



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**EMBARAZO ECTÓPICO**

**PRESENTADO POR:**

**BOMBILLA CUAYLA SUSANA YRMA**

**ASESOR**

**Mg. DORIS RITA PEÑALOZA CHAVEZ**

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

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

PAGINA DEL JURADO.....	i
ÍNDICE DEL CONTENIDO .....	ii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	3
1.3. MARCO TEÓRICO .....	3
1.3.1. ANTECEDENTES.....	3
1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS .....	6
CAPÍTULO II .....	23
CASO CLÍNICO .....	23
2.1. OBJETIVOS .....	23
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO .....	24
2.3. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO .....	44
2.4. CONCLUSIONES .....	45
2.5. RECOMENDACIONES .....	46
BIBLIOGRAFÍA .....	48
ANEXOS .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 Hemograma.....	29
Tabla N. 2 Uroanálisis.....	30
Tabla N. 3 Hemograma de control.....	40

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Porciones de la trompa uterina.....	8
Figura 2 Embarazo Ectópico.....	11
Figura 3 Localización del embarazo ectópico.....	13
Figura 4 Embarazo heterotópico.....	14
Figura 6 Embarazo ectópico roto.....	17
Figura 7 Embarazo ectópico roto.....	20

## RESUMEN

El embarazo ectópico representa un grave problema de salud pública para nuestro País, siendo la causalidad en la mayoría de veces evitable. El embarazo ectópico se sitúa como primera causa de muerte en el primer trimestre de la gestación.

El objetivo general que aspira esta investigación es analizar la capacidad de respuesta que tiene el establecimiento de salud de II nivel de atención, frente al embarazo ectópico complicado, presenta un diseño descriptivo, retrospectivo, con revisión y análisis del evento trasladado a un caso clínico en el que indaga a una paciente mujer de 32 años de edad, refiere presentar dolor en hipogastrio con episodios de vómitos y deposiciones líquidas, usuaria de método anticonceptivo natural , es sexualmente activa con antecedente de presentar Enfermedad pélvica inflamatoria.

Se realizan los estudios correspondientes y se diagnóstica Embarazo ectópico complicado, por lo que se procede a realizar laparotomía y salpinguectomía derecha. Dentro de las principales conclusiones se determina que: Hubo demora en la atención y resolución del embarazo ectópico complicado, a pesar de tener evaluación clínica, datos de laboratorio y antecedentes ecográficos, y se dificultó la atención oportuna y adecuada a la paciente. Se recomienda estandarizar y actualizar la atención por complicaciones obstétricas, según los protocolos vigentes y ser socializados con los demás profesionales de la salud no especialistas en ginecología y obstetricia, especialmente si se trata de atención a mujeres en edad fértil que presentan factores de riesgo de asumir embarazo ectópico.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo ectópico, embarazo tubárico, factores de riesgo.

## ABSTRACT

Ectopic pregnancy represents a serious public health problem for our Country, the causality being avoidable in most cases. Ectopic pregnancy is the leading cause of death in the first trimester of pregnancy.

The general objective of this research is to analyze the response capacity of the II level of care health establishment, in the face of complicated ectopic pregnancy, it presents a descriptive, retrospective design, with review and analysis of the event transferred to a clinical case in The one who investigated a 32-year-old female patient, reported presenting pain in the hypogastrium with episodes of vomiting and liquid stools, a user of a natural contraceptive method, was sexually active with a history of presenting pelvic inflammatory disease.

The corresponding studies were carried out and a complicated ectopic pregnancy was diagnosed, so a right laparotomy and salpingectomy were performed. Among the main conclusions it is determined that: There was a delay in the care and resolution of the complicated ectopic pregnancy, despite having a clinical evaluation, laboratory data and ultrasound history, and the timely and adequate care of the patient was difficult. It is recommended to standardize and update care for obstetric complications, according to current protocols and to be socialized with other health professionals who are not specialists in gynecology and obstetrics, especially when it comes to care for women of childbearing age who have risk factors for assuming ectopic pregnancy.

**KEY WORDS:** Ectopic pregnancy, tubal pregnancy, risk factors.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El Embarazo Ectópico es la implantación y anidación del huevo fecundado fuera de la cavidad uterina, motivo por el cual no consigue su desarrollo completo y se muestra en mujeres con factores de riesgo predisponente y determinante para su presentación (1). Se le considera como un problema de salud pública porque interviene directamente en la morbilidad materna perinatal, presentándose cada vez más factores que lo van a predisponer, constituyendo una de las primeras causas de abdomen agudo en ginecología (2).

La Organización mundial de la salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) (3), indica que ésta enfermedad alcanza gran importancia mundial por presentar entre 5 y 12% de la mortalidad materna (3).

Las pacientes que han cursado con un embarazo ectópico exhiben la disminución de su fertilidad. Existe la posibilidad del 30 al 50% de tener en la posterioridad un embarazo a término (1,2).

Con el advenimiento de la ecografía transvaginal y el dosaje de hormonas como la HCG, los indicadores de incidencia de complicaciones por embarazo ectópico tienden a la disminución, así como las tasas de mortalidad. En los países en desarrollo, estudios realizados en diferentes hospitales informaron que las tasas de mortalidad por embarazo ectópico oscilan entre el 1 al 3%, Cifras muy elevadas en comparación de los países desarrollados. Esta complicación se sucede en los servicios de emergencia de cualquier hospital en cualquier país del mundo sin discriminación alguna, así mismo a manera de prevención en Estados Unidos a toda mujer en edad fértil que acude por dolor abdominal se realiza prueba de embarazo. La incidencia de embarazo ectópico en Latinoamérica va en aumento, el 11.9 de las muertes maternas de causa directa se presentan en Cuba entre los años de 1985 y 1995. En Chile, en el año 2000 reportó tasa de mortalidad materna de 0,4 por 1000000 nacidos vivos, en México presentó una prevalencia de 1 cada 200 ó 500 embarazos, en Perú se encontró una frecuencia de 0.55% en un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con 203 casos. En el Hospital Regional de Ayacucho se presentó un aumento importante de casos siendo la frecuencia de seis veces mayor con incidencia de 1.0 y de 2.0% con edades de 10 a 44 años. El aumento del embarazo ectópico es atribuido al inicio precóz de relaciones sexuales, promiscuidad por la

mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual que son responsables de las enfermedades inflamatorias pélvicas, salpingitis por Chlamydia Trachomatis, aborto séptico, fertilización asistida, dañando las estructuras anatómicas y funcional de la trompa de Falopio (4)

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La complicación en la mujer por Embarazo Ectópico, determina el aumento de la morbimortalidad materna, en especial si se presenta demoras e imprecisiones en el diagnóstico y tratamiento oportuno. La falta de una adecuada política de planificación familiar por motivo de la presente pandemia por COVID 19 y la disminución de recursos humanos profesionales obstetras para la educación sobre signos de alarma en gestaciones incipientes agrava más la situación en nuestro País y en nuestra localidad.

Al ser la muerte materna un indicador de desarrollo económico de nuestra región en el cual nos permite ver la desigualdad e inequidad social a que están expuestas las mujeres y sobre todo la baja respuesta del sistema de salud, es por ello que se necesita mayor investigación y conocimiento científico siendo un respaldo para el personal profesional en la atención materna.

