encuentra dilatado y los anexos libres.
- c. **Rotura de cuerpo amarillo o quiste folicular:** puede un ser poco difícil de diferenciar el sangrado intraperitoneal de un embarazo ectópico, por lo que es necesario el dosaje de la Sub unidad B-HCG pre quirúrgico.

d. **Salpingitis aguda:** por lo general acá no existe amenorrea. El dolor y la sensibilidad al tacto vaginal suelen ser bilaterales. Además, este cuadro suele cursar con una marcada leucocitosis y una elevada temperatura mayor a los 38 °C. (28)

1.3.2.9 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Son muy escasa o pocas las condiciones clínicas donde se presentan características tan variadas como la del embarazo ectópico, especialmente en el tubárico. La sintomatología se correlaciona y/o armoniza con los cambios patológicos posteriores a la implantación así como a la cantidad de sangre intraperitoneal que se produce. Sin embargo, clínicamente se pueden describir tres tipos distintos:

- a. Embarazo Ectópico Agudo.
- b. Embarazo Ectópico No roto.
- c. Embarazo Ectópico Sub agudo (crónico o viejo).

a. EMBARAZO ECTÓPICO AGUDO:

Un embarazo ectópico agudo es ventajosamente el menos común (alrededor del 30%) y se asocia con casos de ruptura de trompas o aborto tubárico secundario con hemorragia intraperitoneal.

Perfil del paciente: se presentan dos situaciones:

- (1) La máxima incidencia es entre los 20 y 30 años, que es el período máximo de fertilidad en la mujer.
- (2) La prevalencia se limita principalmente a la nuliparidad o a un largo período de infertilidad.

Modo de inicio:

El inicio es agudo. Las pacientes, sin embargo, alrededor de un tercio de los casos presentan molestias antes que aparezcan los síntomas agudos.

Síntomas:

La triada clásica o tradicional del embarazo tubárico es: dolor abdominal (100%), precedido de amenorrea (75%) y, por último, la aparición de sangrado vaginal (70%).

- El dolor abdominal: es la característica más constante. Es agudo, agonizante o cólico. De lo contrario, puede ser un dolor vago. El dolor se localiza en el hipogastrio y es: unilateral, bilateral o generalizado.

El dolor puede irradiarse a una de las extremidades del hombro hasta un 25%, (dolor referido debido a irritación diafragmática por hemoperitoneo.)

- Amenorrea: generalmente hay un período corto de 6-8 semanas; puede haber un período diferido o historial de manchado vaginal. La amenorrea incluso puede estar ausente.

El sangrado vaginal, puede ser leve y continuo. La expulsión del “yeso decidual” (20), el que se presenta en un 5%.

- Vómito y/o desmayos. El ataque sincopal (10%) se debe a alteraciones vasomotoras reflejas por irritación peritoneal debido al hemoperitoneo.

b. EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO:

Existe un alto grado de sospecha de embarazo ectópico no roto, y sólo puede ser diagnosticada la entidad antes de la ruptura. Hay una

alta frecuencia de diagnósticos equivocados. Acá se debe incluir, al embarazo ectópico en el diagnóstico diferencial, cuando una mujer sexualmente activa tiene un sangrado anormal y / o dolor abdominal y retraso menstrual. Esto ocurre especialmente cuando la mujer tiene algunos factores de riesgo.

Síntomas: Presencia de período diferido o manchado o sangrado intermenstrual con características sugestivas de embarazo. Malestar en un lado del flanco izquierdo o derecho que es continuo o en ocasiones tipo cólico.

Signos: el examen bimanual va a reflejar lo siguiente:

- (i) Un útero generalmente suave y que muestra evidencia de un embarazo precoz.
- (ii) Una masa blanda pulsátil, pequeña y bien circunscrita, que se puede sentir a través de un cérvix separado del útero.

La palpación debe ser suave, de lo contrario la ruptura puede precipitarse y ocurrir una hemorragia masiva dentro de la cavidad peritoneal, con shock y colapso circulatorio.

Investigaciones: Con el advenimiento de la ecografía transvaginal (TVS), el dosaje radio inmunoensayo altamente sensible de b-hCG y la laparoscopia, en la actualidad más embarazos ectópicos son ahora diagnosticado sin que se produzca la ruptura de este. (20)

c. EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO O ANTIGUO (EEC)

El EEC puede persistir sin que se rompa la trompa de Falopio, ocasionando episodios repetidos de hemorragia pequeñas o menores, en forma suficiente como para que el trofoblasto degenera,

deteniendo así la producción de HCG, con una reacción inflamatoria causada por el hematoma tubárico.

Está asociado con pruebas de HCG negativas y en que sólo existe una tumoración inflamatoria, formado por un hematoma organizado, existe degeneración de las vellosidades y adherencias peri tumorales.

Sintomatología: hallazgos clínicos del EEC difieren poco del cuadro agudo en la mayoría de los estudios, entre las manifestaciones comunes se encuentra: amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal anormal. Solo la presencia de tumoración durante el examen ecográfico o exploración física hace la diferencia con el cuadro agudo. Además, la duración de los síntomas y la aparición del dolor son más remotos, junto con la ausencia de retraso menstrual.

Este puede ser el resultado de un embarazo ectópico no diagnosticado y debería ser considerado en el diagnóstico diferencial en mujeres de edad reproductiva con HCG negativa y menstruaciones normales y dolor pélvico persistente y una masa anexial palpable. (31)

1.3.2.10 DIAGNOSTICO

Se basa en combinar los hallazgos clínicos de embarazo ectópico con los valores de gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre y la ultrasonografía transvaginal (USTV). (17)

1. Clínico:

- Habitualmente las pacientes no saben que están embarazadas, piensan que cursan con un embarazo normal o que están padeciendo un aborto de un embarazo intrauterino. (29)

- Aproximadamente la mitad de las pacientes con embarazo ectópico, al momento del examen físico inicial, no tienen factores de riesgo reconocibles ni hallazgos sugestivos.
- Sólo en un 45 % de las pacientes, la triada clásica de: dolor abdominal, sangrado vaginal y masa anexial, está presente.
- Se reporta que, a la exploración física, 30 % de pacientes con embarazo tubárico no presentaron sangrado transvaginal, un 10 % tienen masa anexial palpable y 10% un examen pélvico normal.
- La trompa uterina es la ubicación más frecuente del embarazo ectópico, manifestándose con dolor y sangrado vaginal, sin evidencias de embarazo intrauterino y con una masa anexial palpable.
- A toda mujer con vida sexual activa y en edad reproductiva que cursa con retraso menstrual asociado a dolor abdominal y sangrado transvaginal debe descartarse la presencia de embarazo ectópico tubárico. (30)

2. Exámenes Complementarios:

2.1 Laboratorio:

1. Hematocrito: al ser una trascendental prueba inicial que indirectamente nos va a reflejar el volumen del sangrado intra abdominal perdida y valora el estado hemodinámico de las pacientes.
2. β -hCG: El análisis cualitativo de HCG (Hormona gonadotropina Coriónica Humana) en suero u orina es positivo en casi 100% de los casos de embarazo ectópico. Sin

embargo, un resultado positivo no nos va a ayudar a diferenciar entre un embarazo intra abdominal y uno ectópico. Entonces puede llevarse a cabo análisis de hCG en serie. En un embarazo normal, las concentraciones de hCG deben aumentar un mínimo de 53% después de 48 h. Es importante recalcar que dos tercios de los embarazos ectópicos muestran valores ascendentes diferentes, mientras que el tercio restante muestra una progresión normal.

