



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA**

**TRABAJO ACADÉMICO**

**“EMBARAZO ECTÓPICO COMPLICADO EN PACIENTE**

**TERCIGESTA EN HOSPITAL II-2 HUARAZ, 2018”**

**PRESENTADO POR**

**LIZARDO VILLAORDUÑA, CARMEN MARIA**

**ASESOR**

**Dra. SOLIS ROJAS, MIRIAN TERESA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO  
RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	I
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	II
RESUMEN.....	III
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Descripción del problema .....	1
1.2. Justificación.....	2
1.3.1 Antecedentes .....	4
1.3.2 Bases teóricas .....	6
CAPÍTULO II.....	17
CASO CLÍNICO.....	17
2.1.- Objetivo: .....	17
2.1.1. Objetivo General .....	17
2.1.2. Objetivos Específicos.....	17
2.2.- Datos clínicos relevantes .....	18
2.3. Discusión.....	30
2.4. Conclusiones .....	31
2.5 Recomendaciones.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33

## RESUMEN

Embarazo Ectópico complicado es muy riesgoso, sobre todo por la demora del diagnóstico de la enfermedad, se ve una alta incidencia de morbimortalidad materna por el hemoperitoneo debido a rotura uterina lo que conlleva a shock hipovolémico. Presento el siguiente caso clínico de paciente tercigesta, que fue atendida en el hospital de Yungay con estancia de 8 horas, después de ese tiempo realizan un descarte de embarazo con resultado positivo por lo que deciden realizar la referencia al Hospital de Huaraz a la unidad de Emergencia, con factor de riesgo de aborto ectópico recurrente.

Paciente es recibida y evaluada por Gineco obstetra quien diagnóstica Embarazo Ectópico complicado, shock hipovolémico; inmediatamente se realiza una transfusión antes de ingresar a sala de operaciones. Paciente presenta paro cardíaco durante el acto operatorio hacen el llamado al Uciólogo realizan reanimación cardio pulmonar básico y avanzado paciente con estado desfavorable con falla multiorgánica y shock multifactorial pasa a uci evolución desfavorable, después de dos días fallece la paciente.

El trabajo es una revisión donde se concluye que el diagnóstico oportuno y la determinación de las complicaciones fueron equivocados y tardíos, después de la atención y evaluación de Gineco Obstetra empezó el tratamiento, los procedimientos en relación a los protocolos del establecimiento.

**Palabras claves:** Muerte Materna, Shock hipovolémico, Embarazo ectópico complicado.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Descripción del problema**

En diversos países de América Latina la incidencia es similar y varía en 1 por cada 200/500 embarazos, eso es aproximadamente tener de cada 100 nacimientos 1.6 a 2 embarazos ectópicos (EE). Dependiendo de la ubicación geográfica esta incidencia se ve incrementada en los inicios de la vida sexual activa, a edades muy tempranas y en mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica. Esta patología es una de las causas más frecuentes de muerte, considerándose la que más riesgo genera en el primer trimestre de embarazo <sup>(1,2,3)</sup>.

Hay diversos tipos de embarazo ectópico, siendo el embarazo intersticial el que presenta una incidencia de 9%. A medida que se han ido incrementado el uso de anticonceptivos, técnicas de mejorar la fertilidad, e incremento de parejas sexuales, la incidencia de embarazos ectópicos ha incrementado. En la última década la tasa de EE se cuadruplicó, sin embargo, el riesgo de muerte disminuyó en un 90% (de

35.5 a 3.8 muertes por 10 000) de gestaciones ectópicas. La tasa mortalidad aún es 10 veces mayor en un país en vías en desarrollo que en un país desarrollado, donde hay tasas entre 0.1 y 0.3% <sup>(4)</sup>.

Determinar la triada que muestra los signos y síntomas de EE son un reto que la ciencia médica aún no termina de descifrar lo que genera un reto importante, esta triada en muchos casos no se presenta de manera clara y complica el diagnóstico, aunque cada vez son más conocidas las causas, entre ellas tenemos: alteración histológica y anatómica de las trompas de Falopio, alteración hormonal, la motilidad tubárica alterada <sup>(5,6)</sup>. Entre otras causas tenemos el fumar, múltiples parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, embarazo ectópico previo, etc. <sup>(5)</sup>.

## **1.2. Justificación**

Es un momento penoso y duro para la mujer cuando se presenta algunas complicaciones durante el embarazo, así como para sus parejas, familiares y como en este caso un embarazo ectópico complicado, en que no se reconoció de manera oportuna los síntomas que se presentaron, y no determinaron el diagnóstico certero y no se realizó el tratamiento correcto, llevando a una complicación innecesaria que conllevó a un riesgo para la vida de la mujer que la llevó hasta la muerte materna.

El motivo de revisar este caso clínico, es por el incremento desmedido de casos que se presenta en nuestra Región Áncash en especial en la Provincia de Huaraz, ya que la mayoría de las usuarias desconocen los síntomas, por lo tanto se hace un diagnóstico errado, tardío, adicionalmente también por las secuelas que puede dejar, siendo una de las primeras causas de mortalidad materna en los primeros tres meses de embarazo en nuestra región y por qué no decir en nuestro país, a pesar de todo

el tiempo se ha tratado de que se disminuya con las diferentes estrategias sanitarias, como la captación precoz de la madre gestante, reconociendo los signos y síntomas de alarma, la atención y la vigilancia por personal profesional capacitado en la atención obstétrica, su ingreso al seguro integral de salud de las gestantes.

Esta incidencia sigue en aumento en los últimos años, por lo tanto, es importantísimo reconocer los síntomas de dicha patología para determinar el diagnóstico oportuno y precoz para disminuir las complicaciones maternas y muerte materna.