## **1.3. MARCO TEÓRICO**

### **1.3.1. ANTECEDENTES**

#### **1.3.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.**

**Morales B. 2018 (5)** investigó acerca de las complicaciones del embarazo ectópico en el Hospital General “Los Ceibos”, ciudad de Guayaquil cuyo objetivo fue de analizar y determinar el manejo de las complicaciones, durante el período abril 2017-2018, para tal efecto trabajo con 100 pacientes como muestra, siendo un estudio de tipo retrospectivo y analítico con un diseño de investigación no experimental de corte transversal, utilizando como fuente las historias clínicas y la base de datos electrónica existentes. Las complicaciones que se presentaron fueron la hemorragia y el shock hipovolémico. Las complicaciones fueron resueltas con tratamiento quirúrgico tomando en cuenta el deseo de la paciente de quedar embarazada, la edad y la paridad. El procedimiento quirúrgico fue: Salpinguectomía en un 70% de casos, Salpingostomía en un 28% e histerctomía en 2% de casos por presentar embarazo ectópico cervical. La principal conclusión que se obtuvo fue: El mejor medio para evita una complicación fatal es el diagnóstico temprano de embarazo ectópico.

**Mogrovejo Avila 2016 (6)** estudió acerca del perfil clínico y epidemiológico de pacientes con embarazo ectópico, siendo su objetivo principal determinar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes que fueron diagnosticadas con embarazo ectópico y conocer el impacto que esta complicación significa. Fue una investigación cuali y cuantitativa con una muestra de 56 pacientes recolectándose los datos a través de la entrevista directa, utilizando el paquete estadístico SPSS y ATLAS.ti. Los resultados obtenidos fueron la mediana de edad de 26 años,

inicio sexual precoz, uso de DIU, antecedente de embarazo ectópico; siendo la conclusión más resaltante de que los resultados epidemiológicos y clínicos coinciden con los que se manifiesta en la literatura.

**Vargas Hernández V. Hernández Fierro M. *Et- al* 2017 (7)** Investigan acerca de un caso de embarazo intra-ligamentario de 16 semanas que presenta una mujer de 32 años de edad con antecedentes de 2 partos, uso de preservativo como método anticonceptivo y desconoce fecha de última menstruación. Acude al establecimiento por presentar dolor en hipogastrio de intensidad moderada el cual se irradia hacia zona lumbar, con signos de irritación peritoneal, al dosaje de hCG presenta valores de 4543 iU/L. Se realiza ecografía tranvaginal y se observa producto único sin signos de vida, con valore ecográficos de aproximadamente 16 semanas de gestación. Se realiza laparatomía exploratoria encontrando embarazo ectópico abdominal intraligamentario izquierdo, feto de sexo masculino, útero macroscópicamente normal. Los valores de hCG disminuyen progresivamente, no presentando complicaciones.

### **1.3.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES.**

**Salcedo Escobar 2018 (4)** Investigación realizada con el objetivo de conocer los factores epidemiológicos y su incidencia asociados al embarazo ectópico. El tipo de investigación que se utilizó fue no experimental, con un diseño descriptivo correlacional, utilizando una muestra de 552 pacientes llegando a la conclusión: que existe asociación entre inicio de relaciones sexuales, infecciones de

transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto, embarazo ectópico previo y bloqueo tubárico bilateral frente al embarazo ectópico.

**Mamani Barboza 2018 (8)** investigó sobre los factores de riesgo que se asocian al embarazo ectópico siendo uno de sus principales objetivos el de determinar qué factores se asocian al embarazo ectópico en mujeres que son atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno año 2017. La unidad de análisis que utilizó fue de 32 pacientes que tuvieron diagnóstico de embarazo ectópico. Es un estudio observacional, analítico y retrospectivo. Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23. Se obtuvo los siguientes resultados: El legrado uterino previo, la soltería, inicio precoz de relaciones sexuales, antecedente de enfermedad inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino, son factores de riesgo significativos.

**Palomino Zevallos W. 2018 (9)** Investigación que tiene como objetivo Determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico. Es un estudio caso – control analítico, con una unidad de análisis de 55 casos, evaluando los factores socio demográficos, antecedentes obstétricos y ginecológicos cuyos resultados fueron: Significancia estadística de ( $p < 0.05$ ) Embarazo ectópico previo, masa anexial dolor pélvico, edad materna mayor de 35 años, sangrado vaginal anormal y EPI.

### **1.3.2. CONCEPTOS BÁSICOS**

#### **1.3.2.1. GENERALIDADES**

## **EMBARAZO ECTOPICO**

Es la implantación inusual del blastocisto, fuera de la cavidad uterina que afecta a mujeres con diferentes factores de riesgo.

El manejo de esta complicación va a depender del diagnóstico inicial y el nivel de resolución del establecimiento a donde acude la paciente (1).

Según la OMS la implantación tubaria tiene mayor incidencia, seguida de la implantación ovárica, y raramente abdominal. La incidencia de aparición varía entre 0,3 a 1% del total de embarazos, siendo la complicación más temida la hemorragia interna abdominal y en la pérdida o disminución de la fertilidad (1,2).

La mortalidad es de 1X1000, la tasa de recurrencia es del 12% la que va en aumento principalmente en los países desarrollados (2).

El blastocisto se implanta en la pared posterior o anterior del útero, en la fase secretora, alrededor del día 11 y 12 el blastocisto se halla comprendido en forma completa en el endometrio y se establece la circulación útero placentaria

### **BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL EMBARAZO ECTÓPICO (3)**

En 1063 Albucasi describió por primera vez el Embarazo Ectópico (EE).

En 1594 Primero, describió un embarazo abdominal con feto muerto, absceso y fístula.

Gabriel Falopio (1523-1562), descubre la función de las trompas uterinas.

En 1604 Riola describe el embarazo tubario.

En 1708 Duverney informa en una autopsia el primer caso de gestación heterotrópica.

En 1883 Lawson Taint, realizó la primera salpingectomía con sobrevida materna.

#### ANATOMIA DE LAS TROMPAS UTERINAS (10,11)

Son estructuras tubulares musculo membranosas de 10 a 15 cm de largo por 1 cm de diámetro. Se divide en dos segmentos, el proximal conformado por la porción intersticial o intramural y por el istmo, el segmento distal está formado por la ampola y el infundíbulo, tiene como función la recepción del ovocito y posterior transporte del cigoto hacia la cavidad uterina.

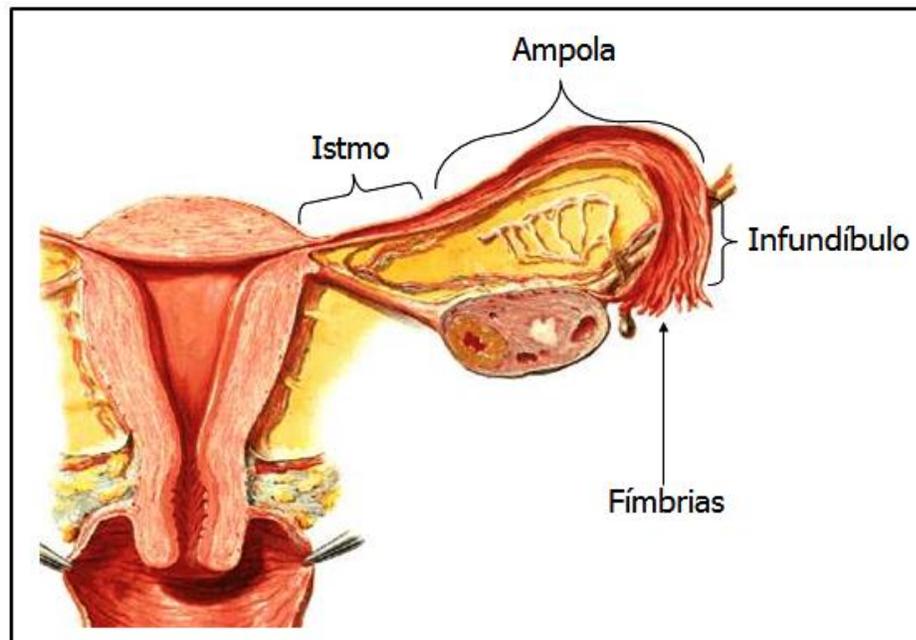


Fig. 1 Porciones de la Trompa Uterina.