3. Progesterona: Las concentraciones en suero pueden ser de utilidad para confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico. Un valor de progesterona en suero inferior a 5 ng/ml, tiene una especificidad de 100% para identificar un embarazo ectópico, y esto no confirma la ubicación del mismo. Los valores superiores a 20 ng/ml están asociados a embarazos intrauterinos normales. Los valores entre 5 y 20 ng/ml es dudoso. (26)

2.2 Ecografía:

El abordaje paso a paso por ecografía debe iniciarse siempre y cuando la prueba de embarazo sea positiva.

Este abordaje debe ser utilizando el ultrasonido transvaginal:

- a. Paso Uno: Se debe de evaluar la cavidad endouterina para determinar la presencia o no de un saco gestacional.
- b. Paso Dos: Evaluar el Fondo de Saco de Douglas para ver la presencia de líquido en esa cavidad.

c. Paso Tres: Evaluar la zona de los anexos para evidenciar un Saco Ectópico Gestacional. (32)

Los hallazgos ultrasonográficos van a verse modificados, y estos van a depender con la edad gestacional o el período del embarazo en que la paciente sea examinada y si se produce el aborto o la ruptura de la trompa o no.

a. **Hallazgos intrauterinos:** el diagnóstico de un embarazo ectópico se va a excluir al confirmarse la presencia de un saco gestacional dentro de la cavidad uterina o ante la presencia de la vesícula vitelina o un embrión con latido cardiaco.

Entre los hallazgos que nos va a hacer sospechar de un embarazo ectópico, se encuentran:

- La apariencia de un endometrio engrosado tipo ecogénico.
- el aspecto de un pseudosaco gestacional, aparecerá una estructura en forma de anillo localizada en el centro. Este pseudosaco que ocupa una posición central, presenta una reacción decidual más delgada que el saco gestacional verdadero y que rodea a una colección intraendometrial este pseudosaco es más irregular.
- Los quistes deciduales, los que tienen un diámetro entre 1 a 5 mm y brotan en la decidua, lejos de la cavidad endometrial. Pueden localizarse en la unión del endometrio con el miometrio, y no tienen el anillo trofoblástico hiperecogénico, lo que se cree que simboliza la ruptura temprana de la decidua.

b. Anexos: los hallazgos ecográficos a nivel de los anexos son muy diferentes y variados, van desde unas masas de aspecto variable hasta la visualización de un saco gestacional con vesícula vitelina, y puede encontrarse un embrión vivo en su interior.

Aproximadamente en el 60 % de los embarazos ectópicos se puede distinguir el anillo tubárico, que consiste en una estructura extra ovárica redondeada de un tamaño de 1 a 3 cm, compuesto por un anillo centrado de 2 a 4 mm de tejido ecogénico (embrión), el que es rodeado por un anillo hipo ecogénico y que está formado por el corion del Embarazo Ectópico.

c. Fondo del saco de Douglas: ecográficamente se puede distinguir líquido libre en el fondo de Saco de Douglas, que este puede estar asociado a una masa anexial o no.

En los casos de ruptura tubárica, dentro de este líquido se pueden hallar elementos ecogénicos difusos que corresponden a coágulos y detritus y puede también observarse un hematoma pobremente definido, confinado alrededor de la pelvis. (33)

1.3.2.11 TRATAMIENTO

1. Médico:

Como tratamiento médico se viene utilizando el Metotrexato (MTX) asociado o no al Ácido Fólico.

El tratamiento con metotrexato se recomienda a pacientes con:

- Embarazo tubárico no roto
- Paciente hemodinámicamente estable
- Saco gestacional menor de 3.5 cm
- No sangrado activo intraabdominal
- Ausencia de latido cardiaco embrionario
- Pacientes con niveles de β – hCG en sangre menores a 2000 mUI/ml.

Contraindicaciones para el uso de metotrexato:

a) **Absolutas:**

- Lactancia materna
- Hipersensibilidad a Metotrexato
- Disfunción hepática, disfunción renal, hematológica o pulmonar
- Enfermedad Acido Péptica

b) **Relativas:**

- Saco gestacional mayor a 3.5 cm
- Actividad cardiaca embrionaria (30)

Vienen utilizándose protocolos de administración de metotrexato (MTX) para el tratamiento del embarazo ectópico: mono dosis, dos dosis y multidosis.

Metotrexato de dosis única o mono dosis:

El MTX intramuscular administrado como una dosis única ha sido el tratamiento médico más utilizado en el embarazo ectópico tubárico. Existen varias dosis, y la más usada es una dosis calculada de 50 mg / m² basada en el área de superficie corporal.

Es imprescindible una supervisión estrecha. Primero determinar un nivel de β -hCG en suero y luego se repite a los 4 y 7 días después de la inyección de MTX. Luego se compararán los valores séricos del día 4 y 7. Si se ve una disminución del 15 % ó más del nivel de β -hCG, se considera el tratamiento como efectivo. Luego hay que realizar controles semanales de β -hCG en suero hasta que den valores < a 15 IU / L.

Si por el contrario la disminución de la cifra de β -hCG el día 7 en relación con el día 4 es inferior al 15 % indicaremos una segunda dosis de 50 mg / m² de MTX y el protocolo se reinicia. El tiempo aproximado de resolución para todas las mujeres es de 36 días, pero en algunos casos el tratamiento requiere 109 días aproximadamente.

(34) (35)

Metrotexato en “dos dosis”

El régimen implica la administración de 50 mg / m² de MTX intramuscular los días 0 y 4. Aunque el protocolo todavía se considera experimental, se observaron que, en los 101 pacientes tratados, una tasa de éxito de 87 %.

Metotrexato multidosis

Consiste en administrar cuatro dosis de MTX parenteral (IM) a razón de 1 mg/kg, los días 1, 3, 5 y 7; seguido de leucovorina (ácido fólico, 0.1 mg/kg, IM) administrados 24 horas después de los días 2, 4, 6 y 8.

