



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.

EMBARAZO ECTÓPICO EN HOSPITAL REGIONAL

MOQUEGUA AÑO 2019

PRESENTADO POR

ERIKA ESTEPHANIA RUBIELA PINTO ESPINOZA

ASESOR

MGR. LEONA CHALLCO CASTRO

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

MOQUEGUA-PERÚ

2022

ÍNDICE

PÁGINA DE JURADO.....	i
ÍNDICE.....	iv
RESUMEN.....	vii
CAPÍTULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO.....	3
1.3.1 Antecedentes de investigación.....	3
1.3.2 Bases Teóricas.....	6
CAPÍTULO II.....	30
CASO CLINICO	
2.1. Objetivos	30
2.2. Sucesos relevantes del caso clínico.....	30
2.3 Discusión.....	50
2.4. Conclusiones.....	51
2.5. Recomendaciones.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Embarazo ectópico

Figura 2 Localización

RESUMEN

El presente trabajo académico describe el embarazo ectópico, siendo una patología que se presenta con cierta frecuencia, en los servicios de emergencia de las entidades prestadoras de salud. En la actualidad su incidencia está en aumento, debido a los múltiples factores de riesgo, que las pacientes presentan, así como las salpingitis que va en incremento por las infecciones de transmisión sexual y las secuelas de la cirugía de las obstrucciones tubárias, que son las causas principales para esta patología. Que si no se actúa a tiempo puede llevar a complicaciones con secuelas graves e incluso llevar a la muerte materna.

El trabajo describe el marco conceptual de conceptos básicos a cerca del embarazo ectópico, y también la presentación del caso clínico, de una paciente de 37 años con embarazo ectópico complicado, que acude al Hospital Regional de Moquegua, cuyo objetivo fue determinar factores de riesgo, analizar si el diagnóstico fue oportuno y si el manejo de la paciente fue adecuado. Donde se concluye que la paciente presenta varios factores de riesgo, para desarrollar este cuadro, cuya evolución fue aguda e insidiosa por lo que paciente llega al establecimiento de salud ya con un cuadro complicado, que con el diagnóstico adecuado y el manejo apropiado se evita más complicaciones y sobre todo una muerte materna.

Palabras Claves: Embarazo ectópico, salpingitis, Hormona gonadotrofina coriónica

ABSTRACT

The present academic work describes the ectopic pregnancy, being a pathology that occurs with some frequency, in the emergency services of the health providers. Currently, its incidence is increasing, due to the multiple risk factors that patients present, as well as salpingitis that is increasing due to sexually transmitted infections and the sequelae of surgery for tubal obstructions, which are the main causes for this pathology. That if not acted on time can lead to complications with serious consequences and even lead to maternal death.

The work describes the conceptual framework of basic concepts about ectopic pregnancy, and also the presentation of the clinical case, of a 37-year-old patient with complicated ectopic pregnancy, who attends the Regional Hospital of Moquegua, whose objective was to determine risk factors, analyze if the diagnosis was timely and if the management of the patient was adequate. Where it is concluded that the patient presents several risk factors, to develop this condition, whose evolution was acute and insidious, so the patient arrives at the health facility already with a complicated condition, which with the proper diagnosis and appropriate management is avoided more complications and especially a maternal death.

Keywords: Ectopic pregnancy, salpingitis, chorionic gonadotropin hormone

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El embarazo ectópico es un problema de salud de enormes proporciones, tomando en cuenta tanto el costo como el sufrimiento humano, a pesar del incremento en la utilización de la cirugía, de las transfusiones sanguíneas y de un diagnóstico más precoz, este problema sigue siendo hoy en día una de las causas de muerte materna en nuestro país, siendo el embarazo ectópico la causa más frecuente de muerte materna en la primera mitad del embarazo. La tasa de mortalidad global del embarazo ectópico ha disminuido diez veces, de 35 por 100.000 con embarazo ectópico en 1970 a 3.8 en 1989. La tasa de mortalidad es similar en todos los grupos de edad, aunque es mas en mujeres que no son de raza blanca, siendo la hemorragia la causa principal de la muerte (88%), seguida de infecciones (3%) y complicaciones por anestesia (2%), que es mucho menos frecuente. La muerte tiene que ver mucho con el retraso en la consulta médica tras el desarrollo de los síntomas, y este contribuye en el retraso para el tratamiento, debido a la ausencia del diagnóstico que posteriormente contribuye a la muerte (1).

Durante los últimos 40 años el embarazo ectópico se ha incrementado considerablemente a nivel mundial, este incremento se cree que es debido a factores que son principalmente: aumento de incidencia de salpingitis, debido al mayor

número de infecciones por Chlamydia trachomatis u otros agentes patógenos de transmisión sexual y a una mejora de las técnicas diagnósticas más preciso y precoz de un embarazo ectópico intacto antes de que se produzca una interrupción asintomática del embarazo.

El diagnostico debe ser precoz, antes de que se produzca la rotura tubária, y lo ideal es realizar el tratamiento sin necesidad de practicar una laparoscopia. Es fundamental conocer las semanas de amenorrea y los factores de riesgo, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado para así evitar la muerte materna. (1)

1.2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo ectópico se ha incrementado a nivel global y por tanto en nuestro país, sigue siendo una de las causas de mortalidad materna, siendo un problema de grandes proporciones, ya que compromete la vida de la mujer, así como también puede dejar secuelas en su vida reproductiva, disminuyendo su fertilidad futura.

Es una patología que representa una verdadera emergencia médica que puede terminar con consecuencias fatales, de no morir la paciente, deja secuelas posteriores, el éxito del manejo se debe en principio al diagnóstico precoz, antes de la rotura del embarazo ectópico, ya que en la actualidad contamos con pruebas más exactas de progesterona, HCG-B y la ecografía transvaginal. Una vez hecho el diagnostico tenemos muchas opciones de tratamiento. Entre las que incluye el tratamiento menos invasivo que es el tratamiento médico.

En el Hospital Regional Moquegua, se presentaron 13 casos de embarazo ectópico en el año 2019, en todos los cuales las pacientes llegaron en condición de complicado, llegando a ser intervenidas en todos los casos con laparotomía exploratoria de las cuales ninguna muerte materna.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes internacionales.

Figueredo L. Monet D. Blanco G. Aguilar A. Zayas E. Vásquez E. (2019) Estudiaron acerca del embarazo ectópico, cuyo objetivo general fue describir las características que tienen en común las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital docente Orlando Tamayo Cuba, utilizando para ello el método descriptivo observacional transversal con una unidad de análisis de 56 pacientes que cursaron con embarazo ectópico, siendo las variables principales la edad, factores de riesgo, paridad. Entre los principales resultados que se obtuvo fue de que el grupo de edad predominante fue de 20 a 29 años, multigestas, con antecedente de EPI; se concluye que el principal factor de riesgo para presentar embarazo ectópico es la EPI (2)

Córdova C. Fernández J. (2018) Guayaquil. Investigaron acerca de los factores que causa EE en mujeres en edad fértil, cuyo objetivo fué determinar si la cirugía de carácter ginecológica anterior, se comporta como factor causal frecuente del embarazo ectópico. Es un estudio de tipo descriptivo observacional transversal, con muestra de 135 pacientes. Resultados: la edad frecuente oscila entre 28 a 34 años, el uso de DIU, EPI, y cirugía uterina previa. Conclusiones: La presencia de cirugía uterina previa predispone en un 73.3% a desarrollar embarazo ectópico, seguido del DIU 22.65% y EPI en un 18.5% (3)

Morales M.(2018) Estudió acerca del manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico, teniendo como objetivo de analizar el manejo en las complicaciones que

se dan por el EE. El tipo de investigación fue analítico retrospectivo transversal, como instrumento se utiliza la ficha de recolección de datos de historias clínicas de todas las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en un número muestral de 100. Los principales resultados fueron: el 31% de casos corresponde a grupos etareos entre 25-31 años de edad; el 23% se presentó en edades de 20-25 años. El 97% de los casos presento ubicación tubárica, teniendo 1 caso de ubicación ovárica. En cuanto a las complicaciones que se presentó se tiene a las hemorragias en un 77% y el Shock hipovolémico en un 223%, se presentaron 2 casos de histerectomía por hemorragia. El tipo de cirugía frecuente fue la salpingectomía en un 70%. Las principales conclusiones fueron que la hemorragia y el Shock hipovolémico fueron las principales conclusiones que se presentaron en el análisis respectivo así mismo el manejo quirúrgico es la alternativa más frecuente (4).

1.3.2. Antecedentes nacionales.

Palomino W. (2018) Determinar los factores de riesgo del embarazo ectópico en pacientes del Hospital de Vitarte Lima Perú. Tesis de titulación que presenta el siguiente objetivo general: Determinar los factores de riesgo del EE. Metodología: estudio analítico de caso control cuya muestra fue de 55 pacientes que presentan diagnóstico de embarazo ectópico y 55 pacientes gestantes sin EE. En cuanto a los principales resultados la investigación arroja que los factores de riesgo son embarazo ectópico previo, dolor pélvico, masa anexial palpable, legrado anterior, EPI y sangrado vaginal anormal. Conclusiones: Los principales factores de riesgo para embarazo ectópico en las gestantes del Hospital Vitarte son: embarazo ectópico previo, que eleva el riesgo en 7 a 13 veces más, dolor pélvico, masa anexial

palpable, eleva el riesgo en 10 veces más, aborto/legrado, siete veces más eleva el riesgo, edad materna > 35 años, que eleva seis veces más, sangrado vaginal anormal eleva el riesgo en 4 veces más y enfermedad inflamatoria pélvica en 3 veces más.