## **FISIOPATOLOGÍA DEL EMBARAZO ECTÓPICO (10)**

La implantación del huevo se realiza en una zona anormal, y ante la barrera decidual escasa y el poder erosivo del trofoblasto, el huevo tiene pocas posibilidades de continuar su desarrollo. El trofoblasto del EE no es diferente a un huevo implantado dentro de la cavidad uterina, secreta además HCG y el cuerpo lúteo produce estrógenos y progesterona en cantidad normal que inducen los cambios en la madre en la primera fase de la gestación.

La implantación del huevo en la trompa uterina, permite que la pared de la misma se debilita en el lugar del suelo placentario y a su alrededor. La capa muscular de la trompa se hipertrofia, mientras que la serosa forma adherencias. Las vellosidades coriales en la capa muscular perforan vasos y provocan hemorragias con la muerte del cigoto (9, 10,11).

Cuando hay nidación en la salpíngex, el trofoblasto prolifera con rapidez en la mayoría de los casos la mayor parte del crecimiento se localiza en la luz de la trompa. Las células trofoblásticas penetran dentro de la mucosa y la lámina propia hasta invadir la capa muscular incluso puede llegar hasta la serosa tubaria. Cuando hay invasión de los vasos la hemorragia distorsiona a la trompa, estira la serosa y provoca dolor habiendo abundante tejido placentario dentro de la pared tubaria (12). Dentro del útero el aspecto del endometrio cambia según la duración de la gestación ectópica.

El desarrollo de glándulas hipersecretoras y estroma de decidualización es semejante a del embarazo intrauterino temprano (12).

Aproximadamente un 30 – 50% de mujeres que han cursado con un embarazo ectópico culminan con una gestación posterior a término (2).

### **1.3.2.2. ETIOLOGÍA (13)**

La etiología está determinada por causas que van a impedir o dificultar el desplazamiento normal del cigoto hacia la cavidad uterina.

Se puede distinguir las siguientes causas o factores:

#### **FACTORES TUBULARES**

- Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), causada por salpingitis gonocócica, TBC genital y salpingitis posabortivas. Estas enfermedades dañan la actividad ciliar y motilidad de las trompas, crean adherencias provocando la compresión de las trompas
- Cirugías tubáricas
- Endometriosis tubárica
- Anomalías congénitas



Fig 2 Embarazo ectópico

### **FACTORES OVULARES (13)**

- Técnicas de reproducción asistida
- Nidación precoz del huevo
- Transmigración. El ovulo fecundado llega a la cavidad uterina y se dirige a la trompa contralateral

### **1.3.2.3. FACTORES DE RIESGO (5,6)**

Enfermedad inflamatoria pélvica

Uso del dispositivo intrauterino

Infecciones genitales previas

Infecciones de transmisión sexual, especialmente causada por chlamydia trachomatis

Embarazo tubario anterior

Alteraciones congénitas (divertículos, trompas atresicas, hipoplasias)

Cirugía de hemiabdomen inferior, la cual es causada por apendicetomía o adherencias peritoneales.

Inducción de la ovulación, teniendo como efecto adverso que los fármacos utilizados influyen en el inadecuado transporte del blastocisto a la cavidad uterina.

Fecundación asistida

Tabaquismo, por la toxicidad de la nicotina a la trompa

Edad materna

#### **1.3.2.4. CLASIFICACION (13)**

##### **POR SU UBICACIÓN**

El 98.3% de EE corresponden a embarazo tubárico, los demás se implantan en la zona ampular, ístmica, fímbrica e intersticial.

El 1.7% la implantación del huevo se da fuera de la trompa uterina ubicándose en el ovario, abdomen, cuello uterino, intraligamentario.

##### **POR SU COMPORTAMIENTO CLÍNICO**

Embarazo ectópico conservado

Embarazo ectópico no conservado

Con estabilidad hemodinámica

Con inestabilidad hemodinámica

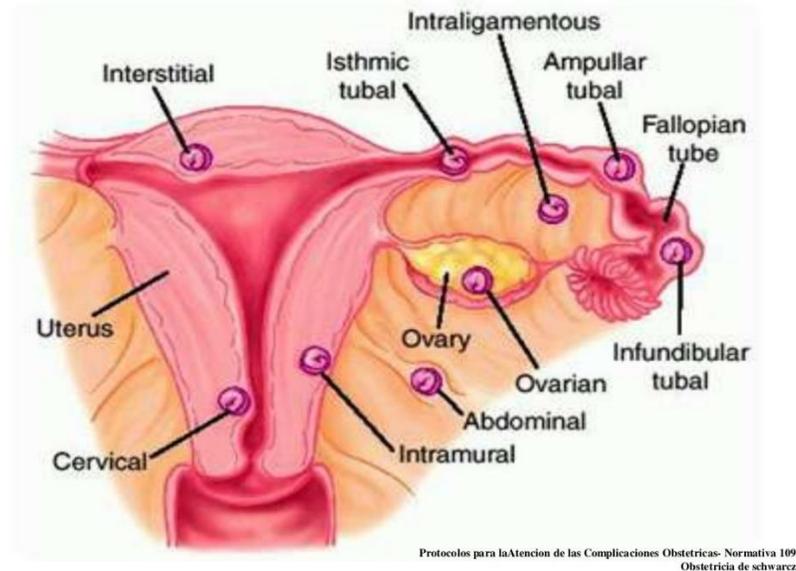


Figura 3 Localización del embarazo ectópico

### **EMBARAZO DE HETEROTÓPICO (15)**

El embarazo heterotópico es una patología poco frecuente y habitualmente subdiagnosticado, se caracteriza por la presentación de un embarazo intrauterino con otro extrauterino, siendo su sintomatología inespecífica lo que dificulta su detección precoz. Se debe tomar en cuenta en especial con pacientes con factores de riesgo para embarazo ectópico. Uno de los síntomas principales es el dolor abdominal, el diagnóstico diferencial se debe realizar con cuerpo lúteo

hemorrágico o torcido, síndrome de hiperestimulación ovárica, apendicitis aguda.



