

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Obstetricia y Puericultura**

**Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico**



## **EMBARAZO ECTÓPICO**

**Trabajo Académico** presentado por  
la Licenciada en Obstetricia:

**Rodríguez Mamani, Shelby  
Katherine**

Para optar el título de Segunda  
Especialidad en:

**Alto Riesgo Obstétrico.**

**Asesora:** Dra. Cárdenas Núñez,  
Yenhny

**Arequipa – Perú**

**2021**



Universidad Católica  
de Santa María

AREQUIPA - PERU

(5154)382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

Arequipa, 03 de agosto del 2021

**INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO  
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

A : Dra. Jannet Escobedo Vargas  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura  
DE : Mg. Armida Fernández Vásquez  
Mg. Marcos Herrera Cárdenas  
Mg. Fabiola Meza Flores  
Dictaminadores del Borrador de Tesis de 2da. Especialidad

**TITULO DEL BORRADOR:**  
“EMBARAZO ECTÓPICO”

**PRESENTADO POR:**

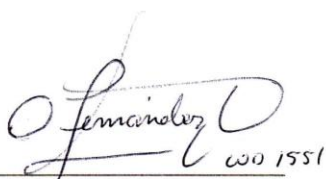
Lic. Rodríguez Mamani, Shelby Katherine

Para optar el título de Segunda Especialidad en “ALTO RIESGO OBSTÉTRICO”

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el DICTAMEN favorable, para la sustentación del trabajo respectivo.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

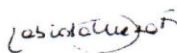
Atentamente,



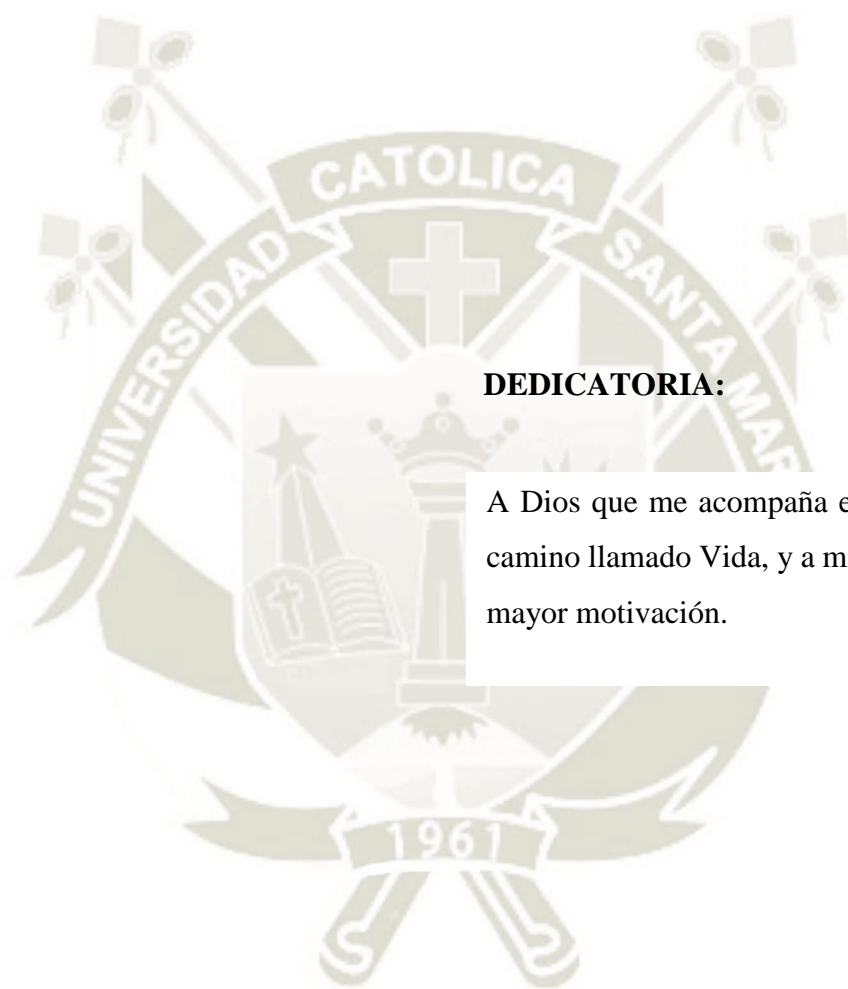
Mg. Armida Fernández Vásquez  
Presidente



Mg. Marcos Herrera Cárdenas  
Vocal

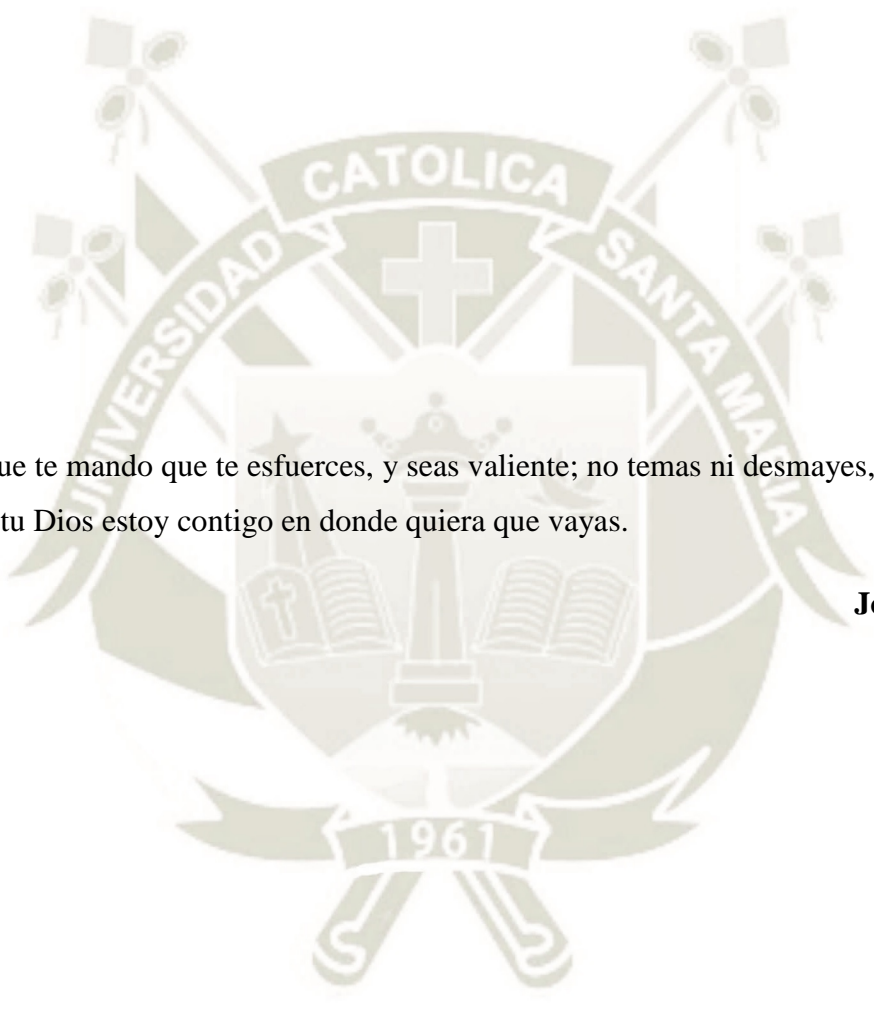


Mg. Fabiola Meza Flores  
Secretaria



**DEDICATORIA:**

A Dios que me acompaña en este maravilloso camino llamado Vida, y a mi familia por ser mi mayor motivación.



Mira que te mando que te esfuerces, y seas valiente; no temas ni desmayes, porque yo el Señor, tu Dios estoy contigo en donde quiera que vayas.

**Josué 1:9**

## INDICE

EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	1
MARCO CONCEPTUAL	2
1. OBJETIVO GENERAL	2
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 EMBARAZO ECTÓPICO	2
A) DEFINICIÓN	2
B) UBICACIÓN	2
C) ETIOLOGÍA	3
D) CUADRO CLÍNICO	5
E) DIAGNÓSTICO	8
F) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
G) TRATAMIENTO	9
H) COMPLICACIONES	16
CAPITULO II	19
MARCO METODOLÓGICO	20
HISTORIA CLÍNICA	20
1. ANAMNESIS	20
1.1 FILIACIÓN	20
1.2 ENFERMEDAD ACTUAL	20
1.3 RELATO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL	21
1.4 FUNCIONES BIOLÓGICAS	21
1.5 ANTECEDENTES	21
1.6 EXAMEN FÍSICO	24
1.7 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	27
1.8 ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO	28
CAPITULO III	43
DISCUSIÓN	44

CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
ANEXOS	51



## RESUMEN

El embarazo ectópico, constituye un problema de salud; en el Perú representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 2%) (2).

El presente trabajo tiene como objetivo la revisión y análisis de un caso clínico del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, con diagnóstico de Embarazo Ectópico, para identificar factores de riesgo, así como analizar la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Caso clínico: Paciente de 29 años que acude al servicio de emergencia del hospital III Yanahuara el 2 de junio por presentar dolor pélvico, no sangrado transvaginal, el diagnóstico inicial de emergencia es tumoración en cuadrante inferior derecho, se le realiza hemograma automatizado, creatinina, amilasa, examen completo de orina y prueba Covid, ecografía abdominal y tomografía axial computarizada, se interconsulta al servicio de cirugía, recibe tratamiento médico y es dada de alta; regresa el 4 de junio por presentar dolor pélvico desde hace 7 días y se agrega náuseas, vómitos y debilidad muscular, se interconsulta al servicio de gineco obstetricia FUR: 23/05/21, G4P2012, método anticonceptivo de barrera, antecedentes gineco obstétricos cesareada anterior 2 veces, se realiza ecografía endovaginal, el diagnóstico es Embarazo ectópico, Anemia aguda, se hospitaliza en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, se solicita tomografía axial computarizada. Ingresa a centro quirúrgico donde se le realiza Salpinguectomía derecha más omentectomía parcial. La paciente es dada de alta en buenas condiciones.

Conclusión: Se realizó la revisión y análisis de un caso clínico del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, identificándose factores de riesgo, y análisis de la capacidad de respuesta del sistema de salud frente al embarazo ectópico, los síntomas presentes en la paciente fueron la menstruación retrasada y dolor, secundariamente náuseas y vómitos. Los factores de riesgo fueron: su edad, la andria, el periodo intergenesico corto y no tener acceso atención en planificación familiar para optar por un método anticonceptivo. La capacidad de respuesta del sistema de salud, no fue óptima, frente al primer contacto con la paciente, mujer en edad fértil, teniendo la sintomatología característica, el diagnóstico

no fue precoz, consecuentemente, se realizó una intervención quirúrgica de emergencia, y presentación de anemia severa en la fémina.

Palabras Clave: Embarazo Ectópico, anemia



## ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a health problem; in Peru it represents one of the most important causes of acute abdomen in gynecology and the main cause of maternal death, in the first trimester of pregnancy (around 2%) (2).

The objective of this work is to review and analyze a clinical case of the Carlos Alberto Seguín Escobedo Hospital, with a diagnosis of Ectopic Pregnancy, to identify risk factors, as well as to analyze the response capacity of the health system.

Clinical case: 29-year-old patient who attended the emergency service of the III Yanahuara hospital on June 2 for presenting pelvic pain, not transvaginal bleeding, the initial emergency diagnosis is a tumor in the lower right quadrant, an automated blood count, creatinine, amylase, complete urine examination and Covid test, abdominal ultrasound and computerized axial tomography, the surgical service was consulted, received medical treatment and was discharged; She returned on June 4 for presenting pelvic pain for 7 days and added nausea, vomiting and muscle weakness, she was consulted at the obstetric gynecological service FUR: 05/23/21, G4P2012, barrier contraceptive method, previous cesarean obstetric gynecological history 2 times, endovaginal ultrasound is performed, the diagnosis is Ectopic pregnancy, Acute anemia, she is hospitalized in the Obstetric Gynecology service of the Carlos Alberto Seguín Escobedo National Hospital, a computerized axial tomography is requested. He was admitted to the surgical center where a right salpingectomy plus partial omentectomy was performed. The patient is discharged in good condition.

Conclusion: The review and analysis of a clinical case of the Carlos Alberto Seguín Escobedo Hospital was carried out, identifying risk factors, and analysis of the response capacity of the health system to ectopic pregnancy, the symptoms present in the patient were delayed menstruation and pain, secondarily nausea and vomiting. The risk factors were: their age, andria, the short intergenic period and not having access to family planning care to choose a method. contraceptive. The response capacity of the health system was not optimal, compared to the first contact with the patient, a woman of childbearing age, having characteristic symptoms, the diagnosis was not early, consequently, an emergency surgical intervention was performed, and presentation of severe anemia in females.

Key Words: Ectopic Pregnancy, anemia

## INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud define la muerte materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención (1).

En el actual contexto de emergencia, se ha observado incremento significativo de la mortalidad materna en el Perú. En el año 2020, las muertes maternas ascendieron a 440, 45.7%, más que el año 2019. A su vez hasta la semana 13 (al 3 de abril) del 2021 las muertes maternas ascienden a 136, 65.9%, más que en el año 2020, en el mismo periodo (2).

En el estado de emergencia por la pandemia de covid-19, el sistema de salud del país se ha puesto bajo presión cuando se encontraba además debilitado, al respecto se ha observado su impacto en la continuidad de los servicios regulares y de emergencia de salud materna y neonatal. Asimismo, las mujeres embarazadas y en general las mujeres en edad reproductiva no se asumieron como una prioridad en el país. Tampoco se asumió como un grupo de riesgo.