(5)

Mamani A. (2018) En la tesis de Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. Objetivos: Determinar los factores de riesgo asociados al EE. Materiales y métodos: Estudio de tipo analítico, observacional de caso y control de pacientes hospitalizadas en el periodo del año 2017. La muestra fue de 32 historias clínicas y 32 muestra control, los principales resultados fueron, legrado uterino previo, estado civil soltera, Enfermedad pélvica inflamatoria,, inicio precoz de relaciones sexuales. Conclusiones: Los factores de riesgo que se asocian al embarazo ectópico son Aborto espontáneo previo, legrado uterino, EPI, inicio precoz de relaciones sexuales. (6)

Chiguay H. (2021) Investigó acerca de las características epidemiológicas Clínicas y Quirúrgicas del embarazo Ectópico. Objetivo principal determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico. Metodología: Es un estudio de tipo retrospectivo transversal observacional, con instrumento de ficha de recolección de datos. La muestra estuvo formada por 61 historias clínicas, obteniendo los siguientes resultados: La edad frecuente de pacientes oscila entre 24 a 28 años de edad, el 65% de pacientes son convivientes, 50.8% antecedente de multípara, 41% con grado de instrucción superior, la cirugía empleada fue salpingectomía en un 98.3%, con localización tubárica en un 80.33%. El informe concluye en: No se presentó casos con embarazo ectópico anterior ni EPI, si presentaron dolor abdominal en un 96.7% (7).

1.4. BASES TEÓRICAS.

1.4.1. EMBARAZO ECTÓPICO.

A) **Definición.** Se define al blastocisto que se implanta fuera de la cavidad uterina, fuera del área endometrial. Esta complicación constituye un factor de riesgo para la morbimortalidad materna en especial cuando la estructura que alberga al blastocisto estalla comprometiendo importantes vasos sanguíneos. (8)

En 1876, antes del inicio del tratamiento quirúrgico, la mortalidad por embarazo ectópico era del 60% (11). En 1887 Lawson Tait divulgó la realización sin mortalidad salpinguectomía por embarazo ectópico (9).

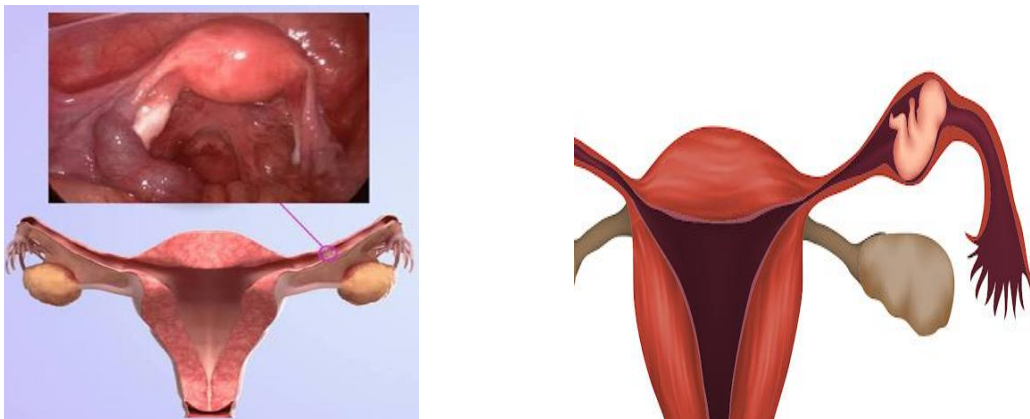


Figura 1. Embarazo ectópico

B) **Fisiopatogenia.** El embarazo ectópico ocurre cuando el blastocisto se implanta en un sitio diferente del estrato endometrial del útero, estos embarazos se deben a factores que impiden o retrasan el pasaje del huevo fertilizado hacia la cavidad uterina o a factores inherentes al embrión que generan una implantación prematura, alrededor del 98% de los embarazos ectópicos ocurren en las trompas de Falopio. Otros sitios son el cuello uterino (0.1%), el ovario (0.5%) y la cavidad abdominal (0.03%). De todos los embarazos ectópicos

limitados a las trompas de Falopio, alrededor del 93% se ubica en la porción ampollar, 4% en la porción ístmica y 2.5% en la porción intersticial o cornual de la trompa (10,11).

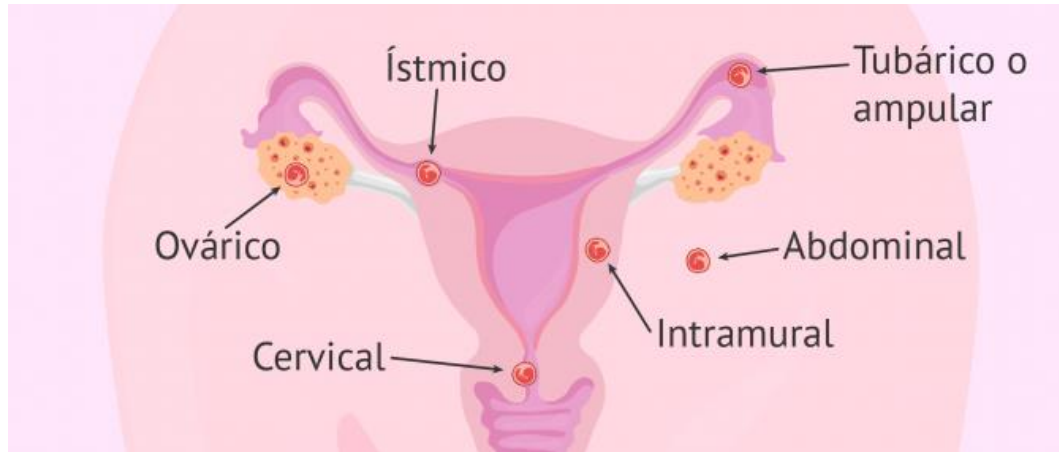


Figura 2 Localización en la implantación

La manera exacta por medio de la cual el embarazo ectópico tubario se desarrolla dentro de la trompa de Falopio es muy discutida. En 1980 Budowick y Col. Concluyeron que, si se implantaba un embarazo ectópico en la porción ampollar de la trompa de Falopio, en forma rápida el tejido trofoblástico erosionaba el epitelio del endosalpinx y se desarrollaba entre la luz tubárica y la serosa. Sin embargo, si la implantación ocurría en la porción ístmica de la trompa, el tejido muscular denso de este segmento prevenía la migración del blastocisto hacia afuera de la luz tubárica. Por lo tanto, un embarazo ectópico ístmico no roto permanecería siempre dentro de la luz tubárica. Sobre la base de esta teoría, la cirugía del embarazo ectópico ístmico mediante una salpinguectomía lineal requeriría la entrada en la luz tubárica, mientras que la evacuación de un embarazo ectópico ampollar dejaría la luz indemne. Quienes apoyan esta teoría creen que las diferencias anatómicas entre ambos tipos de embarazo ectópico explican las diferencias en la frecuencia de permeabilidad de las trompas después de la salpinguectomía por embarazo ectópico ampollares e ístmicos. Dado que se esperaría cicatrización extensa y bloqueo de la trompa si se entrara en la luz

tubária, es natural que los procedimientos quirúrgicos conservadores sean más exitosos en los embarazos ectópicos ampollares que en los ístmicos. (9, 10,11).

C) Incidencia. La incidencia está en aumento. Se puede suponer un incremento verdadero como resultado de una mejora en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica, que en el pasado habría producido una esterilidad. Un aumento en las correcciones quirúrgicas de las oclusiones tubárias y un mayor porcentaje de esterilizaciones quirúrgicas que posteriormente se someten a técnicas quirúrgicas para ser revertida. Sin embargo, también existe un incremento ficticio que se relaciona con las mejoras del proceso diagnóstico. Gestaciones ectópicas que en el pasado se habrían incluido en el apartado de dolor abdominal o sangrado de causa desconocida se reconocen actualmente, debido a la mayor sensibilidad de las pruebas de embarazo (10).

La mayoría de las gestaciones ectópicas son tubárias (96%). El resto son gestaciones ectópicas uterinas intersticiales y, más raramente, cervicales, abdominales u ováricas. La mayor parte de las gestaciones tubárias se localizan en la porción ampollar y muy pocas en la parte ístmica, localizadas en la porción proximal de la parte extrauterina de la trompa, y muy raramente pueden coexistir gestaciones extrauterinas con otra intrauterina (gestación heterópica). (10,11).

D) Etiología. Una de las principales causas del embarazo ectópico es: Salpingitis aguda. Las secuelas morfológicas se producen en casi la mitad de los episodios iniciales de embarazo ectópico. Aunque también hay otros factores morfológicos que causa embarazo ectópico, en la mayoría de los primeros episodios restantes no ha podido identificarse ninguno de estos factores. Así, en una aproximación del 40% de los casos no es posible aun determinar la causa, y se asume que puede existir un trastorno fisiológico que produce un retraso en el transporte del embrión hacia la zona de implantación de la cavidad uterina, que hace que permanezca en el oviducto en el momento gestacional en el que se produce

la implantación (12). La ovulación del ovario contrario se ha considerado como una causa de retraso en el transporte del blastocisto. Breen ha observado que se produce ovulación contra lateral en casi un tercio de las gestaciones tubárica que se ha tratado por laparotomía. Sin embargo, Saíto et. ha observado que la región de la trompa donde se produce la implantación en caso de embarazo ectópico era la misma tanto si el cuerpo lúteo era ipsi como contra lateral al lugar de la gestación estos autores hipotetizaron que, si la transmigración era un factor implicado, debería existir una mayor incidencia de gestaciones tubáricas distales con ovulación del ovario contra lateral, además las mujeres con una ooforectomía ipsilateral junto con salpinguectomía por embarazo ectópico presenta una tasa de nuevos embarazos ectópicos similares a las que no han sido sometidas a ooforectomía. Por estas razones se cree que es poco probable que la transmigración del ovulo desde el ovario opuesto se la causa frecuente de embarazo ectópico (11,12,13,14)

Una de las causas fisiológicas más probables es el trastorno hormonal, ya que un incremento de las hormonas tanto los estrógenos como la progesterona circulante, pueden provocar que la contractilidad de la trompa no sea normal. Se ha observado aumento en la tasa de embarazo ectópico en mujeres gestantes con niveles fisiológicos y farmacológicos elevados de progestágenos (11). Esto también se puede producir a nivel local cuando un DIU va liberando progesterona, así como también la administración sistémica de anticonceptivos orales que contiene solo progestágeno. De forma iatrogénica, el incremento fisiológico de los niveles de estrógeno y progesterona ase produce tras la inducción de la ovulación con citrato de clomifeno o gonadotrofinas menopáusicas humanas, en mujeres que han recibido este tratamiento se observa incremento de embarazo ectópico (11).