Es reconocido por todo el país que una Muerte Materna, es una estadística muy alarmante para el país y el mundo, por lo que se ve la alta ausencia o una acción deficiente de los diferentes servicios de atención de salud ante la alta tasa de casos de patologías durante el embarazo, por lo tanto los gobiernos nacionales, regionales a través de su Ministerio de Salud deben comprometerse en optar en disminuir la estadística, de esa manera ver dicho desarrollo de nuestro pueblo y comprometernos en brindar una atención demostrando una actitud humanitaria y responsable.

Es por este motivo que se procede a revisar el siguiente caso clínico, por lo que se tratara de saber e identificar la incidencia, las complicaciones que conlleven a riesgo, los signos y síntomas a través de la particularidad clínica-quirúrgica del embarazo ectópico complicado, así como el diagnóstico inmediato, y la referencia precoz, oportuno para la intervención quirúrgica adecuado de estos casos, en especial de los establecimientos de salud de primer nivel de atención a los establecimientos de mayor nivel de complejidad de atención.

### 1.3. Marco teórico

#### 1.3.1 Antecedentes

##### a. Antecedentes Internacionales

**Petrini A, et al. (2020).** Es un estudio que evalúa la tasa de recidiva de embarazo ectópico, en función a los factores de riesgo entre las que destacan las adherencias pélvicas, la cirugía pélvica previa. La tasa encontrada esta entre 10 y 20%, sin embargo, no se conoce como reducir esta tasa, no se comprende de manera clara los riesgos y todo ello impide evaluar con mayor precisión la patología <sup>(6)</sup>.

**Bertín f, et al. (2019).** Es una revisión de un tipo de embarazo ectópico poco frecuente, que es el embarazo cornual, y que tiene alta tasa de muerte materna. Se muestran dos casos de este tipo de embarazos, diagnosticados por ecografía, un caso sintomático y otro asintomático, en esta revisión se describen las tasas e incidencia de las mismas <sup>(7)</sup>.

**Louis J, et al. (2017).** Estudio realizado en 100, 197 pacientes para identificar riesgos de EE, en la que se describió las características demográficas, mostrando mayor riesgo las mujeres de 41 a 45 años. Además, se halló que hay un alto grado de recurrencia con un OR de 8.17, otra característica encontrada es que mujeres con problemas psiquiátricos tiene alta incidencia <sup>(8)</sup>.

**Islam A, et al (2017).** Estudio transversal que analiza los embarazos ectópicos durante 2 años, encontrándose una incidencia de 0.65%, se evalúa características sociodemográficas, factores de riesgo entre los más destacables, la enfermedad inflamatoria, cirugías previas en el abdomen, embarazos ectópicos previos, formas diagnosticas, y se concluye que la amenorrea y el dolor son los síntomas identificables en esta patología <sup>(9)</sup>.

**Escobar B, et al (2016).** Estudio caso control que evalúa las características asociadas a un embarazo ectópico, entre los factores de riesgo están el fumar, el uso de DIU, multiparidad, dolor pélvico y otros factores de riesgo importante, este estudio calcula la tasa de frecuencia en 1/122 nacidos vivos <sup>(10)</sup>.

***b. Antecedentes Nacionales***

**Elías J. (2020).** Evaluación de casos de embarazo ectópico a diferente edad gestacional y el riesgo que se va incrementando a medida que aumentan las semanas de gestación, para evaluar el manejo, se muestra las acciones tomadas según el caso, y se analiza la triada de síntomas característicos y el uso de la ecografía <sup>(11)</sup>.

**Loayza J. (2018).** Describe el reporte de un caso de paciente con embarazo ectópico recidivante por anidación del ovulo en cicatriz de histerotomía previa, se hace el desarrollo de las acciones que se tomaron en el caso y cuáles fueron las consecuencias en la paciente <sup>(12)</sup>.

**Carbajal L. (2016).** Estudio desarrollado en un hospital del sur del Perú, durante 5 años en las que se encontró un total de 181 casos, entre los hallazgos principales tenemos que la edad es en promedio 28,91 años, cerca del 4% tuvo antecedente de embarazo ectópico, 2,21% reporto EPI, dolor abdominal en el 97.79%, y 81.22% tuvo sangrado menstrual irregular <sup>(13)</sup>.

**Beltrán J. (2016).** Estudio caso control realizado en la zona central del Perú en 156 pacientes, mostrando mayor riesgo las mujeres de entre 41 y 45 años, primíparas y que usan métodos anticonceptivos y antecedentes ginecológicos. Además de ello se realiza el análisis demográfico y descriptivo de las variables usadas <sup>(14)</sup>.



**Illanes R, et al. (2016).** Se evaluó la sintomatología clínica de cada una de las pacientes atendidas en el interior del país que presentaron embarazo ectópico, entre los hallazgos más saltantes tenemos: antecedente de EE, uso de anticonceptivo oral de emergencia, dolor pélvico, metrorragias <sup>(15)</sup>.

### **Bases teóricas**

#### **DEFINICION:**

Es el desarrollo del embrión fuera de la matriz uterina, tiene una incidencia que oscila entre 1 y 2% y su diagnóstico se da entre la 6ta y 10ma semana, la ubicación más común es el cuerno de la trompa uterina en el 95% de los casos, seguido de la zona ampular, ovárica y abdominal <sup>(16)</sup>.

#### **EMBARAZO ECTOPICO ROTO**

Es el tipo de caso caracterizado por la hemorragia debido a la rotura de tejidos que lo hospedan.

#### **FISIOPATOLOGÍA**

El embarazo ectópico se da luego de la fecundación y está relacionado a alguna lesión en la zona tubárica de las trompas de Falopio, modificando el tránsito del ovocito y generando un cambio, retraso o impidiendo el traslado al útero <sup>(17)</sup>.

En su estructura las trompas no poseen una capa submucosa, por lo que el ovulo fertilizado pasa al epitelio y luego de ello se produce la implantación en la capa muscular <sup>(18)</sup>.