El embarazo ectópico entendido como la nidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina (3). presenta una incidencia de del 1 a 2 % de todos los embarazos, esta pequeña proporción causa una cifra desproporcionada del 6 % de todas las muertes relacionadas con el embarazo (4).

Se ha descrito como factores independientes que incrementan el riesgo de embarazo ectópico a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el embarazo tubárico previo, el uso del dispositivo intrauterino (DIU) y la cirugía tubárica previa (5).

El presente trabajo académico tiene como objetivo la revisión y análisis de un caso clínico del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, para ello en el Capítulo I se busca analizar la patología del embarazo ectópico, desarrollando definiciones que nos aproximen a formar una idea clara de que es lo que se entiende por embarazo ectópico. Además, se realizó un estudio de la etiología del misma y a los factores de riesgo que suelen presentarse con más frecuencia en este caso.

Por otro lado, en el Capítulo II se realizó el desarrollo del caso clínico donde se examinó cada uno de los puntos propuestos en el marco conceptual realizándose un análisis del caso, evaluándose la capacidad de respuesta del sistema de salud y finalmente proponiendo una discusión del mismo.





## MARCO CONCEPTUAL

### 1. OBJETIVO GENERAL

Revisión y análisis de un caso clínico del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, con diagnóstico de Embarazo Ectópico, para identificar factores de riesgo, así como analizar la capacidad de respuesta del sistema de salud.

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 EMBARAZO ECTÓPICO

##### A) DEFINICIÓN

Se entiende como embarazo ectópico la nidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero (3).

##### B) UBICACIÓN

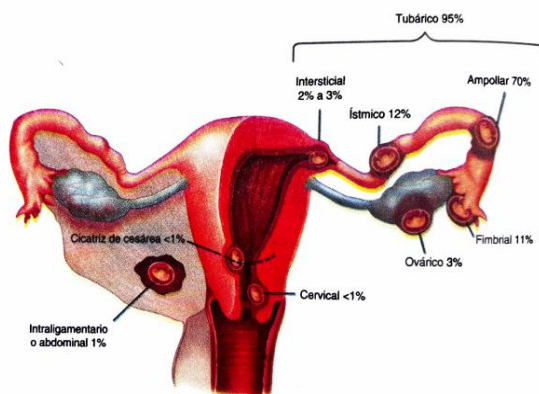
La ubicación puede ser: tubárica, tubo-ovárica, ovárica, abdominal, intraligamentaria y cervical.

La tubárica es la implantación más común (90 al 95% de los casos). Dentro de ella y según la porción de la trompa que ocupe el huevo, se subdivide en:

- Intersticial o intramural: en la porción de la trompa que recorre la pared del útero.
- Ístmica: en la porción media y más estrecha de la trompa (10%)
- Ampollar: en el tercio externo de la trompa: es la más frecuente de todas (75%)
- Infundibular: en las franjas del pabellón de la trompa (3).

FIGURA N° 1

SITIOS DE IMPLANTACIÓN DE 1800 EMBARAZOS ECTÓPICOS DE UN  
ESTUDIO POBLACIONAL DE 10 AÑOS



FUENTE: Cunningham Gary, 2015, sitios de implantación de 1800 embarazos ectópicos de un estudio poblacional de 10 años, Figura, Williams Obstetricia.

### C) ETIOLOGÍA

Está determinada por todos los factores que impiden o dificultan la migración normal del huevo hacia la cavidad uterina. Se pueden distinguir entre:

✓ **FACTORES TUBULARES:** pueden ser debidos

Enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P) y dentro de ella la causada por la salpingitis gonocócica y la TBC genital (asintomáticas en el 80-90% de casos), y la salpingitis postaborticas. Deterioran la actividad ciliar y la motilidad tubárica, y generan adherencias en la mucosa tubárica que conducen a la estenosis.

- Cirugía tubárica contra la infertilidad y cirugía conservadora de ectópico previo.
- Cirugía tubárica para la esterilidad permanente, sobre todo si es por electrocoagulación.
- Endometriosis tubárica: favorece la nidación precoz.

- Anomalías congénitas: hipoplasias (observada en la exposición intrauterina al dietilestilbestrol) o trompas excesivamente tortuosas.
- Alteraciones funcionales del peristaltismo tubárico o de la actividad ciliar, debidas tanto a la hipocontractibilidad como el espasmo, tubárico.

✓ FACTORES OVULARES: aquellos que conducen a la:

Nidación precoz del huevo, bien sea debido a huevos excesivamente pesados que maduran con rapidez y no pueden progresar, o al desprendimiento precoz de la capa pelucida del huevo capacitando la implantación.

Transmigración: se ha sugerido la posibilidad de la Hipermigración del huevo y su implantación en la trompa contralateral. En el 20% de los casos el cuerpo lúteo se encuentra en el ovario contralateral al de la implantación. Dicha Hipermigración puede ser:

- Hipermigración externa: cuando la trompa homolateral esta ocluida
- Hipermigración interna: cuando el óvulo captado, es fecundado, alcanza la cavidad uterina y progresa hacia la trompa contralateral donde se implanta.

Técnicas de reproducción asistida (TRA): de todos los embarazos clínicos resultantes de las TRA, el 5 – 5.7% fueron ectópico y el 1% fueron embarazo heterópico (coexistencia simultanea de un embarazo ectópico y otro eutópico), debido a la hiperestimulación ovárica y a las implantaciones múltiples resultantes de la transferencia de varios embriones. Estas tasas incluyen todas las formas de TRA: fecundación in vitro (FIV), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT) y transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT) (6).

Algunos autores afirman que la implantación ectópica está estrechamente ligada a la insuficiencia del cuerpo lúteo, y que esta insuficiencia es un factor patogénico común a muchas anomalías de la reproducción, entre ellas algunas cromosomopatías y abortos. La ovulación retrasada como causa de una hipermadurez preovulatoria se considera común denominador en la etiología de estas entidades. Según estas observaciones, se establecen dos modalidades etipatológicas del embarazo ectópico: ectópico enfermedad y ectópico accidente (6).

#### D) CUADRO CLÍNICO

Los síntomas del embarazo tubarico son muy variables, según el momento de su evolución y la localización.

En la etapa inicial, y cualquiera que sea la localización del embarazo ectópico, puede transcurrir igual a un embarazo normal; presenta los síntomas subjetivos de una gestación temprana, la amenorrea, y además las pruebas biológicas son positivas. A veces existen antecedentes de una menarquia tardía o de esterilidad primaria o secundaria.

El cuadro hemático es normal. Puede haber leves molestias o pesadez abdominal, pero no dolores acentuados, pues el dolor es un signo tardío.

Al hacer el tacto vaginal se encuentra el cuello uterino poco elevado, latero desviado y no francamente reblandecido. Existe cierta sensibilidad dolorosa. El aumento del tamaño uterino quizás sea menos que el correspondiente a una gestación intrauterina de igual tiempo. En ocasiones se palpa una tumoración limitada, ovoidea, por lo común pequeña. El diagnóstico se basaría en una tumoración yuxtauterina unilateral. Este periodo ha sido llamado por algunos autores de evolución tranquila. Sucesivamente van apareciendo los síntomas que indican intranquilidad y el inicio de complicaciones: las pérdidas de sangre y el dolor.

Habitualmente la amenorrea data de pocas semanas, puede simular un retraso menstrual seguido de pequeñas perdidas; algunas veces hay manchas de sangre antes del periodo correspondiente. Resultan característicos un pequeño retraso, irregularidades menstruales y metrorragias precoces.

Las pérdidas de sangre suelen ser escasas, un goteo interminable de sangre oscura, parda o negra maloliente, que no cede con el tratamiento ni con el legrado. El sangramiento se acompaña en ocasiones de restos orgánicos (la sangre hace recordar la borra de café), en algunos casos se expulsa un “molde” íntegro de caduca.

El dolor es el síntoma más constante, ya que está presente en más de 90% de los casos. Debe recordarse que una gestación normal no duele. Al principio de un embarazo ectópico el dolor es poco intenso, como una sensación de peso o una punzada generalmente unilateral; después es característica su tenacidad y rebeldía a los

analgésicos corrientes. A veces se irradia a la región lumbar, el epigastrio o región hepática y subclavicular.

Otro síntoma que también suele presentarse son pequeñas lipotimias, vértigo, zumbidos de oídos o náuseas; son menos frecuentes pero importantes cuando existen.

La palpación es por lo común negativa, puede despertar dolor en la parte baja de la fosa ilíaca correspondiente. Los signos físicos presentes al tacto vaginal son: el útero, está aumentando de volumen y redondeando, pero menos que lo que debería de ser para un embarazo intrauterino de igual tiempo.

El volumen y reblandecimiento afectan esencialmente al cuerpo del órgano y el cuello se modifica poco.

En el fondo del saco lateral se percibe una masa latero-uterina imprecisa que se encuentra durante la exploración. Otras veces los signos son más evidentes. La masa es más pequeña, de unos pocos centímetros de diámetro, y puede tener forma ovoidea y ser dolorosa, aunque separada del útero; el clásico surco de separación no es tan constante como se cree. El saco de Douglas, que estaba libre o indoloro antes de cualquier accidente hemorrágico, se hace muy pronto sensible y aun doloroso.

Si los signos precedentes son los de un embarazo tubario no complicado, pueden indicar a veces la existencia de pequeñas hemorragias intraperitoneales, antes de la aparición de las complicaciones.

La laparoscopia puede visualizar la trompa grávida y la localización en ella del embarazo; la presencia de sangre en el saco de Douglas o en la cavidad, es a veces el primer signo.

Durante la crisis o accidentes, en la interrupción simple, el feto muere en la trompa y se produce un hematosalpinx. Suele haber un aumento brusco del dolor, pero sus síntomas a veces, son puramente físicos por agrandamientos del tumor anexial que se hace sensible y móvil. El vientre está blando y la mujer conserva un buen estado general. Cesan los fenómenos gravídicos y la pérdida es discreta.

En la interrupción por aborto o por pequeñas roturas de la trompa (accidente mediano), la paciente tiene un dolor agudo en el vientre o dolores repetidos localizados en la fosa ilíaca que se propagan al fondo del saco de Douglas y pueden irradiarse al hombro

derecho. Suele tener mal estado general, vómitos, colapsos, expresión del síndrome de hemorragia interna, que se manifiesta también por la palidez, las taquicardias y lipotimias.

La sangre que cae al peritoneo se acumula en el fondo del saco de Douglas, lo que constituye el hematocele reconocible entre las 24 y las 48 horas. Este hematocele es una masa fluctuante, remitente, que va apareciendo en el fondo del saco vaginal posterior en forma progresiva y sensible. El dolor es habitualmente pelviano; la paciente puede sentir tenesmo vesical, rectal o ambos.

El hematocele puede organizarse y reabsorberse lentamente, pero puede organizarse puede infectarse, superar y abrirse en la cavidad peritoneal libre o en algún órgano como el recto, por ejemplo.

El cuadro de la interrupción por accidente grave se debe generalmente a la ruptura tubaria. Se observa un cuadro parecido al anterior, pero mucho más grave. Puede estar precedido a veces por pequeñas manifestaciones dolorosas y metrorragias.

El cuadro agudo se inicia con un dolor agudo intenso, sincopal, que corresponde al momento de la ruptura. La hemorragia interna es más grave y se añaden signos de shock: palidez marcada, sudoración profusa, frialdad de las extremidades, respiración superficial, pulso incontable, con hipotensión o sin tensión y facciones afiliadas. La mujer pierde el conocimiento. Con el examen comprobamos que el vientre sigue los movimientos respiratorios, respira y no hay contractura. El hipogastrio es muy doloroso a la palpación. A veces aparece el ombligo de color azuloso.

Al tacto, el fondo del saco de Douglas es muy doloroso: este signo, unido a la ausencia de defensa abdominal, constituye el signo de Proust, característico del derrame de sangre abdominal.

Puede ocurrir que la paciente muera sin dar tiempo a la intervención quirúrgica como consecuencia de una hemorragia cataclísmica de Barnes e inundación peritoneal; en otros casos es posible realizar la operación. Alguna vez la ruptura ocurre entre las hojas del ligamento ancho con formación de un hematocele o hematoma intraligamentaria. En cuanto a las variaciones de los síntomas en las diferentes localizaciones, podemos resumir planteando que los accidentes más precoces y graves suceden en el embarazo ístmico o intersticial. El accidente más frecuente es la rotura de la trompa con gran hemorragia intraperitoneal.

En el embarazo ampular que es la variedad más común, los síntomas pueden variar desde muy escasos o inadvertidos, hasta el aborto tubario con hemorragia peritoneal.

El embarazo fimbriado, al igual que el ovárico y el peritoneal, puede continuar desarrollándose durante varios meses y excepcionalmente llegar al término (7).

#### E) DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de no siempre es fácil por el amplio espectro de presentaciones clínicas, desde casos asintomáticos hasta abdomen agudo con shock hemodinámico. Una de las presentaciones más frecuentes incluye uno o todos los elementos de la triada clásica: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal (8).

La presentación clínica ha cambiado considerablemente en los últimos años. Aunque la incidencia ha aumentado, la frecuencia de la rotura tubárica, aborto tubárico y de otras complicaciones graves ha disminuido de forma muy importante, debido a la mayor exactitud de los métodos diagnósticos permiten detectar el embarazo ectópico en fases asintomáticas y precoces del proceso. Esto también ha permitido desarrollar diferentes protocolos de tratamiento no quirúrgico, así como técnicas quirúrgicas menos invasivas (9).