Como otra posible etiología tenemos la alteración del desarrollo embrionario Stratford examino 40 embarazos ectópicos mediante cortes histológicos y microdissección, encontrando que, cerca de los dos tercios eran anómalos, y la mitad de ellos presentaban

estructurales importantes. Este tipo de anomalías podría interferir en el transporte tubario normal (13). Elías et al, utilizando cultivos celulares observaron que el complemento cromosómico de las gestaciones ectópicas fue similar a la de las gestaciones uterinas para la misma edad gestacional. Sin embargo, Karikoski et al, mediante citometría de flujo de ADN, observaron que existía aneuploidía en un tercio de las gestaciones tubarias. Estos investigadores concluyeron que dicha elevada incidencia de anomalías cromosómicas podría ser una causa de implantación ectópica. Las anomalías genéticas hereditarias, probablemente, no son la causa de embarazo ectópico, ya que no existe una incidencia mayor entre los familiares de primer grado. Varios estudios epidemiológicos indican que el consumo de cigarrillos se asocia con el incremento de embarazo ectópico, dos veces más en riesgo, que se relaciona directamente con el número de cigarrillos que fuma por día, con un incremento de 4 veces más, en pacientes que fuman más de 30 cigarrillos por día (12,13).

Patología tubária. La aglutinación permanente de los pliegues del endosálpinx ocasionada por salpingitis puede permitir el paso de los espermatozoides, más pequeños, pero va impedir el transporte de la mórula que es más grande, que puede quedar atrapada en cavidades cerradas producto de adherencias del endosálpinx, varios investigadores observaron que estas mujeres tenían antecedentes de un episodio previo de salpingitis aguda (12).

También la posibilidad de la existencia de adherencias entre la serosa tubária y el intestino o el peritoneo pueda interferir con la motilidad normal, y originar un embarazo ectópico, ya que se observó que en el 17 y el 27% de las mujeres con embarazo ectópico tenían antecedentes de cirugía abdominal que no afectaba al oviducto. Sin embargo ni la endometriosis ni las anomalías congénitas de la trompa se han asociado con incremento en la incidencia de embarazo ectópico (12,13).

Los procedimientos quirúrgicos sobre el oviducto son una causa de embarazo ectópico, como ocurre en los procedimientos de esterilización cuando esta morfológicamente normal, o como si es anormal. La tasa tras los procedimientos de desestabilización es más baja, alrededor de 4%, ya que las trompas no a sido dañadas por infección.

Antecedente de embarazo ectópico previo, inclusive si han sido tratados con salpinguectomía unilateral, presentan un riesgo mayor de presentar embarazo ectópico subsiguiente (15,16).

Fallo anticonceptivo. La esterilización tubárica femenina es un método bastante usado, en un estudio sobre riesgo a largo plazo de embarazo tras la esterilización tubárica, realizado por Peterson et al, se observó que la probabilidad acumulada de embarazo a los 10 años del procedimiento fue del 1.85%. La tasa de fallos a los 10 años, tras coagulación bipolar de los oviductos fue del 2.48%, aumentando hasta el 5.43% si el procedimiento de esterilización se realizaba en mujeres menores de 28 años. Estos investigadores observaron que de todas las gestaciones ocurridas tras la esterilización tubárica, (32.9%) fueron embarazos ectópicos (17).

Diversos investigadores han observado que, si el embarazo se produce después de una esterilización tubárica con fulguración laparoscópica sin sección concomitante, la tasa de embarazo alcanza 50%, ya que la destrucción tisular extensa producida por electrocoagulación podría desarrollar una fistula uteroperitoneal que permitirá el paso de los espermatozoides hacia el segmento distal del oviducto y la fertilización del ovulo.

El incremento en las técnicas de esterilización femenina, el fracaso de la esterilización en una de las principales causas de embarazo ectópico, en comparación a años anteriores, por lo que se debe aconsejar que, en caso de presentar la menstruación esperada después de la esterilización tubárica y antes de la menopausia se haga una prueba inmediatamente de HCG

y que en caso de embarazo se proceda a una evaluación diagnóstica para excluir la presencia de embarazo ectópico (17).

Mujeres gestantes que utilizan diafragma o anticonceptivos orales no tiene mayores posibilidades de presentar un embarazo ectópico, aquellos que utilizan un tipo determinado de DIU (T de cobre 380) o anticonceptivos orales solo con progestágeno, tienen casi el 5% de posibilidades de presentar un embarazo ectópico. La incidencia de embarazo ectópico en mujeres que utilizan DIU que libera progestágeno es incluso mayor, aproximadamente el 23%, en las mujeres que usan este tipo de métodos anticonceptivos y que deciden interrumpir la gestación, debe realizarse un examen histológico del tejido extraído de la cavidad uterina, para asegurarse que la gestación era intrauterina. Si no se observan vellosidades coriales debe realizarse una evaluación diagnóstica para detectar un embarazo ectópico (17,18,19).

Las mujeres que utilizan cualquier método anticonceptivo tiene menos posibilidad de presentar embarazo ectópico, que las mujeres sexualmente activas que no utilizan anticonceptivos, sin embargo, el DIU con liberación de progestágeno inhibe la motilidad tubárica y la tasa de fallo es superior a las que usan DIU de cobre.

Alteraciones hormonales. El aumento de niveles de progestágeno y estrógenos ya sean exógenos o endógenos, durante periodos cortos tras la ovulación incrementa la incidencia de embarazo ectópico. Mujeres que reciben altas dosis de estrógeno post ovulación para evitar la gestación, concepciones producidas tras la ovulación inducida con citrato de clomifeno, inducción de la ovulación con gonadotrofinas menopáusicas humanas. El incremento de niveles de progestágenos y estrógenos interfiere con la motilidad tubárica incrementando la posibilidad de embarazo ectópico. Las gestaciones ectópicas se producen en casi el 5% de los embarazos que tienen lugar tras fertilización in vitro y transferencia embrionaria. La etiología de este incremento se debe, probablemente, a uno o varios

factores: incremento de los niveles de hormonas esteroideas sexuales, presencia de enfermedad tubárica proximal, colocación del embrión directamente en el oviducto y mayores probabilidades de diagnóstico precoz antes de que se produzca un embarazo tubárico asintomático (19).

Antecedentes de aborto. Un aborto inducido previo incrementa el riesgo de embarazo ectópico sobre todo si ha tenidos más de dos abortos probablemente relacionado con infecciones pos aborto. (17)

- **Factores de riesgo:** Los factores de riesgo son multi causales siendo lo más resaltante en (19,20):
- Edad mayor de 35 años.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Gestación ectópica previa.
- Cirugía tubárica previa.
- Usuaria de DIU sobre todo la que tiene progestágeno.
- Oclusión tubárica.
- Esterilidad.
- Técnica de reproducción asistida.
- Tabaquismo.
- Síndrome adherencial.
- Usuaria de progestágenos orales.
- Tuberculosis extra pulmonar.

E) Cuadro clínico:

Síntomas. En la actualidad es posible hacer el diagnóstico en forma precoz en mujeres que tienen alto riesgo de presentar embarazo ectópico, a través de determinaciones hormonales y estudio ecográfico transvaginal, los síntomas suelen presentarse a medida que va

aumentando la edad gestacional, produciéndose hemorragia intraperitoneal secundaria a la expulsión de sangre a través de los extremos fimbriados del oviducto o por rotura tubárica. Es importante reconocer los síntomas de embarazo ectópico ya que esta situación es extremadamente fatal, que le puede suceder a cualquier mujer que está en edad reproductiva y sexualmente activa sea o no usuaria de anticoncepción inclusive si ha sido sometida a esterilización tubárica (20, 21,22).

Los síntomas más comunes de este cuadro son el dolor abdominal, la ausencia de menstruación y sangrado transvaginal irregular. El dolor abdominal es un síntoma universal de hemorragia intraperitoneal, cuyas características son similares a otros tipos de hemorragias de distinto origen, antes de que se produzca la rotura, el dolor se caracteriza por ser un dolor vago o tipo cólico. Su localización puede ser difusa unilateral o bilateral. En algunas mujeres se manifiesta el dolor en el hombro debido a la irritación del diafragma provocado por el hemoperitoneo. Durante la rotura del oviducto el dolor suele intensificarse, llegando a causar síncope en algunas mujeres. Otro síntoma que sigue a la rotura tubárica son el vértigo y la necesidad urgente de defecar (22).