#### **A. CAMBIOS EN LA TROMPA:**

- La implantación se produce entre los dos pliegues de la mucosa, en este lugar los cambios son menores, los músculos presentan hiperplasia e hipertrofia, mientras los vasos se edematizan. De esta manera el blastocisto atraviesa la mucosa y se ubica entre la cubierta peritoneal lo que se denomina implantación intramuscular, formándose una capsula de fibrina, con un epitelio laxo en fibras musculares. Una vez producido esto los vasos sanguíneos tienden a erosionar y esta sangre se acumula entre el blastocisto y a la capa serosa, esta acumulación puede derramarse y causar un hemoperitoneo. La sobredistensión del perineo causa dolor agudo lo que genera rotura tubárica y la serosa sufre necrosis.

En todos los casos de embarazo ectópico roto se observa hemoperitoneo, que no hay un crecimiento normal del trofoblasto y que la producción de hCG (gonadotropina coriónica) es inadecuada.

#### **B. CAMBIOS EN EL ÚTERO:**

La progesterona influye en que se libere el cuerpo lúteo, en el nivel de estrógenos y hCG, y por consiguiente el crecimiento uterino. La decidua empieza a desarrollar como si fuera un embarazo normal, con la excepción de no contener vellosidades coriónicas. Si los niveles de hCG disminuyen, las demás cargas hormonales también se reducen, desprendiéndose el endometrio y generando sangrado uterino, en ocasiones esto se desprende como un molde decidual lo que a menudo se confunde con un aborto espontáneo <sup>(19)</sup>.

## **ETIOLOGIA**

El factor común es la demora en el traslado del ovulo a través de las trompas de Falopio generalmente ocasionado por una lesión en la superficie de la mucosa producto de inflamaciones e infecciones: <sup>(20)</sup>

### **a. Salpingitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)**

El epitelio de revestimiento pierde los cilios y por consecuencia hay un deterioro del movimiento muscular, se observa disminución de la luz de la trompa, así como la formación de múltiples adherencias en la mucosa, mayor zona de adherencia en la mucosa, todo ello causado generalmente por la Chlamydia Trachomatis, la TBC tubárica, enfermedad pélvica inflamatoria.

### **b. Iatrogénica:**

- **Fallo de la anticoncepción:** La anticoncepción te condiciona a un embarazo ectópico sobre todo si se usa: <sup>(21)</sup>

- TCu 380A (DIU): esta previene en 9/10 del embarazo, pero incrementa las tasas de embarazo tubárico, esta puede disminuir con la TCu 380A y el levonorgestrel.

- Ligadura de trompas: En caso se dé una gestación, esta puede hasta en un 50% ser ectópico.

- Uso de píldora de emergencia altera la motilidad tubárica lo que incrementa la probabilidad de un EE.

- **Otros factores:**

\* Antecedentes personales incrementa la probabilidad en un 15%.

## **FACTORES DE RIESGO**

El daño epitelial de la trompa de Falopio puede causar el EE, así como también:

(22,23)

- a) Infección en la zona tubárica
- b) Inflamación de la zona ístmica
- c) Antecedente de EE
- d) Métodos de control de la natalidad
- e) Cirugía previa de la zona tubárica
- f) Uso de tabaco
- g) Antecedente de aborto
- h) Infecciones a repetición
- i) Métodos de reproducción asistida

## **LOCALIZACIÓN**

El 98% de las implantaciones se da en la trompa de Falopio, sin embargo un 2% se da fuera de ella, distribuyéndose de esta manera: ampolla 79%, istmo 12%, fimbria 6% y la zona del intersticio 2%.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Esto puede realizarse con:

- a. **Torsión de quiste de ovario y apendicitis aguda:** no se presenta retraso menstrual, dolor abdominal bajo leve y tampoco se evidencia alguna masa pélvica, y los valores de hCG son negativos.

b. **Aborto:** esta entidad produce hemorragia profusa e intensa, además de ello, dolor en hipogastrio, al examen físico esta dilatado el orificio cervical externo con hemorragia profusa.

c. **Rotura de cuerpo amarillo o quiste folicular:** es algo complicado diferenciar el sangrado intraperitoneal por lo que se necesita dosar hCG

d. **Salpingitis aguda:** se presenta dolor a ambos lados, leucocitosis e incremento de la temperatura a más de 38 °C. <sup>(24)</sup>

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Las características clínicas del embarazo tubárico son pocas, estas están relacionadas a cambios patológicos de la implantación, sin embargo se pueden diferenciar en tres tipos:

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

### **a. EMBARAZO ECTÓPICO AGUDO:**

Este tipo de embarazo está asociado a rotura de trompas o a aborto secundario a hemoperitoneo.

**Perfil del paciente:** hay dos situaciones:

- (1) Mayor incidencia en mujeres menores de 30 años.
- (2) Nuliparidad o periodo de infertilidad relativamente largo.

**Modo de inicio:**

De inicio agudo, se dice que el 33% de los casos evidencia molestias antes de tener síntomas agudos.

**Síntomas:**

- Amenorrea (75%), dolor abdominal (100%), sangrado vaginal (70%).
- El dolor es lo más usual, de forma aguda, tipo cólico, localizada en el hipogastrio, con irradiación unilateral y bilateral.
- El dolor suele irradiarse desde la extremidad inferior hasta el hombro, en un 25%.
- Amenorrea por un periodo de 6 a 8 semanas.
- En un 5% de los casos hay un sangrado vaginal leve.
- El síncope debido a alteraciones vasomotoras en un 10%.

**b. EMBARAZO ECTÓPICO NO ROTO:**

Este diagnóstico tiende en muchos casos a ser errado, se debe hacer un diagnóstico diferencial sobre todo cuando una mujer es sexualmente activa y presenta dolor abdominal y sangrado anormal, generalmente en mujeres con factores de riesgo.

**Síntomas:** Hay un sangrado intermenstrual con características de un probable embarazo, molestias en el flanco con dolor tipo cólico.

**Signos:** a la evaluación se evidencia:

- (i) Evidencias de embarazo incipiente.
- (ii) Una masa bien delimitada, que separa el cérvix del útero.

La evaluación debe ser suave pues puede precipitarse la rotura, generar una hemorragia, shock y colapso circulatorio.