Por lo tanto, podemos encontrarnos con el embarazo ectópico en distintas fases:

- Totalmente asintomático
- Sintomático, pero sin ruptura presentando la paciente molestias abdominales vagas o dolor abdominal acompañado de pequeñas pérdidas sanguíneas.
- Accidente hemorrágico agudo, generalmente causado por rotura tubárica o aborto tubárico con hemorragia peritoneal. En este caso la paciente presentara todos los signos y síntomas de abdomen agudo (defensa peritoneal, Blúmer positivo) y de shock hipovolémico (palidez de piel y mucosas, taquicardia hipotensión, etc.) (6).

## F) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Exploración ginecológica. El examen pélvico es inespecífico, la paciente manifiesta dolor a la movilización cervical y se puede palpar una masa anexial dolorosa. En caso de rotura del embarazo ectópico suele aparecer irritación peritoneal (signo de Blumberg o defensa abdominal) y un cuadro de shock (7).

Determinaciones seriadas de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana. La  $\beta$ -HCG es producida por las células del trofoblasto y, en las primeras semanas de un embarazo normoevolutivo, duplicando su valor cada 2 días. Un aumento menor es sugestivo de embarazo no viable (aborto o ectópico). Si existe una sospecha de embarazo ectópico. Para el seguimiento,  $\beta$ -hCG se mide en serie de 48 a 72 horas para determinar si el incremento es consistente con un embarazo anormal. Una sola medición de hCG por sí sola no puede confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico o normales (10).

Ultrasonografía. Podemos encontrar la presencia de el endometrio engrosado, un útero vacío, un seudosaco, o la presencia de un saco gestacional fuera de la cavidad uterina, también se menciona la presencia del signo del doble halo en la trompa. Lo más frecuente es encontrar líquido en el espacio de Douglas (7).

Exámenes auxiliares laboratorio. Hemograma completo, grupo sanguíneo, factor Rh, perfil de coagulación, dosaje cuantitativo de  $\beta$ -hCG sérico, pruebas cruzadas, glucosa, urea, creatinina sérica, examen de orina (11).

## G) TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico ha cambiado considerablemente se ha pasado de la salpingectomía laparotomía en los años setenta y precedentes a la laparoscopia en los 80 y a la introducción del tratamiento farmacológico en la actualidad debido a la disponibilidad de las técnicas diagnósticas descritas que han hecho posible un diagnóstico cada vez precoz

Un factor a tener siempre en cuenta es que a pesar de un tratamiento correcto y conseguir que los niveles de  $\beta$ -hCG sean decrecientes de forma paulatina puede ocurrir una ruptura tubarica lo que podríamos catalogar como un fracaso del tratamiento la paciente debe

estar correctamente informada de que está en eventualidad puede suceder, así como de la sintomatología que puede presentar en caso de que ocurra (12).

### Manejo expectante

La conducta expectante incluye el control de los síntomas clínicos los niveles de  $\beta$ -hCG y los hallazgos ultrasonograficos estableciéndose una serie de criterios de inclusión que implican riesgo bajo de la complicación

- Clínicamente debe existir estabilidad hemodinámica
- Nivel inicial de  $\beta$ -hCG < 1000 U/I y evolutivamente decreciente
- Nula o escasa cantidad de líquido libre de fondo de saco de Douglas < 100 cc
- Masa anexial pequeña (diámetro tubarico < 2 cm)
- Ausencia de actividad embriocardíaca

Aproximadamente la cuarta parte de los pacientes con EE pueden ser tratados de este modo y en el 70% de este grupo seleccionado el resultado es bueno y no requiere cirugía.

El resultado a largo plazo (futuros embarazos intrauterinos o ectópicos), es similar al que se logra con intervención terapéutica (12).

### Tratamiento médico

Con los tratamientos médicos se pueden beneficiar del 30-40% del total de EE resultando atractivo por varias razones: menor lesión de las trompas, menor coste y, es de esperar, mayores posibilidades de embarazos futuros.

Las indicaciones del tratamiento farmacológico son:

De primera elección:

Paciente hemodinámicamente estable

- Niveles de  $\beta$ -hCG <10000 U/I
- Nula o escasa cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas
- Masa anexial <4 cm
- Ausencia de actividad embriocardíaca
- Localización cornual o cervical del EE
- No necesidad de recurrir a la laparoscopia para hacer el diagnóstico correcto

- No contraindicaciones absolutas para el tratamiento farmacológico elegido

### Tratamiento con Metotrexato

Es un antagonista del ácido fólico que interfiere en la síntesis del DNA y la multiplicación celular mediante la inhibición de la dihidrofolatorreductasa, enzima necesaria en la síntesis de las bases púricas. Tiene un especial tropismo por los tejidos que se encuentran en división activa como es el caso del trofoblasto, cuya proliferación inhibe.

Existen varias pautas de administración del MTX descritas, tanto por vía sistémica como por vía local:

- Vía sistémica. Fue la primera vía utilizada y son múltiples las pautas de dosificación descritas. Las pautas multidosis producen frecuentes efectos secundarios, gozando de mayor aceptación las pautas monodosis.
- Vía oral. A pesar de sus buenos resultados iniciales, no se ha extendido su empleo. Su problema principal radica en que su absorción intestinal es saturable y proporcional a la dosis.
- Inyección local. Mediante laparoscopia o bajo control ecográfico por vía transvaginal. Al igual que en la vía sistémica, la dosis actualmente aceptada es de 1mg/kg de peso o de 50 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal

FIGURA N°2

## PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO MÉDICO PARA EMBARAZO ECTÓPICO

CUADRO 19-2. Protocolos de tratamiento médico para embarazo ectópico		
	Dosis única	Dosis múltiples
<b>Administración</b>	Una dosis, repetir si es necesario	Hasta cuatro dosis de ambos fármacos hasta que la $\beta$ -hCG sérica disminuya en 15%
<b>Dosis del fármaco</b>		
Metotrexato	50 mg/m <sup>2</sup> BSA (día 1)	1 mg/kg los días 1, 3, 5 y 7
Ácido folínico	NA	0.1 mg/kg los días 2, 4, 6 y 8
<b>Concentración de <math>\beta</math>-hCG sérica</b>	Días 1 (inicial), 4 y 7	Días 1, 3, 5 y 7
<b>Indicación para dosis adicional</b>	Si la concentración de $\beta$ -hCG sérica no disminuye en 15% los días 4 al 7 Descenso <15% durante la vigilancia semanal	Si la $\beta$ -hCG sérica disminuye <15%, administrar una dosis más; repetir la $\beta$ -hCG en 48 h y comparar con el valor previo; máximo cuatro dosis
<b>Vigilancia posterior al tratamiento</b>	Semanal hasta que la $\beta$ -hCG sea indetectable	
<b>Contraindicaciones para el metotrexato</b>		
Sensibilidad al MTX	Embarazo intrauterino	Enfermedad por úlcera péptica
Evidencia de rotura tubárica	Disfunción hepática, renal o hemática	Enfermedad pulmonar activa
Amamantamiento		Evidencia de inmunodeficiencia

FUENTE: Cunningham Gary, 2015, protocolos de tratamiento médico para embarazo ectópico, Figura, Williams Obstetricia.

El seguimiento del tratamiento sistémico requiere un control estrecho de los niveles de  $\beta$ -hCG. Se monitorizará los niveles hormonales el día de inicio del tratamiento, así como los días 4 y 7, pudiéndose producir una elevación de los niveles hormonales los primeros días como resultado de la destrucción del tejido trofoblástico por acción del Metotrexato.

Si los niveles hormonales descienden, las determinaciones se repetirán semanalmente hasta su negativización, no siendo necesario repetir el estudio ecográfico. Si se produjera una elevación de los niveles hormonales en alguna de las determinaciones, estaría indicado una segunda dosis de Metotrexate, volviendo a realizar las determinaciones los días 4 y 7.

Se aplica un máximo de 3 dosis y, si una vez administradas los niveles hormonales no descienden, se indica tratamiento quirúrgico.

El riesgo de rotura tubárica existe, aunque los niveles desciendan adecuadamente, por lo que la paciente tiene que estar informada adecuadamente de esta eventualidad y de nuestra actuación en caso de que esto ocurriera, aunque hay que tener en cuenta que, cuando los pacientes son correctamente seleccionados, se obtiene la resolución del cuadro en casi el 90% de los casos (12).

### Tratamiento Quirúrgico

En la actualidad no hay discusión en cuanto a la preferencia de la vía laparoscópica, quedando relegada la vía laparotómica para indicaciones muy específicas: casos de shock hemorrágico tras ruptura del EE o existencia de un síndrome adherencial pélvico grave que imposibilite o contraindique la vía laparoscópica.

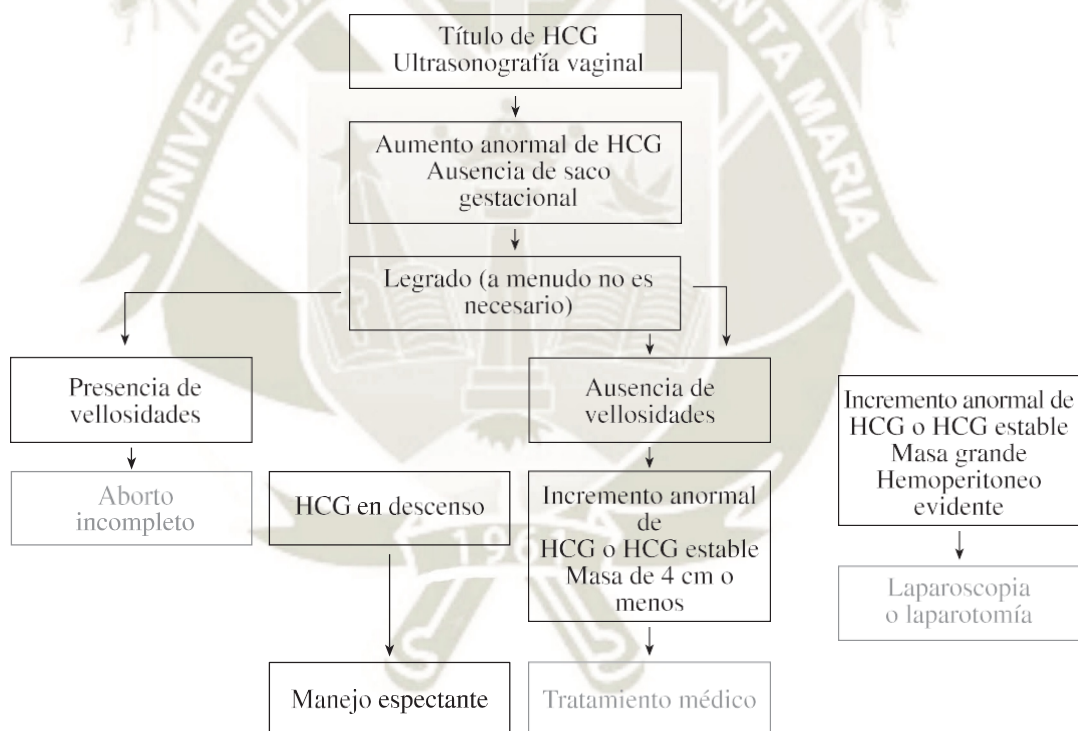
En principio, el tratamiento indicado de forma preferente será el conservador, cuando la fertilidad de la mujer deba ser preservada, y siempre que el mal estado de la trompa no lo contraindique.

Estará contraindicado el tratamiento conservador, siendo de elección la cirugía radical:

- Tamaño del EE superior a 5 cm
- Ruptura tubárica
- Hemorragia incoercible tras la evacuación del EE
- Recidiva de un EE anterior
- Ausencia de deseo genésico

FIGURA 3

ALGORITMO DIAGNÓSTICO - TERAPÉUTICO DE EMBARAZO ECTÓPICO



Fuente: Cañete M, 2003, algoritmo diagnóstico - terapéutico de embarazo ectópico, Figura, Urgencias en Ginecología y Obstetricia.

Si la localización del EE es intersticial, existen dos opciones, el tratamiento médico o la exéresis “en cuña” del cuerno uterino.

La tasa de fracaso terapéutico tras la cirugía conservadora se calcula en el 6%, debida a la retención intratubárica de trofoblasto activo diagnosticado por la persistencia de cifras elevadas de  $\beta$ -hCG. En estos casos, con objeto de evitar una nueva intervención quirúrgica, es muy útil el uso de la monodosis de Metotrexate, que resulta eficaz en más del 90% de los casos (12).

## H) COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes del embarazo ectópico son el aborto tubario y la rotura de la trompa gravídica.

El aborto tubario es la más común de las complicaciones y la de menor gravedad. Se trata, por lo general, de un embarazo localizado en una zona alejada del cuerno del útero. El proceso puede pasar inadvertido, por la paciente, quien solo hace referencia a discretos dolores y lipotimias, que luego desaparecen, pero en otras ocasiones se produce un episodio agudo de dolor de tipo punzante en uno de los cuadrantes inferiores del abdomen, acompañado de signos de anemia de intensidad variable, con constante aceleración del pulso, hipotensión, palidez, mareos y transpiración. Si la hemorragia es intensa, el estado general se perturbará notablemente: la irritación del peritoneo por la sangre extravasada exacerba el dolor abdominal y hace aparecer defensa localizada y dolor en el hombro (2).