Se obtienen concentraciones séricas de β -hCG en suero. Control cada 48 horas hasta que la β -hCG disminuya 15 % respecto al control

previo. Luego control de la β -hCG semanal hasta valores por debajo de 15 UI/L.

Control β -hCG el día 14: Si la cifra de β -hCG es superior al 40 % de la cifra inicial es sinónimo de FRACASO.

Se administran un máximo de cuatro dosis, y la vigilancia semanal del nivel de β -hCG en suero continúa hasta que los valores sean indetectables. (34)

2. Quirúrgico:

El mismo está indicado en las siguientes situaciones:

- Falla de tratamiento médico
- Inestabilidad hemodinámica
- Rotura Embarazo Ectópico
- Coexistente de un embarazo intrauterino
- Impedimento de seguimiento adecuado al paciente
- Contraindicación de tratamiento médico
- Propósito de contracepción permanente
- Distancia al centro médico
- Patología tubárica con indicación de fecundación in vitro (36)

La laparotomía con salpingectomía (operaciones a cielo abierto) han ido quedando a la zaga en el tratamiento de los embarazos ectópicos, y así dar paso a una nueva terapia quirúrgica de elección: la salpingectomía laparoscópica.

Es el tratamiento de elección en caso de que no se cumpla con los criterios para el uso de metotrexato: estabilidad hemodinámica, incapacidad para cumplir con los requisitos de seguimiento, niveles

séricos de β -hCG menores de 5000 UI/L y no haya evidencia ecográfica de actividad cardiaca fetal. En algunos casos extraños todavía se sigue realizando la salpingectomía como es el embarazo ectópico bilateral. Existen tasas de fertilidad a futuro similares entre la laparoscopia y el tratamiento médico. (37)

3. Expectante:

Para hacer un seguimiento expectante, se necesita:

- Paciente asintomática
- Títulos de β -HCG en disminución
- Seguridad de ubicación en la trompa
- No evidencia de rotura o complicaciones tubáricas
- Que el tumor ubicado en el anexo sea ≤ 4 cm
- El seguimiento debe ser hasta que la Sub β -HCG se halle negativa.

Puede ser usado cuando:

- a. Los embarazos tubáricos se resuelven espontáneamente en un 25%.
- b. Este manejo requiere de supervisión especializada y seguimiento adecuado.
- c. Debe advertirse a la paciente sobre las complicaciones intra-tratamiento y del potencial riesgo de rotura tubárica, aunque los niveles de hCG se encuentren en disminución.

Contraindicaciones:

- a. Inestabilidad hemodinámica
- b. Signos de rotura tubárica (dolor, hemoperitoneo > 300 ml)

- c. β -HCG > 200 mUI/ml
- d. Dificultad para el seguimiento de la paciente
- e. Distancia a un centro de mayor complejidad (36)

1.3.2.12 COMPLICACIONES

La complicación más común es la ruptura de la trompa, con sangrado interno que lleva a presentar shock hipovolémico, rara vez ocurre la muerte por esta causa.

En caso de presentarse esta complicación, se emplea la conducta siguiente:

- Hospitalización, estabilización de sus funciones, transfusión sanguínea.
- Cirugía para extirpar al producto, placenta y tejidos dañados.
- Si no se logra reparar la Trompa de Falopio dañada, se extirpa completamente (el embarazo normal se puede conseguir también con una sola trompa). (38)

1.3.2.13 PRONOSTICO

El pronóstico va a depender de la oportunidad del diagnóstico, la precocidad con que se inicie el tratamiento, de la localización del embarazo ectópico y los recursos hospitalarios con que se cuenta.

Cuando se presenta la ruptura de la trompa van a ocurrir las complicaciones más severas. Una secuela importante de la enfermedad o la persistencia de los factores de riesgo y de sus tratamientos, es la infertilidad. Aunque es mayor con los tratamientos radicales, así mismo puede ocurrir con los tratamientos conservadores. (15)

1.3.2.14 PREVENCIÓN

Es importante el esfuerzo que deben de realizar los profesionales de la salud, al identificar los factores que influyen en el EE, se deben establecer las medidas preventivas convenientes para erradicarla, ya que amenaza la vida y la fertilidad de las embarazadas. Las siguientes pautas pueden ayudar a disminuir el riesgo de un embarazo ectópico:

- Evitar aquellos trastornos que podrían ocasionar cicatrización en las trompas de Falopio.
- Evitar los factores de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) como las relaciones sexuales sin preservativos, la promiscuidad, y las infecciones de transmisión sexual.
- Acudir a la atención prenatal con regularidad, lo que permitirá detectar a tiempo cualquier factor de riesgo, cambio, inflamación o infección de transmisión sexual. (38)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Introducción

La asociación de muerte materna y las hemorragias ocasionadas durante el embarazo es frecuente, tal como ocurre en el embarazo ectópico, y es de causa directa y de elevada prevalencia, sin pensar en las complicaciones y secuelas que esta puede dejar; por lo que el Ministerio de Salud está implementando estrategias para que eviten un desenlace fatal, tales como: capacitación al personal de salud, atención prenatal precoz, captación de gestantes, identificación de los signos de alarma en el embarazo, implementación de clave roja en el servicio de emergencia y hospitalización y el fortalecimiento de las referencias; pero algunas veces esto parece insuficiente.

Por lo cual es la revisión de este caso clínico, que se trata de un evento ocurrido en el Hospital II-1 Ilo departamento de Moquegua. Donde una paciente multípara presento un cuadro de embarazo ectópico no diagnosticado oportunamente y donde sera necesario la evaluación de las condiciones en que llegó la paciente, el manejo y tratamiento intrahospitalario que recibió de acuerdo al nivel de atención (39), en el cual, como una paciente gestante con factores de riesgo asociados a hemorragia de la primera mitad del embarazo, culmino con transfusión sanguínea por shock hipovolémico.

2.1.2 Objetivos

1. Reconocer la ITS, antecedente de aborto y promiscuidad como factores de riesgo que se presentan en la paciente.
2. Comprobar el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico en la gestante.
3. Identificar el manejo obstétrico adecuado en el tratamiento del embarazo ectópico y prevenir el shock hipovolémico.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO:

EMBARAZO ECTÓPICO EN PACIENTE MULTIPARA

HOSPITAL NIVEL II-1 ILO. 2018.