**Investigaciones:** Con el uso de la hCG, laparoscopia y la ecografía transvaginal se diagnostican de manera más precoz un embarazo ectópico antes de que se rompa.

### **c. EMBARAZO ECTÓPICO CRÓNICO O ANTIGUO (EEC)**

Este tipo de embarazo ocasiona repetidos episodios de hemorragias menores, pero que es suficiente para degenerar el trofoblasto, parando la producción de HCG, causando una reacción inflamatoria.

Se relaciona con pruebas de hCG negativas y la formación de un hematoma que degenera vellosidades y adherencias alrededor del mismo.

**Sintomatología:** Tenemos: amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal anormal. En el examen ecográfico se evidencia una tumoración que hace la diferencia con el cuadro agudo. Los síntomas, dolor y amenorrea son más remotos (25).

## **DIAGNOSTICO**

Para el diagnóstico se puede utilizar la ecografía transvaginal y la hCG en sangre. (26).

### **1. Clínico:**

- La paciente generalmente no conoce acerca de su embarazo y piensa que es un retraso, y no que están teniendo un aborto, cerca del 50% no muestra riesgos reconocibles y el otro 50% tiene los síntomas clásicos del embarazo ectópico (27).
- Se reporta que no hay sangrado vaginal en el 30%, tampoco dolor pélvico en el 10%.

- La zona más frecuente de este tipo de embarazo es la trompa de falopio, en toda mujer que tiene dolor abdominal y sangrado se debe de pensar en un embarazo ectópico <sup>(27)</sup>.

## **2. Exámenes Complementario**

### **2.1 Laboratorio:**

1. Hematocrito: Con este examen se valora el volumen de sangrado intraperitoneal y el estado hemodinámico de la paciente.

2.  $\beta$ -hCG: Este análisis en sangre u orina es positivo en el 100% de los casos de un embarazo ectópico, pero este examen no hace diferencias entre un embarazo ectópico y uno normal, aunque tomarlo en serie puede ayudar en el diagnóstico, en una gestación normal a las 48 horas el valor se incrementa en más del 50%.

3. Progesterona: valores menores a 5 ng/ml, tiene una especificidad de 100% para identificar un embarazo ectópico, pero ello no detecta la ubicación del mismo. Los valores mayores a 20 ng/ml están asociados a embarazos intrauterinos normales. Los valores entre 5 y 20 ng/ml no son determinantes. <sup>(28)</sup>

### **2.2 Ecografía:**

Este paso debe realizarse cuando se tiene una prueba positiva de embarazo.

a.- 1er paso, evaluar la presencia del saco gestacional en la cavidad uterina.

b.- 2do paso: valorar el líquido en el Fondo de Saco de Douglas.

c.- 3er paso: evaluar los anexos tubáricos. <sup>(29)</sup>

La ultrasonografía dará resultados que se modifican con la edad gestacional.



a. **Hallazgos intrauterinos:** Si este hallazgo se realiza se excluye casi al 100% de toda posibilidad de un embarazo ectópico.

Se sospechará de un embarazo ectópico en caso de:

- Engrosamiento del endometrio de tipo ecogénico.
- Se observa un pseudosaco gestacional en el centro del útero, esta tiene una reacción decidual delgada y es irregular.
- Los quistes deciduales, con un diámetro entre 1 a 5 mm se ubican en la decidua, lejos de la cavidad endometrial. Estas se localizan en la unión del miometrio y el endometrio.

b. **Anexos:** Los hallazgos en la zona anexial son variables, van desde una masa hasta un saco gestacional con embrión vivo en su interior.

c. **Fondo del saco de Douglas:** Mediante la ecografía se puede visualizar líquido libre en el fondo de saco, que puede o no estar asociado a una masa anexial, en casos de rotura tubárica se encuentran elementos ecogénicos difusos y podría haber hematomas, coágulos, etc. <sup>(30)</sup>

## **TRATAMIENTO**

### **1. Médico:**

Se utiliza la combinación de Metotrexato (MTX) asociado o no al Ácido Fólico, este tratamiento se recomienda en pacientes con: EE no roto, hemodinámicamente estable, con un saco gestacional menor de 3.5 cm, sin sangrado y ante la ausencia de latido cardíaco embrionario y un nivel de hCG menor a 2000 mUI/ml en sangre.

Entre las contraindicaciones tenemos el dar de lactar, tener hipersensibilidad al medicamento, disfunción hepática, renal, hematológica y enfermedad ácido péptica.

En general hay diversos manejos: mono dosis, dos dosis y multidosis.

**Metotrexato de dosis única o mono dosis:** Este es el tratamiento más utilizado en el embarazo ectópico, existe varias monodosis, pero la más usada es la de 50 mg / m<sup>2</sup> basada en el área de superficie corporal.

El manejo debe ser vigilado de manera cercana, se debe valorar el nivel de hCG una vez utilizado el MTX a los 4 y 7 días después del uso del medicamento, en caso haya una disminución del 15% o más de los valores de hCG se considerará efectivo el tratamiento <sup>(31)</sup>.

#### **Metotrexato en “dos dosis”**

Este tratamiento se da en dos etapas, a los 4 y a los 7 días, y aunque el tratamiento no es el usual, estudios indican una efectividad de 87%.

#### **Metotrexato multidosis**

Este tratamiento indica la administración de 1 mg/kg, de MTX 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.

Valores de hCG menores de 40% se consideran un éxito, el seguimiento se debe hacer hasta que los valores sean indetectables <sup>(32)</sup>.

## **2. Quirúrgico:**

Este se indica en caso haya falla del tratamiento médico, la paciente no este hemodinamicamente estable, rotura de embarazo ectópico, coexistencia de un embarazo intrauterino, patología debido a fecundación in vitro <sup>(33)</sup>

La terapia de elección en este momento es la salpingectomía laparoscópica <sup>(34)</sup>.