En su mayoría las mujeres no tienen la menstruación esperada, pero suelen presentar uno o más episodios de sangrado vaginal irregular cuando el tejido endometrial decidual se desprende. La amenorrea es habitualmente de intervalo de 6 semanas a más, el sangrado suele caracterizarse por la presencia de grumos, aunque también puede ser similar a una menstruación típica, pero nunca es tan abundante como en un aborto espontáneo (1,22)

Síntomas	% de pacientes con síntomas
Dolor abdominal	90 – 100%
Amenorrea	75 - 95%
Hemorragia vaginal	50 - 80%

Vértigo mareo	20 – 35%
Urgencia para defecar	5 – 15%
Síntomas de embarazo	10 – 25%
Eliminación de restos tisulares	5 – 10%

Signos. El signo más común en embazo ectópico es la hipersensibilidad abdominal, que, junto a la sensibilidad de los anexos determinada en el momento de la exploración pélvica bimanual, está presente en casi todas las pacientes con gestación ectópica avanzado o con su rotura. Es posible palpar una masa anexial en un hemiabdomén, y un tercio de estas pacientes presentan algún grado de agrandamiento uterino que es casi siempre menor a la que corresponde un embarazo intrauterino, excepto cuando existe una gestación intersticial. Tras la rotura se puede producir taquicardia e hipotensión, siempre y cuando la pérdida sanguínea sea intensa, la elevación de la temperatura es un signo infrecuente que se muestra solo en 5 a 10% de mujeres con embarazo ectópico y casi nunca supera los 38°C. (1,21,22)

Signos	% de pacientes con signos
Hipersensibilidad anexial	75 – 90%
Hipersensibilidad abdominal	80 – 95%
Masa anexial	50%
Aumento de tamaño uterino	20 – 30%
Cambios ortostáticos	10 – 15%
Fiebre	5 – 10% (11)

F) Diagnóstico. La mortalidad por embarazo ectópico ha disminuido en los últimos

años, y aun es causa principal de muerte materna a causa de hemorragia en el primer trimestre, a pesar de que el embarazo ectópico va en aumento, esta mortalidad ha disminuido debido a que el diagnóstico es temprano aun cuando el embarazo ectópico no se ha roto, este diagnóstico precoz también ha implementado modalidades de tratamiento alternativas a salpingectomía tradicional. Este diagnóstico más temprano es gracias al desarrollo de radioinmunoensayos más sensibles y específicos para la progesterona y para gonadotropina coriónica humana (HCG), de la ecografía transvaginal de alta resolución y de la laparoscopia muy accesible en este momento (9, 21,22).

Progesterona sérica. El nivel de progesterona plasmática refleja la producción de progesterona por el cuerpo lúteo, que es estimulado por una gestación viable, la medición de la progesterona es una prueba de despistaje barata que puede identificar pacientes que deben ser sometidas a otras pruebas, la sensibilidad es de un 97.5%, si la progesterona plasmática es de 25ng/ml o mayor, se puede excluir el embarazo ectópico y diagnosticar un embarazo intrauterino viable, sin necesidad de realizar otras pruebas (21,22).

De igual manera la progesterona sérica puede identificar gestaciones inviábiles con una sensibilidad del 100% si los niveles donde 5ng/ml o menores. Si una única determinación de progesterona es de 5nh/ml o menor se puede realizar un legrado uterino diagnóstico, incluso si la gestación ectópica no puede distinguirse de un aborto intrauterino espontaneo. Los valores por encima de 5nh/ml, necesitan establecer la viabilidad mediante la ecografía. (10,21)

Medicines seriadas de Gonadotropina coriónica humana. B-HCG.

La B-HCG se produce en las células del trofoblasto en gestaciones normales, la concentración de B-HCG se incrementa en un 67% en intervalo de 2 días. Las gestaciones anormales intrauterinas y las ectópicas tienen una producción

deficiente de B-HCG y un periodo prolongado de duplicación de la concentración. Por ello, la medición seriada de B-HCG puede ser utilizada para evaluar la viabilidad de la gestación, señala el momento adecuado de realizar el examen ecográfico y documenta la eficacia del legrado diagnóstico. (12,21,22)

Ecografía transvaginal. El hallazgo ecográfico más temprano de un embarazo intrauterino es el saco gestacional, que excluye esencialmente la presencia de un embarazo ectópico. Sin embargo, la acumulación de líquido intrauterino puede producir un seudosaco, que puede interpretarse incorrectamente como un saco gestacional verdadero. Los embarazos intrauterinos fallidos también pueden aparecer en la ecografía como un seudosaco (19,23).

La ecografía vaginal permite observar un saco gestacional con títulos de HCG más bajos que con la ecografía transabdominal. Aunque un embarazo intrauterino se hará evidente con niveles de HCG de 6000 a 6500 m UI/ml con la ecografía transabdominal, con la transvaginal un ecografista experimentado siempre debería de observar un embarazo intrauterino no viable con nivel de HCG de 2000 m UI/ml. Sin embargo, se desconoce el título mínimo con el que un saco gestacional intrauterino siempre debería verse (19).

La ecografía transvaginal Doppler color puede ayudar a diferenciar entre un aborto completo, aborto incompleto y un embarazo intrauterino temprano antes de la visualización del saco gestacional. Con la ecografía transvaginal también se puede observar en forma precisa los oviductos, los ovarios y definir los embarazos ectópicos y sus dimensiones (19).

Sin embargo, el hallazgo de una masa anexial en una paciente con un presunto embarazo ectópico y con niveles de HCG menores de 2000 mUI/ml no debería presumirse en forma automática como un embarazo ectópico si la presencia de un saco vitelino, de un polo fetal o de actividad cardíaca. Es frecuente que estas masas,

en realidad, correspondan a quiste de cuerpo lúteo que se asocia a un embarazo ectópico temprano (13,19).

Culdocentesis. Se utiliza en forma amplia para el diagnóstico del embarazo ectópico. El 70 - 83% de embarazos ectópicos tienen sangre no coagulable (prueba positiva) en la Culdocentesis, pero 50 a 62% de estas pacientes no tienen rotura de la trompa de Falopio. Además, entre 10 a 20 % de los embarazos ectópico tienen líquido ceroso (prueba negativa), no tienen líquido o tienen sangre con capacidad coagulante (prueba no diagnóstica) en la Culdocentesis. Las pruebas positivas falsas ocurren entre 2 a 3% de las Culdocentesis. Históricamente se utilizaba esta prueba para decidir si realizar una laparotomía para el tratamiento de un embarazo ectópico u otra fuente de hemorragia, o proceder a realizar una laparoscopia diagnóstica para obtener un diagnóstico definitivo. Como resultado la Culdocentesis brinda escasa utilidad clínica cuando se consideran las opciones diagnósticas y terapéuticas para el embarazo ectópico. (14)

Legrado uterino. Las vellosidades coriales flotan en suero salino, lo que constituye una característica que permite la identificación del tejido obtenido por legrado, si no existe vellosidades y disminuye el nivel de B-HCG en un 15% o más en las siguientes 8 a 12 horas tras el legrado, se puede diagnosticar un aborto completo. Si no se observan vellosidades y los niveles de B-HCG se estabilizan o aumentan, se debe suponer que el legrado no ha sido capaz de retirar el material trofoblástico, por lo que se debe suponer su implantación ectópica. (10, 13)

Laparoscopia. La laparoscopia es aun el estándar de oro para el diagnóstico del embarazo ectópico. No obstante, con el desarrollo reciente de los algoritmos diagnósticos que no la requieren, nos dirigimos hacia un punto en el cual será una modalidad quirúrgica más que una herramienta diagnóstica. Si se elimina la laparoscopia, se disminuye los riesgos, los costos y la morbilidad asociada con el diagnóstico y con el tratamiento del embarazo ectópico. (9, 19)

G) Diagnóstico diferencial. Las patologías que habitualmente se confunden con embarazo ectópico son (15)

- Salpingitis.
- Amenaza de aborto.
- Aborto incompleto.
- Rotura de cuerpo lúteo.
- Apendicitis.
- Hemorragia uterina disfuncional.
- Torsión anexial.
- Leiomiomas uterino degenerado.
- Endometriosis.

I) Exámenes auxiliares.

Hemograma: Un recuento leucocitario elevado ayudaría al diagnóstico diferencial de salpingitis o una apendicitis. Por lo general el recuento leucocitario se encuentra dentro de los límites normales (21).

Hemoglobina y hematocrito: los valores de Hb. Y Hto. Son importantes para realizar seguimiento de pérdida sanguínea. Cuando no hay hemorragia franca que sea visible, con disminución de hemoglobina y hematocrito en comparación con determinaciones anteriores, sugiere hemorragia intraperitoneal oculta.

Grupo sanguíneo y factor RH: Es importante, ya que en caso de ser necesario una transfusión sanguínea, y poder realizar pruebas cruzadas.

Test de HCG sub unidad beta: es positiva en el 100% de embarazos ectópicos. El incremento de los niveles de HCG-B se incrementa el doble cada 3 días, en un

embarazo intrauterino de evolución normal, no ocurre así en los embarazos ectópicos.

Con niveles de 6500 mU/ml de HCG-B debe verse un embarazo intrauterino por ultrasonido.

Perfil de coagulación

Glucosa, urea y Creatinina sérica.

Examen completo de orina.

Ecografía.

- Se observa saco gestacional entre la 5ta – 6ta semana, después del FUM lo que descartaría un embarazo ectópico.
 - Líquido en fondo de saco de Douglas.
 - Endometrio engrosado.
 - Masa anexial y eventualmente saco gestacional fuera de la cavidad uterina.
- (15) (16).

J) Tipos de embarazo ectópico. La implantación más frecuente es:

- **Tubàrica.** (96-98%) dentro de esta clasificación además se subdivide en (19):

- Ampollar. (80%)
- Ístmico. (13%)
- Fímbricos. (5%)
- Intersticial. (2%)

- **Ovárico.**

- **Abdominal**

- Primario

- Secundario.
- **Cervical.**
- **Intraligamentario.**
- **Tubo ovárico.**

K) Curso clínico del embarazo ectópico. En la mayoría de los casos el embarazo termina entre la sexta y decima semana. Un embarazo tubario puede evolucionar de la siguiente forma (19):

- **Aborto tubario.** Puede terminar en embarazo ampular y fimbrial. O darse el aborto completo a la cavidad peritoneal o de forma incompleta y formar un coagulo en el ostium.
- **Rotura tubária.** Se rompe cuando la gestación se da en el istmo, la rotura puede ser a la cavidad peritoneal o en el ligamento ancho. En el embarazo abdominal raramente puede evolucionar y continuar la gestación, debido a una cantidad suficiente de conexiones restante y más tarde se une a cualquier órgano abdominal, que rara vez llega a término, y aun es más extraño un nacimiento vivo.
- **Embarazo abdominal secundario.**
- **En el ligamento ancho**
 - Por rotura de la trompa
 - Por divertículos de la trompa
 - Por orificios accesorios de la trompa.
- **Retroceso espontaneo.**
- **Litopedión.**
- **Degeneración trofoblástico.**

L) Tratamiento del embarazo ectópico (12, 14,22).