Fig.4 Embarazo heterotópico

### 1.3.2.5. DIAGNÓSTICO

Inicialmente el embarazo ectópico cursa sin clínica, el diagnóstico debe apoyarse en (16,17):

- Anamnesis
- Exploración
- Marcadores plasmáticos placentarios HCG

- Ecografía transvaginal
- Punción en saco de Douglas

Cuando se detecta valores positivos de  $\beta$ -HCG en una mujer con aproximadamente 5-6 semanas de amenorrea y la ecografía transvaginal no evidencie gestación intrauterina, se debe sospechar de un embarazo ectópico

### **1.3.2.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS (14,17,18)**

Puede presentar los siguientes signos o síntomas:

- Amenorrea
- Dolor pélvico
- Sangrado vaginal escaso
- Congestión mamaria
- Ligero aumento del volumen uterino
- Signos peritoneales.
- Masa anexial

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL EE NO ROTO**

No existen signos patognomónicos, pueden ser inespecíficos dependiendo de la severidad del cuadro. En presencia de un embarazo ectópico no roto la paciente

Presenta (19)

- Dolor abdominal intermitente, localizado en fosa iliaca.
- Sangrado transvaginal
- Hipersensibilidad anexial
- Cavidad uterina vacía

**Embarazo ectópico roto (19):**

- Irritación peritoneal
- Palidez
- Dolor pélvico intenso localizado en fosa iliaca, posteriormente se generaliza a todo el abdomen.
- Distensión abdominal y rebote
- Sangre libre en cavidad abdominal
- Fondo de saco vaginal posterior muy doloroso
- Dolor en el hombro
- Colapso
- Alteración de funciones vitales
- Hipovolemia
- Hipotensión
- Shock hipovolémico

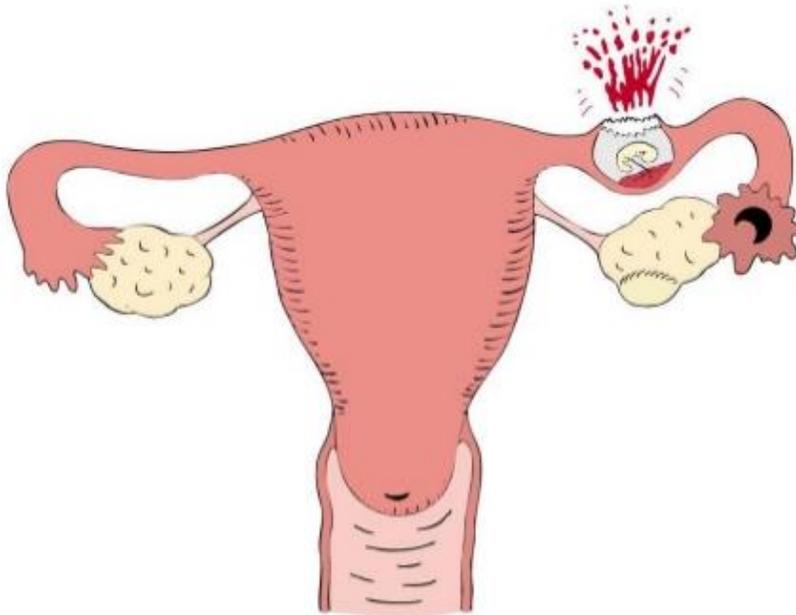


Fig 5 Embarazo ectópico roto

**ECOGRÁFICAMENTE PRESENTA (5,18):**

- Un útero vacío, endometrio es grueso.
- Visualización de un saco gestacional fuera del útero.
- Signo del “doble halo” en la trompa.
- Doppler color, positivo.
- Aumento de líquido en el espacio de Douglas

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (16,19).**

- Salpingitis

- Endometritis
- Endometriosis
- Torsión anexial
- Quiste del cuerpo amarillo
- Leiomioma en degeneración
- Diverticulosis
- Apendicitis
- Linfadenitis mesentérica
- Cistitis
- Calculo renal
- Abceso tuboovarico

#### **1.3.2.7. TRATAMIENTO (14,18)**

#### **MANEJO Y PROCEDIMIENTOS.**

##### **Primer nivel de atención:**

El primer nivel de atención constituye el primer acercamiento del personal de salud hacia los pacientes en donde se realizan las siguientes actividades:

- Coordinar referencia a centro de mayor complejidad

- Canalización de vía endovenosa con bránula N° 16 ó 18 administrar cloruro de sodio 9‰
- Manejo de hemorragia obstétrica según Guías nacionales (14)

### **Segundo nivel de atención**

Es un conjunto de establecimientos que dan atención a la mayoría de complicaciones.

- Hospitalización inmediata
- Solicitar niveles de fracción  $\beta$ -HCG
- Solicitar exámenes complementarios (BHC, plaquetas, tiempo de coagulación, sangría, grupo sanguíneo, factor Rh, RPR, VIH).
- Realizar ecografía y valorar tamaño de masa anexial.
- En embarazo ectópico no roto puede manejarse de tres maneras: Manejo expectante, manejo con metotrexate, manejo quirúrgico.
- Actitud expectante (14,18,19)
- Algunos embarazos finalizan por si mismos por lo que se debe monitorizar los niveles de  $\beta$ -hCG en forma periódica hasta la negativización del mismo.

**Metotrexate:** Es un medicamento que inhibe la rápida proliferación de los tejidos que crecen rápidamente. Dosis de 50mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal vía

intramuscular; si verificamos que después de la aplicación no ha descendido 15%  $\beta$ -HCG en 4 a 7 días podemos repetir una dosis nueva (5,19).

**En EE cornual o cervical o intersticial** se recomienda manejo con metrotexate. Si hay hemorragia se recomienda laparotomía con resección cornual. Si hay complicaciones se recomienda histerectomía.

Las pacientes con sospecha de embarazo ectópico no sensibilizadas y que presenten Rh negativo se les debe administrar profilaxis con 250 UI (50  $\mu$ g) de inmunoglobulina anti-D (19).

#### **MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO ROTO**



Fig. 7 Embarazo ectópico roto.

- Canalización de vía endovenosa con bránula N° 16 ó 18 administrar cloruro de sodio 9%0 1000 ml goteo rápido
- Colocar sonda Foley
- Estabilizar paciente
- Control de funciones vitales cada 15 min.
- Administrar paquete globular o sangre según requerimiento
- Manejo quirúrgico: Laparoscopia diagnóstica, laparatomía exploratoria, evacuar hemoperitoneo, salpingostomía o salpinguectomía parcial o total
- Histerectomía, en casos de daño uterino extenso.

#### **1.3.2.8. COMPLICACIONES (19)**

- Aborto tubárico
- Ruptura uterina
- Ruptura de la trompa
- Anemia aguda
- Shock hipovolémico
- Muerte

### **1.3.2.9. PRONÓSTICO**

Existe mayor probabilidad (7-10%) de presentar un siguiente embarazo ectópico, Cuando una trompa está dañada por infecciones u otros factores, existe la posibilidad que la otra trompa tenga el mismo daño (17).

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1. OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar la capacidad de respuesta que tiene el establecimiento de salud de II nivel de atención, frente al embarazo ectópico complicado.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las características clínicas que se presentaron en el presente caso clínico.
- Determinar los factores de riesgo de embarazo ectópico
- Señalar el tipo de embarazo ectópico n el presente caso clínico.

#### **2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO**

##### **SERVICIO DE MEDICINA - EMERGENCIA**

**FECHA:** 21/10/2020

**HORA:** 20:11

## **I ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente presenta dolor abdominal, con tiempo de evolución de 12 horas aproximadamente.

## **MOTIVO PRINCIPAL DE LA CONSULTA**

Dolor abdominal, vómitos de características biliosos, diarrea.

## **ANTECEDENTES.**

No alergias, 04 gestaciones

## **II EXAMEN FISICO**

Temperatura (Tp.) 36.6 °C, Pulso (P) 93 pulsaciones por minuto, Presión arterial (P/A) 130/60, Talla 1.62 m, Peso 80.00 Kg, SpO2 92%.

Lúcida orientada, en aparente buen estado general (ABEG), aparente buen estado de hidratación (ABEH), aparente buen estado de nutrición (ABEN), afebril, piel ligeramente pálida, pulmones y cardiovascular normal. Abdomen blando depresible ligeramente doloroso a palpación, ruidos hidroaereos presentes.

## **III DIAGNÓSTICO**

- Síndrome doloroso abdominal
- Colesistitis
- D/C pancreatitis aguda

## **IV PLAN DE TRABAJO**

Queda en observación

Solución polielectrolítica 400cc en bolo luego queda a 60 gotas por minuto.

## **V TERAPEUTICA Y CONTROL**

No dieta

Solución isotónica NaCl al 0,9% 15 gotas por minuto

Hioscina 2 ampollas + 1 amp de ranitidina + 2 ampollas de metamizol en 100cc pasar endovenoso lento.

**Solicitar:** Hemograma, Hemoglobina, glucosa, creatinina, lipasa amilasa.

**Solicitar:** Ecografía abdominal

### **AREA DE OBSERVACION- EMERGENCIA -MEDICINA**

21-10-20 hora 23:00

Evolución medica

Paciente refiere disminución de dolor en forma parcial, se indica administrar una ampolla de plidan compuesto vía intramuscular dosis única.

**22-10-2020 hora 3.00**

Paciente presenta vómitos líquidos, se indica administrar dimenhidrinato 50mg endovenoso lento, solución poli electrolítica 200 a chorro queda a 60 gt por minuto.

**22-10-2020 hora 10 am**

Paciente con dolor abdominal tipo cólico a predominio de hipogastrio. FUM 01-10-2020, persisten náuseas, se solicita interconsulta a ginecología.

ID Gastritis aguda

D/C embarazo ectópico.

**22-10-20 hora 16:20**

INFORME ECOGRÁFICO

**ECOGRAFIA ABDOMINAL:**

**FECHA 22-10-2020**

HORA 08:40 HRS.

**HÍGADO:** De tamaño normal, contornos regulares, con parénquima homogéneo, sin evidencia de lesiones sólidas ni quísticas. No dilatación de vías biliares intrahepáticas.

**VESICULA BILIAR:** Paredes delgadas sin evidencia de litiasis ni lesiones proliferativas en su interior. Mide 57 X3 mm.

**COLEDOCO:** Mide 3mm Vena porta mide 8mm.

**ESTÓMAGO:** Pared gástrica llega a medir 6.8mm de grosor

**PÁNCREAS:** De tamaño y ecogenicidad conservada.

**Bazo:** De 106X33mm (L/T), ecogenicidad conservada de bordes definidos.

**RIÑONES:** De morfología, tamaño y localización normal; parénquima homogéneo con adecuada diferenciación córtico-medular. Senos renales: No evidencia litiasis ni hidronefrosis.

**CAVIDAD ABDOMINAL:** Se evidencia abundante líquido libre en cavidad abdominal de localización perihepático, periesplénico, inter asas y en cavidad pélvica con un volumen aproximado de 2,500.

**VEJIGA:** A escasa repleción

**ÚTERO:** En anteverso flexión, de tamaño y volumen conservado contornos regulares bien delimitados, paredes regulares. Cavidad uterina no ocupada.

Se observa masa heterogénea de 64X46 mm, de contornos irregulares que impresionan depender de anexo derecho, al estudio doppler, color muestra flujo periférico incrementado.

**CONCLUSIONES**

- 1.- Signos ecográficos sugestivos de patología inflamatoria gástrica
- 2.- Masa de aspecto heterogéneo en cavidad pélvica a D/C embarazo ectópico complicado VS. Folículo hemorrágico. Se sugiere complementar estudio con ecografía transvaginal.
- 3.- Abundante líquido libre en cavidad abdominal al momento del examen.

### **INTERCONSULTA A GINECOLOGÍA**

Fecha: 22-10-2020

Hora: 12:05 pm

Paciente mujer de 32 años de edad, refiere presentar dolor en hipogastrio con episodios de vómitos y deposiciones líquidas. Refiere antecedente de cursar con cuadros de EIP.

Paciente en AREH, AREN, AREG, lúcida orientada, G4 P2 V1 A1

Al Examen: Piel tibia, cabeza normo céfala, cuello móvil sin adenopatías, tórax sin particularidades, abdomen doloroso a la palpación a predominio de fosa iliaca derecha.

Tacto vaginal orificio cervical cerrado, se palpa tumoración anexial en anexo derecho.

Al examen ecográfico se encuentra: Se evidencia imágenes heterogéneas de 36 mm de diámetro a nivel de trompa derecha, sugerente de embarazo ectópico.

Se solicita HCG.

### **CONSULTA EN TÓPICO DE GINECOLOGÍA**

**Fecha 22-10-2020**

**Hora: 16:40**

Paciente de 32 años con el diagnóstico de embarazo ectópico complicado, refiere presentar dolor abdominal

Al examen REH, REN, REG orientada presenta dolor en hipogastrio a predominio de fosa iliaca derecha. Abdomen doloroso a la palpación, no presenta sangrado transvaginal.

ID Embarazo ectópico complicado

Plan: Laparotomía de emergencia.

Indicaciones:

- Nada por vía oral
- CINA 9‰ 1000cc 30 gotas por minuto
- Transfundir un paquete globular
- Cefazolina 1 gr. EV cada 8 horas
- Control de funciones vitales
- Metamizol 2 Gr. Cada 8 horas EV
- Se programa para sala de operaciones.

Tabla 1 Hemograma.

	21-10-2020	21:06 Hr.	22-10-2020	13:20 Hr.
Leucocitos	18,38	3mL	15,250	3mL
Hematocrito	35,7	%	26	%
Hemoglobina	11,7	g/dl	8,7	g/dl
Neutrófilos	16,77	3mL	83,1	%
Linfocitos	1,18	3mL	10,7	%
Monocitos	0,41	3mL	6,1	%
Eosinófilos	0,0	mL	0,0	%
Basófilos	0,02	3mL	0,1	%
Plaquetas	326,000		246,000	
Grupo sanguíneo	"O"			
Factor Rh	Rh: Positivo			
Tiempo de coagulación	6'30"			
Tiempo de sangría	1'30"			
INMUNOLOGIA				
HIV	No reactivo			
HBsAg	No reactivo			
RPR	No reactivo			
Test de embarazo			Positivo	
Prueba COVID-19	Reactivo	IgG		
BIOQUIMICA				
Glucosa	137	mg%	113	mg%
Creatinina	2.6	mg%	1.48	mg%
F. alcalina	98	U / l	98	U / l

Fuente: Historia clínica

Tab.2 Uro análisis

Fecha 21-10-2020	
Aspecto	Amarillo
Reacción	Acida
Densidad	1030
Glucosa	-----
Cetonas	-----
Proteínas	-----
EXAMEN DE SEDIMENTO:	
Leucocitos	0-1 por campo
Eritrocitos	0
Bacterias	escasas
Células epiteliales	1-2 por campo
Cristales de ácido úrico	Presentes

Fuente: Historia clínica

## NOTAS DE ENFERMERÍA

**FECHA: 21-10-2020 HORA 20.15**

Paciente acompañada de familiar refiere ingerir comida copiosa, presentando luego vómitos y deposiciones sueltas en número de 2.

Se canaliza vía con solución polielectrolítica 1000cc se pasa 400 a chorro queda con 40 gotas, se administra tratamiento indicado.

23:00 Pasa a observación medicina mujeres.

**22-10-2020 2:00**

Signos vitales:

Presión arterial (P/A) 112/60 mmHg

Frecuencia cardiaca (Fc) 89 X'

Temperatura (Tp) 36.8°C

SpO2 97%

Queda paciente en su unidad refiere que dolor ha disminuido.

8:00 am

Paciente refiere continuar con dolor abdominal, presenta náuseas.

11:30

Funciones vitales

Presión arterial (P/A) 97/64 mmHg

Frecuencia cardiaca (Fc) 100 X'

Temperatura (Tp) 37.2°C

SpO2 96%

12:05

Paciente es evaluada por ginecología

14:00

Se administra Omeprazol 40mg EV lento

15:30

Medico de turno indica pasar a servicio de ginecología

Pasa a servicio de Ginecología – Observación

## NOTAS DE LA OBSTETRA EN EMERGENCIA – OBSERVACION

FECHA: 22-10-2020

12:00

Paciente de 32 años es evaluada por ginecólogo de turno, refiere presentar dolor abdominal, con irradiación a fosa iliaca derecha.

Realiza ecografía se solicita análisis de laboratorio con indicación de reevaluar con resultados.

15:55

Ginecólogo evalúa resultados de laboratorio, indica preparar para sala de operaciones.

Se realiza electrocardiograma, se prepara paciente.

16: Se administra cefazolina 1 Gr. EV

### FUNCIONES VITALES

Presión arterial (P/A) 90/60 mmHg

Frecuencia cardiaca (Fc) 100 X'

Temperatura (Tp) 36.7°C

SpO2 96 %

Frecuencia respiratoria 22 X'

17:30

Paciente pasa a sala de operaciones, lúcida vía permeable, con CIna 9 %/00 1000cc presenta dolor abdominal irradiado a fosa iliaca derecha, se realiza trámite para transfusión sanguínea.

## **SALA DE OPERACIONES**

### **REPORTE OPERATORIO**

**FECHA 22-10-2020**

Comienzo de anestesia: 17:55

Comienzo de operación: 18:10

Término de operación: 19:00

CIRUGIA REALIZADA: Laparatomía

DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO: Embarazo Ectópico complicado

DIAGNÓSTICO POS OPERATORIO: Embarazo ectópico complicado

HALLAZGOS:

Abierta cavidad abdominal, se evidencia salida de coágulos y sangre aproximadamente de 1500cc, se observa trompa derecha con aumento de volumen, solución de continuidad en tercio medio con sangrado activo.

PROCEDIMIENTO:

Paciente de cúbito dorsal pasivo, se realiza asepsia y antisepsia de zona operatoria, colocación de campos estériles, se realiza incisión transversa supra púbica, disección de pared por planos, se evidencian hallazgos, se aspira coágulos y sangre, se realiza salpingectomía derecha con puntos de Heaney con catgut crómico 1.

Revisión de hemostasia, lavado y aspiración con cloruro de sodio, Sponge de cavidad, cierre de pared por planos.

**COMPLICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS:**

Ninguno

Se envía muestra a Anatomía patológica

**ESTADO DEL PACIENTE AL SALIR DEL QUIROFANO:**

Estable

**DESTINO DE PACIENTE:**

A recuperación en gineco obstetricia.

**EVOLUCIÓN MÉDICA**

**FECHA 22-10-2020**

**AREA DE INTERNAMIENTO**

**HISTORIA CLINICA**

**I FILIACIÓN**

Fecha de ingreso: 21

Datos tomados por médico especialista

Paciente mujer de 32 años de edad de raza mestiza, estado civil conviviente con grado de instrucción superior universitario, hablante del castellano, nacida en Moquegua el 22 de mayo del 1985. Datos proporcionados por paciente, es traída por familiar.

**II ENFERMEDAD ACTUAL**

**Tiempo de enfermedad:** 3 días

**Síntoma principal:** Dolor pélvico.

**Historia de la enfermedad:** Refiere presentar dolor pélvico de moderada intensidad desde hace 3 días el cual fue incrementándose por lo que decide acudir a emergencia

**Funciones biológicas:** Apetito, sed, orinas, sueño conservadas, deposiciones líquidas.

### **III ANTECEDENTES**

#### a) BIOLÓGICOS

Refiere haber nacido de parto eutócico, lactancia materna hasta el año.

#### b) GINECO OBSTÉTRICOS

Menarquia 13 años

Inicio de relaciones sexuales a los 18 años

Fecha de última menstruación 22/09/2020

Usaria de método anticonceptivo natural

Gestaciones 04

Partos vaginales 2

Abortos 1

Cesárea 0

Hijos muertos 01

Niega el uso de alcohol, tabaco, te, café drogas.

Vivienda propia de material noble, con servicios básicos de agua desagüe y luz.

Depende económicamente de su pareja.

No recuerda presentar erupciones de la infancia

Padres vivos sanos, hermanos tras 2 mujeres un varón sano. Esposo vivo sano, hijo de sexo masculino vivo sano.

### **EXAMEN CLÍNICO**

Paciente lúcida orientada de actitud positiva

### **EXAMEN SEGMENTARIO**

Sin particularidades

Diagnóstico: Embarazo ectópico complicado

### **EVOLUCION MÉDICA**

FECHA: 22-10-2020

Hora: 21:15

Paciente mujer de 32 años con diagnóstico de:

- Laparotomía
- Salpinguectomía por embarazo ectópico complicado
- Anemia moderada.

Refiere presentar dolor en zona de herida operatoria, se encuentra en AREG, AREH, AREN, lúcida orientada en tiempo y espacio (LOTEP) piel tibia, mucosas orales húmedas, tórax murmullo vesicular pasa bien, abdomen blando depresible, ruidos hidro aéreos presentes.

### **INDICACIONES**

Control de funciones vitales

Control de sangrado

Hemoglobina y Hto de control

### **TRATAMIENTO**

Nada por vía oral (NPO)

Dextrosa 5% SA 1000cc + 1 ampolla de hipersodio+1 ampolla de kalium 40 gotas por minuto.

Cefazolina 1 gr. Cada 8 horas EV.

Metamizol 2 Gr cada 8 horas EV lento

Ranitidina 50 mg cada 8 horas EV lento

**FECHA 23-10-20**

**8:00**

**POS OPERATORIO 01**

INDICACIONES:

Control de funciones vitales

Control de sangrado de herida operatoria

Deambulaci3n asistida

TRATAMIENTO:

Dieta blanda m1s l1quidos a voluntad

Dextrosa 5% SA 1000cc + 1 ampolla de hipersodio+1 ampolla de kalium 40 gotas.

Cefazolina 1 gr. Cada 8 horas EV.

Metamizol 2 Gr cada 8 horas EV lento

1cido tranexamico 1Gr. Cada 8 Hr EV lento

Hierro sacarato 100mg en perfusi3n intravenosa en 100cc de Cl Na 0.9%

FECHA 24-10-20

### **POS OPERATORIO 02**

8:00 Paciente mujer de 32 años de edad asintomática en AREG, AREH, AREN LOTE, piel tibia mucosas orales húmedas, tórax murmullo vesicular pasa bien, abdomen blando depresible ligeramente doloroso ruidos hidroaéreos presentes.

Diag. Salpinguectomía

Continuar con indicaciones.

FECHA 25-10-20

### **POS OPERATORIO 03**

Paciente asintomática, presenta piel tibia turgente, tórax simétrico, pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, cardio vascular sin particularidades, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos herida operatoria sin signos de flogosis, no presenta sangrado transvaginal, deambula sin particularidades.

### **INDICACIONES**

Dieta completa más líquidos a voluntad

Clindamicina 300 mg cada 8 horas VO

Paracetamol 500mg cada 8 horas VO

Sulfato ferroso 60mg cada 12 horas VO

Alta médica

## **EVOLUCIÓN POS OPERATORIA DE LA OBSTETRA EN INTERNAMIENTO**

FECHA

**22-10-2020**

**HORA: 19:15**

Se recibe de sala de operaciones a paciente mujer de 32 años de edad transfundiendo paquete globular en brazo derecho, brazo izquierdo con Cl de Na al 0.9% 1000cc..

Funciones vitales:

(P/A) 113/62 mm Hg

(Fc) 92 X'

(Tp) 36.4°C

(FR) 21 x'

SpO<sub>2</sub> 92 %

Al examen:

AREG, AREH, AREN LOTEPE, conjuntivas palpebrales pálidas, mucosas orales húmedas mamas simétricas pezones formados, abdomen con apósito operatorio ligeramente manchado de sangre, genitales externos con presencia de escaso sangrado transvaginal, miembros inferiores sin edemas ni várices.

20:15 Se termina proceso de transfusión sanguínea, paciente estable.

**23-10-20**

Hora 07:00

Se recibe paciente en su unidad estable con vía permeable Cl de Na al 0.9% 500cc con el diag. de embarazo ectópico complicado, no presentó complicaciones en turno anterior, actualmente no presenta temperatura alta refiere no sentir dolor.

Al examen AREG, AREH, AREN LOTEPE mamas simétricas abdomen blando no doloroso a palpación, apósito de herida operatoria seco, genitales no manchados de sangre.

Hora 08:00 Se recibe resultados sanguíneos de control.

Tabla N°3 Hemograma de control

	23-10-2020 04:57 Hr.	
Leucocitos	10,19 3mL	
Hematocrito	22,37 %	
Hemoglobina	7,3 g/dl	
Neutrófilos	8,99 3mL	88,3 %
Linfocitos	0,71 3mL	6,9 %
Monocitos	0,47 3mL	4,6 %
Eosinófilos	0,0 mL	0,0 %
Basófilos	0.02 3mL	0,2 %
Plaquetas	143,000	

18:00 Se administra tratamiento indicado, paciente deambula sin particularidades

#### FUNCIONES VITALES

P/A 100/70 mmHg

P 79 x'

Tp 36.5 °C

Sop2 98 %

07:00 Queda en su unidad estable se completa dosis de medicamentos indicados

**24/10/2020**

**Hora 7: 30**

LOTEP piel tibia mucosas orales húmedas cabeza s/p tórax móvil y simétrico a la respiración, abdomen blando no doloroso a palpación, genitales externo sin sangrado, miembros inferiores sin várices ni edemas.

Funciones vitales estables

**24/10/2020**

**Hora 23: 50**

Paciente en guardia nocturna con tratamiento completo funciones vitales estables, deambula sin dificultad

**25/10/2020**

**Hora 8: 30**

Paciente en su tercer día pos operatorio se encuentra asintomática con discreto dolor en herida operatoria

10: 00 medico indica alta médica con tratamiento ambulatorio.

Se brinda consejería y orientación en PPF y signos de alarma.

## **EPICRISIS EMBARAZO ECTOPICO**

**FECHA: 25-10-2020**

**DIAGNÓSTICO DE INGRESO:** Embarazo ectópico complicado

**RESUMEN DE LA ENFERMEDAD:** Paciente de 32 años refiere presentar dolor abdominal con irradiación a fosa iliaca derecha, presenta náuseas, vómitos y deposiciones sueltas. Al examen: abdomen blande depresible doloroso a la palpación, no sangrado transvaginal, ultima menstruación el 22/09/2020.

**PROCEDIMIENTO:** Laparotomía exploratoria

**COMPLICACIONES:** Ninguna

**FECHA DE EGRESO:** 25-10-2020

**DIAGNÓSTICO DE EGRESO:**

- Post laparatomía por embarazo ectópico complicado
- Anemia moderada

**PRONÓSTICO DE ALTA:** Favorable

## INDICACIONES DE ALTA MÉDICA

FECHA DE INGRESO: 21-10-2020

FECHA DE EGRESO: 25-10-2020

DIAGNOSTICO: Embarazo Ectópico complicado

### INDICACIONES

Dieta completa más líquidos a voluntad

Clindamicina 300 mg cada 8 horas VO

Paracetamol 500mg cada 8 horas VO

Sulfato ferroso 60mg cada 12 horas VO

Abstinencia de relaciones sexuales por 45 días

Planificación familiar

PROXIMA CITA: 02-11-2020

### **2.3. DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Con el avance de la tecnología y los conocimientos científicos la morbi mortalidad por embarazo ectópico ha disminuido; sin embargo sigue siendo una de las causas de muerte materna como causa obstétrica directa (4). Existe alta probabilidad al término del episodio que la mujer quede con secuelas irreversibles que puedan afectar su futuro reproductivo. En el presente caso clínico se puede observar que existieron demoras en la atención brindada, las cuales complicaron la atención pertinente de la paciente, retrasando el momento conveniente para recibir el tratamiento adecuado y oportuno (20).

Según la historia clínica se puede observar que la paciente ya tenía un diagnóstico sugerente de embarazo ectópico por la sintomatología que consignaba en el servicio de turno que fue servicio de medicina - emergencia, demorando 12 horas para que pueda ser trasladada al servicio de ginecología – emergencia.

Así mismo desde la atención por interconsulta de ginecólogo que fue por interconsulta hubo un tiempo de espera muy largo y peligroso de 6 horas para que la paciente pueda ser intervenida.

El tiempo total de demora en atención de paciente fue de aproximadamente 10 horas tomando en cuenta la hora de realización de ecografía abdominal en la cual el especialista informa encontrar: “ÚTERO: En anteverso flexión, de tamaño y volumen conservado contornos regulares bien delimitados, paredes regulares. Cavidad uterina no ocupada.

Se observa masa heterogénea de 64X46 mm, de contornos irregulares que impresionan depender de anexo derecho, al estudio doppler, color muestra flujo periférico incrementado.” Según el ministerio de salud se incurrió en la cuarta demora (20).

Dentro de la clasificación o los tipos de embarazo ectópico, el presente caso clínico fue embarazo ectópico tubario complicado.

Los factores que pueden condicionar o determinar un embarazo ectópico entre otros está: el uso de DIU presencia de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico anterior, etc., es en este caso que la paciente no presentó ningún factor de riesgo consignado según los autores (5,6,13).

## **2.4. CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

Hubo demora en la atención y resolución del embarazo ectópico complicado, a pesar de tener evaluación clínica, datos de laboratorio y antecedentes ecográficos dificultando la atención oportuna y adecuada a la paciente.

### **SEGUNDA**

El tipo de embarazo ectópico que presentó fue tubárico siendo el tipo de mayor incidencia como le define Addi Mohamed (13) y por su comportamiento clínico fue EE no conservado.