### **COMPLICACIONES**

La complicación más frecuente es la rotura de la trompa, que conlleva a un sangrado profuso, shock hipovolémico y la muerte.

La conducta a seguir en caso se presente será:

Hospitalizar a la paciente, estabilizar sus funciones vitales, e iniciar una transfusión sanguínea, ingresar a sala de operaciones para extirpar el producto y sus anexos, de ser posible se debe reconstruir la trompa de Falopio o extraer la misma en caso este dañada <sup>(35)</sup>.

### **PRONÓSTICO**

Depende del diagnóstico, del momento en que se hace, de cuando se empieza el tratamiento, además de la localización del EE y de la capacidad de resolución del hospital.

Una de las complicaciones más importantes es la infertilidad <sup>(36)</sup>.

### **PREVENCION**

- Usar preservativos, no tener muchas parejas sexuales, evitara tener una enfermedad inflamatoria <sup>(35)</sup>.

- Se debe acudir con frecuencia al médico para el control y prevención de factores de riesgo que permitan poder tener en un futuro un nuevo embarazo <sup>(36)</sup>.

## **CAPÍTULO II**

### **CASO CLÍNICO**

#### **2.1.- Objetivo:**

##### **2.1.1. Objetivo General**

- Reconocer factores de riesgo del embarazo ectópico anterior

##### **2.1.2. Objetivos Específicos**

- Realizar la detección oportuna de un embarazo ectópico complicado en la gestante.
- Conocer el manejo obstétrico en casos de embarazo ectópico complicado, shock hipovolémico y muerte materna.

#### **2.2.- Datos relevantes del caso clínico.**

**07 DE MARZO 2018**

**15:35 HORAS, EMERGENCIA HOSPITAL II-2 HUARAZ 2018**

## **ANAMNESIS:**

### **1.1 Filiación**

- Ama de casa, de instrucción primaria, que es referida de un hospital de Yungay.

### **1.2 Antecedentes:**

#### **a. Antecedentes Personales**

- Niega antecedentes patológicos
- Alergias: Niega
- Antecedentes Quirúrgicos: Embarazo ectópico hace 3 meses que fue operada en el hospital Huaraz II-2

#### **b. Antecedentes Gineco-obstétricos**

- Menarquia: no registra datos
- FUR: 28/12/2017
- FPP: 05/10/2018
- EG:
- G3 P1011
- P1: agosto 2014 parto vaginal, sin complicaciones durante el parto y puerperio
- Ab 1: 28 de noviembre 2017 Embarazo Ectópico
- No utiliza métodos de anticoncepción

#### **c. Antecedentes familiares**

- Niega antecedentes

**Servicio de emergencia: 07 de Marzo del 2018, 15:35 horas**

Gineco Obstetra evalúa a paciente.

### **1.3. Enfermedad Actual:**

a. Paciente con 12 horas de enfermedad.

#### **b. Síntomas principales:**

Dolor intenso en región abdominal que se irradia a fosa iliaca derecha y región lumbar, además refiere náuseas y vómitos.

#### **c. Historia de la enfermedad:**

Paciente llega procedente del hospital Yungay I a la emergencia del hospital II-2 Huaraz, es traída por personal técnico y familiar, el día 07 de Marzo 2018 a las 13:50 horas, paciente ingresa hace 8 horas refiriendo dolor intenso en región abdominal, dolor que se irradia de la fosa iliaca derecha y región lumbar, acompañado de náuseas y vómitos. Ingresa con hoja de referencia con los diagnósticos de: Segundigesta sin control/ anemia/ D/C Embarazo Ectópico D/C Síndrome Doloroso en Fosa Ilíaca Derecha.

#### **d. Examen físico:**

Funciones Vitales: P/A: 80/60 mmHg FC: 159 x' FR: 22 x' T°: 37 °C, SpO2: 88 %  
Peso: 52 kg.

Paciente en estado soporoso, pálida, afebril, mucosa oral: secas, quejumbrosa. Oro faringe: normal, tórax: simétrica amplitud conservada, corazón: no soplos, Abdomen: globuloso con dolor a la palpación superficial y profunda, genitales externos: sangrado vaginal no se evidencia, neurológica: soporosa.

#### **e. Impresión Diagnostica Emergencia:**

1. Embarazo Ectópico Complicado
2. Hemoperitoneo abundante
2. Shock Hipovolémico

**f. Plan/indicaciones:**

1. Sala de Operaciones
2. NPO
3. CINA 9% cc a chorro
4. Haemacel a chorro
5. Transfusión 3 paquete Globular
  - 1 paquete antes previo a SOP
  - 2 paquetes posterior
6. Ceftriaxona 2gr EV. Stat
7. Pasa a Sala de Operaciones

**07 Marzo 2018 hoja de evolución obstétrica:**

**15:35 hrs**

Gestante de 25 años de edad acude a emergencia referida del hospital de Yungay con diagnóstico de segundigesta sin control, tiene antecedente de embarazo ectópico hace 3 meses.

Al examen LOTEPE, AREG.

- Facies y mucosas pálidas
- Abdomen doloroso a la palpación
- Genitales externos ausencia de sangrado vaginal

Medico realiza ecografía y determina que es embarazo ectópico complicado más hemoperitoneo

Medico programa para sala de operaciones, transfusión sanguínea

Funciones Vitales: FC: 159x´ P/A: 80/60, T°: 37°C, sPO2: 89 %

**07 Marzo 2018 notas de enfermería tópico de emergencia:**

**16:00 hrs**

Paciente adulta de sexo femenino ingresa a tópico por presentar dolor abdominal intenso, paciente en mal estado general, paciente en estado de shock, no responde, no se percibe P/A, acceso venoso difícil, paciente pasa a sala de operaciones.

**17:30 hrs**

Toma de muestra de sangre en pleno transfusión sanguínea

**07 de Marzo 2018 Notas de Médico Cirujano:**

No registra hora

Solo hay reporte donde menciona que acude al llamado de sala de operaciones porque paciente ha presentado paro cardiaco durante el acto operatorio por presentar embarazo ectópico complicado más shock hipovolémico, se le realiza maniobra de RCP básico y avanzado, se le administra adrenalina, nitrato de sodio, atropina.