- ANEMIA

La anemia es una afección en la que el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina dentro de estos es menor de lo normal. La hemoglobina es necesaria para transportar oxígeno y si una persona tiene muy pocos glóbulos rojos, si estos son anómalos o no hay suficiente hemoglobina, ello disminuirá la capacidad de la sangre para transportar oxígeno a los tejidos del organismo (13).

- SÍNTOMAS

Los síntomas y signos de la anemia son inespecíficos cuando es grado moderado o severo. Estos se pueden identificar a través de la anamnesis y con el examen físico completo (14).

FIGURA 4

SINTOMAS Y SIGNOS DE ANEMIA

ÓRGANOS O SISTEMA AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y fanereas	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (colloniquia).
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.
Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Fuente: Dirección general de intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (2016), síntomas y signos de anemia, Ministerio de Salud

- ETIOLOGÍA

La anemia es el resultado de una o más combinaciones de tres mecanismos básicos:

- 1) Pérdida de sangre
- 2) Disminución de la producción de los hematíes
- 3) Exceso en la destrucción de hematíes (hemolisis).

Siendo la pérdida de sangre el factor etiológico más frecuente en los países desarrollados.

Los defectos de producción se caracterizan por una disminución en la cifra de reticulocitos (reticulocitopenia). La supervivencia de los hematíes es de 120 días, por lo que el mantenimiento de un número estable requiere la renovación diaria de todos los eritrocitos.

El cese completo de la producción de hematíes conlleva una disminución de su valor basal en un 10% a la semana y una reticulocitopenia. Como más adelante veremos, la morfología y parámetros de hematimetría ayudan a discriminar los diferentes tipos de anemias hipoproliferativas. Así, la presencia de hematíes de pequeño tamaño o microcíticos sugiere que el defecto de producción se debe a un trastorno en la síntesis de grupo hemo o de la globina (ferropenia, talasemia y defectos de la síntesis de hemoglobina relacionados)

En contraste, si los hematíes son de gran tamaño o macrocitos, sugiere bien un defecto en la síntesis de ácido desoxirribonucleico (ADN) por trastornos en el metabolismo de la vitamina B12 o folato, o bien una interferencia en la síntesis de ADN por agentes quimioterápicos citorreductores.

Una respuesta medular adecuada a la anemia se evidencia por una reticulocitosis o policromatofilia en la sangre periférica, y es típica de la anemia debidas a sangrado o hemolisis. El índice de producción reticulocitario (IPR) corrige el recuento de reticulocitos con el hematocrito real y teórico del paciente, y con el tiempo de maduración, ya que, fisiológicamente, cuando hay anemia no solo aumenta la producción de reticulocitos, sino que se acorta el tiempo en la sangre periférica. En una persona sana, el IPR oscila en torno a 1, pero cuando es mayor de 3, indica meticulosis periférica y, por tanto, una respuesta medular adecuada a una anemia de origen periférico.

La anemia supone la hipoxia de órganos y tejidos, y para evitar su alteración funcional se ponen en marcha unos mecanismos compensadores que facilitan la oxigenación tisular y determinan en gran parte los signos y síntomas del síndrome anémico:

- Incremento de la capacidad de la hemoglobina para ceder oxígeno a los tejidos
- Redistribución del flujo sanguíneo
- Aumento del gasto cardiaco
- Aumento de la eritropoyesis hasta 6-10 veces.

La eficacia en el grado de compensación de la anemia está determinada por una serie de factores, siendo de la máxima importancia la velocidad de instauración de la misma. Así, en la hemorragia aguda, la disminución de un 30 % de la masa de eritrocitos puede producir rápidamente shock hipovolémico, mientras que, si la instauración es lenta, con anemias de igual intensidad, es usual encontrar enfermos asintomáticos (15).

FIGURA 5

VALORES NORMALES DE CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA Y NIVELES  
DE ANEMIA EN MUJERES (HASTA 1000 MSNM)

Población	Con anemia según niveles de Hemoglobina (g/Dl)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Mujeres NO gestantes de 15 años a mas	<8.0	8.0 – 10.9	11.0 – 11.9	$\geq 12.0$
Mujer gestante de 15 años a mas	<7.0	7.0 – 9.9	10.0 – 10.9	$\geq 11.0$
Mujer puérpera	< 8.0	8.0 – 10.9	11.0 – 11.9	$\geq 12.0$

Fuente: Organización mundial de la Salud (2011), Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en mujeres (hasta 1000 msnm).

- TRATAMIENTO

- Detención de la hemorragia
- Generalmente suplementos férricos

En los casos de hemorragias abundantes o muy rápidas, se debe encontrar y detener la causa de la pérdida de sangre. Además puede ser necesaria la transfusión de glóbulos rojos (eritrocitos).

En caso de pérdidas de pequeñas cantidades de sangre o de pérdidas lentas, el organismo puede producir suficientes glóbulos rojos para corregir la anemia, sin necesidad de llevar a cabo transfusiones de sangre cuando la hemorragia se detiene.

Dado que la hemorragia ocasiona la pérdida de hierro, que es necesario para producir glóbulos rojos, la mayoría de las personas que presentan anemia debida a hemorragia excesiva requieren tomar complementos de hierro, habitualmente en comprimidos, durante varios meses. En ocasiones, el hierro se administra por vía intravenosa (16).





## MARCO METODOLÓGICO

### HISTORIA CLÍNICA

#### 1. ANAMNESIS:

##### 1.1 FILIACIÓN

- Nombre : Cuba Mamani Ebelin
- Edad : 29 años
- Fecha de nacimiento : 25/11/1991
- Sexo : Femenino
- Estado civil : Conviviente
- Religión : católica
- Idioma : Castellano
- Grado de instrucción : Secundaria Completa
- Ocupación actual : Obrera, Empresa Inkaalpaca
- Lugar de nacimiento : La Joya – Arequipa
- Dirección : P.J. Pumacahua Dean Valdivia Mz L Lote 4 Cayma
- Procedencia : Arequipa
- Fecha de ingreso : 04/06/2021
- Fecha de elaboración: 07/06/2021
- Informante : Paciente

##### 1.2 ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad: 7 días.

- Síntomas principales: Dolor pélvico

### 1.3 RELATO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere dolor pélvico hace 7 días, no sangrado transvaginal, el día 04 de junio se agregan náuseas, vómitos y debilidad muscular.

### 1.4 FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Apetito: Disminuido
- Sed: Disminuido
- Sueño: Conservado
- Deposiciones: Conservado
- Micciones: Conservado

### 1.5 ANTECEDENTES

#### 1.5.1 PERSONALES

Fisiológicas: Presento un desarrollo normal, las inmunizaciones son completas durante su niñez, así como también el desarrollo psicomotor

#### 1.5.2 PATOLÓGICOS

- Enfermedades virales: Niega.
- Enfermedades crónicas: Niega.
- Cirugías:
  - cesárea segmentaria a las 40 mes por oligohidramnios (2017)
  - cesárea segmentaria a las 40 sem por presentación podálica (2019)

- Alergias: Niega
- Transfusiones: Niega.
- Medicación: Niega

### 1.5.3 GINECO-OBSTÉTRICO

- Menarquia: 12 años.
- Inicio de relaciones sexuales: 20 años.
- Parejas sexuales: 2 parejas.
- Régimen catamenial: 7/30
- Dismenorrea: si
- Métodos anticonceptivos: preservativo
- Infecciones ginecológicas: Niega.
- Fórmula Obstétrica:

G3 P2

- Nro. de gestaciones :3
  - Nro. de partos a término :2
  - Nro. de partos prematuros :0
  - Nro. de abortos :1
  - Nro. de hijos vivos :2
- Examen de mamas: 2019
  - PAP: 2019, H. Yanahuara, Negativo

### 1.5.4 EMBARAZO ACTUAL

- Fecha de última menstruación: 23/05/2021
- Fecha probable de parto: 03/02/2022
- Controles prenatales: 0
- Evaluación nutricional: Sobrepeso
- Peso previo: 64.2 kg

- Talla: 150 cm
- IMC: 28.53
- Peso actual: 63 kg
- Ganancia de peso: 0
- Actividad sexual: no
- Gestación planificada: no

#### 1.5.5 PATOLOGÍA DE EMBARAZOS ANTERIORES

- Primer embarazo: En el 2017 tuvo parto por cesárea por oligohidramnios
- Segundo embarazo: en el 2019 tuvo parto por cesárea por presentación podálica

#### 1.5.6 FAMILIARES

- Cónyuge: sano.
- Padre: sano.
- Madre: sano.
- Hijo: 2 hijos sanos.

#### 1.5.7 SOCIOECONÓMICOS

- Vivienda: Familiar.
- Material: Noble.
- Servicios: Cuenta con agua, luz, desagüe y recojo de basura.
- Animales: Perro.

#### 1.5.8 ALIMENTACIÓN

- Dieta balanceada

### 1.5.9 HÁBITOS NOCIVOS

- Té: Una vez al día.
- Café: Niega
- Tabaco: Niega
- Alcohol: Niega
- Drogas Ilegales: Niega

### 1.6 EXAMEN FÍSICO

#### 1.6.1 GENERAL

- Se encuentra en buen estado general, despierta y orientada en tiempo espacio y persona, afebril, colabora con el interrogatorio encontrándose tranquila y de cúbito dorsal en su unidad.

#### FUNCIONES VITALES

- Presión Arterial: 120/80 mm de Hg.
- Frecuencia cardiaca: 86 pulsaciones por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 18 por minuto.
- Temperatura: 36.4 °C

#### 1.6.2 PIEL Y FANERAS

- Piel: pálida
- Turgor y elasticidad: Conservados

- Signo del pliegue (Negativo)
- Color de cabello: Negro.
- Implantación: Adecuada.
- Uñas: color rosado.
- Llame capilar: 2 segundos.

### 1.6.3 CABEZA

- Cráneo: Normocéfalo, consistencia dura, no se palpan tumores, no hay dolor a la movilidad.
- Pupilas: Redondas, centrales e isocóricas.
- Conjuntiva palpebral: pálidas
- Corneas transparentes. Iris de color café.
- Agudeza visual. Esta conservada.
- Pestañas. De implantación y cantidad normal, de color negro.
- Cejas. De color negro y de cantidad e implantación adecuada.
- Nariz: Tabique central, de conformación normorrinea con fosas nasales permeables, sin presencia de secreciones.
- Oídos: Pabellón auricular de buena implantación con audición conservada, con canal auditivo permeable sin presencia de secreciones.
- Boca: Simétrica móvil con mucosa oral húmeda, lengua saburral blanquecina y móvil, orofaringe no congestiva.
- Dientes: Piezas dentarias con curaciones en buen estado de conservación.

### 1.6.4 CUELLO

- Posición central, tamaño regular, forma cilíndrica, sin presencia de adenopatías ni tiroides, móvil.

### 1.6.5 TÓRAX

- Móvil, simétrico, sin retracciones intercostales. Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.

#### 1.6.6 MAMAS

- Simétricas, turgentes con pezón bien conformado hiperpigmentado sin tumoraciones.

#### 1.6.7 CARDIOVASCULAR

- Ruidos cardiacos rítmicos se encuentran regulares, no se auscultan soplos.
- Ruidos cardiacos fonéticos normales.

#### 1.6.8 ABDOMEN

- A la palpación se encuentra blando, con dolor en fosa iliaca derecha. Signo de Blumber positivo, no se presenta viceromegalias. Cicatriz de cesarea en buen estado.

#### 1.6.9 GENITOURINARIO

- Puño percusión diferido, paciente en reposo absoluto.
- Genitales externos no se evidencia sangrado transvaginal.

#### 1.6.10 COLUMNA VERTEBRAL Y EXTREMIDADES

- Se encuentra no dolorosa a la palpación sin desviaciones.

#### 1.6.11 LINFÁTICAS

- No se palpan adenopatías sin linfadenoma.

#### 1.6.12 NEUROLÓGICO

- Paciente despierta orientada en tiempo, espacio y persona, alerta con respuesta al estímulo verbal, sin déficit motor, el tono muscular esta conservado.

#### 1.6.13 EXTREMIDADES INFERIORES

- Sin edemas, ni varices

#### 1.6.14 REFLEJOS OSTEOTEOTENDINOSO

- Conservado (++)

#### 1.7 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Abdomen agudo quirúrgico
- Embarazo ectópico derecho complicado
- Anemia de tipo no especificado.
- Periodo intergenesico corto.

## 1.8 ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

### Hospital III Yanahuara

DIA 02/06/21

Paciente acude al servicio de Medicina, Emergencia y Urgencias del hospital III Yanahuara, refiriendo dolor en zona pélvica, ausencia de sangrado.

### DIAGNÓSTICO

- Tumorción en CID

### INDICACIONES

- Control de funciones vitales
- Balance hídrico, diuresis
- NPO
- TEM abdominal con y sin contraste
- HG, TC, TP, TS, GRUPO Y FACTOR RH, ELECTROLITOS
- IC ginecología

### TRATAMIENTO

- dextrosa al 5% S.A x 1 litro + 2 amp.
- CLNA 20% + 1 amp, CLK20 %. a 45 gotas por minuto
- Metamizol 2gr EV, condicional al dolor
- ranitidina 50 mg EV cada 8 hrs
- ciprofloxacino 4000 mg EV cada 12 hrs
- metronidazol 500 mg EV cada 8 hrs
- Dimenhidrinato 1 amp cada 12 hrs EV

## EXAMENES AUXILIARES

### Exámenes de laboratorio

Dosaje de creatinina en sangre

Muestra sangre total

- Creatinina en sangre : 0.56 mg/dl

Análisis de orina, microscopia solamente

Muestra orina simple

- Leucocitos : 2-4 XC  
 - Cel. epiteliales : 8-10 XC  
 - Hematíes : 0-2 XC  
 - Bacterias : 2+

Proteína C- reactiva

Muestra suero

- PCR- Proteína C reactiva : 5.36 mg/dl

Hemograma automatizado (hemoglobina, eritrocitos, leucocitos y plaquetas) formula diferencial automatizada de leucocitos.