I. RESUMEN

30 ENERO 2018. 10.30 HORAS, SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL

II-1 ILO:

ANAMNESIS:

1.1 Filiación

- Edad: 22 años
- Sexo: femenino
- Ocupación: ama de casa
- Residencia: Distrito Ilo
- Grado de Instrucción: secundaria completa
- Lugar de Referencia: Centro de Salud I-3

1.2 Antecedentes:

a. Antecedentes Personales

- Patológicos: no refiere
- Alergias: no refiere
- Quirúrgicos: Apendicetomía 2 años, Legrado uterino: 4 días
(paciente no refiere lugar de termino ni evolución del mismo)

b. Antecedentes Gineco-obstétricos

- Menarquia: 13 años
- IRS: 18 años
- FUR: 29 nov 2017???
- FPP: 05 sept 2018
- G2 P1-Ab1-1-0
- E.G: 9 sem

P1: enero 2015 parto vaginal, sin complicaciones del puerperio

Ab 1: espontáneo, enero 2018??

- APN: Ninguna
- N° pareja: 03
- ITS: tratamiento en dos oportunidades 2015, 2016.
- MAC: ninguno

c. Antecedentes familiares

- No refiere patologías/enfermedades en familiares.

Servicio de emergencia: 30ENERO 2018, 10:30 horas

Paciente evaluada por médico general de guardia.

1.3. Enfermedad Actual:

a. Tiempo de enfermedad: 8 horas

b. Síntomas principales:

Dolor tipo cólico en epigastrio, pérdida de conciencia, vómitos alimentarios.

c. Historia de la enfermedad:

Paciente acude por emergencia del hospital referida de un establecimiento de salud I-3, acompañada de personal técnico y familiar, el día 30-ene-2018 al promediar las 10:30 horas, refiere dolor abdominal tipo cólico de regular intensidad desde día de ayer, asociado a vómitos postprandial y pérdida de conciencia. Ingresa con nota de referencia y los diagnósticos de: Síndrome Doloroso Abdominal, d/c Retención de Restos sin Hemorragia.

d. Examen físico:

FsVs: FC: 89 x' FR: 19 x' P/A: 110/70 mmHg T°: 36.6 °C

SpO2: 97 % Peso: 54 kg.

LOTEP, afebril, mucosa oral: secas, quejumbrosa. Orofaringe: normal, MV: pasa en ACP, RC: normo fonéticos, ABD: b/d dolor a la palpación profunda en epigastrio, Murphy: (+), RHA: (+), PRU: (+/-), PPL: (-). No presenta signos meníngeos ni focalización.

e. Impresión Diagnostica Emergencia:

1. Síndrome doloroso abdominal
2. Colecistitis aguda
3. D/C ITU
4. D/C Pancreatitis

f. Plan/indicaciones:

1. pasa a observación
2. NPO
3. CIna 9% cc > 500 cc goteo continuo, luego 80 gts x'
4. Omeprazol 40 mg EV en 100 cc CIna

5. Dimenhidrinato 50 mg EV STAT
6. SS: ECO, Hgma, Hb, Hto, Glucosa, creatinina, amilasa
7. SS: Ecografía abdominal
8. CFV – BH
9. Reevaluación con resultados.

30 ENERO 2018 Notas de enfermería tópico medicina:

10:30 am

Pacte mujer ingresa en camilla referida de un EE. SS en compañía de familiar, con vía periférica ClNa.

FsVs: FC: 89 x' P/A: 110/70, T°: 36.6 °C sPO2: 97 %

10:40 am

Es evaluada por médico de turno. Indica: ClNa 9 % 500 cc goteo continuo y luego 80 gts x'; Omeprazol 40 mg EV en 100 cc ClNa, Dimenhidrinato 50 mg EV STAT.

10:45 am

Se envía ordenes de exámenes de laboratorio: sangre y orina.

11:00 am

Se pasa pcte a observación, quedando pendiente recoger resultados de sangre y orina y toma de ecografía y reevaluación con resultados.

Notas de enfermería sala de observación:

11.00 am

Ingresa pcte adulto sexo femenino de 22 años a observación en silla de ruedas acompañada de familiar (sobrino), con fascies quejumbrosa.

Se controla signos vitales: T°: 36.8 °C FC: 76 x' FR: 20 x' spO2: 96 % P/A: 110/70, en MSI se observa catéter N° 18 filtrando I frasco ClNa 9 % a 80 gts x'.

11:25 am

Personal de laboratorio toma muestra de sangre, pendiente resultados.

Se entrega receta de Omeprazol a familiares, farmacia no cuenta con este medicamento.

12:00 hs

Se administra Omeprazol 40 mg EV lento y diluido. Pendiente evaluación por cirugía. Dp: No, Ds: 320 cc, BHE: + 633

13:00 hs

Pcte de sexo femenino de 22 años de edad, se encuentra en su unidad aparentemente estable, en compañía de familiar, Se observa vía periférica estable ClNa 9 % a 80 gotas x'. Pcte refiere que tiene dolor en el abdomen.

16:30 hs

Pacte es llevada para toma de ecografía.

16:35 hs Evaluación Médica

Llega resultado de ecografía, donde indica: Colecistitis Aguda, Anemia Aguda.

Plan: Iniciar antibioticoterapia.

Indicaciones: 1. ClNa 9 % 1000 cc > 80 gts x'

2. Ceftriaxona 1 gr EC c/12 hs

3. Ranitidina 50 mg EV c/8 hs

4. Dimenhidrinato 50 mg EV c/8 hs

5. Hioscina 20 mg EV c/8 hs

6. I/C Cirugía

7. Metamizol 2 gr EV PRN dolor

8. Clindamicina 600 mg EV c/8 hs volutrol

17:00 hs Nota de enfermería sala de observación

Médico de guardia reevalúa pcte dejando indicaciones. Se administra Ranitidina 50 mg EV, Dimenhidrinato 50 mg volutrol, Escopolamina 20 mg EV volutrol y Metamizol 2 gr EV Volutrol.

17:30 hs

Se administra Ceftriaxona 1 gr EV volutrol.

18:00 hs

Pcte tolera dieta indicada

18:40 hs

Se administra Clindamicina 600 mg volutrol. Queda pcte en su unidad aparentemente estable.

Exámenes de laboratorio: 30 enero 2018

(Primer examen laboratorio)

Hematología:

Hemoglobina: 10.1 gr %

Hematocrito 30 %

Hemograma:

Recto leucocitos 12, 200 mm³

Abastados: 0 %

Segmentados. 62 %

Linfocitos: 38 %

Glucosa: 91 mg/dl

Creatinina: 0,81 mg/dl

Examen completo de orina:

- **Examen físico:**

Color: amarillo

Aspecto: turbio

- **Sedimento urinario:**

Cel. Epiteliales: 10 – 15 x C

Leucocitos. 6 – 8 x C

Gérmenes: escasos

Piocitos: 0

Filamentos mucosos: ++

19:00 hs Evaluación por Cirugía

Pcte que presenta dolor abdominal hoy 01:00 am; refiere que el día anterior “comió” pollo frito, el dolor se localiza en HCD irradiado a región escapular derecha, acompañado de vómito y acude a un EE. SS donde la refieren, al momento el dolor ha disminuido, así mismo refiere estreñimiento. Tiene ecografía: litiasis vesicular. Hb: 10.1 Hgma: leucocitos 12, 000 Abastoados: 0.