Por lo general el tratamiento es quirúrgico y muchas veces es de carácter de urgencia. Actualmente la determinación cuantitativa de HCG-B en plasma y la sensibilidad de la ecografía lo ha desplazado.

Conducta expectante.

Se aplica en pacientes asintomáticas, con buen estado general y clínicamente estables, cuando la determinación de HCG-B está por debajo de la zona discriminatoria (1000UI/l), la ecografía es normal, no se observa sangre en el fondo de saco de Douglas y se evidencia una disminución superior al 50% del valor inicial de la HCG-B en 48 horas. Cuanto menor sea el nivel de HCG-B de partida, mayor probabilidad de buen resultado. Con niveles menores de 200UI/l un 88% de las pacientes se resuelven espontáneamente.

Se efectuaran controles clínicos y analíticos a la paciente cada 48-72 horas hasta que la HCG-B sea inferior a 5UI/l y se optara por una conducta activa en caso de que aparezcan síntomas o los niveles de HCG-B aumenten, o no disminuyan adecuadamente.

Tratamiento médico sistémico (11, 12,13).

Consiste en la administración de metotrexate, en pacientes con un buen estado general y clínicamente estables, que en estos casos es muy efectivo como tratamiento quirúrgico.

Es conveniente tener un diagnóstico de seguridad de embarazo ectópico antes de iniciar este tratamiento, para evitar su administración a pacientes con un aborto o, en el peor de los casos, con una gestación precoz evolutiva. Este tratamiento con metotrexate suele administrarse como dosis única o dosis múltiple.

Indicaciones.

- Pacientes hemodinámicamente estables.
- Ausencia de dolor abdominal severo o persistente.

- Posibilidad de seguimiento hasta que se resuelva el proceso.
- Función hepática y renal normal.
- Actividad cardíaca negativa (con actividad cardíaca positiva disminuye drásticamente el éxito del tratamiento).
- Diámetro del embarazo ectópico inferior a 4 cm. Por ecografía.
- HCG-B inferior a 5000UI/l o inferior a 3000UI/l

Contraindicaciones.

- Gestación intrauterina.
- Inmunodeficiencia.
- Leucopenia, anemia, plaquetopenia moderada a severa.
- Sensibilidad al metotrexate.
- Enfermedad pulmonar activa.
- Úlcera gástrica activa.
- Alcoholismo, hepatopatía y/o nefropatía.
- Lactancia materna.
- Hemoperitoneo ecográficamente significativo (fuera de Douglas)
- Antecedentes de embarazo ectópico homolateral con tratamiento conservador previo.
- Embarazo heterotópico.
- Rechazo a eventual transfusión sanguínea.
- Cuando no cumple los demás criterios señalados en las indicaciones.

Factores predictivos de fracaso de tratamiento.

- Frecuencia cardíaca fetal positiva.
- Tamaño de la masa gestacional mayor de 4 cm.
- Valores iniciales de HCG-B mayor de 5000 UI/l

- Presencia de sangre en el fondo de saco de Douglas.
- Incremento de HCG-B mayor al 50% cada 48 horas antes de iniciar el tratamiento.
- Incremento de los niveles de HCG-B durante el tratamiento.

Antes de que se inicie el tratamiento es importante comunicar a la paciente sobre el tratamiento que se va realizar, los controles y el seguimiento estricto. Así mismo los posibles efectos secundarios y aquellos síntomas que aconsejen acudir al hospital.

Obtener el consentimiento informado sobre el tratamiento.

Realizar exámenes auxiliares como: hemograma, bioquímicos básicos, perfil hepático, grupo sanguíneo y factor RH, si es negativo administrar inmunoglobulina anti D

Durante el tratamiento la paciente se debe abstener de relaciones sexuales, beber alcohol, exponerse al sol, evitar alimentos y vitaminas que contengan ácido fólico y utilizar contracepción los tres meses posteriores para evitar un posible riesgo teratogénico.

Dosis única.

Metotrexate 50 mg/m² IM

Controles de HCG-B

Si la cifra de HCG-B el día 7 está en una cifra inferior al 15% respecto al día 4 se considera que la respuesta al tratamiento es adecuado y se seguirá con controles de HCG-B semanales hasta cifras inferiores a 5UI/l.

Aproximadamente el 75% de las pacientes presentan crisis de dolor abdominal entre 3 y 7 días después de iniciar el tratamiento con metotrexate, que suele desaparecer en 4 a 12 horas, saber diferenciar con embarazo ectópico complicado.

En algunos casos tras la administración de la primera dosis de metotrexate puede producir un incremento transitorio de HCG-B.

Aproximadamente el 14% de las pacientes requieren dosis adicionales de metotrexate y menos de un 10% requieren tratamiento quirúrgico.

Dosis múltiple.

Tiene un índice de fallo más bajo que la dosis única. Se aconseja administrar en gestaciones extrauterinas extratubáricas.

Metotrexate 1mg/kg Intra muscular días 1 3 5 7

Ácido folínico 0.1 mg/kg Intra muscular días 2 4 6 8

Controles de HCG-B.

El control se realiza cada 48 horas desde el día 1, hasta que la HCG-B disminuya mayor del 15% respecto al control previo.

Control de HCG-B semanal hasta menor de 5% UI/l

Control de HCG-B día 14 si la cifra de HCG-B es superior a 40% de la cifra inicial puede considerarse que el tratamiento ha fracasado.

Recientemente se ha publicado un protocolo híbrido en el que se administran dos dosis de metotrexate 50mg/m² IM los días 1 y 4 conjuntamente con ácido folínico. Este protocolo admite la administración de, más de dos dosis en caso de que los valores de HCG-B no disminuyan un 15% entre los días 4 y 7.

Si se presenta clínica sugestiva de gestación ectópica accidentada o fracasa el tratamiento, tras dos dosis de metotrexate en el régimen de dos dosis únicas o en cuatro en régimen de multidosis, se procederá a realizar tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico.

Indicaciones.

- Diámetro superior a 4 cm.
- Presencia de embrión con actividad cardiaca positiva.
- Presencia de hemoperitoneo ecográficamente significativo.
- Embazo ectópico heterotópico con uno de los sacos en la trompa.
- Antecedente de embarazo ectópico homolateral tratado de manera conservadora.
- Dificultad de seguimiento posterior de la paciente.
- Contraindicación de metotrexate.
- Cuando la paciente no desea tratamiento conservador.
- Fracaso del tratamiento médico.

Preferentemente el tratamiento quirúrgico se realiza por laparoscopia, la vía laparotomía se reserva, para aquellas pacientes en las que su situación hemodinámica lo contraindique o ante la presencia de múltiples adherencias que dificulten el acceso a las trompas por laparoscopia.

La cirugía puede ser radical mediante una salpinguectomía o conservadora mediante una salpingostomía o una expresión de la fimbria en los casos de embarazo ectópico situados en la porción ampular o ístmica de la trompa.

La salpinguectomía tiene como ventaja sobre la salpingostomía, la eliminación del riesgo de persistencia del material trofoblástico, o de un nuevo ectópico en la misma trompa.

Si la trompa contraria está sana, ambas técnicas ofrecen resultados muy similares en la preservación de la futura fertilidad de la paciente. Sin embargo, cuando la trompa es patológica o ausente, la salpingostomía sería la primera opción terapéutica si la paciente desea preservar su fertilidad.

En caso de salpingostomía debe hacerse seguimiento y monitoreo de HCG-B hasta que se haga negativo.

En caso de persistir material trofoblástico tras la salpingostomía puede resolverse administrando una dosis de metotrexate, también podría administrarse el metotrexate inmediatamente después de la cirugía conservadora como medida profiláctica.

Embarazos ectópicos extratubáricas.

Representa menos del 10% de los embarazos ectópicos, pero se asocian a una mayor morbilidad. La cirugía o el metotrexate en régimen de dosis múltiple son los tratamientos adecuados.

Embarazo ectópico intersticial o cornual.

Suponen un 4.7% de los embarazos ectópicos, suelen asociarse a niveles muy elevados de HCG-B. Los resultados con tratamiento médico son más bajos. Si el embrión tiene FCF positiva, puede administrarse una inyección intramuscular de CLK como adyuvante al tratamiento sistémico con metotrexate. En ocasiones debe practicarse una histerectomía.

Embarazo cervical.

Se trata con metotrexate sistémico y embolización de la arteria uterina con buenos resultados. En caso de actividad cardíaca puede administrarse una inyección de CLK intramuscular o metotrexate.

Embarazo ovárico y abdominal.

Suele diagnosticarse en el momento de la cirugía, por tanto, el metotrexate no es el tratamiento de primera línea en estos casos. (17) (18)

Embarazo heterotópico.

Se define como un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico en forma simultánea. La incidencia es de 1 cada 30000 embarazos, actualmente esta incidencia es de 1.9% por lo tanto, el índice de embarazo heterotópico sería de 1 en 6570 embarazos, cualquier aumento

de índice de embarazo ectópico, generaría un aumento en embarazos heterotópicos. Se informó que las pacientes tratadas con citrato de clomifeno tendrían una incidencia de embarazos heterotópico de 1 en 120 a 1 en 3000. El uso de menotropinas para la inducción de la ovulación y técnicas de fertilización in vitro aumentan más las tasas de embarazos heterotópico, con estimaciones tan altas como de 1 en 100.

Debido a la diferencia en los índices de HCG-B y de progesterona que se observa en los embarazos heterotópicos, el diagnóstico en base a estos conteos de HCG-B es poco confiable en esta situación. (9)

M) Pronóstico de fertilidad (19).

La mujer que presento un embarazo ectópico, que desea concebir tiene tres posibilidades:

- Esterilidad.
- Embarazo intrauterino.
- Gestación ectópica.