- Leucocitos : 10.80  $10^3/mm^3$   
 - Hematíes : 2.59  $10^6/mm^3$   
 - Hemoglobina : 8.0 mg/dl  
 - Hematocrito : 25.2 %  
 - Volumen Corpuscular Medio : 98  $\mu m^3$   
 - Hemoglobina Corpuscular Media : 31.2 pg.  
 - Concentración Media de Hemoglobina : 34.7  
 - Índice de distribución eritrocitaria : 15.7%  
 - Plaquetas : 381  $10^3/mm^3$   
 - Volumen Plaquetario Medio : 7.7  $\mu m^3$   
 - Segmentados % : 88.7  
 - Eosinofilos % : 1.9

- Basofilos % : 0.4
- Linfocitos % : 6.2
- Monocitos % : 2.8
- Plaquetocrito % : 0.292
- Índice de distribución plaquetaria % : 11.8
- Segmentados # :  $9.5 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$
- Eosinofilos # :  $0.2 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$
- Basofilos # :  $0.0 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$
- Linfocitos # :  $0.6 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$
- Monocitos # :  $0.3 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$

Amilasa

Muestra suero

- Amilasa : 61 u/L

Tipificación de sangre, RH (D)

Muestra sangre total

- O Positivo

Dosaje de glucosa en sangre cuantitativo

Muestra suero

- Glucosa basal : 109.1 mg/dl

Dosaje de creatinina en sangre

Muestra suero

- Creatinina : 0.56 mg/dl

Prueba cualitativa para la detección de antígenos contra el SARS-COV-2

Muestra secreción nasofaríngea

- Negativo

## Ecografía

Ecografía de abdomen completo

Indicaciones: dolor abdominal, DC abdomen agudo

- Inf: hígado graso I grado  
Presencia de líquido libre a nivel de abdominal inferior  
Quiste en anexo derecho de 25.7 x 17.4 mm.  
Páncreas, vesícula biliar, vías biliares, bazo, y riñones  
Ecográficamente conservados  
Presencia de masa solida homogénea de 109.05 x 54.3 mm en cuadrante abdominal inferior derecho, se sugiere TEM

## Abdomen simple, incidencia de pie

DC suboclusión intestinal

- Inf: pequeños niveles hidroaereos en hemiabdomen derecho, no se descarta obstrucción intestinal en evolución.

## Tomografía axial computarizada, abdomen, sin material de contraste.

D/C plastrón apendicular

Exploración realizada: TC abdomen completo/ abdomen, pelvis sin y con contraste endovenoso.

Hallazgos:

- Hígado de dimensiones y densidad normales, sin lesiones focales ni difusas.
- Sospechosas, vías biliares intra y extrahepaticas de calibre normal.
- Vesícula biliar ausente.

- Páncreas de dimensiones, morfología y densidad normales.
- Wirsung no dilatado
- Bazo de dimensiones, morfología y densidad normales.
- Suprarrenales dentro límites normales.
- Riñones de tamaño y morfología adecuados. No hidronefrosis, ni evidencia de litiasis
- Aorta y cava de calibre normal, no adenomegalias retroperitoneales
- Regular cantidad de líquido libre perihepático en cavidad pélvica derecha de bordes más o menos definidos, de 75 x 40 mm, con hipodensidad (líquido) central.
- Cavidad pélvica con incremento de su densidad.
- Útero no se distingue adecuadamente.
- Marco colónico en adecuada posición, paredes delgadas dentro de los que permite visualizar la técnica. Ampolla rectal de paredes delgadas.
- Óseo partes blandas sin alteraciones significativas.
- Bases pulmonares libres.

#### Conclusiones

- Estudio limitado por ausencia de contraste
- Moderada cantidad líquido libre en cavidad
- ¿Lesión en la cavidad pélvica no bien definida, colección? Plastrón? Con cambios inflamatorios periféricos.

DIA 04/06/2021

HRS: 11:33

Paciente presenta dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos, FUR: 23/05/2021

INTERCONSULTA A GINECOLOGÍA

- Al ecógrafo endovaginal se aprecia abundante líquido libre en cavidad y embarazo de 7.5 semanas sin actividad cardíaca.

-

## DIAGNÓSTICO

- Embarazo tubárico

## INDICACIONES

- Se hospitaliza ginecología Hospital Nacional
- Tiene análisis y prueba Covid
- Anemia aguda
- Debe hospitalizarse para intervención quirúrgica urgente
- Avisa a médico de piso

## TRATAMIENTO

- CL NA 9/00 como vía

## EXAMENES AUXILIARES

Tomografía axial computarizada, abdomen, sin material de contraste, seguida de materiales de contraste y secciones adicionales

D/C plastrón apendicular D/C patología anexial

Hallazgos:

- Hígado de dimensiones y densidad normales, sin lesiones focales ni difusas.
- Extrahepáticas de calibre normal.
- Vesícula biliar adecuadamente distendida, paredes delgadas dentro de lo que permite la técnica.
- Páncreas de dimensiones, morfología y densidad normales.
- Wirsung no dilatado
- Bazo de dimensiones, morfología y densidad normales.
- Suprarrenales dentro límites normales.

- Riñones de tamaño y morfología adecuados. No hidronefrosis, ni evidencia de litiasis
- Aorta y cava de calibre normal, no adenomegalias retroperitoneales
- Abundante cantidad de líquido libre en cavidad pélvica.
- Útero sin alteraciones tomográficas
- A nivel retrouterino derecho se observa masa mal definida de densidad y realce heterogéneo, con área central líquida, mide aproximadamente DAP: 81 mm, DDC: 44 mm, DT: 73 mm, asas intestinales delgadas algo descendidas hacia el espacio retrouterino izquierdo.
- Densidad de tejido graso de la pelvis incrementada
- Marco colonico en adecuada posición, paredes delgadas dentro de los que se permite.
- Visualizar la técnica, ampolla rectal de paredes delgadas. Útero no se distingue adecuadamente.
- Óseo partes blandas sin alteraciones significativas.

#### Conclusión

Masa anexial derecha de EAD, correlación de CA 125, abundante ascitis, tejido graso de la pelvis, heterogéneo, ¿inflamatorio? ¿Carcinomas?

16:00 HRS

Paciente ingresa a centro quirúrgico

#### FUNCIONES VITALES

- SPAO2 100%
- Fio2 0.1
- FR 20/min
- FC 84/min
- PA 112/60 mg/ hg

#### DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

- Anemia no especificada
- Embarazo ectópico

#### DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

- Laparotomía + Lavado De Cavidad C/S Drenaje

#### Hallazgos

- Abierta cavidad abdominal se encuentra sangre y coágulos organizados en aproximadamente 1500CC, trompa derecha estallada en tercio medio con sangrado activo, trompa friable en toda su extensión, fondo de saco bloqueado por coágulos organizados y epiplón carnificado, depulimiento de pared lateral de pelvis derecha, útero de caracteres y anexos conservados. SIO: 300 CC.

#### Operación

- Salpinguectomia derecha + omentectomia parcial

#### Descripción Del Proceso

- AA,CCE, incisión Pfannestiel en losange, disección por planos hasta cavidad, aspiración y extracción de coágulos, identificación de hallazgos, pinzamiento sección y ligadura (PSL) de trompa derecha, extracción de coágulos, PSL de ometo, revisión de hemostasia, colocación de hemocolageno y dren tubular en fondo de saco que sale por el contrario abertura derecha, cierre de pared por planos según técnica habitual : peritoneo con CC, aponeurosis TCSC con Vycril 1, piel con puntos intradérmicos con Vycril 3/0. Paciente tolera acto operatorio y pasa a sala de recuperación en buenas condiciones.

#### Incidencia en sala

- No

#### Envió de muestra patológica

- Si

### Pieza quirúrgica

- Trompa derecha y omento.

### TRATAMIENTO

- Dx 5 % SA 1000 CC + Hipersodio 1 amp > frasco I-II pasar a xxx gotas EV
- ceftriazona 2 gr c/24 hrs
- metronidazol 500 mg c/8 hrs EV
- ácido tranexámico 1 gr C/8 hrs EV
- gluconato de calcio 1 amp c/8 hrs EV (3 dosis)
- Metamizol 2 gr c/8 hrs EV
- tramadol 1 amp condicional al dolor intenso
- transfusión de dos paquetes globulares previa ampolla de clorfenamina
- transfusión de dos plasmas frescos congelados previa ampolla de clorfenamina

### EXAMENES AUXILIARES

#### Exámenes de laboratorio

#### Tiempo de sangría

#### Muestra sangre total

- tiempo de sangría :2

#### Sodio; sérico, plasma o sangre total

#### Muestra suero

- sodio :138 mmol/L

#### dosaje de cloruro en sangre

#### muestra suero

- cloro : 109.1 mmol/L

Hemograma automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas) formula diferencial automatizada de leucocitos.

- Leucocitos	: 8.66 $10^3/mm^3$
- Hematíes	: 1.97 $10^6/mm^3$
- Hemoglobina	: 6.5 mg/dl
- Hematocrito	: 18.4 %
- Volumen Corpuscular Medio	: 93 $um^3$
- Hemoglobina Corpuscular Media	: 32.8 pg.
- Concentración Media de Hemoglobina	: 34.8 g/ dl
- Índice de distribución eritrocitaria	: 13.9 %
- Plaquetas	: 322 $10^3/mm^3$
- Volumen Plaquetario Medio	: 8.4 $Um^3$
- Segmentados %	: 83.1
- Eosinofilos %	: 0.8
- Basofilo8s %	: 0.2
- Linfocitos %	: 11.4
- Monocitos %	: 4.5
- Plaquetocrito %	: 0.271
- Segmentados #	: 7.2 $10^3/mm^3$
- Eosinofilos #	: 0.0 $10^3/mm^3$
- Basofilos #	: 0.0 $10^3/mm^3$
- Linfocitos #	: 0.9 $10^3/mm^3$
- Monocitos #	: 0.3 $10^3/mm^3$

Tipo de coagulación; activado

- No

Tiempo de protrombina (TP)

Muestra plasma citratado

- 13.8 INR 1.20

Potasio; sérico, plasma o sangre total

Muestra suero

- Potasio : 3.37 mmol/L

Rx de tórax; vista única, incidencia posteroanterior

- Transparencia pulmonar conservada
- Trama broncovascular reforzada a predominio de ambas bases
- Silueta cardiaca sin alteraciones
- Senos costofrenicos y cardioadiafragmaticos libres

DIA: 05/06/2021

HOSPITALIZACIÓN GINECO OBSTETRICIA

Paciente con 14 horas post operatorio de salpinguectomia derecha + omentectomia parcial lavado + dren permeable contenido derecho complicado, hemoperitoneo + anemia severa en corrección. Refiere dolor leve en zona operatoria, no nauseas, no vómitos, no otras molestias

Funciones Vitales

- P/A : 110/70
- FC : 72
- FR : 18
- SATO2 : 96 %

Diagnóstico

- Embarazo tubarico
- Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía
- Anemia de tipo no especificado

Indicaciones

- DLA y DB según tolerancia
- Control de FSVS c/4 hrs
- Movilización en cama
- Control de diuresis
- Control de signos de alarma

- Control del dren tubular
- Higiene Vulvoperineal
- HB control

#### Tratamiento

- Tratamiento: Dx % SA 1000 CC + Hipersodio 1 amp > frasco I-II pasar a xxx gotas EV.
- Ceftriazona 2 gr c/24 hrs
- Metronidazol 500 mg c/8 hrs EV
- Ácido tranexámico 1 gr C/8 hrs EV
- Tramadol 1 amp condicional al dolor
- Metamizol 2 gr c/8 hrs EV
- Gluconato de calcio 1 amp C/8 hrs EV (tres dosis)

#### Exámenes auxiliares

##### Examen de laboratorio

Hemograma automatizado (hemoglobina, hematocrito eritrocitos, leucocitos y plaquetas) formula diferencial automatizada de leucocitos.