Al examen: LOTEPE, afebril T°: 36.7 °C. Abdomen; b/d con dolorabilidad en cuadrante superior derecho. RHA: presentes.

Nota: La pcte no desea estar hospitalizada porque tiene una hija de 3 años y no tiene quien la cuide.

Diagnóstico: 1. Colelitiasis.

2. Estreñimiento

Indicaciones: 1. Dieta hipo grasa

2. Luctuosa 1 cucharada D/A/C

Sugerencia: 1. Alta

2. Control por CE cirugía.

19:00 hs Evolución enfermería Observación

Pcte de sexo femenino 22 años, se encuentra en su unidad aparentemente tranquila, vía periférica permeable en MSI filtrando CINA 9 % 1000 CC.

Se controla FsVs: SPO2: 96 % P/A: 110/70, FC: 83 x', FR: 20 x', T°: 36.8°

31 ENERO 2018: OBSERVACIÓN (Primer día)

00:00 hs

Pcte pasa la noche aparentemente tranquila.

01:00 hs

Se administra Ranitidina 50 mg EV, Hioscina 20 mg EV, Dimenhidrinato 50 mg EV, volutrol.

02:00 hs

Se administra Clindamicina 600 mg EV

06:00 hs

Se controla FV: SPO2: 97 %, P/A: 100/60, FC: 73 x', FR: 20 x', T°: 36.36 x'. Se toma EKG. Se administra Ceftriaxona 1 gr EV volutrol.

06:50 am Evolución médica

Paciente femenino de 22 años, refiere dolor abdominal moderado a esfuerzos o cambio de posición. A febril.

Al examen: Conjuntivas: rosadas, mucosa oral: húmedas. Abdomen: b/d leve distensión, RHA: ++/+++. Dolor en epigastrio: +, HCD: Murphy (+)

Evolución: estacionaria.

Plan: 1. Continuar indicaciones

2. Reevaluación por cirugía

3. ClNa 9 % 1000 CC > 50 gts x´

07:00 hs Evolución enfermería

Pcte se queda en su unidad aparentemente tranquila. Queda con vía periférica permeable en MSI filtrando ClNa 9 % a 50 gts x´.

Dp: No, Ds: 1370 BHE: + 1768

09:00 am

Se administra: Ranitidina 50 mg EV, Hioscina 20 mg EV, Dimenhidrinato 50 mg EV.

09:30 am Evaluación médica observación emergencia

Pcte con dolor abdominal hace dos días de evolución. Blumberg (+).

Hemoglobina ingreso 10.1, hemoglobina control 8.3 mg%.

Médico de turno de emergencia reevalúa paciente y solicita interconsulta a ginecología.

Exámenes de laboratorio: 31 enero 2018

(Segundo examen laboratorio)

Hematología:

Hemoglobina: 8.3 gr %

Hematocrito: 25 %

Hemograma:

Recto leucocitos: 9, 800 mm³

Abastoados: 5 %

Segmentados: 52 %

Monocitos: 04 %

Linfocitos: 42 %

Plaquetas: 3800, 000 mm³

Tiempo de protrombina: (INH): 12.6

Tiempo de coagulación: 6'20"

Tiempo de sangría: 2'30"

Grupo y factor Rh: "O", positivo

Glucosa: 91 mg/dl

Creatinina: 0.81 mg/dl

09:40 am

Pacte es llevada a ecografía, a solicitud de médico de guardia emergencia

10.10 am

Médico ginecólogo acude al servicio observación emergencia a evaluar a paciente.

FUM: 29 NOV 18 G2 Ab1 Hv1

Pacte con dolor en fosa iliaca derecha, acompañado de sangrado de transvaginal.

Al examen: AREG, LOTEPE, mucosas orales: húmedas; conjuntivas rosadas; cardiopulmonar: normal, Abdomen: b/d, RHA (+), doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha.

Ginecólogo de turno pasa a ecografía a paciente, se realiza ecografía transvaginal: embarazo ectópico derecho

Impresión Diagnostica: Abdomen agudo quirúrgico

Embarazo ectópico derecho

Indicaciones: 1. Exámenes pre quirúrgicos

2. 01 paquete globular de sangre

3. Urgente SOP

11:30 am

Pcte ingresa a sala de operaciones, estable doble vía periférica: con 01 frasco CINA 9 % 800 cc y 01paquete globular de sangre Gp: O, Rh: positivo.

INFORME OPERATORIO

APELLIDOS Y NOMBRES:

Dx PRE OPERATORIO: Embarazo Ectópico

Dx POST OPERATORIO: El Mismo

OPERACIÓN REALIZADA: Laparotomía **TIPO ANESTECIA:** Epidural

FECHA: 31 ENERO 2018

HALLAZGOS: sangrado lado derecho en cavidad 300 cc, aproximadamente se encuentra ovario derecho de 4 x 3 cm, con presencia de saco gestacional, ovario derecho con sangrado activo.

PROCEDIMIENTO: Incisión supra púbica transversa, se encuentra hallazgos descritos, se realiza sección ovárica en cuña, con Vicryl 3/0, revisada la hemostasia se evidencia sangrado activo.
Ooforectomía derecha.
Se toma muestra para anatomía patológica.

INDICACION MÉDICA POST OPERATORIA

1. NPO x 6 hs luego DLA
2. Dx 5 % SA 1 L. \ xxx gts x ´
H + K + metoclopramida 1 amp /
3. Ceftriaxona 1 gr c/12 hs EV
4. Ac. Tranexámico 1 gr c/ 8 hs EV volutrol
5. Metamizol 2 gr c/8 hs EV diluido
6. Tramadol 100 mg C/24 hs SC
7. Ranitidina 50 mg c/8 hs EV
8. Dimenhidrinato 50 mg c/8 hs EV

9. Control FV

10. Hb control

13.15 hs Notas de enfermería hospitalización

Pacte ingresa de SOP, post operada con Dx: Embarazo ectópico, vía permeable, se instala en su unidad.

O: LOTEF, AREG, AREN, AREH, piel tibia, mucosa oral húmeda, abdomen b/d, con vía permeable Dx 5 % + electrolitos a 30 gts x´.

Se administra Metamizol 2g EV, ácido Tranexamico 1 gr.

16.40 hs

Pcte presenta vómito de líquido amarillento 300cc. Se comunica a ginecólogo.

17.00 hs

Se administra Ranitidina 50 mg EV, Dimenhidrinato 50 mg EV.

Se envía órdenes de laboratorio para toma de sangre.

Pcte aparentemente tranquila, llegan resultados de laboratorio.

Pcte queda en su unidad con vía filtrando Dx 5 % + electrólitos > 30 gts x´

T°: 36.5 °C, PA: 98/70 mmHg Ds: si, Dp: si BHE: - 414 cc

19:00 hs (III turno)

Pcte de sexo femenino, 18 años, en su unidad dolorosa, ansiosa.

O: pcte en AREG, AREN, AREH, LOTEF, piel tibia, mucosas orales húmedas, abdomen b/d, apósito de herida secos, vía periférica permeable.

A: riesgo de infección

P: FV: T°: 36.5 °C, P. 80 x´, R. 20 x´, PA: 100/70 SPO2: 99%.

22:00 hs

Se administra Metamizol 2 gr EV volutrol, Ac. Tranexamico 1 gr volutrol.

Examen de laboratorio: 31 ENERO 2018 Post transfusión

(Primer examen post cirugía)

- Hemoglobina: 9.3 mg %
- Hematocrito: 28 %

01 FEBRERO 2018 (Segundo día:2 H, 1 PO)

01.00 HS

Se administra Dimenhidrinato 50 mg EV + Ranitidina 50 mg EV +
Tramadol 100 mg volutrol.

06.00 hs

Se administra Metamizol 2 gr EV lento + Ac. Tranexámico 1 gr volutrol

FV: T°: 37 °C, P: 88 x', R: 24 x', PA. 100/60 SOP2: 99%

Dp: no, Diuresis: si BHE (12 hs): - 740 cc

08.00 hs Evaluación médica

Pcte al momento no refiere molestias.

Herida operatoria en buenas condiciones.

Plan: 1. DB + LOV

2. Dx 5 % SA 1000 cc + K + H > xv gts x'

3. Ceftriaxona 1 gr c/12 hs EV

4. Metamizol 2 gr c/8 hs EV
5. Ranitidina 50 mg c/8 hs EV
6. Dimenhidrinato 50 mg c/8 hs EV

08: 00 hs Notas de enfermería

S: Pcte de 18 años en su unidad aparentemente tranquila.

O: Pcte LOTEPE, REH, REN, con vía permeable Dx 5 % + HNa 2 amp +
K 1 amp.

A: Contaminación de herida operatoria

I: FV: PA: 110/70, P: 80 x', T°: 36.8 °, R: 20 x', sat: 97 %. Se administra
Ceftriaxona 1 gr EV diluido.

09.00 hs

Se administra Ranitidina 50 mg EV diluido

E: Pcte queda en su unidad, no refiere molestias, recibe dieta. Ds: si, Dp: no.

No se presenta evento adverso.

13.00 hs (2do turno)

Pcte durante la tarde duerme, no presenta molestias, con vía EV permeable.

14.00 hs

Se administra Metamizol 2 gr EV diluido

16.00 hs

Se administra Ceftriaxona 1 gr EV diluido

17.00 hs

Se administra Ranitidina 50 mg EV diluido

Recibe dieta. No molestias. Ds: si

19.00 hs (III turno)

S: Pcte de 22 años de edad, en su unidad aparentemente tranquila.

O: Se observa pcte en AREG, AREH, AREN, LOTEPE, piel tibia, mucosas orales húmedas, abdomen b/d, apósitos herida operatoria secos, MSI vía periférica permeable.

A: riesgo de infección herida quirúrgica.

P: FV: estables, cumplimiento del tratamiento indicado.

I: FV: T°: 36.8 °, P: 83 x´. R: 20 x¨, PA: 110/70 mmHg

22.00 hs

Se administra Metamizol 2 gr EV diluido, Ranitidina 50 mg EV en volutrol.

00.00 hs

Se administra Ceftriaxona 1 gr EV volutrol

02 FEBRERO 2018 (Tercer día: 3 H, 2 PO)

06.00 hs

Se administra Metamizol 2 gr EV + Ranitidina 50 mg EV en volutrol.

Se controla FV: T°: 36.4 °, P: 88 x¨, R: 20 x´, PA: 110/70 SPO2: 97 %.

Al término del turno no presenta molestias ni eventos adversos. Se cumple el tratamiento.

07.00 hs

E: pcte queda en su unidad. Vía periférica permeable.

Dp: no, Ds: sí.

07.00 hs Notas de enfermería

S: Pcte de sexo femenino de 27 años, en su unidad.

O: LOTEPE, AREG, AREH, AREN, piel tibia turgente, mucosa oral

húmeda, abdomen b/d, apósitos secos, con vía EV permeable, Dx 5%
+ electrolitos 15 gts x´.

A: Riesgo de infección R/C incisión quirúrgica.

P: Mantener FV estables, administrar tratamiento indicado, brindar
comodidad y confort.

I: FV: T°: 36.1 °C, PA: 90/60, FC: 85 x´, FR: 20 x´, SOP2: 98%

Médico de turno pasa visita y deja indicaciones.

07. 45 hs Evolución médica

Paciente en su unidad.

No refiere molestias.

Abdomen: B/D poco doloroso, herida operatoria: B/C.

Diagnóstico: post operado embarazo ectópico.

Plan: 1. Dieta blanda

2. ClNa 9/% 1000 cc > xv gts x´

3. Ceftriaxona 2 gr EV c/12 hs

4. Metamizol 2 gr EV c/8 hs

5. CFV

6. Curación

08.00 hs Notas de enfermería

Se administra Ceftriaxona 2 gr EV lento y diluido, pcte tolera dieta, no
refiere molestias.

13.30 hs

Se controla FV: T°: 36.5, PA: 100/70, FR: 20 x´, SOP2: 97 %.

Se cambia vía en MSI catéter N° 18.

14.00 hs

Se administra Ranitidina 50 mg EV, lento y diluido, Metamizol 2 gr EV lento y diluido.

Paciente tolera dieta, durante el turno no eventos adversos.

Paciente queda en su unidad aparentemente tranquila, con vía endovenosa filtrando ClNa 9% a 15 gts x'. Ds: sí, Dp: sí.

19.00 hs

S: pte se sexo femenino, de 27 años de edad, se encuentra en su unidad aparentemente tranquila.

O. Se observa pte LOTEPE, AREG, AREN, AREH, piel tibia turgente, mucosa Oral húmeda, abdomen b/d, apósitos secos, con vía EV infiltrada.

A: Riesgo de infección R/C incisión quirúrgica.

P: mantener FV dentro de los parámetros normales, administrar tratamiento indicado, brindar confort y comodidad.

I: Se controla FsVs: T°: 36.9 °C, PA: 100/70, P: 89 x' FR: 20 x' SOP2: 96%

19.30 hs

Se canaliza vía en MSD, filtrando xv gts x'

20.00 hs

Se administra Ceftriaxona 2 gr EV

22.00 hs

Se administra Metamizol 2 gr EV, Ranitidina 50 mg EV.

03 FEBRERO 2018 (Cuarto día: 4 H, 3 PO)**06.00 HS**

Se administra Metamizol 2 gr EV, Ranitidina 50 mg EV.

Se controla FV: T°: 36.5 °C, PA: 100/60, P: 85 x', FR: 20 x', SOP2: 98 %.

Durante el turno no se presentaron incidentes ni eventos adversos. Se cumple con la administración del tratamiento.

07.00 hs

E. pcte queda en su unidad tranquila en AREG, con vía periférica permeable. Ds: si, Dp: no.

07:00 hs

S: pcte de sexo femenino de 27 años de edad, se encuentra en su unidad aparentemente tranquila.

O. pcte LOTEPE, AREG, AREH, AREN, piel tibia turgente, mucosa oral Húmeda, abdomen b/d, apósitos secos, con vía EV filtrando.

A: riesgo de infección R/C incisión quirúrgica.

P: mantener FsVs dentro de los parámetros normales, administrar tratamiento indicado, brindar comodidad y confort.

I: Se controla FV: T°: 36.3 °C, PA: 100/70, FC: 75 x', FR: 20 x', SOP2: 97 %.

08:00 hs Evaluación médica

Paciente en su unidad.

Se encuentra en condiciones de alta.

Plan: 1. Alta médica.

2. Ceftriaxona 1 gr IM c/24 hs x 7 días.

3. Naproxeno 550 mg VO c/12 hs x 7 días.

4. Cita 7 días por ginecología.

08.00 hs Notas de enfermería

Se administra Ceftriaxona 2 gr EV (L y D).

Ginecólogo de turno pasa visita médica, deja indicaciones e indica alta.

10.00 hs

E: Paciente se va de alta, con indicaciones médicas en compañía de familiar.

Ds: si, Dp: no.

EPICRISIS GINECOLOGICA

EDAD: 22 años

G: 2 **P:** 1

FECHA DE INGRESO: 31/01/18

FECHA DE ALTA: 03/02/18

SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO

- Dolor abdominal

EXAMENES AUXILIARES REALIZADOS

- Hgrama
- Hb
- Gl

EVOLUCION

Favorable

CONDICIONES DEL EGRESO

CURADA [] MEJORADA [X]
NO TRATADA [] A SU SOLICITUD []
FUGADA [] FALLECIDA []
REFERIDA [] OTRA _____

INDICACIONES DE ALTA

- Ceftriaxona 1 gr IM c/24 hs x 7 días
- Naproxeno 550 mg VO c/12 hs x 7 días
- Cita x ginecología 7 días

RECIEN NACIDO

SEXO: _____ **PESO:** _____

APGAR: _____

OBSERVACIONES: _____

CONDICIONES DE ALTA: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO

- Embarazo ectópico

INTERVENCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

EPISIOTOMIA [] CESAREA []
LEGRAD UTER [] HISTERECT []
LAPAROTOM [X] LAPAROSC []
CULDOCENT [] COLPORRA []

TRATAMIENTO INSTAURADO

- laparotomía
- Ooforectomía derecha

DIAGNOSTICOS FINALES DE EGRESO

1. Embarazo ectópico
2. Anemia aguda
3.
4.

PLANIFICACION FAMILIAR

AQV [] DEPOPROVERA []
T de Cu [] PILDORA []
IMPLANTE [] BARRERA []
NINGUNO []

2.3. DISCUSIÓN Y/O ANÁLISIS DE NUDOS CRÍTICOS DURANTE LA ATENCIÓN.

Como sabemos, el embarazo ectópico, es una patología de alto riesgo obstétrico que compromete seriamente la salud de la madre, pudiendo llegar muchas veces hasta la muerte, a pesar de ello, en el presente caso se observa que el manejo y tratamiento por parte del equipo de salud desde el inicio del contacto con el establecimiento del primer nivel hasta el momento que ingreso al servicio de emergencia del hospital fueron inadecuados, tal vez esto ocasionado por la falta de pericia del personal que realizo el diagnóstico inicial o no realizo un diagnóstico diferencial (28), ya que el mismo no fue realizado por médico especialista, habiendo una demora de 24 horas en el servicio de Emergencia del Hospital, quien luego de una segunda interconsulta, esto a ginecología se realiza el diagnóstico de Embarazo Ectópico tardíamente, asociado a la ausencia de un control prenatal precoz, en donde la paciente no pudo identificar signos y síntomas de alarma tempranamente.

Las complicaciones maternas ocasionadas por esta patología son las detalladas en la literatura, la hemorragia aguda (38); sin embargo, se evitó complicaciones mayores debido al tratamiento quirúrgico y disponibilidad hemática en el banco de sangre del hospital, caso contrario hubiera ocurrido un desenlace fatal.

2.4 CONCLUSIONES

- Como principales factores de riesgo en la paciente para el Embarazo Ectópico se encontraron: el aborto, la promiscuidad y las infecciones vaginales. (23)
- El diagnóstico médico inicial de la patología y la detección de las complicaciones fueron erróneas y no la más adecuada, realizando tratamientos y procedimientos fuera de los protocolos.
- El diagnóstico ginecológico fue tardío, a pesar de esto se realizó el tratamiento y los procedimientos apropiados de acuerdo a los protocolos y a las normas. (39)
- El manejo y evolución de la paciente fueron favorables, logrando evitarse una muerte materna de causa directa.
- Los nuevos enfoques revisados sugieren una mayor precisión para la identificación activa de factores de riesgo y realizar un diagnóstico diferencial, lo cual facilita un mejor control y mejoras en los resultados maternos.

2.5 RECOMENDACIONES

- Actualizar las competencias del equipo de salud del Servicio de Emergencia, frente a situaciones de riesgo por hemorragia obstétrica y otras patologías.
- Socializar este y otros casos con el equipo de salud, analizando la demora, diagnóstico, manejo, tratamiento y cumplimiento de las normas (39), para evitar futuras complicaciones.

- Mejorar y fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia para lograr disminuir la morbilidad materna.
- Es necesario que todos los establecimientos del Primer Nivel de Atención cuenten con insumos, medicamentos y personal de salud capacitado para identificar esta y otras emergencias obstétricas, dar el tratamiento inicial y referir a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- Continuar con las investigaciones sobre factores de riesgo asociados al Embarazo Ectópico, para detectar y evitar futuras complicaciones maternas realizando una atención de calidad.
- A nivel primario fortalecer la captación precoz y seguimiento de las gestantes.

BIBLIOGRAFIA

1. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú; 2015. [Citado: 03 de noviembre del 2018]. Recuperado de:
<http://mortalidadmaternaperu.blogspot.pe/2017/01/>.
2. Ministerio de salud (internet). Diseño, Revisión y Articulación Territorial. Anexo 02: Contenidos mínimos de un Programa Presupuestal: PROGRAMA PRESUPUESTAL SALUD MATERNO NEONATAL; 2017 [citado: 03 de noviembre del 2018]. Recuperado de:
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf.
3. Torres L. Factores de riesgo asociados y su incidencia en el embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del hospital provincial docente Ambato período julio 2011- julio 2012. (tesis en internet) Universidad Técnica de Ambato; 2013 [Citado: 05 de noviembre del 2018] Recuperado de:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3643/1/Tesis%20Luzdari%20Torres.pdf>.
4. Fernández C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Revisión bibliográfica. Rev. Cub. de Obstetricia y Ginecología; (internet). 2010 [citado: 06 de noviembre del 2018]; 30(1) 84-99. Recuperado de:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n1/gin11111.pdf>.
5. Moya C, Pino V, Borges R. Aguiar R, Olano, Trujillo Y, Espinosa M. Comportamiento del embarazo ectópico. Rev. Cub de Obstetricia y ginecología. 2013. [Citado: 06 de noviembre del 2018]; 39 (3) 236-248. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v39n3/gin03313.pdf>.

6. Orellana J. Embarazo Ectópico complicaciones y factores de riesgo. Estudio a realizar en pacientes del hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013 – 2015 (tesis en internet). (Guayaquil): Universidad de Guayaquil; 2016 [citado: 08 de noviembre del 2018]. Recuperado de:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18577/1/EMBARAZO%20ECTO%20PICO%20COMPLICACIONES%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>.
7. Moreno C. Diagnóstico y tratamiento de la gestación extrauterina. Implicaciones Médicas y económicas. (tesis doctoral en internet) (Madrid): Universidad Complutense de Madrid; 2013 [citado: 09 de noviembre del 2018]. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/17641/1/T34188.pdf>.
8. Martínez A, Mascaro Y, Méjico S, Mere J. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Perú. de Ginecología y Obstetricia. 2013. 59: 177-186.
9. Yglesias E. Embarazo ectópico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao, Perú. 2008-2010. Rev. Perú. De epidemiología. 2011. [citado: 12 de noviembre del 2018] Vol. 15 N° 3. Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/art11.pdf>.
10. Quezada E. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en el Hospital III EsSalud de Chimbote del 2007 al 2009. Revista Conocimiento para el Desarrollo. 2011. Vol. 2 Núm. (1) Recuperado de:
<https://investigacion.usanpedro.edu.pe/publicaciones/index.php/CPD/article/view/226>.

11. Valencia K. Características epidemiológicas del embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo enero diciembre 2014. [Tesis de grado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015.
12. Carbajal L. Embarazo ectópico en el Hospital Goyeneche, 2011-2015. [tesis de grado]. Arequipa: Universidad católica Santa María; 2016.
13. Cunningham C. Williams Obstetrics. 24° ed. EE. UU: Mac Graw Hill; 2015.
14. López P, Bergal G, López M. El embarazo ectópico: su interés actual en Atención Primaria de Salud. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, 2014;40(4):211-217.
15. Colombiana de Salud. Guía de Manejo Consulta Especializada de Ginecoobstetricia. Colombia: colombiana de Salud; 2012.
16. Yeomans ER, Hoffman BL, Giltrap LC, Cunningham FG. Operative Obstetrics. 3° Ed. EE. UU: Mac Graw Hill; 2017.
17. Zapata B, Ramírez J, Pimentel J, Cabrera S, Campos G. La cirugía pélvica y el embarazo ectópico en la epidemiología del embarazo ectópico. Rev. Perú. ginecol. Obstet. 2015; 61 (1):1-7.
18. Solano A, Soto R, Sesin F, Pineda Y. Guías de manejo en Obstetricia, Hospital General de Barranquilla. Barranquilla: Colección textos de práctica clínica; 2010.
19. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. 2° Ed. Williams Ginecología. México: Mac Graw Hill; 2012.
20. Dutta DC. Textbook of Obstetrics. 8° Ed. New Delhi: Jaypee; 2015.

21. Organización Mundial de la Salud. (Ed). Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores. EE. UU; 2011.
22. Ahued R, Fernández C, Bailón R. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2º Ed. México: Manual Moderno; 2003.
23. Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10º Ed. España: Wolters Kluwer Health S.A; 2009.
24. Cabezas E. El Embarazo Ectópico sigue siendo un problema no resuelto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 41 (2): 99-105.
25. Bajo JM, Melchor JC, Marcé LT. Fundamentos de Obstetricia, SEGO. Madrid: Gráficas Marte SL; 2007.
26. De Cherney A, Nathan L, Laufer N, Román A. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 11º Ed. México: Mc Graw Hill; 2013.
27. López P R, Bergal G, López M C. El Embarazo ectópico: Su interés actual en Atención Primaria de Salud. Medicina de Familia SEMERGEN. España, 2014; 40 (4): 211-217.
28. Espínola G. Embarazo Ectópico. Rev. Nac. (Itaúgua) Paraguay, 2012; 4 (2): 23-29.
29. Santisteban S. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
30. Guía de práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Embarazo Tubárico. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
31. Reyna E, Torres D, Santos J, Labarca M. Embarazo Ectópico Crónico. Avances en Biomedicina. Venezuela, 2016; 5(3): 182 – 186.
32. Abuhamad A. Editor. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología; Un abordaje practico. EE. UU; 2014.

33. Oliva J. Ultrasonografía diagnóstica fetal, obstétrica y ginecológica. Cuba: Ciencias Médicas; 2010.
34. Yeomans E, Hoffman B, Gilstrap L, Cunningham G. Operative Obstetrics. 3° Ed. EE, UU: McGraw Hill Education; 2017.
35. Creus M, Fernández S. Protocolo: Diagnóstico y Tratamiento de la Gestación Ectópica. [Publicación periódica en línea] 2007 [citada: 15 de diciembre del 2018]. Recuperado de:
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/gestaci%F3n%20ect%F3pica.pdf.
36. Carvajal J, Ralph C. Obstetricia y Ginecología. 6° Ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2015.
37. Céspedes A. Embarazo Ectópico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 2010; 67 (591): 65-68.
38. Meira A, Arancibia F. Embarazo Ectópico. Univ, Cienc. Soc. Bolivia, 2013, 9: 52-58.
39. Directiva sanitaria N° 001-MINSA/DGSP-V.02. Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en Establecimientos de salud; Perú: MINSA; 2012.