La tasa de fertilidad tras un embarazo ectópico es de 60% mientras que el otro 40% permanecerá estéril. Un tercio de estos embarazos tras un ectópico son nuevas gestaciones ectópicas, y un sexto son abortos espontáneos, por lo tanto, tan solo la mitad de los embarazos son viables, y un tercio de todas las mujeres con embarazo ectópico previo, tendrán posteriormente un hijo. Sin embargo, estas tasas se modifican por diversos factores, especialmente edad, paridad, antecedentes de esterilidad, evidencia de enfermedad tubárica contralateral, embarazo ectópico con rotura o intacto y utilización de DIU en el momento de la gestación ectópica. La tasa aumenta en mujeres que han tenido parto antes de los 30 años. Sin embargo, si el primer embarazo es ectópico esta tasa de fertilidad disminuye a tan solo el 35%, siendo menor si existen antecedentes de esterilidad y superior si no existen tales antecedentes. Las mujeres multíparas que presentan embarazo ectópico, tienen una

tasa relativamente alta de hasta un 80%, de fertilidad, en mujeres con salpingitis esta tasa es menor. Las mujeres que son tratadas con cirugía conservadora o tratamiento médico en caso de embarazo ectópico intacto, tienen alta incidencia de fertilidad posterior (80- 86%) y una baja incidencia de embarazo ectópico subsiguiente.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo condicionantes para el embarazo ectópico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer y analizar si el diagnóstico fue precoz y oportuno, de la patología presentada
- Evaluar las características del manejo apropiado de la complicación por embarazo ectópico.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

SERVICIO DE EMERGENCIA

Paciente en mal estado general, muy quejumbrosa refiere dolor abdominal, disnea y pérdida de conocimiento. En genitales externos escaso sangrado transvaginal.

ANAMNESIS.

Fecha: 02-01-2019

Hora: 22.20 horas.

2.3.1 Filiación:

EDAD:	37 años
RAZA:	Mestiza
ESTADO CIVIL:	Casada.
NIVEL DE INSTRUCCION:	Técnico.
IDIOMA:	Español - aimara
OCUPACION:	Ama de casa
RELIGION:	Católica
LUGAR Y FECHA NACIMINETO:	Moquegua 06/02/81
LUGAR DE PROCEDENCIA:	Moquegua
FECHA DE INGRESO:	02/01/19
HORA DE INGRESO:	22.20 horas
FECHA DE ELABORACION HCL:	02/01/19
INFORMANTE:	Directa.
TRAIDA POR:	Esposo.

Enfermedad actual.

Tiempo de enfermedad. Más o menos 03 horas.

Síntoma principal. Dolor abdominal, disnea y pérdida de conocimiento.

Historia de la enfermedad. Paciente refiere que presentó dolor, a nivel de hipogastrio de leve intensidad, irradiado a ambas fosas iliacas y ligera distensión abdominal, tres horas antes de su ingreso, que con el transcurrir de las horas se exacerbaban en intensidad conjuntamente con distensión abdominal y se agregó disnea a leve esfuerzo para presentar luego pérdida de conocimiento.

Funciones biológicas:

APETITO:	Disminuido
SED:	Normal
DEPOSICIONES:	Normal
ORINA:	Normal
SUEÑO:	Normal

Antecedentes personales.

Fisiológicas.

- Nacida de parto eutócico.
- Lactancia materna completa.

Gineco-obstétricas.

- Menarquía a los 12 años
- Inicio de relaciones sexuales a los 18 años
- Fecha de última menstruación. 15/12/18
- Método anticonceptivo. Inyectable por 5 años, actualmente con preservativo
- Fecha de último parto. Hace 9 años

- Formula obstétrica. G3 PV2 PC0 A1 HV2 HM0

Alimentación. Variada y balanceado.

Hábitos.

- Alcohol: si
- Tabaco: no
- Te: si
- Drogas: no
- Café: no

Condición socioeconómica.

- Vivienda. alquilada de material de adobe, cuenta con servicio de luz, agua.
Desagüe, recojo de basura en forma diaria.
- Económicamente depende de pareja.

Patológicos.

- Eruptivas: No refiere.
- Accidentes: Niega
- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega
- Hospitalización: 02 hospitalizaciones por parto eutócico

01 hospitalización por aborto incompleto y legrado
uterino

- Operaciones: Ninguna
- Patológicos: Niega.

Familiares.

- Padre: Vivo y sano
- Madre: Viva y sana
- Hermanos: Mujeres = 0
Varones = 01 vivo y sano
- Esposo: Vivo y sano
- Hijos: Mujer = 01 sano
Varón = 01 sano

Examen físico.

Examen general.

Funciones vitales:

- Frecuencia Cardíaca = 98 latidos por minuto (lpm)
- P/A = 90/50 mm hg
- Frecuencia respiratoria = 22 X´
- Temperatura = 37.2 °C
- Peso = 68 kl.
- Talla = 1.55m.
- SO₂ = 98%

Aspecto general.

Lúcida, despierta con una actitud activa, marcha dificultosa, facies compuesta en REG, REN, REH.

Examen segmentario.

Piel y Faneras. Al examen piel tibia, mucosas orales secas, llenado capilar menor de dos segundos.

Cabeza: Normocéfalo, mesaticéfalo, cabello de color negro de buena implantación, pabellones auriculares bien implantados.

Ojos: Pupilas isocóricas, fotoreactivas.

Oídos: Oído permeable sin alteraciones auditivas.

Nariz: Simétrica, no se palpan crépitos, sin alteraciones.

Boca: Mucosas orales secas.

Faringe: No signos inflamatorios

Cuello: Cuello cilíndrico móvil

Tórax: Tórax y pulmón murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. Mamas simétricas de acuerdo a edad y sexo.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares, rítmicos, normo fonéticos.

Abdomen: Globuloso, muy doloroso a la palpación superficial a predominio en hipogastrio y ambas fosas iliacas.

Genitourinario: Puntos renoureterales y puño percusión lumbar con dificultad para examen por sensibilidad al dolor

Rectal: Diferido.

Linfáticos: No se palpan adenopatías.

Neurológico: Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica.

- Abdomen agudo quirúrgico.
- Descartar embarazo ectópico complicado.

Plan de trabajo y terapéutica:

- NPO
- Control de funciones vitales
- CLNA 9‰/oo 600 cc a chorro luego a 30 gotas por minuto.
- Diclofenaco 75 mg. IM stat
- Se solicita exámenes de sangre (hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo y factor RH, glicemia, Creatinina, HIV, VDRL, AgHBs, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, plaquetas.
- Examen completo de orina.
- Test de embarazo
- Vendaje de miembros inferiores.
- Cefazolina 2 gramos endovenosa pre SOP.
- Riesgo quirúrgico.
- Prepara para SOP.

Informe ecográfico.

Fecha: 02/01/109 hora 22.30

Útero: anteverso flexión.

Dimensiones: longitud 83mm Antero posterior: 49mm Transverso: 51mm

Superficie: Regular

Miometrio: Homogéneo.

Endometrio: 14 mm

Fondo de saco: Líquido libre en regular cantidad.

Observaciones: masa heterogénea izquierda de 46 x 32 mm

CONCLUSIÓN: EMBARAZO ECTOPICO COMPLICADO.

Resultados de laboratorio

Fecha: 02/01/19.

- Hemoglobina 10.8g%
- Hematocrito 33.3%
- Creatinina 0.7mg%
- Glucosa 129.9mg%
- Grupo sanguíneo O RH (+)
- Tiempo de coagulación 7` 10``
- Tiempo de sangría 2` 48``
- VIH No reactivo
- RPR No reactivo
- HBsAg No reactivo.
- Plaquetas 305,000/mm3

- HCG +++++

Fecha: 03/01/19.

Hora: 00.10 horas.

Paciente pasa a sala de operaciones

Cirugía realizada. Laparotomía exploratoria: salpingectomía parcial izquierda.

Diagnostico pre operatorio: - Abdomen agudo quirúrgico

-Embarazo ectópico complicado

Diagnostico pos operatorio: El mismo más hemoperitoneo.

Tiempo operatorio: 55 minutos.

Hallazgos: Abierta cavidad abdominal se encuentra, abundante sangrado rojo oscuro, acompañado de coágulos de un aproximado 400 CC. Se identifica 1/3 proximal de la trompa izquierda con solución de continuidad, se procede a salpingectomía parcial. Sangrado Intra operatorio 600 CC.

Recibe transfusión de un paquete globular en sala de operaciones.

Hora: 02.55 sale de sala de operaciones estable a servicio de hospitalización para continuar su recuperación.

Terapéutica e indicaciones.

Post operatorio inmediato.

- NPO X 6 horas luego probar tolerancia oral.
- Dextrosa al 5% SA X 1000cc.

+ Hipersodio 01 ampolla + kalium 01 ampolla pasar a 45 gotas por minuto

- Metamizol 1 gr. Cada 8 horas vía endovenosa lento diluido
- Tramadol 100 mg. Vía SC PRN a dolor intenso
- Ranitidina 50 mg. Cada 8 horas vía EV
- Metoclopramida 10 mg cada 8 horas vía EV
- Dimenhidrinato 50 mg. PRN a vómitos vía EV
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía EV
- Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía EV
- Balance hídrico
- HB. de control en 6 horas.
- Control de funciones vitales cada 15 minutos por 2 horas luego cada 6 horas.
- Sonda Foley permeable.

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Paciente mujer de 37 años de edad se encuentra en post operatorio inmediato, lúcida responde al interrogatorio, P/A: 110/80mmhg, C.:98X´ FR: 20X´, T°:36.7°C , SO2: 96%, refiere dolor en herida operatoria, al examen preferencial: apósito quirúrgico limpio, sonda vesical permanente, se cumplen indicaciones.

Fecha: 03/01/19

Hora: 7.00 horas.