##### Muestra sangre total

- |  |  |
|--|--|
| - Leucocitos                           | : 11.52 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> |
| - Hematíes                             | : 2.70 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>  |
| - Hemoglobina                          | : 8.7 mg/dl                              |
| - Hematocrito                          | : 25.2 %                                 |
| - Volumen Corpuscular Medio            | : 93 um <sup>3</sup>                     |
| - Hemoglobina Corpuscular Media        | : 32.3 pg.                               |
| - Concentración Media de Hemoglobina   | : 34.7 g/dL                              |
| - Índice de distribución eritrocitaria | : 13.7%                                  |
| - Plaquetas                            | : 306 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>   |
| - Volumen Plaquetario Medio            | : 8.0 Um <sup>3</sup>                    |
| - Segmentados %                        | : 83.7                                   |
| - Eosinofilos %                        | : 0.6                                    |
| - Basofilos %                          | : 0.1                                    |

- Linfocitos %	: 11.3
- Monocitos %	: 4.3
- Plaquetocrito %	: 0.246
- Segmentados #	: $9.6 \cdot 10^3/\text{mm}^3$
- Eosinofilos #	: $0.0 \cdot 10^3/\text{mm}^3$
- Basofilos #	: $0.0 \cdot 10^3/\text{mm}^3$
- Linfocitos #	: $1.3 \cdot 10^3/\text{mm}^3$
- Monocitos #	: $0.5 \cdot 10^3/\text{mm}^3$

DIA 06/06/2021

HOSPITALIZACIÓN GINECO OBSTETRICIA

Paciente refiere dolor leve en zona operatoria, no nauseas, no vómitos, tolera la via oral

Funciones vitales

- P/A	:110/70
- FC	:72
- FR	:18
- SATO2	:96%

Diagnóstico

- Embarazo tubárico
- Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía
- Anemia de tipo no especificado

Indicaciones

- Dieta blanda
- Deambulación asistida
- Control de FsVs c/4 hrs
- Control de diuresis

- Control de signos de alarma
- Control de dren tubular
- Higiene Vulvoperineal

#### Tratamiento

- ceftriazona 2 g C/24 horas EV
- metronidazol 500 mg c/8 hrs EV
- paracetamol 1 gr, vo c/ 8hrs
- Metamizol 2 gr VEV condicional a dolor intenso.

07/06/2021

#### HOSPITALIZACIÓN GINECO OBSTETRICIA

#### Funciones vitales

- P/A :110/70
- FC :72
- FR :18
- SATO2 :96%

#### Diagnostico

- Covalencia consecutiva a cirugía
- Embarazo tubárico
- Anemia de tipo no especificado
- Atención de los apósitos y suturas
- Otros cuidados especificados posteriores a la cirugía

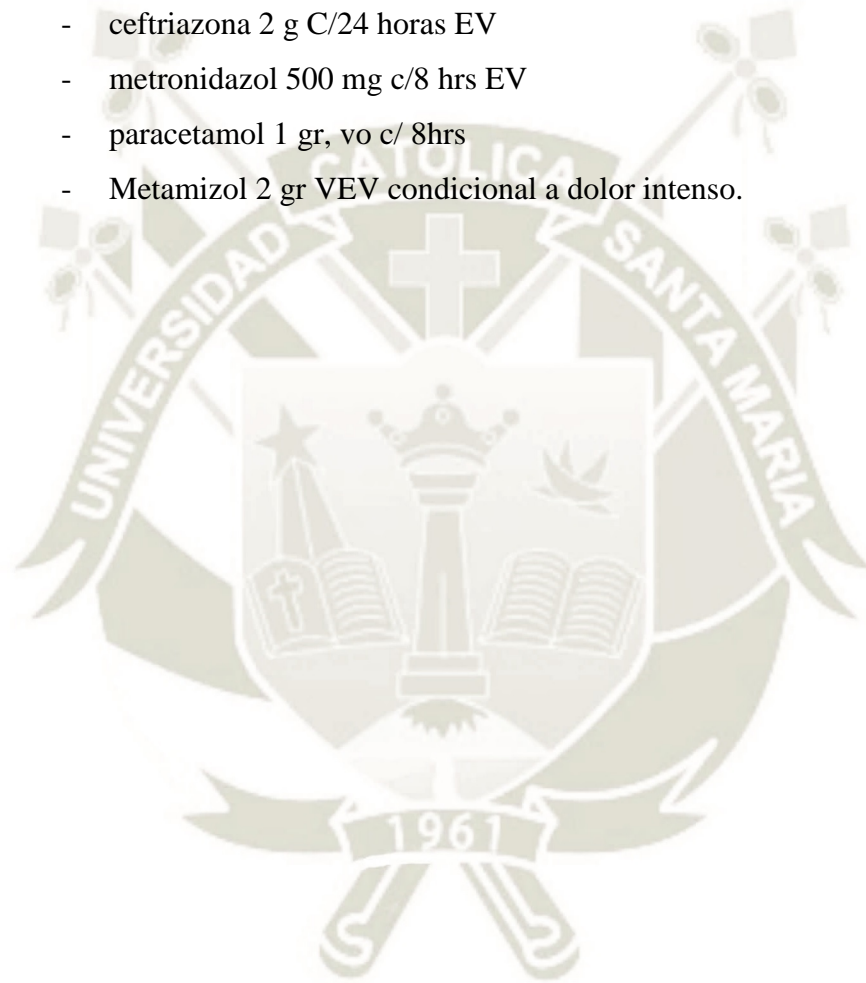
#### Indicaciones

- Dieta blanda
- Deambulación asistida
- Control de FsVs c/4 hrs

- Control de diuresis
- Control de signos de alarma
- Control de dren tubular
- Higiene Vulvoperineal
- Ecografía de abdomen

#### Tratamiento

- ceftriazona 2 g C/24 horas EV
- metronidazol 500 mg c/8 hrs EV
- paracetamol 1 gr, vo c/ 8hrs
- Metamizol 2 gr VEV condicional a dolor intenso.





## DISCUSIÓN

Zorrilla en su estudio, Ingresos a Unidades de Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal, concluye que de 135 mujeres ingresadas al servicio el 1.5% correspondió a un caso de embarazo ectópico, ratificándose como una condición potencialmente mortal, en las mujeres en edad fértil que no utilizan método anticonceptivo y concluyen en un embarazo no planificado (17).

Martínez describe en su investigación, Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que existe una frecuencia de embarazo ectópico por cada 49 partos. La edad promedio fue de  $29.2 \pm 6.5$  años, grupo etario correspondiente a la paciente del presente caso estudiado, coincidiendo con los datos reflejados en relación a la andria de la paciente, ya que refiere que el 65.6 % de mujeres estudiadas presento más de una pareja sexual, sin embargo, en el caso estudiado la paciente no reflejo algunos de los antecedentes descritos, se considera de importancia en hecho de que tuvo 2 cesáreas segmentarias previas a este embarazo. Siendo la última en el 2020, considerando un periodo intergenesico corto (18).

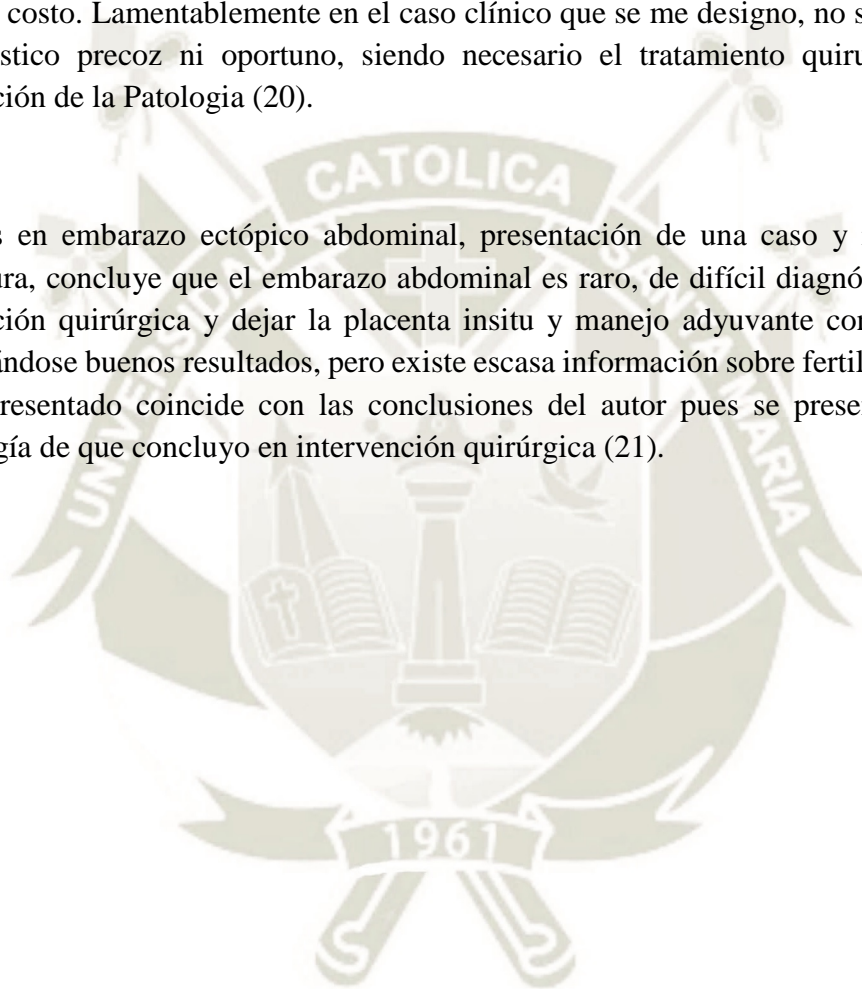
Rivera en su escrito, actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo Ectopico tubarico concluyo que el 97% de se produce en las trompas uterinas, la paciente puede ser asintomática o presentarse con dolor abdominal, amenorrea y/o metrorragia. Por lo tanto, ante cualquier paciente en edad fértil con posibilidades de embarazo que consulta por cualquiera de estos síntomas, se debe descartar un embarazo ectópico. Durante el primer encuentro de la paciente con el establecimiento de salud a pesar de presentar los síntomas característicos, no se realizó el diagnostico precoz, concluyendo en tumoración en cuadrante inferior derecho, Los exámenes solicitados según el autor deben ser b- hCG y ecografía transvaginal, seguido de examen seriado con b-hCG. Realizando un contraste con el caso clínico descrito en mi informe, se solicitaron los siguientes exámenes: hemograma automatizado, ecografía de abdomen completo, tomografía axial, con resultados donde la paciente cursaba con un cuadro de anemia severa y lesión en la cavidad pélvica (19).

Sánchez en su estudio, consideraciones diagnosticas del embarazo ectópico, concluye en que la mayoría de féminas tienen una edad promedio de 26 a 35 años, la enfermedad inflamatoria pélvica y abortos inducidos fueron antecedentes ginecológicos más comunes, se asocia el dolor pélvico y retraso menstrual a exámenes abdominal y vaginal dolorosos, con tumoración anexial, se demostró la relación entre el mayor tiempo

transcurrido para el diagnóstico y la forma del embarazo , resaltando el último punto, debido a que si se hubiera realizado un diagnóstico precoz en el caso estudiado , el tratamiento para la paciente hubiera sido menos invasivo, y las se hubieran evitado las complicaciones en su salud (22).

Ricci en, Embarazo Cornual: Tratamiento médico con dosis única de metotrexato, concluye que es necesario realizar un diagnóstico precoz para evitar complicaciones. Al realizar un diagnóstico temprano, el uso de metotrexato representa una opción de tratamiento médico conservador, eficaz, evitando una intervención quirúrgica compleja y de alto costo. Lamentablemente en el caso clínico que se me designo, no se realizado un diagnóstico precoz ni oportuno, siendo necesario el tratamiento quirurgico para la resolución de la Patología (20).

Vargas en embarazo ectópico abdominal, presentación de una caso y revisión de la literatura, concluye que el embarazo abdominal es raro, de difícil diagnóstico, requiere extracción quirúrgica y dejar la placenta insitu y manejo adyuvante con metotrexato, reportándose buenos resultados, pero existe escasa información sobre fertilidad futura. El caso presentado coincide con las conclusiones del autor pues se presentó como una patología de que concluyo en intervención quirúrgica (21).

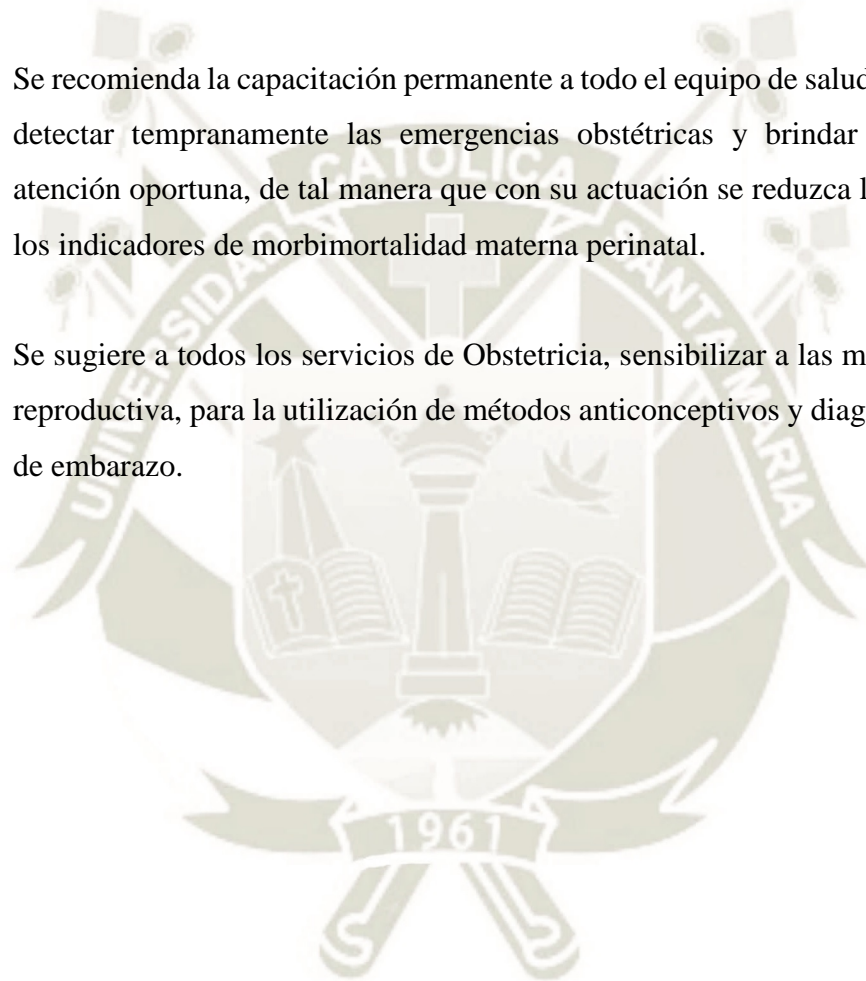


## CONCLUSIONES

1. Se realizó la revisión y análisis de un caso clínico del Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo, identificándose factores de riesgo, y análisis de la capacidad de respuesta del sistema de salud frente al embarazo ectópico.
2. Para el diagnóstico de embarazo ectópico los síntomas presentes en la paciente fueron la menstruación retrasada y dolor, secundariamente náuseas y vómitos.
3. Durante el estudio del caso clínico, en la paciente se identificó como factor de riesgo, su edad, la andria, el periodo intergenesico corto y no tener acceso atención en planificación familiar para optar por un método. anticonceptivo.
4. La capacidad de respuesta del sistema de salud, no fue óptima, frente al primer contacto con la paciente, mujer en edad fértil, teniendo la sintomatología característica, el diagnóstico no fue precoz, consecuentemente, se realizó una intervención quirúrgica de emergencia, y presentación de anemia severa en la fémina.