### **TERCERA**

Las características clínicas que se presentaron son: dolor abdominal pélvico, embarazo ectópico derecho, embarazo ectópico complicado, embarazo ectópico tubárico.

#### **CUARTA**

Según anamnesis presentó antecedentes de cursar con enfermedad inflamatoria pélvica, considerando un factor de riesgo para el Embarazo ectópico.

### **2.5. RECOMENDACIONES**

#### **PRIMERA**

Se recomienda estandarizar y actualizar la atención por complicaciones obstétricas, según los protocolos vigentes y ser socializados con los demás profesionales de la salud no especialistas en ginecología y obstetricia, especialmente si se trata de atención a mujeres en edad fértil con factores de riesgo de presentar embarazo ectópico

#### **SEGUNDA**

Un EE de origen tubárico puede ser prevenible por lo que se recomienda a los trabajadores de salud orientar y recomendar a la población para impedir la presentación de algún trastorno que podría producir algún proceso de cicatrización o adherencias en las trompas de Falopio, así como EIP, ITS.

#### **TERCERA**

Se recomienda a los profesionales de la salud que trabajan en la estrategia de infecciones de transmisión sexual, brindar tratamiento oportuno y adecuado de producirse una enfermedad de transmisión sexual.

#### **CUARTA**

En los establecimientos del I nivel de atención establecer un radar de pacientes que presenten factores de riesgo realizando el seguimiento respectivo y ofrecer servicios constantes de orientación y consejería para la prevención de esta complicación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Protocolos de Medicina Maternofetal. Centro de medicina fetal y neonatal Barcelona. [en línea]. Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona [fecha de acceso 8de febrero de 2021]. Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/gestaci%C3%B3n%20ect%C3%B3pica.pdf>
2. Meira da la Costa; Arancibia Ulloa, Fernando Luis. Embarazo ectópico. Universidad Ciencia y Sociedad. Revistas Bolivianas 2013; No 9 [fecha de acceso 8 de febrero 2021].  
  
Disponible en:  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=en&nrm=iso)
3. Fernández A. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo [en línea]. 2011.[fecha de acceso 8de febrero de 2021]; No 1 V. 37 disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100010)
4. Salcedo Escobar V. Factores epidemiológicos y su incidencia asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el Hospital regional de Ayacucho Miguel Ángel Mariscal Llerena julio 2013 – junio 2017[Tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018

<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2418/SALCEDO%20ESCOBAR%20VICTOR%20HUGO%20-MAESTR%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Morales Baldeon M. Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico. [Tesis para obtener título de médico general]. Guayaquil. Universidad de Guayaquil. 2018.

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36313/1/CD%202755-%20MORALES%20BALDEON%20MARJA.pdf>

6. Mogrovejo Avila A. Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con embarazo ectópico ingresadas en el departamento de ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014-2015 [Tesis de especialista]. Cuenca. Universidad de Cuenca. Ecuador; 2016

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23715/1/TESIS58.pdf>

7. Vargas-Hernández Víctor Manuel, Hernández Fierro Marcos Jesús Rodolfo, Ventura Quintana Valeria, Tovar Rodríguez José María. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Ene 30]; 82(3): 338-344. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es)

<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300338>

8. Mamani Barboza A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico de las pacientes atendidas en el Hospital regional Manuel Nuñez Butron en el periodo de enero a diciembre en el año 2017. Universidad Nacional del Altiplano, Puno 2018  
  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani\\_Barboza\\_Alfredo\\_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8043/Mamani_Barboza_Alfredo_Vladimir.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Palomino Zevallos Wendi. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital de vitarte en el periodo enero-diciembre del 2015 [tesis de titulación] Lima Perú 2018.  
  
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1412/WZPALOMINOZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Silva Solovera S. Revisión bibliográfica de Embarazo Ectópico del 1992-2003. Servicio de Obst y Ginec Hosp Dr. Sótero del Río, Stgo de Chile. 2004. [citado 8 febrero 2021]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo-Ectopico/631999.html>
11. Chávez Reinoso J. Reporte de caso clínico y revisión de la literatura acerca de un embarazo ectópico abdominal tratado en el Hospital Eugenio Espejo. [Tesis para optar título de médico cirujano] Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de medicina; 2015
12. Jones h., Colston A. Tratado de ginecología de Novack. México: Interamericana; 2005

13. Addi Mohamed, Cuadri Artacho J. Navarro Repiso J. Embarazo Ectópico. [en línea]. 2015. [Fecha de acceso: 10 de febrero de 2021] disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
- <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13915/CASO%20CLINICO%20EMBARAZO%20ECTOPICO%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Ministerio de salud. Dirección General de salud de las personas. Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2004
15. Kaplan Francisco, Espinoza Oscar, Scheppeler Manuel, Cabrera David. Embarazo heterotopico: Una patología emergente. Rev. chil. obstet. ginecol. 2002; v.67 n.5 Santiago. [fecha de acceso 17 de febrero 2021]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000500013](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500013)
16. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo Ectópico [en línea] España. [Fecha de acceso 17 de febrero 2021]. Disponible en: [https://www.google.com/search?bih=789&biw=1600&rlz=1C1CHBF\\_esPE877PE877&hl=es-419&ei=SCItYJuvEuyEwbkP9aOQkA4&q=tipos+del+emb+ectopico&oq=tipos+del+emb+ectopico&gs\\_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EANQ7NguWP3nLmC97S5oAHACeACA Aa0FiAHtDpIBBzAuNC41LTKYAQCgAQGqAQdnd3Mtd2l6wAEB&sclient=gws-wiz&ved=0ahUKEwib8-6Ci\\_HuAhVsQjABHfURBOIQ4dUDCA0&uact=5](https://www.google.com/search?bih=789&biw=1600&rlz=1C1CHBF_esPE877PE877&hl=es-419&ei=SCItYJuvEuyEwbkP9aOQkA4&q=tipos+del+emb+ectopico&oq=tipos+del+emb+ectopico&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EANQ7NguWP3nLmC97S5oAHACeACA Aa0FiAHtDpIBBzAuNC41LTKYAQCgAQGqAQdnd3Mtd2l6wAEB&sclient=gws-wiz&ved=0ahUKEwib8-6Ci_HuAhVsQjABHfURBOIQ4dUDCA0&uact=5)

17. Meira Da La Costa A., Arancibia F. Embarazo Ectópico. Revistas Bolivianas. Universidad, ciencia y sociedad. 2013. no.9 [en línea] 2013 [fecha de acceso 12 de febrero 2021], disponible en :  
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882013000100008&lng=en&nrm=iso)
18. Ma Lovo C. G. Embarazo ectópico [en línea]. Matagalpa Nicaragua: 2014 [fecha de acceso 17 de febrero 2021] disponible en:  
[https://es.slideshare.net/Dra\\_Lovo/embarazo-ectopico-32869979](https://es.slideshare.net/Dra_Lovo/embarazo-ectopico-32869979)
19. Santamaría E. Fernández-Sánchez Manuel. Embarazo ectópico y tratamientos de reproducción asistida. Guía 3. Sociedad española de fertilidad [en línea] Sevilla [fecha de acceso 17 de febrero de 2021] disponible en:  
<https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoEctopico.pdf>
20. Ministerio de salud. Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/CDC-V.02. Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna, aprobada por resolución Ministerial 778-2016 Lima Peru.