Evolución médica

Funciones vitales:

- P/A: 110/80mmhg
- FC: 98X´
- FR: 17X´
- T°: 36.7°C
- SO2: 96%

Paciente de 37 años de edad refiere dolor de moderada intensidad, a nivel de herida operatoria, al examen aparente regular estado general, mucosas orales húmedas, conjuntiva palpebral rosada, piel tibia al tacto, tórax y pulmón, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, cárdio vascular, ruidos cardiacos regulares, no soplo, abdomen blando depresible, globuloso, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas, ruidos hidro aéreos presentes, genito urinario con puño percusión lumbar negativo, puntos renouretrales negativos, por genitales no se evidencia sangrado.

Impresión diagnóstica: Embarazo ectópico complicado.

Anemia severa

Tratamiento e indicaciones

- Tolerancia oral.
- CLNA al 9‰ X1000cc 30 gotas por minuto
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía EV.
- Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía EV.
- Tramadol 100 mg cada 8 horas vía SC
- Transfudir 2 paquetes globulares
- Control de funciones vitales cada 6 horas.

- Control de sangrado transvaginal.
- Reclamar Hb. De control
- Higiene perineal

Fecha: 03/01/19 Hemograma.

- Leucocitos 6009/mm³
- Eocinòfilo 0.62%
- Segmentados 63%
- Linfocitos 25.2%
- Monocitos 5.3%
- Abastondados 0.2%
- HB 5.4g/dl.
- Plaquetas 186,000mm³

Examen completo de orina.

- Color Amarillo
- Reacción Acido.
- Leucocitos 2-4 campo
- Bacterias Escasas
- Eritrocitos 2-3 campo
- Células epiteliales 3 – 4 X campo
- Aspecto Normal.
- Densidad 1008.

Fecha. 03/01/19 Hora: 18.30

- P/A: 105/80mmhg
- FC: 80X´
- FR: 18X´
- T°: 37°C
- SO2: 97%

EVOLUCIÓN MÉDICA

Paciente de 37 años de edad luego de haber sido sometida quirúrgicamente, refiere presentar dolor de leve intensidad a nivel de herida operatoria, que aumenta de intensidad al movimiento brusco, además refiere náuseas, que se dan por ciertos momentos, que en una ocasión llevo al vómito.

Al examen, AREG, mucosas orales semi secas, conjuntivas palpebrales rosadas, piel tibia al tacto, tórax y pulmón, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, cárdio vascular, con ruidos cardiacos regulares, no soplos, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio y ambas fosas iliacas, ruidos hidroaéreos presentes, en apósito de herida operatoria se aprecia escaso sangrado, genitourinario puntos renoureterales negativo, puño percusión lumbar negativo, en genitales no se aprecia sangrado.

Impresión diagnóstica:

- Post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.
- Anemia severa.

Plan: Completar transfusión de 02 paquetes globulares

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Paciente refiere discreto dolor en herida operatoria, presenta cefalea leve se transfunden 2 paquetes globulares sin complicaciones, Fs Vs estables, se cumplen indicaciones y tratamiento.

Fecha. 04/01/19 hora 05.53 Horas.

Funciones vitales:

- P/A = 110/60mmhg
- P = 88X`
- T° = 37 °C
- FR = 18 X`
- SO2 = 94%

Paciente de 37 años de edad, refiere presentar dolor de leve intensidad, a nivel de herida operatoria, que aumenta de intensidad ante movimientos bruscos, además refiere que náuseas desaparecieron, así mismo refiere cefalea de moderada intensidad, tipo pulsátil, y debilidad a la deambulación.

Al examen; AREG, mucosas orales secas, conjuntivas palpebrales pálidas, piel tibia al tacto. Tórax y pulmón, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares. Córdio vascular, ruidos cardiacos regulares, no soplos. Abdomen blando depresible, globuloso, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosas iliacas, ruidos hidroaéreos presentes, apósito de herida quirúrgica manchado con sangre

muy escaso. Genitourinario, puntos reuureterales negativo, puño percusión lumbar negativo, no sangrado transvaginal.

Impresión diagnóstica:

- Post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.
- Anemia severa.

Tratamiento

- Dieta completa más líquidos a voluntad.
- CLNA al 9‰ X1000cc 15 gotas por minuto
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía EV.
- Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía EV.
- Tramadol 100 mg cada 8 horas vía SC
- Control de funciones vitales cada 6 horas.
- Control de sangrado transvaginal.
- Transfundir 1 paquete globular
- Higiene perineal

Fecha: 04-01-19.

- HB 6.6gr%
- HTO 20%

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Paciente mujer de 37 años de edad, refiere sensación de mareo a la deambulaci3n asistida tolera alimentos. Al examen: Fs Vs estables abdomen blando depresible ap3sito de Herida operatoria limpio, genitales de mult3para no presencia de sangre se retira sonda Foley, miembros inferiores sin edemas ni v3rices.

Fecha. 05/01/19

hora 06.08 Horas.

Funciones vitales:

- P/A = 115/70mmhg
- P = 76X`
- T° = 36.6 °C
- FR = 20 X`
- SO2 = 96%

Paciente de 37 a3os de edad, refiere presentar dolor de leve intensidad, a nivel de herida operatoria, que aumenta de intensidad al movimiento, adem3s refiere cefalea de leve intensidad, y debilidad a la deambulaci3n.

Al examen; AREG, mucosas orales secas, conjuntivas palpebrales p3lidas, piel tibia al tacto. T3rax y pulm3n, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares. C3rdio vascular, ruidos cardiacos regulares, no soplos. Abdomen blando depresible, globuloso, doloroso a la palpaci3n en hipogastrio y fosas iliacas, ruidos hidroa3reos presentes, ap3sito de herida quir3rgica manchado con sangre muy escaso. Genitourinario, puntos renoureterales negativo, pu3o percusi3n lumbar negativo, no sangrado transvaginal.

- Post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.
- Anemia severa

Tratamiento

- Dieta completa más líquidos a voluntad.
- CLNA al 9‰ X1000cc 30 gotas por minuto
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía EV.
- Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía EV.
- Ketorolaco 10 mg cada 8 horas vía oral
- Control de funciones vitales cada 6 horas.
- Control de sangrado transvaginal.
- Transfundir 01 paquete globular
- Higiene perineal.

Fecha. 06/01/19

hora 05.48 Horas.

Funciones vitales:

- P/A = 100/60mmhg
- P = 86X`
- T° = 37 °C
- FR = 18 X`
- SO2 = 96%

Paciente de 37 años de edad post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado, refiere que dolor persiste solo al movimiento brusco, que cede con el reposo, además refiere que cefalea ha disminuido y se localiza en región frontal, niega mareos ala deambulación.

Al examen, AREG, mucosas orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial en naso gástrico y ambos flancos, ruidos hidroaéreos aumentados, en genitales sangrado transvaginal escaso.

Impresión diagnostica:

- Post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.
- Anemia severa

Tratamiento

- Dieta completa más líquidos a voluntad.
- CLNA al 9‰ X1000cc 30 gotas por minuto
- Clindamicina 600 mg cada 8 horas vía EV.
- Gentamicina 80 mg cada 8 horas vía EV.
- Ketorolaco 10 mg cada 8 horas vía oral
- Control de funciones vitales cada 6 horas.
- Control de sangrado transvaginal.
- Hemoglobina de control
- Higiene perineal.

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Paciente mujer de 37 años de edad, refiere dolor en herida operatoria, continúa con sensación de mareo a la deambulaci3n asistida tolera alimentos. Al examen: Fs Vs P/A 90/60 FC 98lpm, FR 22, Tp 37.2°C abdomen blando depresible ligeramente doloroso a palpaci3n, ap3sito de herida operatoria limpio, genitales de mult3para no presencia de sangrado Foley, miembros inferiores sin edemas ni v3rices.

Fecha: 06-01-19.

- HB 10.1gr%
- HTO 32%

Fecha. 07/01/19 hora 06.50 Horas.

Funciones vitales:

- P/A = 100/61mmhg
- P = 80X`
- T° = 36.5°C
- FR = 20 X`
- SO2 = 97%

Paciente de 37 a~os de edad post operada de laparotom3a exploratoria por embarazo ect3pico complicado, refiere que dolor persiste, a predominio de fosa iliaca izquierda, sobre todo al movimiento brusco, que cede con el reposo, concomitantemente presenta cefalea a nivel de ambos parietales y zona frontal, tipo punzante, en forma intermitente, adem3s refiere dolor al miccionar y m3s a~n cuando presenta flatos.

Al examen, AREG, AREH, REN. Mucosas orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, piel tibia al tacto, tórax y pulmón, murmullo vesicular pasan bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados, cárdio vascular, ruidos cardiacos regulares, normo fonéticos, abdomen blando depresible, ligeramente distendido doloroso a la palpación profunda a nivel de ambas fosas iliacas e hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes, genitourinario puntos renuureterales negativo, puño percusión lumbar negativo, en genitales sangrado transvaginal ausente.

Impresión diagnostica:

- Post operada de laparotomía exploratoria por embarazo ectópico complicado.
- Anemia severa

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Paciente mujer de 37 años de edad, refiere discreto dolor en herida operatoria, deambulación asistida sin particularidades, tolera alimentos. Al examen: Fs Vs P/A 100/70 FC 98 lpm, FR 22, Tp 36.8°C abdomen blando depresible ligeramente doloroso a palpación, apósito de herida operatoria limpio, genitales de multípara no presencia de sangrado, miembros inferiores sin edemas ni várices. Se cumplen indicaciones y tratamiento sin complicaciones.

Fecha: 07/01/19 Hora: 13.00 horas

Alta médica con indicaciones.

- Dieta completa más líquidos a voluntad.
- Orientación y consejería sobre signos de alarma.
- Control por consultorio externo en 7 días

EVOLUCIÓN DE LA OBSTETRA

Paciente mujer de 37 años de edad, se encuentra de alta médica. Refiere discreto dolor en herida operatoria, deambulación asistida sin particularidades, Al examen: Fs Vs P/A 100/68 FC 98 lpm, FR 22, Tp 36.7°C abdomen blando depresible no doloroso a palpación, apósito de herida operatoria limpio, genitales de multípara no presencia de sangrado, miembros inferiores sin edemas ni várices. Se cumplen indicaciones y tratamiento sin complicaciones.