## RECOMENDACIONES

1. Se insta a todas las Instituciones Prestadoras de Salud, dar cumplimiento a la Resolución Ministerial 004- 2021/ MINSA y Norma Técnica N° 171 para la adecuación de servicios de salud del primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID – 19 en el Perú.
2. Se recomienda la capacitación permanente a todo el equipo de salud a fin de poder detectar tempranamente las emergencias obstétricas y brindar con ello una atención oportuna, de tal manera que con su actuación se reduzca la presencia de los indicadores de morbilidad materna perinatal.
3. Se sugiere a todos los servicios de Obstetricia, sensibilizar a las mujeres en edad reproductiva, para la utilización de métodos anticonceptivos y diagnóstico precoz de embarazo.

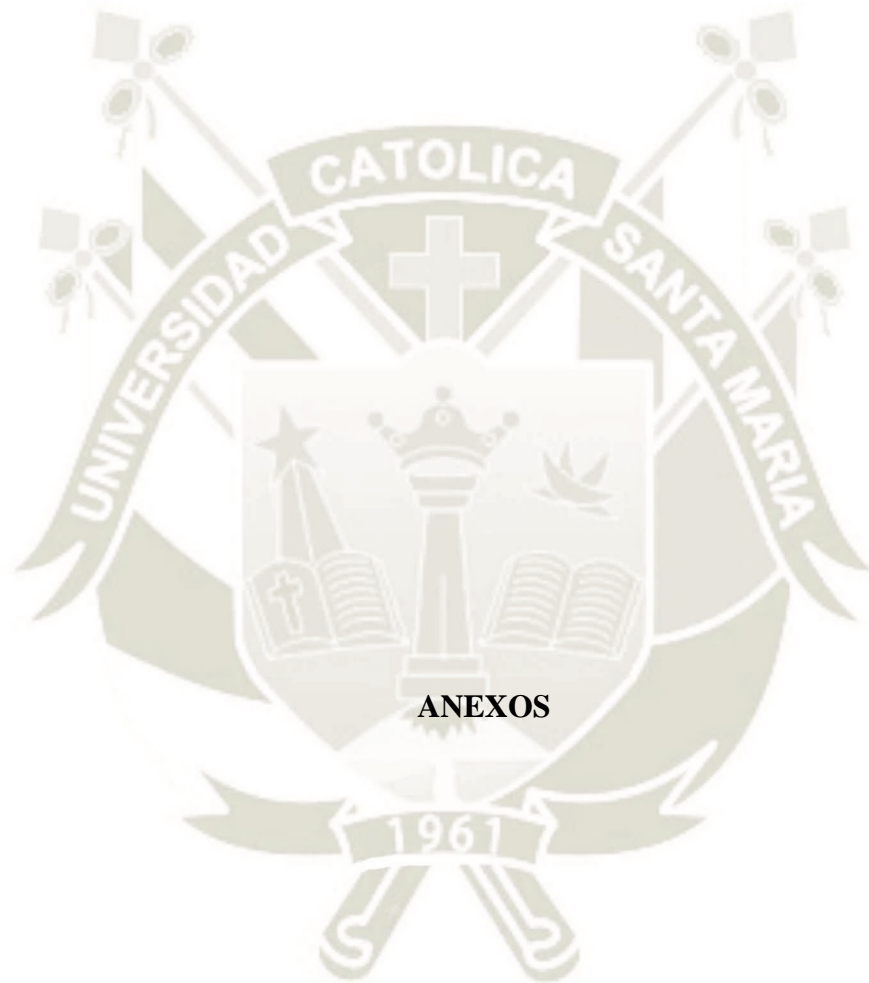


## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. [consultado 14 julio 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
2. Mesa de concertación para la lucha contra la Pobreza, PERÚ: Mortalidad Materna sigue en Aumento en el Contexto de Covid- 19. Un llamado a la Acción. [Internet]. [consultado 14 julio 2021]. Disponible en : <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/mclcp-alerta-sobre-muertes-maternas-abril-2021-vp4.pdf>
3. Schwartz R, Fascina R, Duverges C. Embarazo ectópico. Obstetricia. 6ta. ed. Argentina: El Ateneo; 2014. (215-328)
4. Cunningham G, Dashe J, Leveno K, Hoffman B, Bloom S, Casey B, Spong C, Shffield J, Embarazo Ectopico, Williams Obstetricia, 24va ed. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericano; 2015. (666-377)
5. Martínez G, Ángel I, Mascaró Y, Méjico W, Meré J, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGIAS, CLINICAS Y QUIRURGICAS DE PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, Rev. Peru Gineco Obste. 2013; (59):177-186.
6. embarazo Ectopico [Internet]. [consultado 8 julio 2021]. Disponible en : <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/embecto.pdf>
7. Orlando R, Sangramiento en obstetricia, Obstetricia y ginecología, 1ra Ed, Cuba: Ciencias Médicas, 2004 (137-163)
8. Stovall T. ABORTO PRECOZ Y EMBARAZO ECTOPICO. En: Berek J. Ginecología de Novak 14ª Ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2006 (17 – 46)
9. Bajo Arenas JM. Ultrasonografía. Obstétrica. Madrid. Marban;2008.

10. Guevara-ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 56(1): 10-17.
11. López Cruz F, Pérez de los Reyes Barragán GR, Tapia Ibáñez EX, et al. Choque hipovolémico. An Med Mex [Internet]. 2021 [consultado 9 julio 2021]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2018/bc181h.pdf>.
12. Cañete M. Embarazo Ectopico, Urgencias en Ginecología y Obstetricia, 1ra Ed, España: FISCAM, 2003, (340-41)
13. Organización Mundial de la Salud. Anemia [Internet]. 2021 [citado 15 julio 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1)
14. Ministerio de Salud. Norma técnica-manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas [Internet]. 2021[citado 15 julio 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
15. Moraleda J. Anemia: concepto, clínica y clasificación. Pregrado de hematología. 4.ª ed. Esperanza: LUZAN; 2020. (731-35)
16. Manual MSD, Anemia debida a hemorragia abundante 2021[citado 15 julio 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-sangre/anemia/anemia-debida-a-hemorragia-abundante>
17. Zorrilla Andrea Diana, Segovia María Raquel. Ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal. Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]. 2017 June [cited 2021 July 20] ; 9( 1 ): 49-60. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2072-81742017000100049&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742017000100049&lng=en). <https://doi.org/10.18004/rdn2017.0009.01.049-060>.
18. Martínez Guadalupe Ángel Iván, Mascaró Rivera Yuri Sandy, Méjico Mendoza Sammy Walter, Mere del Castillo Juan Francisco. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de pacientes con embarazo ectópico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 Jul [citado 2021 Jul 20] ; 59( 3 ): 171-176. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322013000300005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300005&lng=es).
19. Rivera Christian, Pomés Cristián, Díaz Verónica, Espinoza Paula, Zamboni Milena. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Jul 22]

- ; 85( 6 ): 697-708. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262020000600697&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600697&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000600697>.
20. Ricci A Paolo, Troncoso J José Luis, Avilés L Guillermo, Avilés D Raimundo. Embarazo cornual: tratamiento médico con dosis única de metotrexato. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2021 Jul 20] ; 78( 2 ): 129-133. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000200010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000200010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000200010>.
21. Vargas-Hernández Víctor Manuel, Hernández Fierro Marcos Jesús Rodolfo, Ventura Quintana Valeria, Tovar Rodríguez José María. Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Jul 20] ; 82( 3 ): 338-344. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300338&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300338>.
22. Sánchez Casas Yoandra, González Lucas Norma, Valera Valero Carlos, Fernández Rodríguez Francisco. Consideraciones diagnósticas del embarazo ectópico. AMC [Internet]. 2003 Abr [citado 2021 Jul 22] ; 7( 2 ): 140-148. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552003000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552003000200003&lng=es)



**ANEXOS**

ANEXO N° 1  
HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA



Vista de Datos del Paciente en la Atención Médica **113A**

(29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

<b>Nombre del Paciente</b>	CUBA MAMANI EBELIN	<b>Fecha de Vigencia</b>	30/06/2021
<b>Identificación</b>	D.N.I. 47612749 Edad Actual 29A 6M 10D	<b>Sexo</b>	FEMENINO
<b>Código Médico</b>	3961427		
<b>Código de Atención</b>	H.III YANAHUARA	<b>Nro Historia Clínica</b>	804756
<b>Urgencia:</b>		<b>Fecha de Ingreso:</b>	02/06/2021
<b>Código de Atención:</b>	7	<b>Tipo de Seguro</b>	
		<b>Fecha de Atención</b>	04/06/2021
<b>Fecha de la Atención</b>	04/06/2021	<b>Hora de la Atención</b>	09:10
<b>Profesional Asistencial</b>	PASTOR SECAIRA ZARELA		

Informe UCI

**Anamnesis** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

**Evolución** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

**Signos Vitales:**

Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0	Ver Gráfica
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0	
Temperatura Corporal (°C)	0,0			

**Antropometría:**

Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

PACIENTE CON DX DE TUMORACION EN CID D/C PLASTRON. REFIERE NAUSEAS Y VOMITOS HOY AMARILLENTO. DOLOR ABDOMINAL HA DISMINUIDO AL EXAMEN AREG BEH BEN ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO LEVE EN HIPOGASTRIO RHA PRESENTES EVOLUCION NO FAVORABLE  
PLAN: TIENE TEM SIN CONTRASTE, POR LO QUE SE INDICA HOY TEM CONTRASTADA Y SE COMPLETA PREQUIRURGICOS Y SE IC GINECOLOGIA

**Diagnostico** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

Código	Descripción	Tipo
K37	APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO
R10.4	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

**Plan de Trabajo** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

**Indicaciones** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

CONTROL DE FUNCIONES VITALES  
BALANCE HIDRICO, DIURESIS  
NPO  
DEXTROSA AL 5% S.A. X 1 LITRO + 2 AMP. CLNA 20% + 1 AMP. CLK 20 % A 45 GOTAS POR MIN  
METAMIZOL 2 GR EV COND. A DOLOR  
RANITIDINA 50 MG EV CADA 8 HRS  
CIRPOFLOXACINO 4000 MG EV CADA 12 HRS  
METRONIDAZOL 500 MG EVC ADA 8 HRS  
TEM ABDOMINAL CON Y SIN CONTRASTE  
HG, TC TP TS, GRUPO Y FACTOR RH, ELECTROLITOS  
IC GINECOLOGIA  
*Dimenhidrinato 1amp c/12 hr EU*

**Resultado de la Atención** PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO **Tipo de Atención** *Pastor Secaira*  
ATENCIÓN EMERGENCIA  
CAMP 29541 R. Yanahuara  
H. Yanahuara

**Solicitudes Interconsulta** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio	Estado
62292	3961427	04/06/2021 09:21	GINECOLOGIA	Pendiente

**Exámenes Auxiliares Solicitados** (29542849-04/06/2021 09:31-172.29.63.115)

**Solicitud Nro 219360**

<b>Código</b>	7417D TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA, ABDOMEN, SIN MATERIAL DE CONTRASTE, SEGUIDA DE MATERIALES DE CONTRASTE Y SECCIONES ADICIONALES
<b>Indicaciones</b>	D/C PLASTRON APENDICULAR D/C PATOLOGIA ANEXIAL
<b>Resultados</b>	INF.: NO

**Solicitud Nro 296264**

<b>Código</b>	85002 TIEMPO DE SANGRIA
---------------	-------------------------

ANEXO N° 2

EXAMEN HEMATOLÓGICO

Acto Medico	3961427	(-16/07/2021 05:41-172.29.63.44)
Apellidos y Nombres	CUBA MAMANI EBELIN	Nro Historia Clínica
Doc. de Identidad	D.N.I. 47612749 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente
CAS de Atención	H.III YANAHUARA	Tipo de Seguro
Fecha de Ingreso	02/06/2021 Edad 29 A 6 M 8 D	Plan de Salud
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.
		GINECOL. Y OBSTETR.