No hay respuesta cardiaca inicial.

Se le realiza desfibrilador eléctrico por 3 veces

Se le brinda masaje cardiaco, se obtiene latido cardiaco luego de más menos 25 minutos de RCP

Al examen post RCP

Pupilas midriáticas no reactivas, reflejo corneal negativo

Examen de Glasgow 3/15 COMA SEVERO



Ventila con apoyo ventilatorio mecánico, se continua con el proceso operatorio, al terminar se indica pasar a la unidad de cuidados críticos para brindar tratamiento.

### **07 de Marzo 2018 Notas de ingreso a UCI**

**18:50 hrs**

Paciente de 21 años

Procedente de Yungay

Ama de casa, conviviente

Paciente ingresa de SOP post operada de laparotomía exploratoria, por embarazo ectópico complicado más shock hipovolémico en sala de operaciones presenta paro cardiaco se le realizo RCP básico y avanzado con respuesta cardiaca y con gran inestabilidad hemodinámica.

Objetivos pérdida sanguínea de más menos > 3000 ml de sangre libre en cavidad

Al momento con shock hipovolémico y con gran inestabilidad hemodinámica y en estado de post paro cardiaco pasa a UCI para tratamiento apoyo ventilatorio mecánico; administración de inotrópicos.

#### **ANTECEDENTES:**

RAMS (-)

Embarazo ectópico hace 3 meses

P 1011

#### **EXAMEN FISICO**

P/A 108/88 mmHg FC 109X' FR 18X' SpO2 90%

Con tubo endotraqueal, más apoyo ventilatorio mecánico con palidez piel y mucosas llena capilar > 3 segundos, pupilas midriáticas, no reactivas con mirada divergente hacia al lado externo bilateral.

Pulmones se auscultan subcrepitos

Abdomen blando, herida operatoria con secreción hemática

### **DIAGNOSTICO**

- 1.- Síndrome post RCP
- 2.- Shock hipovolémico/ distributivo
- 3.- Post operado inmediato de LE por embarazo ectópico complicado por Shock hipovolémico y hemoperitoneo
- 4.- Coma severo por paro cardiaco por RCP
- 5.- Poli transfundida
- 6.- Anemia aguda severa, D/C CID
- 7.- Insuficiencia respiratoria con ventilación mecánica

Pronóstico muy reservado

### **PLAN: 07 de Marzo 2018**

**19:30 hrs**

- Ventilación mecánica
- Inotrópicos para mejorar presión arterial, monitoreo de diuresis
- Colocación de C.V.C.
- Anestesia local, se comprueba retorno venoso.

### **07/03/2018 INDICACION MÉDICA**

**19:58**

1. NPO
2. ClNa9 % 1000 cc + bicarbonato de sodio 8.4% 8 amp.
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/24 hrs
4. Clindamicina de 600 mg EV c/ 8 horas
5. Ciprofloxacino 400mg EV c/ 12 horas
6. Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs
7. Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs
8. Fitomediona 10 mg EV c/8 hrs
9. Gluconato de calcio 1 amp. EV c/ 8 horas
10. Hidrocortisona 100mg EV c/ 8 horas
11. Bicarbonato de sodio 8.4% EV stat
12. Transfusión de paquete globular 4 und
13. Tramadol 100mg EV c/ 8 horas
14. I/C a ginecología
15. Clorfenamina 1mg Ev C/ 8 horas

**21:00 hrs**

P/A 88/58 mmHg FC 120X´ FR 25X´ SpO2 89%

Paciente con evolución desfavorable, P/A inestable a pesar de la administración de inotrópicos, diuresis crítica (0) en 2 Horas, con pupilas midriáticas más menos 9cm, no reactivas, Glasgow 3/15

Se drena secreciones hemáticas de cavidad bucal

Evolución desfavorable, pronóstico muy reservado, se informa a familiares a esposo y hermana.

**23:00 hrs**

P/A 76/42 FC 129X' FR 23X' SpO2 98%

Paciente crítica con inestabilidad hemodinámica diuresis 15cc/hora

De no mejorar presión arterial con noradrenalina, se iniciará infusión de adrenalina,  
pupilas midriáticas no reactivas

**08 de Marzo 2018**

P/A 56/46 mmHg FC 136X' FR 20X' SpO2 90%

**03:00 hrs**

Paciente en estado crítico con presión arterial bajo a fase de tener soporte de  
inotrópicos, no hay diuresis, palidez 3/3 piel y mucosas.

Cursa con evolución desfavorable y con mal pronóstico

Ginecología aun no evalúa paciente

Familiar está informada del pronóstico de la paciente

P/A 78/41 mmHg FC 131X' FR 16X' SpO2 83%

**08:00 hrs**

Paciente con anemia severa + acidosis metabólica no hay respuesta a supresores

Al examen: con ventilación mecánica, pupilas midriáticas no reactivas, reflejo  
corneal negativo, sin sedación en coma severo, con taquicardia, no soplos, con pulso  
débil.

**DIAGNOSTICO:**

- Síndrome post RCP
- Coma severo
- Shock distributivo/ hipovolémico + falla multiorgánica

- Post operado LE X embarazo ectópico complicado + shock hipovolémico + hemoperitoneo
- Acidosis metabólica + anemia severa
- Poli transfundido
- CID

Evolución desfavorable, mal pronóstico

### **08/03/2018 INDICACION MÉDICA**

#### **07:50**

1. Idem
2. Transfusión de 01 paquete globular de sangre compatible
3. I/C a ginecología 2 da
4. AGA + Electrolitos séricos

#### **Exámenes de laboratorio:**

**08 Marzo 2018**

#### **Hematología:**

1. Hemoglobina: 4.96 gr %
2. Hematocrito 16 %
3. Recto leucocitos 14, 600 mm<sup>3</sup>
4. Abastados: 15 %
5. Segmentados. 66 %
6. Linfocitos: 19 %
7. Creatinina: 2,9 mg/dl
8. Tiempo de coagulación 10´ TS 4´
9. Plaquetas 70.000

**08 Marzo 2018**

**05:00**

**Hematología:**

1. Hemoglobina: 6.00 gr %
2. Hematocrito 20 %
3. Plaquetas 76.000

**09 de Marzo 2018**

P/A 56/46 mmHg FC 136X' FR 20X' SpO2 90%

**11:30 hrs** Paciente que presenta nuevo episodio de paro cardíaco a más menos a las 11:20, se realiza RCP básico y avanzado, se administra adrenalina, atropina, bicarbonato de sodio, masaje cardíaco, no hay respuesta positiva a RCP, FC 0, pupilas midriáticas, no reactivas no hay reflejo corneal

Hora de fallecimiento 11:40 hrs

**DIAGNOSTICO:**

1. Embarazo ectópico complicado roto + shock hipovolémico
2. Síndrome post RC
3. Falla multiorgánica
4. CID (coagulación intravascular diseminada)

**09/03/2018 INDICACION MÉDICA**

**07:38**

1. Idem
2. Transfusión de 01 paquete globular de sangre compatible

Observación en total se transfundió 07 unidades de paquete globular.

### **REPORTE OPERATORIO**

Dx. PRE OPERATORIO: Embarazo Ectópico Complicado y shock hipovolémico

Dx. POST OPERATORIO: (Idem)

OPERACIÓN REALIZADA: Laparotomía exploratoria

TIPO ANESTESIA: General inhalatoria

FECHA: 07 de Marzo 2018

**HALLAZGOS:** Sangrado en cantidad más menos 3,000cc, anexo derecho roto

Condición de paciente en mal estado general

#### **PROCEDIMIENTO:**

Apertura de pared corte transversa, aspiración de sangre de 3,000cc se encuentra hallazgos descritos, se realiza ligadura de anexo estallada correspondiente se revisa hemostasia, se realiza cierre de pared por planos.

**Paciente presenta paro cardiaco durante la intervención quirúrgica**

**Paciente pasa a unidad de UCI**

**HOJA AUTOMATIZADA DE EPICRISIS UCI**

**EDAD:** 21 años      **G: 3 P:**1011

**FECHA DE INGRESO:** 07/03/18

**FECHA DE ALTA:** 09/03/18

<p><b>SIGNOS Y SINTOMAS AL INGRESO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor abdominal roto</li></ul>	<p><b>DIAGNOSTICO DE INGRESO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Embarazo ectópico complicado</li></ul>
<p><b>EXAMENES AUXILIARES REALIZADOS</b></p> <p><b>PROCEDIMIENTOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Plaquetas. 70.000</li><li>- Hb. 4.96</li><li>- G y factor Rh." B" positivo</li><li>- Hematocrito. 20%</li></ul>	<p><b>INTERVENCIONES Y/O REALIZADOS</b></p> <p>LAPAROTOMIA [ X ]</p>
<p><b>EVOLUCION</b></p> <p>Desfavorable con falla multiorgánica complicado roto</p>	<p><b>TRATAMIENTO INSTAURADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Laparotomía Exploratoria</li><li>- Embarazo Ectópico</li></ul>
<p><b>CONDICIONES DEL EGRESO</b></p> <p>FALLECIDA [ X ]</p>	<p><b>DIAGNOSTICOS FINALES DE EGRESO</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Post operada de Embarazo ectópico</li><li>2. Falla multiorgánica</li><li>3. Shock multisectorial</li><li>4. Síndrome post RCP</li></ol>
<p><b>TRATAMIENTO DURANTE HOSPITALIZACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ceftriaxona 2 gr ev c/24 hrs 2 días</li><li>- Clindamicina 600 mg ev c/8 hrs 2 días</li><li>- noradrenalina 8mg ev stat</li><li>-bicarbonato de sodio 8.9mg ev stat</li><li>-omeprazol 40mg ev c/24hs 2dias</li></ul>	<p><b>FALLECE EL 09 / 03/2018 A 11:40 HRS</b></p>



### **2.3. Discusión**

El embarazo ectópico es una entidad que pone en riesgo la integridad y salud de la mujer, llegando muchas veces hasta la muerte, por ello nosotros presentamos este caso para poder conocer la manera como debe realizarse el manejo y el tratamiento por parte del equipo de salud desde que se tiene contacto con la paciente, atención que se dio de manera inadecuada en todas las instancias, quizás por la poca pericia del personal, por un inadecuado diagnóstico inicial , un mal diagnóstico diferencial y por un retraso de más de 24 horas para realizar una interconsulta por un especialista, todo este manejo de forma tardía y sin pericia llevo a una muerte que quizás pudo evitarse.

A esto se le suma que no se dio un control prenatal precoz que hubiera permitido un diagnóstico temprano que hubiera ayudado mucho para evitar este desenlace.

La literatura detalla cada una de las complicaciones que en este caso han sucedido, y se fueron presentando una a una durante el transcurso de este caso, y a pesar de ello, no se logró evitar las complicaciones a pesar de las intervenciones quirúrgicas, sumamos a ello la poca disponibilidad hemática en el banco de sangre que complico el esfuerzo realizado.

## **2.4. Conclusiones**

- Existen diversos factores de riesgo para presentar un embarazo ectópico, pero entre los más frecuentes tenemos el aborto, las infecciones vaginales y tener múltiples parejas sexuales.

No se realizaron los procedimientos adecuados, debido a que no hubo un diagnóstico oportuno, por lo que debemos trabajar en capacitar al personal pues esto permitirá salvar más vidas y evitar muertes.

- El uso de las normas y protocolos no garantiza de que se cumplan los procesos, por ello es importante estar siempre vigilantes de la atención que se brinda.

- la capacitación en temas de alta incidencia es importante, pero es más importante tener los recursos y equipos disponibles para poder intervenir de manera oportuna.

## **2.5 Recomendaciones**

PRIMERA: Los obstetras deben estar capacitados para distinguir los signos de alarma de un embarazo ectópico.

SEGUNDA: Se deben hacer revisiones de caso de manera periódica para poder estar capacitados y saber actuar en estos casos.

TERCERA: Se deben de buscar desde los diferentes frentes cursos de capacitación para que todos tengamos conocimientos actualizados.

CUARTA: Enseñar a la población acerca de los signos de alarma y que deben hacer en caso tenga un problema de salud.

QUINTA: El desarrollar estrategias para poder realizar un control prenatal precoz que permita hacer un diagnostico oportuno y con ello contribuir a reducir la morbilidad materna.

SEXTA: Buscar evidencias científicas que permitan dilucidar si existe relación entre usar un método anticonceptivo y el riesgo de un embarazo ectópico.

SEPTIMA: Motivar al desarrollo de investigaciones en el campo de la obstetricia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez L, Nieto LA, Iglesias, Escobar A, Cerón MA. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75:219-23.
2. Cruz V, Avendaño A, Morales M, Olguín A, García F, Chaya M et al. Manejo laparoscópico del embarazo ectópico abdominal. *An Med Asoc Med Hosp ABC.* 2004;49(4):191-4.
3. Gutiérrez M, Suárez JA, Benavides ME, Rodríguez HE. El embarazo ectópico como problema de salud. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología.* 2008; 13(3):97-100.
4. Mignini L. Intervenciones para el embarazo ectópico tubárico. Comentario de la BSR. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS);* 2008.
5. Tulandi T. Incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. *UpToDate.* 19. 3.. 2015.
6. Petrini S. Recurrent Ectopic Pregnancy: Current Perspectives. 2020 [cited 2021 May 13]; Available from: <http://doi.org/10.2147/IJWH.S223909>
7. Bertin F, et al
8. Louis J, Matthias K, Karel K. Factores de riesgo para embarazo ectópico en Alemania: un estudio retrospectivo de 100,197 pacientes. *German Medical Science.* 2017 diciembre; 15.
9. Islam A, Fawad A, Shah A, Jadoon H, Sarwar I, Abbasi A. Análisis de casos de dos años de embarazo ectópico. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2017 Enero; 29 (65-67).
10. Escobar Padilla B, Pérez López CA, Martínez Puon H. Factores de Riesgo y Características Clínicas del Embarazo Ectópico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2017 Abril; 55(278-285).
11. Elías J, Huerta I, Campos K, Coronado J, Flórez A. Embarazo ectópico abdominal: reporte de dos casos. *Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet].* 2021.

12. Loayza J, Benel A, Zegarra G, Curay J, Sigüenza K. Un caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2018.
13. Carbajal L. Embarazo Ectópico en el Hospital Goyeneche, Arequipa, en el Periodo 2011-2015. Tesis. Arequipa: Universidad Católica Santa María, Ginecología y Obstetricia; 2016.
14. Beltrán JC. Factores Relacionados al Embarazo Ectópico en Altura en el Hospital Nacional Ramiro Priale EsSalud. Tesis. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Ginecología y Obstetricia; 2016.
15. Illanes Baca RK, Salizar Conto GS. Características Clínicas del Embarazo Ectópico en Pacientes del hospital Antonio Lorena Cusco 2015. Tesis. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Obstetricia; 2016.
16. Mercado WM. Factores de Riesgo Asociados a Embarazo Ectópico de las Pacientes Atendidas en el Hospital Nacional PNP. "Luis N. Sáenz". Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marco, Ginecología y Obstetricia; 2013.
17. Solano A, Soto R, Sesin F, Pineda Y. Guías de manejo en Obstetricia, Hospital General de Barranquilla. Barranquilla: Colección textos de práctica clínica; 2010.
18. Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG. 2° Ed. Williams Ginecología. México: Mac Graw Hill; 2012.
19. Dutta DC. Textbook of Obstetrics. 8° Ed. New Delhi: Jaypee; 2015.
20. Ahued R, Fernández C, Bailón R. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2° Ed. México: Manual Moderno; 2003.
21. Organización Mundial de la Salud. (Ed). Planificación Familiar: Un manual mundial para proveedores. EE. UU; 2011.
22. Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10° Ed. España: Wolters Kluwer Health S.A; 2009.
23. Cabezas E. El Embarazo Ectópico sigue siendo un problema no resuelto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 41 (2): 99-105.

24. Espínola G. Embarazo Ectópico. Rev. Nac. (Itaúgua) Paraguay, 2012; 4 (2): 23-29.
25. Reyna E, Torres D, Santos J, Labarca M. Embarazo Ectópico Crónico. Avances en Biomedicina. Venezuela, 2016; 5(3): 182 – 186.
26. 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. gineco. Obstet. 2015; 61 (1):1-7.
27. Guía de práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Embarazo Tubárico. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010...
28. De Cherney A, Nathan L, Laufer N, Román A. Diagnóstico y Tratamiento Gineco obstétricos. 11° Ed. México: Mc Graw Hill; 2013.
29. Abuhamad A. Editor. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología; Un abordaje practico. EE. UU; 2014.
30. Oliva J. Ultrasonografía diagnostica fetal, obstétrica y ginecológica. Cuba: Ciencias Médicas; 2010.
31. Yeomans E, Hoffman B, Gilstrap L, Cunningham G. Operative Obstetrics. 3° Ed. EE, UU: McGraw Hill Education; 2017.
32. Céspedes A. Embarazo Ectópico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 2010; 67 (591): 65-68.
33. Meira A, Arancibia F. Embarazo Ectópico. Univ, Cienc. Soc. Bolivia, 2013, 9: 52-58.
34. Espínola G. Embarazo Ectópico. Rev. Nac. (Itaúgua) Paraguay, 2012; 4 (2): 23-29.
35. Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10° Ed. España: Wolters Kluwer Health S.A; 2009.
36. 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.