Se realiza orientación y consejería en Planificación familiar

2.3 DISCUSIÓN

El embarazo ectópico complicado es una patología que pone en riesgo la vida de la mujer, por lo que es sustancial prevenirlo y para ello se deben identificar las causas o factores que puedan condicionar su aparición lo que permite situar las estrategias, reconociendo los factores prevenibles y diferenciarlos de otras patologías con signología similar para el inicio inmediato del tratamiento. En el presente caso clínico mujer de 37 años de edad que presentó dolor abdominal y sangrado transvaginal, signos que son característicos de su presentación como lo expone Ludmir (11).

Como antecedente que se afirmó ser factores de riesgo, la paciente presentó edad mayor de 35, uso de alcohol, legrado uterino previo, anemia. Palomino (5), expuso en un análisis bivariado que la edad mayor de 35 años y gestante con pareja fue un factor sociodemográfico que influyó en la aparición del EE, así mismo expone como factor protector para embarazo ectópico la edad menor a 35 años. También encontró como factor de riesgo el aborto/legrado uterino. Un factor de riesgo socio demográfico es el grado de instrucción, Mamani E. Puno 2018 (6) en su tesis expone que las pacientes con grado de instrucción primaria presentan un factor protector, por consiguiente creemos que el grado de instrucción superior condicionaría un factor de riesgo

El antecedente de legrado uterino según Palomino W. Arequipa 2018(5), Morales M. Guayaquil 2018 (4) encontraron que resulta ser un factor de riesgo para la presentación de embarazo ectópico, considerando que al realizar un legrado a la cavidad uterina puede haber un efecto inflamatorio local y puede distenderse a la trompa uterina provocando cambios anatómicos a nivel de la trompa uterina. En el Instituto materno perinatal se encontró una fuerte asociación aumentando el riesgo hasta 13.6 veces más entre legrado uterino y EE.

Como manifestaciones clínicas la paciente presenta dolor abdominal que es síntoma más frecuente del embarazo ectópico, con hipersensibilidad abdominal por presentar hemorragia intraperitoneal, asimismo hipersensibilidad anxial, que en este caso la paciente presenta dolor en ambas fosas iliacas, durante la rotura el dolor se intensifica llegando al síncope, minutos antes que ingrese al servicio de emergencia, por la pérdida sanguínea interna aguda y la hipotensión.

2.4 CONCLUSIONES

2.4.1 Los factores de riesgo que se ha identificado en la paciente, es que es una mujer en edad fértil con vida sexual activa, la edad es otro factor de riesgo, ya que esta paciente tiene 37 años, tiene antecedente de aborto, usuaria de hormonal inyectable que hace que la trompa no funciona normalmente, disminuyendo su motilidad. Aunque hay un 40% de mujeres que presentan embarazo ectópico en la cual no se ha determinado la causa. Otro factor de riesgo frecuente es el retraso de la menstruación, pero pueden presentar sangrados irregulares, que pueden ser similares a la menstruación típica, pero nunca abundantes como en un aborto, que en este caso la paciente no presento retraso de la menstruación.

2.4.2 El diagnóstico fue oportuno y adecuado, ya que el inicio de la enfermedad fue en forma aguda e insidiosa según relato de la paciente, que acudió en forma oportuna a pedir ayuda a un establecimiento de salud. El diagnóstico se realizó a través de la clínica y se confirmó mediante el estudio ecográfico transvaginal que es un instrumento de gran ayuda para el diagnóstico precoz, ya que permite comprobar la presencia o no del embarazo ectópico y si es o no complicado.

2.4.3 En cuanto al manejo de la paciente fue apropiado, ya que se hizo diagnóstico oportuno y entro a sala de operaciones, inmediatamente después de estabilizar a la paciente, para el tratamiento quirúrgico, así mismo se transfundió sangre ya que la hemorragia interna fue severa, y la paciente estuvo con una hemoglobina de 5.3g%,

posteriormente su evolución fue favorable, saliendo de alta del Hospital Regional Moquegua en buen estado.

2.4.4 Se evitó una muerte materna, gracias a la preocupación e interés de la paciente por su salud. Que acudió en forma rápida a un establecimiento de salud a pedir ayuda, así como al personal de salud que actuó de forma apropiada para el diagnóstico y tratamiento de la paciente. A través de una cirugía y transfusión sanguínea. Ya que el embarazo ectópico es una de las principales causas de muerte materna en la primera mitad del embarazo.

2.5 RECOMENDACIONES:

2.5.1 La región de salud de Moquegua debe realizar actividades educativas para la población en riesgo y familiares, así mismo incluir en ello los signos de alarma para que la paciente identifique, signos y síntomas, para así poder acudir en forma oportuna a un establecimiento de salud, para su atención inmediata.

2.5.2 Realizar estudios de control oportuno, en toda mujer que acude con retraso menstrual, a través de estudio ecográfico y medición cuantitativa de gonadotrofina coriónica, que ayudara a determinar un diagnóstico precoz y oportuno, antes que el embarazo ectópico llegue a la complicación.

2.5.3 Realizar seguimiento a estas pacientes para la orientación y consejería en metodología anticonceptiva, y evitar un nuevo embarazo ectópico y sus complicaciones.

2.5.6 Promover el tratamiento médico con metotrexate, en paciente con embarazo ectópico no complicado, con la finalidad de conservar la salud reproductiva futura de la paciente.

2.5.7 Realizar estudios de investigación en el Hospital regional Moquegua y en nuestra región, sobre embarazo ectópico, para determinar factores de riesgo y complicaciones que estas presentan.

BIBLIOGRAFIA

1. Daniel R, Michell, JR., M.D. Tratado de Ginecología. Tercera edición. Harcourt Brace. Madrid Barcelona. 2000.
2. Figueredo L. Monet D. Blanco G. Aguiar A. zayas E. Vasquez E. Caracterización de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico enero a diciembre 2019 Universidad de Ciencias Médicas de Holguin. HolCien 2021; 2(3) ISSN: 2708-552X RNPS: 2495 [revista en internet]. 2021 [citado 23 de abril 2022] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/357364364_Caracterizacion_de_pacientes_con_diagnostico_de_embarazo_ectopico_de_enero_a_diciembre_del_2019
3. Córdova C. Fernandez J. Factores causales de embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva en el Hospital General de Guasmo Sur y en el Hospital especializado Mariana de Jesús junio 2016 enero 2018. Tesis de titulación. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil 2018.
4. Morales M. Manejo de las complicaciones en el embarazo ectópico Hospital General Los Caibos. Tesis de titulación. Universidad de Guayaquil – Ecuador 2018
5. Palomino W. Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital de Vitarte. Tesis de Titulación. Universidad Ricardo Palma Lima-Perú 2018
6. Mamani A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico en las pacientes atendidas en el Hospital Manuel Nuñez Butron. Tesis de titulación. Universidad Nacional del Altiplano Puno-Perú 2018

7. Chiguay A. (2021) Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas del embarazo ectópico en gestantes atendidas en el hospital III Goyeneche Arequipa. Tesis de titulación. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa- Perú 2021
8. MINSA. Dirección Regional de salud de las Personas. Guía de Práctica Clínica Para la atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. 1ra Edición. Lima Perú. 2007.
9. Copeland L. Gynecology. Segunda edición. Editorial Médica Panamericana. 2002.
10. Steven G. Gabbe J. Niebyl R. Leigh L. Obstetricia. 4ta edición. Editorial Marban S.L. Madrid España. 2004.
11. Ludmir A. Cervantes R. Castellanos C. Ginecología y Obstetricia. Prevención Diagnostico Tratamiento. Lima Perú. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología en Innovación Tecnológica 1996.
12. Schwarcz R. Fessina H. Sala H. Duverges C. Obstetricia. Editorial Ateneo 5ta Edición. Buenos Aires Argentina. 2000.
13. Pérez Sánchez A. Donoso E. Obstetricia. Publicaciones técnicas Mediterráneo. Santiago - Chile 3ra edición 2000.
14. Narendra M. Randhir P. Jaideep M. Manejo de problemas en Obstetricia. Edición Original en Idioma Inglés. Edición en idioma Castellano Amolca. Actualidades Médicas C.A. Ciudad de Panamá. Panamá. 20016.
15. Coacalla A. Cotapallata E. Perlas de Obstetricia y Ginecologia. The students textboox . Ediciones del sur S.R.L. Lima Perú. 2001.

- 16.** Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 1ra Edición. Editorial Editor. Lima Perú. 2010.
- 17.** Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. (ICGON) Director: Prof. Juan Balasch MMXIII. Actualización en Obstetricia y ginecología. Edicion Ergon. Editorial Oceano. Barcelona España. 2015.
- 18.** Arenas B. Marcos M. Merce L. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Graficas Marte. SL. Madrid. 2007.
- 19.** Williams. Gary f. Cunningham M.D. Paul C. Mac Donald M.D. Norman F. Gant M.D. Kenneth J. Levano M. D. Larry C. Gilstrap III M.D. Obstetrician, 5ta Edición. Masson S.A. Barcelona España. 2001.
- 20.** Cifuentes R. Cobo E. Hoyos P. Obstetricia de Alto Riesgo. 4º edición 2000. Editorial Distribuna. Bogotá Colombia. 2011.
- 21.** Benrubi G. Urgencias Obstétricas y Ginecológicas. Segunda Edición. Editorial Marban libros S.L. Madrid España. 2003-05-06.
- 22.** Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia Basada en evidencias. Editorial Lincoln. Bogotá Colombia. 2002.
- 23.** Oladapo W. What exactly is active management of third stage of labor? Acta Obstetricia et Gynecologica 2010; 89: 4-6.