Numero de Atencion 10

Exámenes Auxiliares Solicitados	(-16/07/2021 05:41-172.29.63.44)
Solicitud Nro	296264LAB
Codigo	85002 TIEMPO DE SANGRIA
Indicaciones	
Resultados	INF.: MUESTRA: SANGRE TOTAL 1 TIEMPO DE SANGRIA 2
FECHA RESULTADO:	04/06/2021
Codigo	84295 SODIO; SERICO, PLASMA O SANGRE TOTAL
Indicaciones	
Resultados	INF.: MUESTRA: SUERO 1 SODIO mmol/L 138 F: 135-145
FECHA RESULTADO:	04/06/2021
Codigo	82435 DOSAJE DE CLORURO; EN SANGRE
Indicaciones	
Resultados	INF.: MUESTRA: SUERO 1 CLORO mmol/L 109.1 F: 95-105
FECHA RESULTADO:	04/06/2021
Codigo	85025 HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS
Indicaciones	
Resultados	INF.: MUESTRA: SANGRE TOTAL 1 LEUCOCITOS $10^3/mm^3$ 8.66 F: 4-10 2 HEMATIES $10^6/mm^3$ 1.97 F: 3.8-6.5 3 HEMOGLOBINA g/dL 6.5 F: 12-17 4 HEMATOCRITO % 18.4 F: 37-54 5 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO $Um^3$ 93 F: 80-100 6 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA Pg 32.8 F: 27-32 7 CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLO g/dL 35.1 F: 32-36 8 INDICE DE DISTRIBUCION ERITROC % 13.9 F: 11-16 9 PLAQUETAS $10^3/mm^3$ 322 F: 150-500 10 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO $Um^3$ 8.4 F: 6-11 11 SEGMENTADOS % 83.1 F: 15-60 12 EOSINOFILOS % 0.8 F: 0-3 13 BASOFILOS % 0.2 F: 0-5 14 LINFOCITOS % 11.4 F: 8-40 15 MONOCITOS % 4.5 F: 1-8 16 PLAQUETOCRITO % 0.271 17 SEGMENTADOS # $10^3/mm^3$ 7.2
FECHA RESULTADO:	04/06/2021

sgss.essalud/sgss/serviet/hv/watenactmedhc?pfF6CROLOQLqjZHWxjOxHs1qkWOEc28FFeO6nTQ5g=


021

Visualiza Atenciones del Acto medico HC

18 EOSINOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0
19 BASOFILOS #	$10^3/mm^3$	0.0
20 LINFOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.9
21 MONOCITOS #	$10^3/mm^3$	0.3

Codigo	85347 TIEMPO DE COAGULACION; ACTIVADO
Indicaciones	
Resultados	INF.: NO
FECHA RESULTADO:	//
Codigo	85610 TIEMPO DE PROTOMBINA (TP)
Indicaciones	
Resultados	INF.: 13.8 INR 1.20
FECHA RESULTADO:	04/06/2021
MUESTRA:	PLASMA CITRATADO
Codigo	84132 POTASIO; SERICO, PLASMA O SANGRE TOTAL
Indicaciones	
Resultados	INF.: MUESTRA: SUERO 1 POTASIO mmol/L 3.37 F: 3.5-5.2
FECHA RESULTADO:	04/06/2021

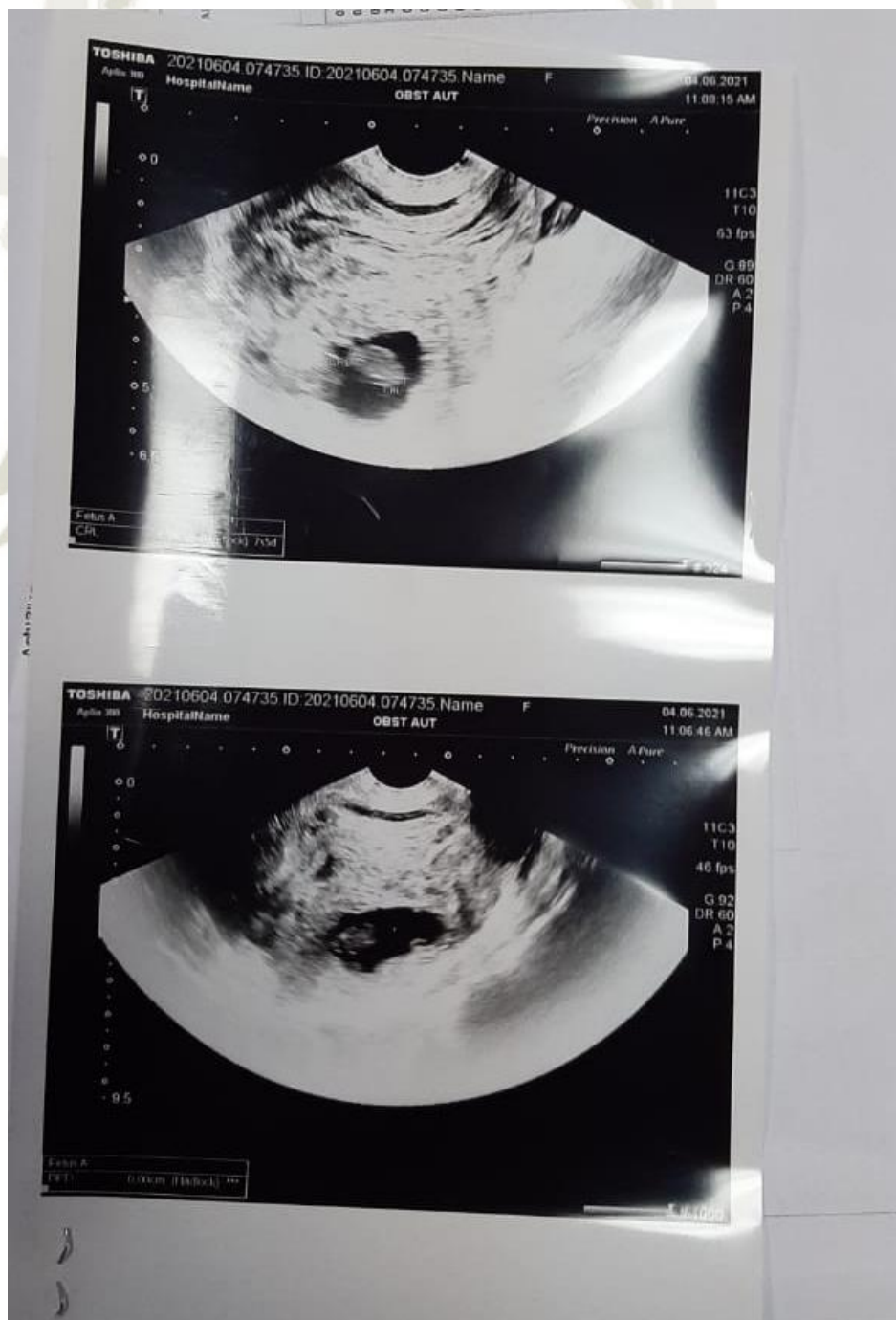
<b>Acto Medico</b>	<b>3961427</b>	<b>(-16/07/2021 05:46-172.29.63.44)</b>	
Apellidos y Nombres	<b>CUBA MAMANI EBELIN</b>	Nro Historia Clínica	804756
Doc. de Identidad	D.N.I. 47612749 Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO ADSCRITO AL C.A.
CAS de Atención	H.III YANAHUARA	Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	02/06/2021 Edad 29 A 6 M 8 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hosp.	GINECOL. Y OBSTETR.

Numero de Atencion 10 

<b>Exámenes Auxiliares Solicitados</b>		<b>(-16/07/2021 05:46-172.29.63.44)</b>	
Solicitud Nro 295426LAB			
Codigo	86901 TIPIFICACION DE SANGRE; RH (D)		
Indicaciones			
Resultados	INF.: <b>O POSITIVO</b>	FECHA RESULTADO:	<b>02/06/2021</b>
	MUESTRA: SANGRE TOTAL		
Codigo	82947 DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)		
Indicaciones			
Resultados	INF.:	FECHA RESULTADO:	<b>02/06/2021</b>
	MUESTRA: SUERO		
	<b>1 GLUCOSA BASAL</b>	mg / dl	<b>109.1</b> F: 70-110
Codigo	82565 DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE		
Indicaciones			
Resultados	INF.:	FECHA RESULTADO:	<b>02/06/2021</b>
	MUESTRA: SUERO		
	<b>1 CREATININA EN SANGRE</b>	mg / dl	<b>0.56</b> F: 0.6-1.4
	MUESTRA: SANGRE TOTAL		



ANEXO N° 3  
ECOGRAFIA



ANEXO 4  
INFORME DE LA OPERACIÓN

<b>Acto Medico 3967123</b>		<b>(-16/07/2021 06:08-172.29.63.44)</b>	
<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>CUBA MAMANI EBELIN</b>	<b>Nro Historia Clínica</b>	804756
<b>Doc. de Identidad</b>	D.N.I. 47612749 Sexo FEMENINO	<b>Tipo de Paciente</b>	ASEGURADO ADSCRITO AL C.A.
<b>CAS de Atención</b>	H.III YANAHUARA	<b>Tipo de Seguro</b>	OBLIGATORIO
<b>Fecha de Ingreso</b>	04/06/2021 Edad 29 A 6 M 10 D	<b>Plan de Salud</b>	
<b>Area Hospitalaria</b>	CENTRO QUIRURGICO	<b>Servicio Hosp.</b>	GINECOL. Y OBSTETR.

<b>Datos de la Operación</b>		<b>(-16/07/2021 06:08-172.29.63.44)</b>	
<b>Fecha Programada</b>	04/06/2021	<b>Inido de Operacion</b>	16:00
<b>Tiempo de Anestesia</b>	00:00	<b>Termino de Operacion</b>	17:30
<b>Tipo de Herida</b>	HERIDA TIPO I	<b>Egreso de Sala</b>	SALA DE RECUPERACION
<b>Operaciones</b>		<b>Diagnóstico</b>	
<b>Código</b>	<b>Descripción del Procedimiento, Examen o Perfil</b>	<b>Código</b>	<b>Descripción Diagnóstico</b>
49006	LAPAROTOMIA + LAVADO DE CAVIDAD C/S DRENAJE	D64.9	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
		O00.9	EMBARAZO ECTOPICO, NO ESPECIFICADO
<b>Anestesia</b>		<b>Profesional</b>	
<b>Código</b>	<b>Descripción de la Anestesia</b>	<b>D.N.I.</b>	<b>Profesional</b>
		43279895	VILCAPAZA BELLIDO, HUGO CIRUJANO PRINCIPAL
		30583436	AROHUANCA APAZA, VICTOR CIRUJANO ASISTENTE
<b>Descripción de Hallazgos</b>	ABIERTA CAVIDAD ABDOMINAL SE ENCUENTRA SANGRE Y COAGULOS ORGANIZADOS EN APROX 1500CC, TROMPA DERECHA ESTALLADA EN TERCIO MEDIO CONSANGRADO ACTIVO , TROMPA FRIABLE EN TODA SU EXTENSION , FONDO DE SACO BLOQUEADO POR COAGULOS ORGANIZADOS Y EPIPLON CARNIFICADO, DEPULIMIENTO DE PARED LATERAL DE PELVIS DERECHA ,UTERO DE CARACTERES Y ANEXOS DE CONSERVADOS . SIO : 300 CC OPERACION : SALPINGUECTOMIA DERECHA + OMENTECTOMIA PARCIAL		
<b>Descripción del Procedimiento</b>	AA,CCE, INCICIOSN PFANNENSTIEL EN LOSANGE , DISECCION POR PLANOS HASTA CAVIDAD , ASPIRACION Y EXTRACCION DE COAGULOS ,IDENTIFICACION DE HALLAZGOS , PINZAMIENTO SECCION Y LIGADURA (PSL) DE TROMPA DERECHA , EXTRACCION DE COAGULOS, PSL DE OMENTO , REVISION DE HEMOSTASIA, COLOCACION DE HEMOCOLAGENO Y DREN TUBULAR EN FONDO DE SACO QUE SALE POR CONTRAABERTURA DERECHA,CIERRE DE PARED POR PLANOS SEGUN TECNICA HABITUAL : PERITONEO CON CC , APONEUROSIS Y TCSC CON VYCRIL 1 , PIEL CON PUNTOS INTRADERMICOS CON VYCRIL 3/0. PACIENTE TOLERA ACTO OPERATORIO Y PASA A SALA DE RECUOERACION EN BUENAS CONDICIONES		
<b>Incidencias en Sala</b>	NO		
<b>Envio de muestra a patología</b>	SI		
<b>Pieza Quirúrgica</b>	TROMPA DERECHA Y OMENTO		

Número de Atención: 3

<b>Informe Anestesiólogo</b>		<b>(-16/07/2021 06:08-172.29.63.44)</b>	
<b>Código</b>	3		
<b>Fecha Registro</b>	04/06/2021 20:26:39		
<b>Anestesiólogo</b>	D.N.I. 41611235 TEJADA FORAQUITA ALEXANDER		
<b>Anestésias</b>			
<b>Recuento de gasa</b>			
<b>Drenajes</b>			
<b>Inducción</b>			
<b>Mantenimiento</b>			
<b>Recuperación post anestésica</b>	REFIERE DOLOR ABDOMINAL EVA 8, SEA ADMINISTRA CODEINA IM ATENUANDO EL DOLOR EVA 2		
<b>Condiciones al abandonar la sala de operaciones</b>	DESPIERTA, PA 115/67, SAT 96, FC 80, BROMAGE 4, ALDRETE 10		
<b>Indicaciones</b>	PASA A HOSPITALIZACION		
<b>Destino de operacion</b>	PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO		